

**Revised version published as:**

Hitzer, B. (2020). *Krebs fühlen: Eine Emotionsgeschichte des 20. Jahrhunderts.*

Stuttgart: Klett-Cotta.

[ISBN 978-3-608-96459-2](https://doi.org/10.17617/2.2558364)

*Bettina Hitzer*

**Krebs fühlen.  
Die Emotionsgeschichte der Krebserkrankung  
im 20. Jahrhundert**





**Habilitationsschrift**

**Fachbereich Geschichts- und Kulturwissenschaften  
Freie Universität Berlin**

**April 2017**





## *Inhaltsverzeichnis*

1	Einleitung: Was will eine Emotionsgeschichte der Krebskrankheit im 20. Jahrhundert?.....	8
1.1	Gefühle zwischen den Extremen: Mein Gefühl ganz allein oder fühlen wir alle gleich? .....	12
1.2	Gefühle im Blick der Emotionsgeschichte.....	14
1.3	Wozu eine Gefühlsgeschichte der Krebskrankheit? .....	20
1.4	Die Bedeutung von Unsicherheit für eine Gefühlsgeschichte der Krebskrankheit .....	31
1.5	Die Räume der Krebskrankheit im 20. Jahrhundert.....	34
1.6	Der historische Blick, die Moral und das Problem der Linearität: Thesen .....	46
2	Krebs erklären und erforschen.....	55
2.1	Wie entsteht Krebs? Antworten der experimentellen Krebsforschung im 20. Jahrhundert.....	62
2.2	„Bei Strafe des großen wissenschaftlichen Banns“: die halb verborgene Wissensgeschichte psychosomatischer Krebsentstehung .....	81
2.3	Abschied vom Nagetier als „Maß menschlicher Dinge“? Der Krebs des „ganzen“ Menschen und die Neue Deutsche Heilkunde .....	93
2.4	Von der Neurose zur Psychose: „Seelenheilkunde“ und Psychosomatik im Kontext von Nationalsozialismus und früherer Nachkriegszeit.....	104
2.5	Die Anästhesie des Gefühls und die Frage der Schuld: Die Diskussion um Krebs in der frühen Nachkriegszeit.....	112
2.6	Was ist Evidenz? Der Streit um die Wissenschaftlichkeit der psychosomatischen Krebsforschung .....	122
2.7	Von dominanten Müttern und gefühlstauben Töchtern: Krebs-Persönlichkeiten in der westlichen Nachkriegs-Psychosomatik ....	135
2.8	Wie entsteht die Krebspersönlichkeit? Psychologische Testverfahren und das Problem der objektiven Messung von Subjektivität .....	144
2.9	Stress um die Persönlichkeit: Die Psychosomatik der 1960er und 1970er Jahre .....	152
2.10	Zeitdiagnosen: Die (Un-)Fähigkeit zu Trauer, Wut und Zorn .....	167
2.11	Streit um Risikofaktoren und die Risiken eines Skandals .....	179
2.12	Ein Ausblick: Psychoonkologie und Psychoneuroimmunologie ...	189
3	Krebs erkennen .....	196
3.1	Hoffnung – wer mag daran glauben? Das ausgehende 19. Jahrhundert und die Erfindung einer heilbaren Krankheit .....	202

3.2	Das medizinische Wissen, Vertrauen und Angst: erste Kampagnen im Vorfeld des Ersten Weltkrieges .....	210
3.3	Emotionale Resonanzen: Wissensvermittlung zwischen Scham und Ekel in der Zwischenkriegszeit .....	220
3.4	K/Ein Happy-End: Der Moment der Entscheidung und die beängstigende Moral der Verantwortung .....	236
3.5	Techniken und Moral der Selbstbeobachtung, Früherkennung und Körperbildung im NS-Gesundheitsstaat .....	246
3.6	Sozialistische Lebensfreude und „rationale“ Techniken der Kontrolle im Zeichen der Prophylaxe .....	270
3.7	Der Zeigefinger: Symbol des Wandels in der Diskussion um bundesrepublikanische Strategien der Moralisierung .....	288
3.8	Glück, Gesundheit und der Glaube an die Macht des guten Gefühls .....	299
3.9	Geht der Zeigefinger fehl? Streit um den Nutzen der Krebsfrüherkennung.....	312
4	Über Krebs sprechen: Von der „Wahrheit“ und ihren Folgen.....	322
4.1	Was ist mit Friedrich? Verwirrspiel um die Krankheit eines Kaisers und die Rhetorik des Krebsstabus im ausgehenden 19. Jahrhundert.....	328
4.2	Diskussionen um die Patienteneinwilligung und die Frage der Diagnoseaufklärung: Ansätze einer Neukonzeption von Angst und Hoffnung um 1900 .....	353
4.3	Hoffnung gegen Hoffnung: Aporien des Verschweigens in der „modernen“ Krebsbehandlung .....	363
4.4	„Deutsche“ Appelle zu Mut und Wahrheit im Zeichen einer Entdramatisierung des Sterbens .....	386
4.5	Hoffen, Hoffnung, Optimismus: Auseinandersetzungen um eine Neubestimmung sozialer Beziehungen und menschlicher Existenz nach dem Krieg .....	401
4.6	Interaktionen: Die Gefühle des Arztes und das Vertrauen der Patienten.....	411
4.7	Von sich selbst erzählen: Vom Sterben in „männlicher“ Würde und vom Überleben durch wissende Hoffnung.....	425
4.8	Die Politisierung des Tabubruchs und die Entdeckung der zweiten Chance.....	454
4.9	Vom Ob zum Wie: Gesprächsstrategien im Zeitalter der Empathie .....	461
5	Krebs erfahren .....	467
5.1	Entweder – Oder, Sterben oder Leben: Die verschwiegene Hoffnung und der verborgene Ekel (ca. 1900 – 1950) .....	471
5.1.1	Herausgeschnitten: radikal entfernt, geheilt, zurück? .....	474

5.1.2	Die Bestrahlung: Hoffnung für die Inoperablen.....	508
5.1.3	Orte der letzten Hoffnung, Orte des Sterbens .....	536
5.2	(K)Ein schneller Weg zurück: Wege der Nachsorge und neue therapeutische Praktiken (1945-1980) .....	570
5.2.1	Das Paradigma der Rehabilitation und die stumme Begegnung mit anderen Kranken .....	572
5.2.2	Im Strahlenbunker: Der Mensch, die moderne Maschine und die unsichtbaren Strahlen .....	599
5.2.3	Lohnt sich das? Die chemotherapeutische Hoffnung auf Remission und die Frage nach dem Wert der Lebensverlängerung .....	622
5.2.4	Ausblick: Das Versprechen und die Last der Hoffnung.....	650
6	Erkenntnisse einer Emotionsgeschichte der Krebskrankheit .....	656
6.1	Die wissen(schaft)shistorische Perspektive: Welchen Einfluss haben Gefühle auf den Körper? .....	657
6.2	Die präventionshistorische Perspektive: Wie sollen Gefühle das Verhältnis zum und den Umgang mit dem Körper bestimmen?....	663
6.3	Die ethikhistorische Perspektive: Wie fühlt sich (Nicht-)Wissen über die Krebserkrankung an?.....	669
6.4	Die erfahrungshistorische Perspektive: Wie konstituierten Praktiken, Raumordnungen und Dinge unterschiedliche Erfahrungsräume für Gefühle? .....	676
6.5	Gefühlskonjunkturen? .....	685
6.5.1	Angst.....	687
6.5.2	Hoffnung.....	692
6.5.3	Ekel.....	696
6.6	Wie funktioniert das Gefühl? Prozesse der Verwissenschaftlichung, Rationalisierung und Therapeutisierung des Emotionalen im 20. Jahrhundert.....	699
Anhang.....		705
Abkürzungsverzeichnis .....		705
Abbildungsverzeichnis .....		708
Quellen- und Literaturverzeichnis .....		714
A. Archive .....		714
B. Durchgesehene Zeitschriften und Periodika .....		718
C. Filme und Fernsehaufzeichnungen.....		720
D. Interviews (unveröffentlicht, Transkripte bei der Autorin).....		722
E. Gedruckte Quellen.....		723
F. Sekundärliteratur .....		774

## **1 Einleitung: Was will eine Emotionsgeschichte der Krebskrankheit im 20. Jahrhundert?**



Abb. 1: Ferdinand Hodler, Porträt der Valentine Godé-Darel, vermutlich 1910

Mit dem Abstand von mehr als hundert Jahren blickt uns aus diesem Porträt die damals 37-jährige Valentine Godé-Darel in die Augen, festgehalten über die Zeit hinweg von Ferdinand Hodler, Schweizer Symbolist und Maler des Jugendstils. 1910, als Hodler dieses Bild seiner Geliebten malte, wusste Valentine Godé-Darel noch nicht, dass sie an Unterleibskrebs erkrankt war, einer zu diesem Zeitpunkt fast immer tödlichen Krankheit.<sup>1</sup> Nur zwei Jahre später zeigten sich jedoch die ersten Krankheitszeichen und kurz darauf bekam ihre Krankheit auch einen Namen: Krebs. Hodler, der sich bereits zuvor in einigen seiner Bilder mit dem Tod auseinandergesetzt hatte, begleitete das Sterben Valentine Godé-Darels malend bis zum Tag ihres Todes am 25. Januar 1915.

---

<sup>1</sup> Die Datierung dieses Bildes ist umstritten. Jura Brüscheiler, der sich als einer der ersten intensiv mit Hodlers Beziehung zu Valentine Godé-Darel beschäftigt hat, datiert dieses Bild auf das Jahr 1910: Jura Brüscheiler, Ferdinand Hodler. Ein Maler vor Liebe und Tod. Ferdinand Hodler und Valentine Godé-Darel, ein Werkzyklus 1908-1915, Zürich/Genf 1976, S. 71.

Mehr als fünfzig Ölgemälde und weit über hundert Zeichnungen dokumentieren Hodlers Blick auf seine Geliebte, viele zeigen ihren körperlichen Verfall ebenso wie ihre zunehmende Zurückgezogenheit in sich selbst, ihren Blick, der sich dem Betrachter mehr und mehr entzieht.<sup>2</sup>

Dieser Zyklus als bildliches Protokoll der Jahre, in denen eine Frau mit Krebs lebte und an Krebs starb, ist einzigartig, nicht nur für seine Zeit, das frühe 20. Jahrhundert. In seiner künstlerischen Einzigartigkeit öffnet er ein Fenster, durch das der Betrachter aus dem Abstand eines Jahrhunderts berührt werden mag, durch das er auf die Unausweichlichkeit des Sterbens, auf die Zerstörung durch Krankheit und die Fähigkeit zu Leid und Mitleiden, auf die (Un-)Möglichkeit von Nähe im Sterben blicken kann, zeitlos. Daneben aber erzählen die Bilder von einer Krankheit und einem Sterben, die eine Zeit und einen Ort haben, von den Gefühlen des Malenden und der Sterbenden, die in diese Zeit und an diesen Ort gehören.

---

<sup>2</sup> Ferdinand Hodler, 1853 geboren, verlor 1860 seinen Vater, sieben Jahre später seine Mutter sowie viele seiner Geschwister an Tuberkulose. Bereits in seinem Frühwerk spielten die Themen Krankheit und Tod eine Rolle (vgl. z.B. *Die Genesende*, um 1880); die Todesangst steht auch im Mittelpunkt seines berühmten Gemäldes „Die Nacht“, 1889/90. Hodler starb 1918, nur drei Jahre nach Valentine Godé-Darel. Zu Hodlers Biographie vgl. Walter Hugelshofer, Hodler, Ferdinand, in: *Historische Kommission bei der Bayerischen Akademie der Wissenschaften (Hg.), Neue Deutsche Biographie*, Bd. 9: Hess-Hüttig, Berlin 1972, S. 299-300 (Onlinefassung: <https://www.DeutscheBiographie.de/gnd13332415X.html>, letzter Zugriff: 17.03.2017). Zu dem Valentine Godé-Darel gewidmeten Werkzyklus: Brüscheiler, Hodler. Dort auch Informationen zum Leben Valentine Godé-Darels, die 1873 geboren wurde und 1913, kurz bevor bei ihr Unterleibskrebs diagnostiziert wurde, die gemeinsame Tochter Pauline zur Welt brachte. In der Zeit, in der Hodler Valentine Godé-Darel malte, hielt er seine Gedanken, aber zum Teil auch das, was sie ihm mitteilte, in seinem Skizzenbuch fest. Die von Hodler gemalten Bilder Valentine Godé-Darels haben bis in die Gegenwart Menschen angeregt, sich mit dem Thema Tod auseinanderzusetzen. Erica Pedretti versuchte in einem Roman der sterbenden Valentine Godé-Darel eine Stimme gegenüber dem malenden Geliebten zu geben (dies., *Valerie oder das unerzogene Auge*, Frankfurt a.M. 2000), Hospize nehmen die Bilder zum Anlass, über das Sterben zu schreiben, vgl. z.B. Internetauftritt des Hospizes Schwerte (<http://hospiz-schwerte.blogspot.de/2012/06/ferdinand-hodler-malt-valentine.html>, letzter Zugriff: 31.03.2017). Der Züricher Onkologe Bernhard Pestalozzi schrieb ausgehend von diesen Bildern darüber, wie schwierig es für Onkologen und medizinisches Pflegepersonal ist, den Anblick sterbender Krebspatienten zu ertragen und diese bis zum Ende zu begleiten, vgl. Bernard C. Pestalozzi, *Looking at the Dying Patient. The Ferdinand Hodler Paintings of Valentine Godé-Darel*, in: *Journal of Clinical Oncology* 20, 7 (2002), S. 1948-1950.

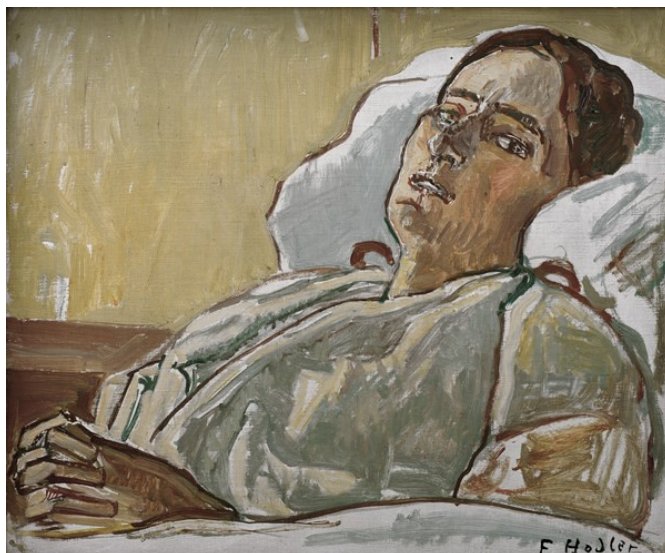


Abb. 2: Ferdinand Hodler, Valentine Godé-Darel im Krankenbett, 1914



Abb. 3: Ferdinand Hodler, Die sterbende Valentine Godé-Darel, 24. Januar 1915



Abb. 4: Ferdinand Hodler, Die tote Valentine Godé-Darel, 26. Januar 1915



Fast hundert Jahre später starb der Schriftsteller Wolfgang Herrndorf. 44-jährig hatte er erfahren, dass in seinem Kopf ein bösartiger Tumor wuchs, ein Glioblastom. Mehr als drei Jahre lang protokollierte er Tag für Tag in einem Internetblog, was er tat, dachte, fühlte, wie er operiert, bestrahlt und mit Medikamenten behandelt wurde, wie sein Körper und sein Geist reagierten und wie Kraft und Fähigkeiten ihn schließlich verließen. Sechs Tage, bevor er sich am 26. August 2013 in Berlin erschoss, veröffentlichte Herrndorf den letzten Eintrag auf seinem Blog, der nach seinem Tod als Buch unter dem Titel „Arbeit und Struktur“ von seinen Freunden herausgegeben wurde, so wie es sich Herrndorf gewünscht hatte.<sup>3</sup> Doch trotz der von ihm selbst initiierten öffentlichen Sichtbarkeit der Krankheit und seines Sterbens suchte Herrndorf nicht die Nähe zu seinen Lesern, erteilte er jedem Versuch seines Internetpublikums, mit ihm persönlich in Kontakt zu treten, eine klare Absage, erlaubte er – insofern Valentine Godé-Darel ähnlich – den Blick von außen, aber nicht die persönliche Begegnung.

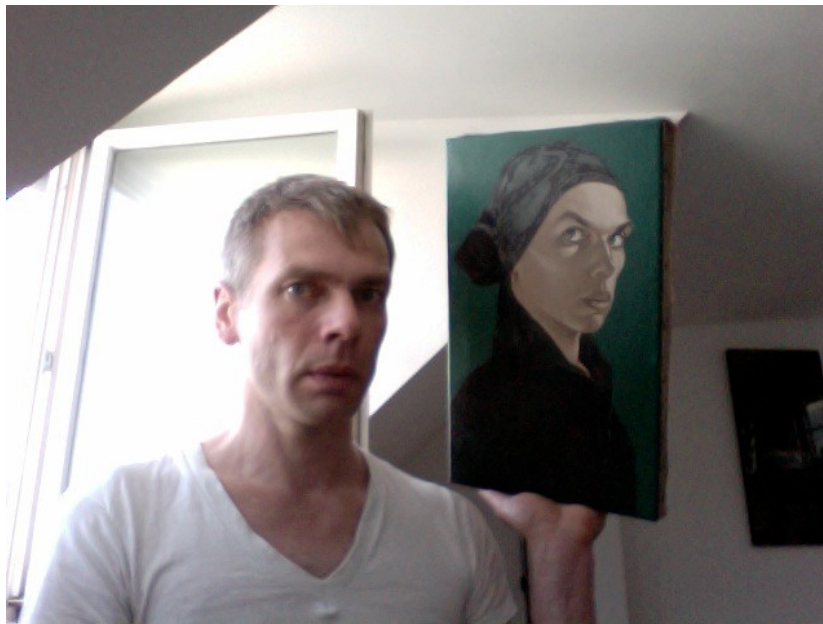


Abb. 5: Selbstporträt Wolfgang Herrndorfs, gepostet unter dem Eintrag vom 12.6.2012, 19:21

---

<sup>3</sup> Wolfgang Herrndorf wurde 2010 mit seinem Roman „Tschick“, für den er den deutschen Jugendliteraturpreis erhielt, einem breiteren Publikum bekannt und veröffentlichte vor seinem Tod noch den von der Leipziger Buchmesse preisgekrönten Roman „Sand“ (2012). Sein digitales Tagebuch begann Herrndorf am 8. März 2010, stellte es allerdings erst im September 2010 als Blog online, wo es bis heute nachzulesen ist, vgl. (<http://www.wolfgang-herrndorf.de/>; letzter Zugriff: 31.03.2017). In Buchform erschien der Blog postum als: Wolfgang Herrndorf, Arbeit und Struktur, Berlin 2013.

In einem seiner letzten auf dem Blog veröffentlichten Gedichte kreisten seine Gedanken um die Frage von Distanz und Nähe, um die grundsätzliche Unverstehbarkeit und Unteilbarkeit von Gefühl und Erfahrung im Leben und Sterben.

Niemand kommt an mich heran  
 bis an die Stunde meines Todes.  
 Und auch dann wird niemand kommen.  
 Nichts wird kommen, und es ist in meiner Hand.<sup>4</sup>

### ***1.1 Gefühle zwischen den Extremen: Mein Gefühl ganz allein oder fühlen wir alle gleich?***

Der hier nur angedeutete Blick auf zwei Menschen, deren Krebserkrankung und Sterben in unterschiedlicher Weise öffentlich erzählt und dokumentiert wurde, verweist auf zwei Grundannahmen, die für diese Emotionsgeschichte der Krebserkrankung im 20. Jahrhundert fundamental sind. Diese Annahmen geben Antwort auf zwei radikal entgegengesetzte Fragen, die mir während der Arbeit an dieser Geschichte oft gestellt wurden. Zunächst: Sind die Gefühle nicht das ganz Eigene, Innere, das keinem anderen Menschen wirklich mitgeteilt werden kann, insbesondere nicht im Moment des Leidens und Sterbens als Moment der existenziellen Einsamkeit? Wie kann ich als Historikerin beanspruchen, eine Geschichte dieser weder mitteilbaren noch zu verallgemeinernden Gefühle schreiben zu wollen? – Dann: Fürchten nicht Menschen zu aller Zeit in gleicher Weise schwere Krankheiten, sei es die Pest, die Tuberkulose oder eben der Krebs? Sind es nicht immer wieder die gleichen Gefühle der Verzweiflung, Trauer und Angst, vielleicht auch der Resignation und des Sich-Fügens, der Hoffnung und der Wut, die Menschen bewegen, wenn sie mit einer tödlichen Krankheit konfrontiert werden, einer für alle Menschen in ihrer existenziellen Radikalität letztlich gleichen Herausforderung? Ist es also gerade im Hinblick auf eine lebensbedrohliche Krankheit wie Krebs nur das Gewand der Gefühle, das im Laufe der Geschichte ausgetauscht wird, nicht aber ihre tatsächliche Gestalt?<sup>5</sup>

<sup>4</sup> Wolfgang Herrndorf, Arbeit und Struktur, Eintrag vom 15.7.2013, 23:12, (<http://www.wolfgang-herrndorf.de/2013/07/einundvierzig/>, letzter Zugriff: 31.03.2017).

<sup>5</sup> Die Debatte über Universalismus vs. historisch-kulturelle Variabilität der Gefühle geht letztlich auf die seit dem 18. und vor allem 19. Jahrhundert gestellte Unterscheidung von Natur und Kultur zurück, wie Jan Plamper bereits angemerkt hat, vgl. ders., Geschichte und Gefühl. Grundlagen der Emotionsgeschichte, München 2012, S. 15f. Auch Historiker und Historikerinnen sind sich nicht einig darüber, zu welcher Kategorie Gefühle zu zählen sind, wenn man diese Unterscheidung nicht wie Plamper gänzlich als unproduktiv ad acta legt, vgl. zum Beispiel Rüdiger Schnell, Historische Emotionsforschung, in: Frühmittelalterliche Studien 38, 1 (2004), S. 173-276 und Ingrid Kasten, Einleitung, in: C. Stephen Jaeger/Ingrid Kasten (Hg.), Codierungen von Emotionen im Mittelalter. Emotions and Sensibilities in the Middle Ages, Berlin 2003, S. XIV.



Als Menschen auf der Suche nach Halt und Sinn, erfüllt von dem Wunsch, berührt zu werden, lesen und betrachten wir vergangene Zeugnisse wie etwa die Bilder der Valentine Godé-Darel, aber auch historisch entferntere wie die Gedichte des Barock-Dichters Andreas Gryphius, in denen das Leiden zentral ist, als ob wir sie unmittelbar verstehen oder doch zumindest leicht übersetzen könnten, als ob wir mit allen Menschen über die Zeit hinweg eine Art lingua franca, ein Grundvokabular der Gefühle teilten: Liebe, Angst, Verzweiflung, Trauer.<sup>6</sup> Diese Annahme ist keineswegs naiv oder trivial, sondern aus ontologischer Sicht legitim. Aus historiographischer Sicht ist sie jedoch fragwürdig, denn die Vorstellung, Gefühle blieben sich in ihrer Grundsubstanz immer gleich, entpuppt sich als höchst voraussetzungsreich.

In der Vergangenheit waren es vor allem die kognitive Psychologie und die Neurowissenschaften, die ihren Forschungen das Axiom einer Universalität der Gefühle zugrunde legten.<sup>7</sup> Am deutlichsten kam dies in der Suche nach den sogenannten *basic emotions*, einem bestimmten Set universal gleicher Grundgefühle, zum Ausdruck.<sup>8</sup> Wenngleich diese Annahme noch immer für weite Teile der neurowissenschaftlichen Emotionsforschung grundlegend ist, gibt es doch zunehmend Kritik aus den

---

<sup>6</sup> So findet sich etwa Gryphius' 1640 verfasstes Sonett „Tränen in schwerer Krankheit“ in: Sophie Leiss (Hg.), *Tod. Tränen. Trost. Gedichte, die uns Trauern und Sterben lehren – Die bewegendsten Gedichte über unser Leben und dessen Endlichkeit*, Kindle Edition ebenso wie unter der Rubrik „Leben/Krankheit“ als Empfehlung auf der Webseite „Gedichte-Oase“, ([http://www.gedichte-oase.de/gedicht/leben/krankheit/traenen-in-schwerer-krankheit\\_46\\_442/](http://www.gedichte-oase.de/gedicht/leben/krankheit/traenen-in-schwerer-krankheit_46_442/), letzter Zugriff: 31.03.2017). Das Gedicht lautet: „Mir ist ich weiß nicht wie, ich seufze für und für./Ich weine Tag und Nacht, ich sitz in tausend Schmerzen;/Und tausend fürcht ich noch, die Kraft in meinem Herzen/Verschwindt, der Geist verschmacht, die Hände sinken mir./Die Wangen werden bleich, der schönen Augen Zier/Vergeht, gleich als der Schein der schon verbrannten Kerzen./Die Seele wird bestürmt gleich wie die See im Märzen./Was ist dies Leben doch, was sind wir, ich und ihr?/Was bilden wir uns ein! was wüdschen wir zu haben?/Itzt sind wir hoch und groß, und morgen schon vergraben:/Itz Blumen, morgen Kot, wir sind ein Wind, ein Schaum,/Ein Nebel, eine Bach, ein Reiff, ein Tau' ein Schaten./Itz was und morgen nichts, und was sind unser Taten?/ Als ein mit herber Angst durchaus vermischter Traum.“

<sup>7</sup> Auch die amerikanische Kognitionspsychologin Magda Arnold, die darauf hinwies, dass Emotionen immer mit einer Beurteilungsdimension (appraisal) im Hinblick darauf, ob etwas für mich gut oder schlecht sei, verbunden sind, nahm eine universale Substanz von Emotion an: Magda B. Arnold, *Emotion and Personality*, Bd. 1: *Psychological Aspects*, New York 1960, S. 179.

<sup>8</sup> Das Postulat der sogenannten *basic emotions* geht auf den amerikanischen Psychologen Paul Ekman zurück, der unter Rückgriff auf Charles Darwins *The Expressions of the Emotions in Man and Animals* (1872) von einem Set von sechs Grundgefühlen ausgeht (Wut, Ekel, Furcht, Fröhlichkeit, Traurigkeit und Überraschung). Diese Gefühle seien physiologisch klar unterscheidbar und mit jeweils spezifischen Gesichtsausdrücken verbunden, die in ihren Grundzügen überall gleich und damit universal entzifferbar seien. Zu den im Laufe der Zeit eingenommenen Positionen Ekmans: Paul Ekman/E. Richard Sorenson/Wallace V. Friesen, *Pan-Cultural Elements in Facial Displays of Emotion*, in: *Science* 164, 3875 (1969), S. 86-88; Paul Ekman, *Universals and Cultural Differences in Facial Expressions of Emotion*, in: James K. Cole (Hg.), *Nebraska Symposium on Motivation* 1971, Lincoln 1972, S. 207-283; ders., *An Argument for Basic Emotions*, in: *Cognition and Emotion* 6, 3/4 (1992), S. 169-200 und ders., *Preface to New Edition*, in: Paul Ekman (Hg.), *Darwin and Facial Expression. A Century of Research in Review*, Los Altos 2006, S. VII-IX. Ekman hat mit

eigenen Reihen, beziehen auch Neurowissenschaftlicher bis zu einem gewissen Grad kulturelle Varianz in ihre Versuchsanordnungen mit ein.<sup>9</sup> Dennoch, so lange es darum geht, Gefühle mittels MRT und Botenstoffen im Gehirn zu lokalisieren und auf ihr biochemisches Substrat zurückzuführen, bleibt es fraglich, ob die Vorstellung einer universal immer gleichen emotionalen Grundausstattung für neurowissenschaftliche Emotionsforschung gänzlich zu verabschieden ist.<sup>10</sup>

## 1.2 Gefühle im Blick der Emotionsgeschichte

Aus Sicht der Emotionsgeschichte sind Gefühle zunächst einmal das, was Menschen als Gefühl beschreiben und erleben.<sup>11</sup> Dies hat immer ein körperliches Korrelat, da

---

diesem Konzept über viele Jahrzehnte hinweg die psychologische Emotionsforschung beeinflusst, auch wenn immer umstritten blieb und auch von Ekman immer wieder selbst diskutiert wurde, wie viele Basisemotionen es gibt und wie stark – eventuell bis zur Unkenntlichkeit – der Ausdruck dieser Emotionen von kulturell geprägten Ausdrucksregeln überformt werde. Christian von Scheve, Die emotionale Struktur sozialer Interaktion. Emotionsexpression und soziale Ordnungsbildung, in: Zeitschrift für Soziologie 39, 5 (2010), S. 346–362. Zur historischen Einordnung von Ekman's Position als einer, die Gefühle als nicht-intentionale, evolutionär programmierte Körperreaktionen versteht, vgl. Ruth Leys, The Turn to Affect: A Critique, in: Critical Inquiry 37, 3 (2011), S. 434-472, hier S. 437-440; dies., From Guilt to Shame: Auschwitz and After, Princeton 2007, S. 133-150 sowie Jan Plamper, Geschichte und Gefühl, S. 177-193. Heute beschäftigt sich Ekman vorwiegend mit möglichen konkreten Anwendungen seiner psychologischen Theorie, zum einen in Form von kommerziellen Trainingsprogrammen, zum anderen als Berater der amerikanischen Regierung und des Geheimdienstes im Hinblick auf die Identifikation von *micro expressions* im Dienst von Lüge und Verheimlichung, vgl. dazu auch die Übersicht auf Ekman's eigener Webseite, (<http://www.paulekman.com/>, letzter Zugriff: 31.03.2017).

<sup>9</sup> Chaona Chen/Oliver G.B. Garrod/Philippe G. Schyns/Rachael E. Jack, The Face is the Mirror of the Cultural Mind, in: Journal of Vision 15, 12 (2015), S. 928; Rachael E. Jack, Culture and Facial Expressions of Emotion, in: Visual Cognition 21, 9-10 (2013), S. 1248-1286 und Rachael E. Jack/Oliver G.B. Garrod/Hui Yu/Roberto Caldara/Philippe G. Schyns, Facial Expression of Emotion Are Not Culturally Universal, in: Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America 109, 19 (2012), S. 7241-7244.

<sup>10</sup> Allerdings weist Jan Plamper auf drei neuere Trends in den Neurowissenschaften, die die Annahme der evolutionär erklärbaren Universalität von Emotion in Frage stellen: die Abkehr von der These der funktionalen Spezifizierung des Gehirns, die Entdeckung der lebenslangen Plastizität des Gehirns sowie die Hinwendung zu Experimentalsettings, die die künstliche Eindeutigkeit des Labors verlassen und versuchen, Umwelteinflüsse ebenso wie individuelle genetisch und epigenetisch entstandene Unterschiede einzubeziehen, vgl. Plamper, Geschichte und Gefühl, S. 286-293. Vgl. zu diesen drei Forschungstrends auch: Anthony Randal McIntosh, From Location to Integration. How Neural Interactions Form the Basis for Human Cognition, in: Endel Tulving (Hg.), Memory, Consciousness, and the Brain, Philadelphia 2000, S. 346-362; Martin Lövdén/Elisabeth Wenger/Johan Mårtensson/Ulman Lindenberger/Lars Bäckman, Structural Brain Plasticity in Adult Learning and Development, in: Neuroscience & Biobehavioral Reviews 37, 9B (2013), S. 2296-2310 und Romana Snozzi/Tania Singer, Empathie aus der Sicht der sozialen Neurowissenschaften, in: Johannes Fehr/Gerd Folkers (Hg.), Gefühle zeigen. Manifestationsformen emotionaler Prozesse, Zürich 2009, S. 91-113.

<sup>11</sup> Ähnlich Rob Boddice im Hinblick auf Schmerz als Gefühl, vgl. ders. Introduction. Hurt Feelings, in: ders. (Hg.), Pain and Emotion in Modern History, Basingstoke 2014, S. 1-15, hier S. 2. Siehe auch: Jerome Kagan, What is Emotion? History, Measures, and Meanings, New Haven 2007, S. 9. Als Einführung in die Emotionsgeschichte und ihre Wegbereiter: Jan Plamper, Geschichte und Gefühl. Als neuere Forschungsüberblicke zur Emotionsgeschichte, der im Jahr 2014 erstmals eine Podiumsdiskussion auf einem deutschen Historikertag gewidmet wurde, vgl. Susan J. Matt, Current

Denken und Fühlen ohne Körper nicht existent sind und Nervenreizungen, Synapsenverbindungen ebenso wie biochemische Vorgänge das Fühlen begleiten. Doch gerade mit Blick auf die in vielem verwandte Schmerzforschung wird deutlich, dass im körperlichen Korrelat von Schmerz und Gefühl die Relevanz, Bedeutsamkeit und Sinnhaftigkeit von Schmerz, kurz: das Schmerzerleben nicht zu erfassen ist.<sup>12</sup> Die Schmerzforschung ist konfrontiert mit Phänomenen wie dem Phantomschmerz, dem chronischen Schmerz ohne erkennbare Ursache, dem nicht gefühlten Schmerz des Soldaten in der Kampfsituation, der Möglichkeit der mentalen Schmerzregulation ebenso wie der Frage nach der Identität von körperlichem und psychologischem Schmerz. Dementsprechend ringt sie seit langem mit dem Problem, dass Schmerz zwar zweifellos an den Körper gebunden ist, dennoch aber selbst bei ähnlichem körperlichen Befund vollkommen unterschiedlich empfunden werden kann – ein Problem, das mit der Unterscheidung zwischen *pain* (Schmerzen) und *suffering* (Schmerz) nur unvollkommen begrifflich zu lösen ist.<sup>13</sup>

Auch einige Vertreter und Vertreterinnen der linguistischen Emotionsforschung, allen voran die australische Linguistin Anna Wierzbicka, suchen nach dem Universalen im Gefühl, einer Art Basisvokabular, das sich in allen Kulturen und zu allen Zeiten identifizieren lasse.<sup>14</sup> Mit dem Versuch, Gefühle in einer eigens entwickelten Metasprache auf ihr wesentliches, überall gleiches Bedeutungssubstrat zu

---

Emotion Research in History. Or, Doing History from the Inside Out, in: *Emotion Review* 3, 1 (2011), S. 117–124; Bettina Hitzer, Emotionsgeschichte – ein Anfang mit Folgen. Forschungsbericht, in: Mailinglist der Humboldt-Universität zu Berlin (<[www.hsozkult.de/literature/review/id/forschungsberichte-1221](http://www.hsozkult.de/literature/review/id/forschungsberichte-1221)> veröffentlicht: 23.11.2011; letzter Zugriff: 13.03.2017); Frank Biess, Discussion Forum „History of Emotions“ (with Alon Confino, Ute Frevert, Uffa Jensen, Lyndal Roper, Daniela Saxer), in: *German History* 28, 1 (2010), S. 67-80 und Ute Frevert, Was haben Gefühle in der Geschichte zu suchen?, in: *Geschichte und Gesellschaft* 35, 2 (2009), S. 183-208. Die Historikertagsdiskussion, an der Frank Bösch, Ute Frevert, Benno Gammerl, Valentin Groebner und Lyndal Roper teilnahmen und die von Dorothee Wierling moderiert wurde, wurde auf dem Videokanal YouTube aufgezeichnet und lässt sich abrufen unter dem Link: [https://www.youtube.com/watch?v=RKW\\_HMia9Z0](https://www.youtube.com/watch?v=RKW_HMia9Z0) (letzter Zugriff: 31.03.2017).

<sup>12</sup> Rob Boddice, Introduction, S. 2; Joanna Bourke, *The Story of Pain. From Prayer to Painkillers*, Oxford 2014; Javier Moscoso, *Pain. A Cultural History*, Basingstoke 2012; Esther Cohen u.a. (Hg.), *Knowledge and Pain*, Amsterdam 2012 sowie die Schriften des amerikanischen Mediziners David Biro, vor allem ders., *The Language of Pain. Finding Words, Compassion, and Relief*, New York 2000. Diese Arbeiten bestreiten das ältere Diktum der amerikanischen Literaturwissenschaftlerin Elaine Scarry, Schmerz sei grundsätzlich nicht ausdrückbar und führe demgemäß zur Zerstörung der menschlichen Welt und bedeute für den Leidenden existentielle Einsamkeit, vgl. dies., *The Body in Pain*, Oxford 1987. Vgl. zur Geschichte von Schmerzkonzepten und -therapie: Wilfried Witte, *Unerhörte Leiden: Die Geschichte der Schmerztherapie in Deutschland im 20. Jahrhundert*, Frankfurt/New York 2017.

<sup>13</sup> Rob Boddice, Introduction, S. 4; David Biro, *Psychological Pain. Metaphor or Reality*, in: Boddice, *Pain and Emotion*, 53-65, hier S. 54f.

<sup>14</sup> Anna Wierzbicka, *Emotions across Languages and Cultures. Diversity and Universality*, Cambridge 1999; dies., *The “History of Emotions” and the Future of Emotion Research*, in: *Emotion Review*

reduzieren, versucht die linguistische Emotionsforschung das Ideal der universalen Verstehbarkeit vor dem Zugriff der westlichen, überwiegend angloamerikanisch geprägten Begrifflichkeit der Neurowissenschaft und Psychologie zu bewahren. Wenn es auch für die Emotionsgeschichte kaum möglich ist, mit einer derart reduzierten Begrifflichkeit von Gefühlen zu arbeiten, wird sie an dieser Stelle doch mit zwei theoretischen Problemen konfrontiert, denen sie sich stellen muss: der Frage nach der historischen Kontinuität des Gefühls und der Frage nach der Übersetzbarkeit von Gefühlen.

Wenn die Emotionsgeschichte Gefühle nicht als analytische Kategorie versteht, deren Definition sie a priori setzt oder von anderen Disziplinen übernimmt, so wie es die Sozialgeschichte etwa mit dem Begriff der Klasse vorgeführt hat, muss sie ihren Gegenstand anders bestimmen. Die Alternative lautet meist, nach den jeweiligen historischen Begrifflichkeiten Ausschau zu halten und deren Bedeutungen und Verwendungsweisen im Sinne der Historischen Semantik als Gegenstand zu definieren: Gefühl ist immer das, was die Menschen als solches empfunden und benannt haben. Mit einer solchen, aus den Quellen herausgelesenen Definition des Gefühls und der Gefühle kann das Gefühl ebenso wie einzelne Gefühle dann auch in solchen Verwendungskontexten aufgefunden werden, in denen der Begriff selber fehlt. In diachroner Perspektive können Bedeutungsverschiebungen innerhalb der Gefühlsbegriffe ebenso wie Begriffsübernahmen und -veränderungen nachvollzogen werden.

Doch stößt dieses Vorgehen immer dann an eine Grenze, wenn die Kontinuität der Begrifflichkeiten abbricht oder der zentrale Begriff des Gefühls fehlt. Handelt es sich denn noch um Gefühlsgeschichte, wenn von Gefühlen gar nicht mehr oder noch gar nicht die Rede ist? Wenn nur Sentimente, Leidenschaften und Passionen zur Sprache kommen, die sich zwar – zugegeben – historisch-begrifflich mit dem späteren Begriff des Gefühls verbinden lassen, aber doch mit vielfachen semantischen Verschiebungen.<sup>15</sup> Anders gefragt: Ist eine historische Semantik des Gefühls im Hinblick auf ihren zentralen Gegenstand nicht zu volatil, um sich am Ende noch Gefühlsgeschichte

---

2, 3 (2010), S. 269-273 und dies., "Pain" and "Suffering" in Cross-Linguistic Perspective, in: *International Journal of Language and Culture* 1, 2 (2014), S. 149-173.

<sup>15</sup> Ute Frevert u.a., *Gefühlswissen. Eine lexikalische Spurensuche in der Moderne*, Frankfurt a.M. 2011; Thomas Dixon, *From Passions to Emotions. The Creation of a Secular Psychological Category*, Cambridge 2003; Anne Fuchs/Sabine Strümper-Krobb (Hg.), *Sentimente, Gefühle, Empfindungen. Zur Geschichte und Literatur des Affektiven von 1770 bis heute*, Würzburg 2003 sowie Jutta Stalfort, *Die Erfindung der Gefühle. Eine Studie über den historischen Wandel menschlicher Emotionalität (1750-1850)*, Bielefeld 2013.

in einem allgemeineren Sinn nennen zu können? Und wie kann diese Geschichte aus der Topographie ihrer eigenen Sprache heraustreten? Sicherlich ist hier die Brücke zeitgenössischer Übersetzungsversuche ein zwar anspruchsvoller, aber methodisch vielversprechender Weg.<sup>16</sup> Aber ist dieser Weg, der ja die synchrone wie diachrone historische Semantik des Gefühls ebenso wie das Studium der zeitgenössischen Übersetzungsprozesse impliziert, in jedem gefühlshistorischen Projekt gangbar, insbesondere in einem wie diesem, in dem es nicht zentral um ein bestimmtes Gefühl und dessen Geschichte in einem spezifischen Feld geht, sondern um eine vielgesichtige Analyse des historischen Verhältnisses von Gefühl und Gefühlen einerseits, der mehrdimensionalen Auseinandersetzung mit der Krebskrankheit andererseits?

Eine ausschließliche Beschränkung auf die historische Semantik, die der Gefühlsgeschichte ohne Zweifel eine wertvolle und weiterführende Methode bietet, erscheint nicht angeraten. Weder wäre eine Gefühlsgeschichte der Krebskrankheit im 20. Jahrhundert diesem Anspruch gemäß zu schreiben, noch erscheint es mir dem spezifischen Erkenntnisinteresse einer solchen Gefühlsgeschichte der Krebskrankheit angemessen, sich einzig auf die historische Semantik zu stützen. Denn das, was diese Gefühlsgeschichte ebenso wie die allgemeine Gefühlsgeschichte auszeichnet, ist nicht allein das Bemühen, einen weiteren bisher vernachlässigten Begriff ins Tableau der Geschichte einzufügen. Die Gefühlsgeschichte gewinnt ihre Bedeutung, weil sie beansprucht, mit dem Gefühl einen in mancher Hinsicht besonderen und bedeutsamen Gegenstand zu erforschen. Damit ist der Punkt erreicht, an dem auch ich auf den Versuch zurückkommen möchte, so etwas wie eine historisch informierte Basisdefinition des Gefühls zu geben, die ausgreifende, wenn auch nur versuchsweise universale Gültigkeit beansprucht.

Ich fasse das Gefühl als eine Empfindung des Menschen, die sich auf der historisch variabel verstandenen Grenze oder im Ganzen von Körper und Nicht-Körper bewegt.<sup>17</sup> Das Gefühl ist also weder ausschließlich körperlich noch ausschließlich

---

<sup>16</sup> Margrit Pernau/Imke Rajamani, *Emotional Translations: Conceptual History beyond Language*, in: *History and Theory* 55, 1 (2016), S. 46-65; Margrit Pernau, *Epilogue. Translating Books, Translating Emotions*, in: Ute Frevert u.a., *Learning How to Feel. Children's Literature and Emotional Socialization, 1870-1970*, Oxford 2014, S. 245-258 sowie auf einer allgemeineren Ebene: dies., *Whither Conceptual History? From National to Entangled Histories*, in: *Contributions to the History of Concepts* 7, 1 (2012), S. 1-11.

<sup>17</sup> Ob auch Tiere Gefühle haben können, war und ist Gegenstand eines langen Streits. Vgl. dazu aus Sicht der Emotionsgeschichte u.a. Pascal Eitler, *Tiere und Gefühle: Eine genealogische Perspektive auf das 19. und 20. Jahrhundert*, in: Gesine Krüger/Aline Steinbrecher/Clemens Wischermann (Hg.), *Tiere und Geschichte. Konturen einer „Animate History“*, Stuttgart 2014, S. 59-78.

nicht-körperlich. Es ist an die Sinnesempfindungen gebunden, aber doch mehr als die bloße Registrierung eines Körperzustandes oder einer körperlichen Reaktion. Genauso wenig geht das Gefühl in einer reinen Denkoperation auf.<sup>18</sup> Worin dieses Mehr des Gefühls besteht, welcher Sinn Gefühlen beizumessen ist, wo genau sie im Hinblick auf Körper und Nicht-Körper zu verorten sind – all dies ist nicht Teil der Basisdefinition, sondern lässt sich nur im Rückgriff auf historisch und kulturell variable Konzepte des Gefühls erschließen. So verstanden ist die Fähigkeit, Gefühle zu empfinden, eine Grundtatsache menschlicher Existenz als einer im Grundsatz körperlichen und sozialen Existenz. So wie die Fähigkeit zum Sprechen dem Menschen angeboren ist, das Sprechen und die Sprache jedoch gelernt werden müssen, ist auch das Fühlen Ergebnis von Lernprozessen, in deren Verlauf ein grundsätzliches Verständnis davon erlernt wird, was Gefühle sind und wozu sie gut (oder schlecht) sein können, welche Gefühle es gibt, wie diese sich anfühlen und benannt werden, welche Rhetorik der Gefühle im je verschiedenen sozialen Miteinander angebracht ist, ob und wie Gefühle bearbeitet werden können.

Bei dem Erlernen des Fühlens und der Gefühle geht es also nicht um das Erlernen von Ausdrucks- und Sagbarkeitsregeln allein, sondern auch um die Prägung des Fühlens selbst, das nur als Potenz schon immer da ist. Nicht nur das: Diese Annahme beansprucht auch, die in Gefühlsdingen spätestens seit der westlichen Moderne angenommene Unterscheidung von innerem „authentischen“ Gefühl und äußerem, durch Gefühlsregeln bestimmten Ausdruck aufzuheben oder zumindest diese Grenze als weniger klar und eindeutig anzunehmen.<sup>19</sup> Denn die bereits im inneren Gespräch mit mir selbst vorgenommene Wahrnehmung, Benennung oder Beschreibung eines Fühlens greift auf erlernte Begriffe zurück und aktiviert damit ein Netz aus Bedeutungszuschreibungen, Normen, Regeln sowie körperlichen und sprachlichen Ausdrucksformen, die von allen für die Geschichtsschreibung relevanten Kategorien wie

---

<sup>18</sup> Gefühle werden damit also nicht als verbindendes Element zwischen Körper und Geist konzeptionalisiert, sondern als diese Dichotomie prinzipiell überschreitende Phänomene. Darum benutze ich hier auch nicht den Begriff des Affekts, so wie er von Affekttheoretikern und -theoretikerinnen benutzt wird, um eine vorbewusste, nicht-intentionale und vor-individuelle körperliche Empfindung von großer Intensität gegenüber „feeling“ und „emotion“ abzugrenzen. Dem so verstandenen Affekt wird das Potential zugesprochen, soziale Konventionen zu sprengen. Vgl. Brian Massumi, *Parables for the Virtual*, Durham 2002 und William E. Connolly, *Neuropolitics. Thinking, Culture, Speed*, Minneapolis 2002 und Nigel Thrift, *Non-Representational Theory*, London 2002.

<sup>19</sup> Monique Scheer, *Topografien des Gefühls*, in: Frevert u.a., *Gefühlswissen*, S. 41-64; Charles Taylor, *Quellen des Selbst. Die Entstehung der neuzeitlichen Identität*, Frankfurt a. M. 1997, S. 207.

etwa Klasse, Geschlecht, Alter und Ethnie geprägt sind oder sein können.<sup>20</sup> Dieser Prozess der Navigation des Gefühls, um den Begriff des amerikanischen Historikers William M. Reddy zu gebrauchen, ist es, der die angenommene Trennung von Innen und Außen überschreitet, ohne diese Grenze vollständig obsolet zu machen.<sup>21</sup> Denn diese Vorstellung gesteht zu, dass das benannte Gefühl nicht alles umgreift, was der Mensch fühlt. Möglicherweise ist dies sogar ein Charakteristikum des Gefühls, die Tatsache, dass Gefühle als etwas an ihren Rändern Unscharfes gelten, als etwas nicht vollständig Ausdrückbares. Diese Unschärfe ist dafür verantwortlich, dass Prozesse der Gefühlsnavigation, die unbewusst und nicht-intentional ablaufen können, oft nicht abschließend sind, immer wieder neu erfolgen und dann zu einem anderen Ergebnis führen oder als immer neue Suchbewegungen ihrerseits zum Wandel von Gefühlskonzepten und -bewertungen beitragen können.<sup>22</sup>

So betrachtet sind Gefühle also auch aus Sicht der Emotionsgeschichte universal (als grundsätzliche Fähigkeit zum Gefühl), persönlich-individuell (als individuelle und bis zu einem gewissen Grad ganz eigene Gefühlsnavigation) und historisch (als Ergebnisse dieser Navigationsprozesse in der sozialen Kommunikation). Damit verliert etwa die Angst vor oder in der Krebskrankheit ihre anfangs konstatierte Fraglosigkeit. Die Angst änderte nicht nur ihre Gestalt, weil Krebskranke sich im Verlauf des 20. Jahrhunderts in unterschiedlichen Räumen aufgehalten haben, sich verschiedenen Therapien und Therapieinstrumenten gegenübersehen, wechselnden Heilungschancen,

---

<sup>20</sup> Dem Frankreichhistoriker William Reddy folgend könnte man hier den Begriff des emotionalen Regimes benutzen. In Reddys Verständnis bezeichnet der Begriff des emotionalen Regimes allerdings das eine, in einer gegebenen Gesellschaft dominierende Gefühlsregime, sowie er es für die Geschichte der Französischen Revolution dargestellt hat. Demgegenüber wird hier jedoch von einem Nebeneinander verschiedener emotionaler Regime ausgegangen, die je nach Kontext, Raum und Gruppe dominierend sein können. Gerade wegen der im Begriff des emotionalen Regimes mitgedachten Dimension des Normativen ziehe ich ihn, zumindest im Plural, dem weniger verbindlich gedachten Konzept der emotionalen Stile in dieser Krebsgeschichte vor. Vgl. Jan Plamper, Wie schreibt man die Geschichte der Gefühle? William Reddy, Barbara Rosenwein und Peter Stearns im Gespräch mit Jan Plamper, in: Werkstatt Geschichte 54 (2010), S. 39-69, hier: S. 39-51 sowie die Kritik Barbara Rosenweins in dies., Review of „The Navigation of Feeling“. A Framework for the History of Emotions by William M. Reddy, in: American Historical Review 107, 4 (2002), S. 1181f. Als Überblick über das Konzept des emotionalen Stils vgl. Benno Gammerl, Emotional Styles. Concepts and Challenges, in: Rethinking History 16, 2 (2012), S. 161-175.

<sup>21</sup> William M. Reddy, *The Navigation of Feeling*, New York 2001.

<sup>22</sup> Diesen Prozess könnte man als Praxis des *trying emotion* fassen, vgl. Benno Gammerl/Bettina Hitzer, Wohin mit den Gefühlen? Vergangenheit und Zukunft des Emotional Turn in den Geschichtswissenschaften, in: Berliner Debatte Initial 24, 3 (2013), S. 31-40, hier S. 37f.; Pascal Eitler/Monique Scheer, Emotionengeschichte als Körpergeschichte. Eine heuristische Perspektive auf religiöse Konversionen im 19. und 20. Jahrhundert, in: Geschichte und Gesellschaft 35, 2 (2009), S. 282-313, hier: S. 293.

Gewissheiten und Erklärungen begegneten, weil Ärzte, Schwestern und Pfleger ihnen je nach historischem Kontext anders gegenübertraten.

All dies veränderte die Erfahrungen derjenigen, die an Krebs erkrankt waren, und konnte sich auf ihre Gefühle auswirken, ein Mehr oder Weniger von Angst hervorrufen, ein anderes Sprechen oder Ausdrücken von Angst bewirken. Doch auch die Art und Weise, wie Angst sich anfühlte, veränderte sich, weil sich Vorstellungen über die Natur von Angst, über ihren Sinn, ihren Wert, ihre Rationalität änderten: Denn wenn ich Angst für Feigheit halte, verachte ich mich vielleicht für meine Angst, suche womöglich in Einsamkeit mit meiner Angst fertig zu werden, weil ich sie verstecken möchte. Halte ich Angst für würdelos, so kann mir das Bemühen um Würde innere Festigkeit geben – oder mich in die Verzweiflung treiben. Halte ich Angst für schädlich, macht mir meine Angst eventuell sogar Angst, sorgt dafür, dass ich mich schuldig fühle – und lässt mich unter Umständen Hilfe suchen, damit es mir gelingt, meine Angst zu überwinden und in Hoffnung umzuwandeln.

Angst – genauso wie jedes andere Gefühl – kann sich also sehr unterschiedlich anfühlen. Sie kann von anderen Gefühle begleitet werden, kann zu vollkommen gegensätzlichen Entscheidungen führen, kann sich den Menschen in meiner Umgebung auf vielen Wegen mitteilen, eine große Bandbreite emotionaler und anderer Reaktionen hervorrufen, die wiederum Auswirkungen darauf haben können, wie sich meine Angst anfühlt, ob sie weiter besteht oder wieder vergeht. Auch wenn diese Angst immer meine Angst bleibt, ist ein großer Teil der Fühlweisen meiner Angst das Ergebnis von Geschichte: Die von mir gefühlte Angst ist also weder historisch kontingent noch historisch vollkommen determiniert. Und genau um diese historisch geprägten Fühlweisen – nicht nur der Angst, sondern auch einer Vielzahl anderer Gefühle – geht es in dieser Gefühlsgeschichte der Krebskrankheit.

### ***1.3 Wozu eine Gefühlsgeschichte der Krebskrankheit?***

Die Relevanz einer solchen Gefühlsgeschichte der Krebskrankheit im 20. Jahrhundert erschien vielen, mit denen ich in den vergangenen Jahren gesprochen habe, unmittelbar einleuchtend. Allerdings nahmen die meisten an, dass sich diese Geschichte ausschließlich mit den Gefühlen von an Krebs erkrankten Menschen beschäftigen würde. Nicht wenige vermuteten, dass diese Geschichte mit einer bis in die jüngste Vergan-



genheit reichenden Tabuisierung der Krebskrankheit zusammenhänge. Andere wiederum assoziierten mit einer Gefühlsgeschichte der Krebskrankheit eine Auseinandersetzung mit der Vorstellung, dass Gefühle für die Entstehung von Krebs verantwortlich seien. Eine kleinere Gruppe dagegen reagierte skeptisch, manchmal auch abwehrend, und sah nur wenig Sinn darin, die Geschichte der Krebskrankheit im 20. Jahrhundert aus emotionshistorischer Perspektive schreiben zu wollen. Ihr Argument lautete, dass diese Geschichte entscheidend von medizinischen und therapeutischen Entdeckungen und Entwicklungen und nicht von Gefühlen bestimmt worden sei. Denn erscheinen Gefühle nicht bestenfalls marginal, wenn doch die eigentlich wichtige Geschichte darin besteht, dass etwa der Gebärmutterhalskrebs, der große „Waisenmacher“ der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts, innerhalb weniger Jahrzehnte eine in der westlichen Welt seltene Krebsform mit meist guter Heilungschance geworden ist – und in dieser Geschichte Faktoren die zentrale Rolle spielen, die auf den ersten Blick nichts mit Gefühlen zu tun haben, wie etwa die Einführung des sogenannten Pap-Testes zur Früherkennung des Gebärmutterhalskrebses, die Entwicklung einer kombinierten Radio-Chemotherapie sowie zuletzt die Produktion einer Impfung gegen das karzinogene Humane Papillomvirus?<sup>23</sup>

Beide Ansichten unterstreichen in unterschiedlicher Weise die Relevanz einer bisher ungeschriebenen Gefühlsgeschichte der Krebskrankheit im 20. Jahrhundert, denn sie greifen einige der vielen Fäden auf, die in dieser Geschichte miteinander versponnen worden sind – eine zunehmende Thematisierung der Erfahrung und der Gefühle von Patienten, wechselnde Konjunkturen von psychosomatischen, oft gefühlbasierten Theorien der Krebsentstehung sowie schließlich die Entwicklung einer hoch spezialisierten, forschungsorientierten und technikbasierten Onkologie, die Gefühle oft nur als Hindernisse oder Begleiterscheinungen auf dem Pfad einer wirksamen Krebstherapie wahrgenommen hat.<sup>24</sup>

---

<sup>23</sup> Vgl. zu dieser Erfolgsgeschichte und ihren Unwägbarkeiten: Ilana Löwy, *A Woman's Disease. The History of Cervical Cancer*, Oxford 2011.

<sup>24</sup> Erst seit wenigen Jahren hat eine emotionshistorische Annäherung an das Thema Krankheit begonnen. Wegweisend waren die Studien der britischen Historikerin Fay Bound Alberti zu Herzkrankheiten bzw. ein von ihr herausgegebener Sammelband: dies. (Hg.), *Matters of the Heart. History, Medicine and Emotion*, Oxford/New York 2010; dies., *Angina Pectoris and the Arnolds*, in: *Medical History*, 52, 2 (2008), S. 221-236 und dies. (Hg.), *Medicine, Emotion and Disease, 1700-1850*, Houndsmill/New York 2006. Als weitgespannte Überblicke zum Thema: Elenea Carrera (Hg.), *Emotions and Health, 1200-1700*, Brill 2013; Bettina Hitzer, *Gefühle heilen*, in: Frevert u.a., *Gefühlswissen*, S. 121-156; außerdem: Penelope Gouk/Helen Hills (Hg.), *Representing Emotions. New Connections in the Histories of Art, Music, and Medicine*, Hants 2005 und Otniel E. Dror, *From Primitive Fear to Civilized Stress. Sudden Unexpected Death*, in: David

Diese Auseinandersetzungen um die Relevanz beziehungsweise Marginalität von Gefühlen gewinnen im 20. Jahrhundert eine Bedeutung, die weit über die Krebsgeschichte hinaus- und an vielen Punkten in eine allgemeine Geschichte des Selbst, des Körpers und des Todes sowie in die Geschichte politischer Bewegungen und politischer Kultur hineinreicht. Denn Krebs wurde mit dem Übergang zum 20. Jahrhundert zu einer Leitkrankheit Westeuropas und der USA.<sup>25</sup> Zwar gab es die Krebskrankheit bereits in der Antike und es finden sich Hinweise darauf, dass Krebs auch im Mittelalter zu den gefürchteten, da nur schwer heilbaren und für ihre Schmerzhaftigkeit berühmten Krankheiten zählte.<sup>26</sup> Allerdings war das, was mittelalterliche oder frühneuzeitliche

---

Cantor/Edmund Ramsden (Hg.), *Stress, Shock, and Adaptation in Twentieth Century*, Rochester 2014, S. 96-118. Bereits vor der Wende zur Emotionsgeschichte gab es einige historiographische Studien zur Krebskrankheit, die Gefühle, vor allem Angst, prominent im Titel thematisierten. In den Studien selbst wurden Gefühle jedoch nur im Sinne eines Mehr oder Weniger an Gefühl benannt, nicht aber systematisch oder methodisch reflektiert erforscht, vgl. zum Beispiel: James T. Patterson, *The Dread Disease. Cancer and Modern American Culture*, Cambridge, Mass./London 1987; Pierre Darmon, *Les cellules folles. L'Homme face au cancer de l'antiquité à nos jours*, Paris 1993; Barron H. Lerner, *The Breast Cancer Wars. Hope, Fear, and the Pursuit of a Cure in Twentieth-Century America*, Oxford 2001 sowie Gretchen Krueger, *Hope and Suffering. Children, Cancer, and the Paradox of Experimental Medicine*, Baltimore 2008. Nur wenige haben bisher die Krebskrankheit aus emotionshistorischer Perspektive ernsthaft in den Blick genommen, vgl. Joanna Bourke, *Fear. A Cultural History*, London 2006, S. 295-321; Ilana Löwy, "Because of their Praiseworthy Modesty, they Consult too Late". *Regime of Hope and Cancer of the Womb, 1800–1910*, in: *Bulletin of the History of Medicine* 85, 3 (2011), S. 356–383; Marjo Kaartinen, „Pray, Dr., is there Reason to Fear a Cancer?“ *Fear of Breast Cancer in Early Modern Britain*, in: Jonas Liliequist (Hg.), *A History of Emotions, 1200-1800*, London/Vermont 2012, S. 153-166; Javier Moscoso, *Exquisite and Lingering Pains. Facing Cancer in Early Modern Europe*, in: Rob Boddice (Hg.), *Pain and Emotion in Modern History*, London 2014, S. 16-35; Bettina Hitzer, *Körpersorge(n). Gesundheitspolitik mit Gefühl*, in: Claudia Jarzebowski/Anne Kwaschik (Hg.), *Performing Emotions. Interdisziplinäre Perspektiven auf das Verhältnis von Politik und Emotion in der Frühen Neuzeit und in der Moderne*, Göttingen 2013, S. 43-68; dies., *Oncomotions. Experiences and Debates in West Germany and the United States after 1945*, in: Frank Biess/ Daniel M. Gross (Hg.), *Science and Emotions after 1945. A Transatlantic Perspective*, Chicago 2014, S. 157-178; dies., *Angst, Panik?! Eine vergleichende Gefühlsgeschichte von Grippe und Krebs in der Bundesrepublik*, in: Malte Thießen (Hg.), *Infiziertes Europa. Seuchen im langen 20. Jahrhundert* (Beihefte der Historischen Zeitschrift 64), München 2014, S. 137-156 und dies., *How to Detect Emotions? The Cancer Taboo and Its Challenge to a History of Emotions*, in: Helena Flam/Jochen Kleres (Hg.), *Methods of Exploring Emotions*, London 2015, S. 259-267. Unter der Supervision von Javier Moscoso arbeitet momentan Fanny H. Brotons an ihrer Dissertation über die (emotionalen) Erfahrungen spanischer und britischer Krebspatienten und -patientinnen im 19. Jahrhundert.

<sup>25</sup> Vgl. dazu und zum Konzept der Leitkrankheit auch: Werner F. Kümmell, *Krebs – die „Leitkrankheit“ unserer Zeit im Licht der Geschichte*, in: *Acta Historica Leopoldina* 39 (2004), S. 41-58, hier S. 41f. und S. 47-56. Warum die Krebskrankheit im 20. Jahrhundert so großes Gewicht bekam, diskutiert auch: Wolfgang U. Eckart, „Der König der Krankheiten“ – Wie entstand die besondere Aufmerksamkeit für Krebskranke? Ein Essay, in: *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen* 107, 2 (2013), S. 105-115.

<sup>26</sup> Es gibt nur wenige historische Gesamtdarstellungen der Krebskrankheit, die sich zudem in der Regel auf eine westliche, „abendländische“ Geschichte dieser Krankheit konzentrieren. Methodisch wirft eine solche Langzeitperspektive auch die Frage auf, mit welchem Konzept der Krebskrankheit historische Quellen erschlossen werden. Wird retrospektiv versucht, die heutige Definition der Krebskrankheit zugrunde zu legen, oder geht man davon aus, wie die jeweiligen historischen Subjekte Krebs verstanden und konzeptionalisiert haben. Während sich Pierre Darmon für

Ärzte als Krebs erkannten und benannten, ein eher seltenes Leiden. Meist wurde Krebs diagnostiziert, wenn Geschwüre und Tumoren äußerlich sichtbar waren oder wurden, das heißt überwiegend als Haut-, Gesichts- oder Brustkrebs.<sup>27</sup> Innere Krebserkrankungen waren zwar nicht völlig unbekannt, wurden aber äußerst selten als solche diagnostiziert.

Dies änderte sich im Verlauf des 19. Jahrhunderts, in dem sich die Chirurgen nach Einführung der Äthernarkose sowie der Anti- und später Asepsis weiter ins Innere des Körpers vorwagten.<sup>28</sup> Zur gleichen Zeit wandelten sich Vorstellungen über das hohe Alter, das gegen Ende des 19. Jahrhunderts nicht mehr per se als pathologisch galt, so dass der Befund „Altersschwäche“ seltener als Todesursache auf den

---

historische Konzepte und Praktiken im Umgang mit der Krebskrankheit interessiert (vgl. ders., *Les cellules folles*, Paris 1993), erzählen andere Medizinhistoriker ihre Geschichte der Krebskrankheit ganz auf der Grundlage heutiger Diagnosen, vgl. Patrick J. Fitzgerald, *From Demons and Evil Spirits to Cancer Genes*, Washington 2000, S. 3-22; Margaret Olszewski, *Concepts of Cancer from Antiquity to the Nineteenth-Century*, in: *University of Toronto Medical Journal* 87, 3 (2010), S. 181-186; Jacques Rouessé, *Une histoire du cancer du sein en Occident: enseignements et réflexions*, Paris 2011. Die preisgekrönte Krebsgeschichte des amerikanisch-indischen Onkologen Siddharta Mukherjee interessiert sich dagegen aus wissenschaftshistorischer Sicht für Krebskonzepte, -forschung und -behandlung, angefangen bei der persischen Königin Atossa, die im 5. Jahrhundert vor Christus lebte: ders., *Der König aller Krankheiten. Krebs – eine Biografie*, Köln 2012; Im Hinblick auf die Geschichte unterschiedlicher Krankheitskonzepte einer bestimmten Krebserkrankung: Ilana Löwy, *A Woman's Disease*, vgl. Karl-Heinz Leven, *Krankheiten – historische Deutung versus retrospektive Diagnose*, in: Paul Norbert/Thomas Schlich (Hg.), *Medizingeschichte – Aufgaben, Probleme, Perspektiven*, Frankfurt a.M./New York 1998, S. 153-185. Die heutige Wissenschaftsgeschichte interessiert sich denn auch in der Regel mehr für die Fragen, wie, warum und mit welchen Folgen sich Krankheitsdefinitionen durchsetzten („framing diseases“) und wie Menschen in diesem Rahmen ihren Krankheiten einen Sinn und eine erzählerische Form gaben, vgl. Charles E. Rosenberg/Janet Golden (Hg.), *Framing Disease. Studies in Cultural History*, 2. Auflage, New Brunswick, NJ 1997; Robert A. Aronowitz, *Making Sense of Illness. Science, Society, and Disease*, Cambridge 1998 und Arthur Kleinman, *The Illness Narratives. Suffering, Healing & The Human Condition*, New York 1988.

<sup>27</sup> Vgl. etwa Marjo Kaartinen, *Breast Cancer in the Eighteenth Century*, London/Vermont 2013.

<sup>28</sup> Eine Vorstellung davon, was eine Brustkrebsoperation vor dem Zeitalter von Narkose und Asepsis bedeutete, geben die Briefe der adligen englischen Schriftstellerin Fanny Burney (1776-1840) an ihre Schwester Esther, in denen sie ihre 1811 wegen des Verdachts auf Brustkrebs ohne Betäubung durchgeführte Operation beschrieb, die sie – anders als die meisten Krebsoperierten zu dieser Zeit – überlebte. Wiederabgedruckt sind die Briefe in: D.J. Rothman/S. Marcus/S.A. Kiceluk (Hg.), *Medicine and Western Civilization*, New Brunswick, NJ 1995, S. 383-389. Äther und Chloroform wurden erstmals 1867 bzw. 1847 als Narkotika benutzt und machten Operationen erträglicher. Die Entdeckungen Louis Pasteurs und Joseph Listers, dass Bakterien allgegenwärtig sind und vor bzw. während einer Operation durch Desinfektion beseitigt werden mussten und könnten (1864/7, A- und Antisepsis) verringerten das Risiko von Infektionen und damit die Sterblichkeit der frisch Operierten. Dennoch blieb das Risiko, bei und nach einer Krebsoperation zu versterben, bis weit in die erste Hälfte des 20. Jahrhunderts groß: Hitzer, *Körper-Sorge(n)*, S. 55. Als kurzer Überblick zur Geschichte der Anästhesie im 19. Jahrhundert: Wilfried Witte, *Prämedikation, prä- und postoperative Visite. Bedeutung im Spiegel der Anästhesie-Lehrbücher*, in: *Der Anästhesist* 56,12 (2007), S. 1252-1256 sowie Ludwig Brandt (Hg.), *Illustrierte Geschichte der Anästhesie* (unter Mitarbeit von Karl-Hans Bräutigam, Michael Goering, Csaba Nemes, Hans Nolte), Stuttgart 1997, S. 59-171.

Totenscheinen akzeptiert wurde.<sup>29</sup> Zunehmend wurde nach einer im engeren Sinne „krankhaften“ Todesursache Ausschau gehalten, so dass Pathologen öfter Obduktionen vornahmen und auf diese Weise Krebs als Todesursache identifizierten, wo wenige Jahrzehnte zuvor das hohe Alter des Verstorbenen als Erklärung ausgereicht hätte. Parallel wuchs das Interesse an einer detaillierten statistischen Erfassung der Welt, das sich unter anderem in einer weiter ausdifferenzierten Todesursachenstatistik niederschlug.<sup>30</sup> Krebs wurde 1905 erstmals im Deutschen Reich als eigenständige Todesursache statistisch erfasst.<sup>31</sup> Bereits nach wenigen Erhebungen wurde deutlich, dass mehr Menschen an Krebs verstarben als zuvor angenommen. Damit wurde Krebs zum Thema, das sowohl in der Zeitungsöffentlichkeit als auch in internen Behördenschreiben diskutiert wurde.

Die gestiegene Aufmerksamkeit für die Krebskrankheit veranlasste Ärzte, bei ihren sterbenskranken Patienten genauer hinzusehen und nicht selten Krebs zu diagnostizieren. Wenn auch diese Aufmerksamkeitseffekte bereits zeitgenössisch diskutiert wurden, war sich die öffentliche Meinung doch überwiegend darin einig, dass die Zahl der Krebskranken und -toten ständig zunehme.<sup>32</sup> Von vielen – Ärzten, Gesundheitspolitikern und Journalisten – wurde diese Beobachtung durch die Annahme erklärt, dass Krebs eine Zivilisationskrankheit sei, das heißt, in irgendeiner noch nicht genau zu erklärenden Weise auf die veränderten Lebensumstände in den zivilisierten Länder zurückzuführen sei – in dieser Form wurde die steigende Krebsinzidenz im russischen Zaren- ebenso wie im deutschen Kaiserreich oder in den Vereinigten Staaten von

---

<sup>29</sup> Stefan Schmorrt, *Alter und Medizin. Die Anfänge der Geriatrie in Deutschland*, in: *Archiv für Sozialgeschichte* 30 (1990), S. 15-41, hier S. 19-21 und Heiko Stoff, *Ewige Jugend. Konzepte der Verjüngung vom späten 19. Jahrhundert bis ins Dritte Reich*, Köln/Weimar/Wien 2004, S. 210f.

<sup>30</sup> Allgemein zu den westlichen Anfängen der statistischen Erfassung der Welt: Theodore M. Porter, *The Rise of Statistical Thinking, 1820-1900*, Princeton 1986 und ders., *Trust in Numbers. The Pursuit of Objectivity in Science and Public Life*, Princeton 1995. Speziell im Blick auf Deutschland mit dem Schwerpunkt Bevölkerungsstatistik: Michael C. Schneider *Wissensproduktion im Staat. Das königlich preußische statistische Bureau 1860–1914*, Frankfurt a.M. 2013, mit dem Blick auf Wirtschaftsstatistik: Adam Tooze, *Statistics and the German State, 1900–1945. The Making of Modern Economic Knowledge*, Cambridge 2001. Ein emotionssoziologischer Blick auf zeitgenössische Statistiken mit einem Kapitel über Krankheit und Körper in: Kathleen Woodward, *Statistical Panic. Cultural Politics and Poetics of the Emotions*, Durham/London 2009, S. 195-218.

<sup>31</sup> Jeannette Madarász, *Die Pflicht zur Gesundheit: Chronische Krankheiten des Herzkreislaufsystems zwischen Wissenschaft, Populärwissenschaft und Öffentlichkeit*, in: Martin Lengwiler/ Jeannette Madarász (Hg.), *Das präventive Selbst. Eine Kulturgeschichte moderner Gesundheitspolitik*, Bielefeld 2010, S. 137-167, hier S. 142.

<sup>32</sup> Vgl. bereits den Kommentar zur preußischen Erhebung von 1901 zitiert in: Cornelia Lindner, *Vinzenz Czerny. Pionier der Chirurgie, chirurgischen Onkologie und integrierten Krebsforschung*, Freiburg 2009, S. 202f. Ähnlich Bruno Gebhard, *Kampf dem Krebs*, Dresden 1933, S. 5-8.

Amerika diskutiert.<sup>33</sup> Um die vermuteten Zusammenhänge besser zu verstehen und Licht ins Dunkel der Krebsursachen zu bringen, ergriffen Ärzte und Gesundheitspolitiker um die Wende zum 20. Jahrhundert in Europa ebenso wie in den USA, in Asien und in Südamerika die Initiative und gründeten Gesellschaften zur Erforschung und Bekämpfung der Krebskrankheit, so zum Beispiel im Deutschen Reich (1900), in Großbritannien und Spanien (1902), in Ungarn (1903) und Portugal (1904), in Österreich, Dänemark und Schweden (1905), in Frankreich und den USA (1906), in Japan (1907) und in der Schweiz (1910).<sup>34</sup>

Die Krebskrankheit ließ sich allerdings nicht umstandslos ins damals populäre bakteriologische Paradigma einfügen. Dagegen spielte die andere medizinische Denkrevolution dieser Jahre, die Zellulärpathologie Rudolf Virchows, für die Wahrnehmung und Erklärung dieser Krankheit eine große Rolle.<sup>35</sup> Denn durch Virchows Forschungen wurde deutlich, dass Krebs auf zellulärer Ebene zu identifizieren war. Außerdem entdeckte man nun, dass Krebszellen den gesunden Körperzellen ähnelten, auch wenn sie sich durch bestimmte Eigenschaften wie ihre übermäßig große Vermehrungsgeschwindigkeit von diesen unterscheiden ließen. Einerseits wurde Krebs auf diese Weise neu definiert, nämlich als „Entartung“ vormals gesunder Zellen, die lokal entsteht und dann um sich greift. Andererseits boten die Untersuchungstechniken der

---

<sup>33</sup> Vgl. etwa Jacob Wolff, *Die Lehre von der Krebskrankheit. Von den ältesten Zeiten bis zur Gegenwart*, Jena 1907-1928, Bd. 3 (1913). Entgegen der Annahme, Krebs sei im 19. Jahrhundert weitgehend tabuisiert gewesen, finden sich sowohl literarische Schilderungen als auch eine Krebs beim Namen nennende Berichterstattung über die Krebserkrankung und das Sterben von Personen des öffentlichen Lebens. Zu den meistgelesenen literarischen Darstellungen gehören Leo Tolstoi, *Der Tod des Iwan Iljitsch* (1886) und Theodor Storm, *Ein Bekenntnis* (1887). In den Medien der gleichen Zeit wurde ausführlich über die Krankheit des deutschen Kaisers Friedrichs III., der 1888 an Kehlkopfkrebs starb, sowie über das Leiden von Ulysses S. Grant berichtet, der an Rachenkrebs starb. Zu Grant vgl. Patterson, *Dread Disease*, S. 1-11. In der Krankheitszeit Friedrichs III. wurden regelmäßig sogenannte Hofbulletins veröffentlicht, die seine körperlichen Leiden und Behinderungen beschrieben und kurz auf sein allgemeines Befinden eingingen.

<sup>34</sup> Die Geschichte der meisten Krebsgesellschaften ist inzwischen zumindest aus institutionenhistorischer Hinsicht gut erforscht: Isabel Atzl/Roland Helms, *Die Geschichte der Deutschen Krebsgesellschaft*, Germering/München 2012 (dort auch Angaben zu den Gründungsdaten vieler Krebsgesellschaften, S. 36f.); Joan Austoker, *A History of the Imperial Cancer Research Fund, 1902-1986*, Oxford 1988; Patrice Pinell, *The Fight Against Cancer. France 1890-1940*, London 2002, Daniel Kauz, *Vom Tabu zum Thema? 100 Jahre Krebsbekämpfung in der Schweiz 1910-2010*, Bern/ Basel 2010 und Patterson, *Dread Disease*.

<sup>35</sup> Zunächst allerdings gab es durchaus die Annahme, es gebe einen Krebsbazillus und es wurden im Labor Übertragungsversuche vorgenommen. Ernst von Leyden, einer der Gründer der *Deutschen Krebsgesellschaft*, hing dieser Theorie auch noch nach der Jahrhundertwende an, vgl. Atzl/Helms, *Geschichte*, S. 7f. und Peter Schneck, *Das Deutsche Zentralkomitee zur Erforschung und Bekämpfung der Krebskrankheit und seine Leistungen (1900-1933)*, in: Wolfgang U. Eckart (Hg.), *100 Years of Organized Cancer Research. 100 Jahre organisierte Krebsforschung*, Stuttgart/New York 2000, S. 23-29, hier S. 29. Zur Bakteriologie vgl. Silvia Berger, *Bakterien in Krieg und Frieden. Eine Geschichte der medizinischen Bakteriologie in Deutschland 1890-1933*, Göttingen 2009.

Zellulärpathologie ein scheinbar eindeutiges Kriterium, um Krebstumoren von anderen, nun als gutartig definierten Tumoren zu unterscheiden: die Wachstums- und Stoffwechseleigenschaften der Zellen.<sup>36</sup> Zwar kannten auch die Kliniker der Zeit zuvor die Unterscheidung von lebensbedrohlichen und weitgehend harmlosen Tumoren. Sie trafen diese Unterscheidung aufgrund einer Tast- und Sichtdiagnose der Tumoren, doch verhiess die im Labor getroffene Entscheidung eine größere Eindeutigkeit.

Neben die Chirurgie, als deren Domäne die Krebskrankheit im 19. Jahrhundert galt, trat damit auf diagnostischer Ebene die Pathologie.<sup>37</sup> In therapeutischer (und später

<sup>36</sup> Das Wachstum der Krebszelle wurde von Virchow in erster Linie dadurch als bösartig definiert, dass es „parasitisch“ sei, d.h. dem Körper lebenswichtige Stoffe entziehe, vgl. Rudolf Virchow, *Die Cellularpathologie in ihrer Begründung auf physiologische und pathologische Gewebelehre*, 4. Auflage, Berlin 1871, S. 408.

<sup>37</sup> Die Geschichte der operativen Krebsbehandlung nimmt in vielen historiographischen Darstellungen einen wichtigen Platz ein. Viele dieser Studien konzentrieren sich auf den Zusammenhang von Krebsbekämpfung im Rahmen von Kampagnen und Krebsbehandlung im 20. Jahrhundert. Dieser Zusammenhang ist insbesondere im Hinblick auf die USA inzwischen gut erforscht, wenngleich sich eine Mehrzahl dieser Studien auf den Brustkrebs konzentrieren: Patterson, *Dread Disease*, 1987; Anne S. Kasper/Susan J. Ferguson, *Breast Cancer. Society Shapes an Epidemic*, Palgrave 2000; James S. Olson, *Bathsheba's Breast. Women, Cancer & History*, Baltimore 2002; Barron H. Lerner, *The Breast Cancer Wars. Hope, Fear, and the Pursuit of a Cure in Twentieth-Century America*, Oxford 2001; Kirsten E. Gardner, *Early Detection: Women, Cancer, and Awareness Campaigns in the Twentieth-Century United States*, Chapel Hill 2006; Robert A. Aronowitz, *Unnatural History. Breast Cancer and American Society*, Cambridge 2007; Barbara L. Ley, *From Pink to Green. Disease Prevention and the Environmental Breast Cancer Movement*, New Brunswick/New Jersey/London 2009. Für andere Länder liegt keine vergleichbare Fülle an Studien vor, vgl. für Großbritannien: Ornella Moscucci, *The British Fight Against Cancer: Publicity and Education, 1900-1948*, in: *Social History of Medicine* 23, 2 (2010), S. 356-373; David Cantor, *Representing "the Public". Medicine, Charity and Emotion in Twentieth Century Britain*, in: Steve Sturdy (Hg.), *Medicine, Health and the Public Sphere in Britain, 1600-2000*, London 2002, S. 145-168; Elizabeth Toon, *"Cancer as the General Population Knows It": Knowledge, Fear, and Lay Education in 1950s Britain*, in: *Bulletin of the History of Medicine* 81, 1 (2007), S. 116-138; Carsten Timmermann, *A History of Lung Cancer. The Recalcitrant Disease*, Basingstoke/New York 2014; Emm Barnes Johnstone/Joanna Baines, *The Changing Faces of Childhood Cancer. Clinical and Cultural Vision since 1940*, Houndsmill/Basingstoke 2014. Für Kanada: Charles Hayter, *Element of Hope: Radium and the Response to Cancer in Canada, 1900-1940*, Montreal 2005. Zu den Niederlanden: Stephen Snelders/Frans J. Meijman/Toine Pieters, *Cancer Health Communication in the Netherlands 1910-1950. Paternalistic Control or Popularization of Knowledge?*, in: *Medizinhistorisches Journal* 41, 3 (2006), S. 271-289. Zu Deutschland gibt es bislang nur die Studie zur NS-Geschichte von Robert N. Proctor, der sich einerseits auf die Präventionskampagnen im Sinne eines „gesunden“ Lebensstils (gegen Tabakkonsum, für vegetarische Ernährung) und andererseits auf die Früherkennungsangebote konzentriert: ders., *The Nazi War on Cancer*, Princeton 1999. Daneben erschien eine auf den Plakaten des Dresdner Hygiene-Museums fußende kurze Darstellung zur Krebsaufklärung im 20. Jahrhundert: Stiftung Deutsches Hygiene-Museum (Hg.), *„Rechtzeitig erkannt – heilbar“. Krebsaufklärung im 20. Jahrhundert*, Dresden 2002. Als mehrere Länder umfassende Annäherungen: David Cantor (Hg.), *Cancer in the Twentieth Century*, Baltimore 2008 und Carsten Timmermann/Elizabeth Toon (Hg.), *Cancer Patients, Cancer Pathways. Historical and Sociological Perspectives*, Houndsmill/ Basingstoke 2012 sowie als kurze Überblicksdarstellungen zur historiographischen Beschäftigung mit der Krebskrankheit: David Cantor, *Cancer*, in: W.F. Bynum/Roy Porter (Hg.), *Companion Encyclopedia of the History of Medicine*, Bd. 1, New York 1993, S. 537-561; Ilana Löwy, *Cancer. The Century of the Transformed Cell*, in: John Krige/Dominique Pestre (Hg.), *Science in the Twentieth Century*, Amsterdam 1997, S. 461-477 und Patrice Pinell, *Cancer*, in: Roger Cooter/ John Pickstone (Hg.), *Medicine in the Twentieth Century*, Amsterdam 2000, S. 671-686.

auch diagnostischer) Hinsicht etablierte sich um 1900 die Radiologie als Hilfs- oder Alternativanwendung zur Chirurgie, zunächst in Gestalt von Röntgenbestrahlungen, bald auch in Form von radioaktiven Behandlungen. Damit gewannen medizinische Disziplinen Einfluss auf die Krebsdiagnose und -therapie, die in der Folgezeit Vorstellungen vom Körper und von der Gesellschaft, von gesund und krank, von Naturbeherrschung und Naturzerstörung ebenso wie von Kampf und Bedrohung prägen sollten.<sup>38</sup> So wurde die Krebskrankheit im 20. Jahrhundert oft der diskursive Ort, an dem der individuelle und der soziale Körper zusammen gedacht wurden, und über diese Verknüpfung fanden Umgangsweisen mit und Konzepte von Gefühlen Eingang in gesellschaftliche Debatten oder prägten emotionale Stile, die über den von der Krebskrankheit beherrschten Raum hinausgingen.<sup>39</sup>

Noch heute ist Krebs eine Leitkrankheit der westlichen Welt. Viele Menschen werden als Patienten oder als deren Angehörige und Freunde mit Krebs direkt konfrontiert. Krebs wird in Umfragen und Medien regelmäßig als eine der am meisten gefürchteten Krankheiten identifiziert. Die medizinische Forschung, die nach sogenannten Onkogenen, d.h. krebsdisponierenden Genen, sucht, und zu einer individualisierenden Betrachtung der Krebskrankheit tendiert, stößt gesellschaftliche Debatten über uns als Menschen und die in uns verborgene, aus uns selbst stammende Bedrohung

---

<sup>38</sup> Zur Geschichte der Strahlenbehandlung im Speziellen gibt es nur wenige Veröffentlichungen, u.a. die kurzen Aufsätze von Klaus Zöphel, Pia Rastetter und Burghard Weiss, in: Eckart, 100 Years. Im Blick auf Amerika sowie die doppelte Bedeutung der Strahlen zur Krebstherapie und für militärische Zwecke im Kalten Krieg: Ellen Leopold, *Under the Radar. Cancer and The Cold War*, New Brunswick/New Jersey/London 2009 und Gerald Kutcher, *Contested Medicine. Cancer Research and the Military*, Chicago/London 2009. Eine allgemeine Geschichte der Röntgenstrahlen-Nutzung in Deutschland bei: Monika Dommann, *Durchsicht, Einsicht, Vorsicht. Eine Geschichte der Röntgenstrahlen 1896-1963*, Zürich 2003 sowie zur Geschichte der Strahlenforschung auch mit Blick auf medizinische Anwendungen: Alexander von Schwerin, *Strahlenforschung: Bio- und Risikopolitik der DFG, 1920 bis 1970*, Stuttgart 2015.

<sup>39</sup> Eva Johach, *Krebszelle und Zellenstaat. Zur medizinischen und politischen Metaphorik in der Zellulärpathologie Rudolf Virchows*. Freiburg i.Br 2008 und Hitzer, *Oncomotions. Die Rolle von Krebs in der politischen Zeitdiagnose* wird angedeutet in: Jennifer M. Kapczynski, *The German Patient. Crisis and Recovery in Postwar Culture*, Ann Arbor 2008; anregend und für den Kontext wichtig, wenngleich nicht im Hinblick auf Krebs: Dagmar Ellerbrock, *Healing Democracy. Demokratie als Heilmittel. Gesundheit, Krankheit und Politik in der amerikanischen Besatzungszone 1945-1949*, Braunschweig/Bonn 2004 und Geoffrey C. Cocks, *The State of Health. Illness in Nazi Germany*, Oxford 2012. Diese Frage diskutieren auch einige literaturwissenschaftliche Studien, die sich mit dem Motiv der Krebskrankheit in der Belletristik auseinandersetzen: Thomas Anz, *Gesund oder krank? Medizin, Moral und Ästhetik in der deutschen Gegenwartsliteratur*, Stuttgart 1989; Claudia Boldt, *Die ihren Mörder kennen: zur deutschsprachigen literarischen Krebsdarstellung der Gegenwart*, Diss., Universität Freiburg 1989; Marion Moamai, *Krebs schreiben. Deutschsprachige Literatur der siebziger und achtziger Jahre*, St. Ingbert 1997 und Wolfgang U. Eckart, *Krebs*, in: Bettina von Jagow/Florian Steger (Hg.), *Literatur und Medizin. Ein Lexikon*, Göttingen 2005, S. 447-451. Stärker mit Blick auf die kulturelle Bedeutung der Krebskrankheit: Jackie Stacey, *Teratologies. A Cultural Study of Cancer*, London/New York 1997.

an.<sup>40</sup> Diese Diskussionen zwingen uns, der beunruhigenden Vorstellung der Krebskrankheit als einer „distorted version of our normal selves“ zu begegnen, die wir möglicherweise niemals vollständig „besiegen“ können, ohne uns selbst zu vernichten.<sup>41</sup> Das heutige Verständnis von Risikofaktoren und möglichen Präventionsmaßnahmen stellt jeden einzelnen ebenso wie die Gesellschaft als Ganzes vor die Notwendigkeit, über das dem Leben und unserem Körper eingeschriebene Risiko nachzudenken sowie abzuwägen, welchen Preis wir für ein Mehr an relativer Sicherheit zu zahlen bereit sind. Damit wirft die Krankheit Krebs in ihren mannigfaltigen Facetten mehr als fast jede andere Krankheit derzeit die Frage nach den Grenzen der heutigen Medizin auf – im therapeutischen, im menschlichen und im ethischen ebenso wie im ökonomischen Sinne.

Seit Beginn der 1990er Jahre sind die sogenannten „emerging diseases“ als ganz anders geartetes Bedrohungsszenario an die Seite der Krebskrankheit getreten.<sup>42</sup>

---

<sup>40</sup> Zu den mit den Onkogen-Forschungen einhergehenden konzeptuellen und technologischen Veränderungen innerhalb der Molekularbiologie: Jean-Paul Gaudillière, *Oncogenes as Metaphors for Human Cancer: Articulating Laboratory Practices and Medical Demand*, in: Ilana Löwy/Olga Amsterdamska/John Pickstone/Patrice Pinell (Hg.), *Medicine and Change: Historical and Sociological Studies of Medical Innovation*, Paris 1993, S. 213-247.

<sup>41</sup> So das Argument des amerikanischen Onkologen und Genetikers Siddharta Mukherjee, das er in seiner mit dem Pulitzer-Preis ausgezeichneten Biographie der Krebskrankheit entwickelt. Mukherjee bezieht sich mit diesem Ausdruck auf eine Rede von Harold E. Varmus, die dieser 1989 in Stockholm hielt, als er gemeinsam mit J. Michael Bishop den Nobelpreis für seine Erforschung von onkogenen Retroviren erhielt. In Anspielung auf das angelsächsische Heldenepos „Beowulf“ sagte Varmus: „we have not slain our enemy, the cancer cell, or figuratively torn the limbs from his body. In our adventures, we have only seen our monster more clearly and described his scales and fangs in new ways – ways that reveal a cancer cell to be, like Grendel [der monströse Gegenspieler von Beowulf], a distorted version of our normal selves.“ Vgl. Harold E. Varmus, *Banquet Speech*, in: [nobelprize.org](http://www.nobelprize.org/nobel_prizes/medicine/laureates/1989/varmus-speech.html), [http://www.nobelprize.org/nobel\\_prizes/medicine/laureates/1989/varmus-speech.html](http://www.nobelprize.org/nobel_prizes/medicine/laureates/1989/varmus-speech.html) (letzter Zugriff: 31.03.2017) sowie Siddharta Mukherjee, *The Emperor of All Maladies. A Biography of Cancer*, London 2011, S. 363.

<sup>42</sup> Auch Aids wurde zunächst in diesem Rahmen diskutiert, zugleich aber überwiegend als Krankheit der Homosexuellen und mit wechselnden Sexualpartnern lebenden Menschen wahrgenommen. So gefasst beherrschte Aids zwar die mediale Diskussion der 1980er Jahre, hat aber offenbar in der öffentlichen Wahrnehmung seitdem auch deshalb an Bedrohungspotential verloren, weil die Symptome heute medikamentös vergleichsweise gut zu beherrschen sind, wenn auch eine Heilung bisher nicht möglich ist. Als Vergleich von Krebs- und Grippeangst: Hitzer, *Angst, Panik. Zur medialen Auseinandersetzung mit Aids*: James Kinsella, *Covering the Plague: Aids and the American Media*, New Brunswick/London 1989; Timothy E. Cook/David C. Colby, *The Mass-Mediated Epidemic: The Politics of AIDS on the Nightly Network News*, in: Elizabeth Fee/Daniel M. Fox (Hg.), *AIDS: The Making of a Chronic Disease*, Berkeley/Los Angeles 1992, S. 84-124; Deborah Lupton, *Moral Threats and Dangerous Desires*, London/Bristol 1994. Speziell im Blick auf Deutschland: Anja Laukötter, *Vom Ekel zur Empathie: Strategien der Wissensvermittlung im Sexualaufklärungsfilm im 20. Jahrhundert*, in: Sybilla Nikolow (Hg.), „Erkenne Dich selbst!“ *Strategien der Sichtbarmachung im 20. Jahrhundert*, Weimar 2015, S. 305-319; Henning Tümmers, „Gib Aids keine Chance“. Eine Präventionsbotschaft in zwei Deutschen Staaten, in: *Zeithistorische Forschungen/Studies in Contemporary History* 10, 3 (2013), S. 491-501. Der Begriff „Emerging Diseases“ geht auf eine US-amerikanische Tagung von 1989 zurück: Joshua Lederberg/Robert E. Shope/Stanley C. Oaks, Jr. (Hg.), *Emerging Infections: Microbial Threats to Health in the United States*, Washington 1992.



Dahinter steht die Sorge oder Angst, dass hoch ansteckende, bisher wenig oder gänzlich unbekannte Viruserkrankungen vom Tier auf den Menschen überspringen und eine Pandemie auslösen könnten, der die Mediziner zunächst weitgehend machtlos gegenüberstehen würden. Der letztlich schnell unter Kontrolle gebrachte Ausbruch der Lungenkrankheit SARS in den Jahren 2002/3 oder die Ebola-Epidemie von 2014 stehen für diese Form einer neuartigen Bedrohung. Doch auch in anderer Hinsicht kann man die späten 1980er Jahre als eine Zäsur oder Übergangsperiode im Hinblick auf die Krebskrankheit bezeichnen.

Die Chemotherapie der Krebskrankheit etablierte sich im Laufe der 1970er Jahre als fester Bestandteil vieler Krebstherapien und weckte insbesondere durch ihre Erfolge bei der Behandlung der zuvor als unheilbar geltenden Leukämie sowie des ebenfalls sicher zum Tode führenden Hodgkin-Lymphoms große Erwartungen. Damit einher ging die Hinwendung zur sogenannten integrativen Therapie, das heißt einer Therapie, die von vorneherein alle an der Therapie beteiligten Spezialisten bei der Ausarbeitung eines Therapieplans einbeziehen sollte. Zugleich bedeutete dieser Ansatz auch insofern einen Paradigmenwechsel, als Krebs nun ebenfalls von Schulmedizinern als eine Krankheit begriffen wurde, die den „ganzen“ Menschen betrifft. In der Konsequenz wurden begleitende, „adjuvante“ oder „komplementäre“, Therapien, die auf die Stärkung des Körpers und das körperliche Wohlbefinden der Patienten zielten, stärker einbezogen. Mit Blick auf die „Lebensqualität“ der Patienten im „Leben mit Krebs“ – so zwei neue Schlagworte – wurden psychische Aspekte stärker berücksichtigt und in die Hände von Psychoonkologen gelegt, deren Arbeit mehr als zuvor in den klinischen Alltag integriert wurde.<sup>43</sup> Institutionell wurde diesem neuen Ansatz mit der Gründung von Tumorzentren Rechnung getragen, die auch die Nachsorge und Rehabilitation organisieren sowie soziale Hilfen vermitteln sollten. Das erste bundesdeutsche Tumorzentrum wurde zwar bereits 1967 an der Universitätsklinik Essen-Duisburg nach dem Vorbild der amerikanischen *Comprehensive Cancer Centers* gegründet, weitere

---

<sup>43</sup> Die *Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Psychosoziale Onkologie e.V.* (dapo) wurde 1983 in der Bundesrepublik als erster Zusammenschluss von in der Psychoonkologie tätigen Personen gegründet, (<http://www.dapo-ev.de/>, letzter Zugriff: 31.03.2017). Allerdings wurde erst im Jahr 2012 eine Professur für Psychosoziale Onkologie eingerichtet. Die Geschichte der Psychoonkologie wurde bisher fast ausschließlich von Psychoonkologen selbst skizzenhaft dargestellt, vgl. etwa aus Sicht einer langjährigen prominenten Vertreterin: Jimmie C. Holland, *History of Psycho-Oncology: Overcoming Attitudinal and Conceptual Barriers*, in: *Psychosomatic Medicine* 64, 2 (2002), S. 206-221 und Uwe Koch/Joachim Weis, *Vorwort und Einführung: Psychoonkologie – eine Disziplin in ihrer Entwicklung*, in: dies. (Hg.), *Psychoonkologie. Eine Disziplin in der Entwicklung*, Göttingen u.a. 2009, S. 9-11.

Gründungen erfolgten dann aber erst in den späten 1970er, vor allem jedoch in den 1980er und 1990er Jahren.<sup>44</sup> Mit diesen Tumorzentren wurde die Praxis, die Diagnose dem Patienten zu verheimlichen, endgültig obsolet – Endpunkt einer Entwicklung, die bereits lange zuvor begonnen hatte.

Zwei andere Bewegungen machten Krebs nun dezidiert zum öffentlichen Thema: zum einen die Hospizbewegung, die in Deutschland von vielen lokalen Vereinen getragen wurde und Mitte der 1980er Jahre mit den ersten Hospizgründungen institutionell hervortrat, zum anderen die Gründung von Selbsthilfegruppen seit den 1980er Jahren, die ein von krebserkrankten Menschen selbst organisiertes Forum darstell(t)en.<sup>45</sup> Diese Gruppen dien(t)en dazu, die Interessen, Probleme, Forderungen und Gefühle von an Krebs erkrankten Menschen zu formulieren und diesen mehr Sichtbarkeit und Durchschlagkraft zu verleihen. Im Rahmen dieser Gruppen konnten Menschen während oder nach einer Krebstherapie Erfahrungen austauschen, sich gegenseitig unterstützen und Hilfe organisieren.

Auch von Medizinhistorikern werden die 1980er Jahre insofern als Zäsur der Krebsgeschichte verstanden, als sich erst seit Beginn der 1980er Jahre ein signifikanter

---

<sup>44</sup> Die *Arbeitsgemeinschaft Deutscher Tumorzentren e.V.* (ADT) wurde 1978 als Dachverband der bereits bestehenden Tumorzentren gegründet (neben Essen-Duisburg waren dies u.a. die Tumorzentren in Hamburg, Köln, München, Hannover, Kiel, Homburg und Mainz), vgl. die Website der Arbeitsgemeinschaft: (<http://www.tumorzentren.de/wer-ist-die-adt.html>, letzter Zugriff: 31.03.2017).

<sup>45</sup> Michael Stolberg, *Die Geschichte der Palliativmedizin. Medizinische Sterbebegleitung von 1500 bis heute*, 2. Auflage, Frankfurt a.M. 2013, S. 226-250; Isabella Jordan, *Endlichkeit und Hospizbetreuung. Zur institutionellen Bewältigung der Sterblichkeit seit den 1970er Jahren*, in: Annette Hilt/Isabella Jordan/Andreas Frewer (Hg.), *Endlichkeit, Medizin und Unsterblichkeit. Geschichte – Theorie – Ethik*, Stuttgart 2010, S. 271-284; Andreas Heller/Sabine Pleschberger/Michaela Fink/Reimer Gronemeyer, *Die Geschichte der Hospizbewegung in Deutschland*, 2. überarbeitete Auflage, Ludwigsburg 2013; Isabella Jordan, *Hospizbewegung in Deutschland und den Niederlanden. Palliativversorgung und Selbstbestimmung*, Frankfurt a.M./New York 2007; Oliver Seitz/Dieter Seitz, *Die moderne Hospizbewegung in Deutschland auf dem Weg ins öffentliche Bewusstsein. Ursprünge, kontroverse Diskussionen, Perspektiven*, Herbolzheim 2002; David Clark, *A Special Relationship: Cicely Saunders, the United States and the Early Foundations of the Modern Hospice Movement*, in: *Illness, Crisis and Loss* 9, 1 (2001), S. 15-31. Mit dem Fokus auf die medizinische Versorgung der Sterbenden, nicht aber ausschließlich im Hinblick auf die Hospizbewegung: Emily K. Abel, *The Inevitable Hour. A History of Caring for Dying Patients in America*, Baltimore 2013, S. 103-165 und rückblickend auf das deutsche 19. Jahrhundert: Karen Nolte, *Todkrank. Sterbebegleitung im 19. Jahrhundert: Medizin, Krankenpflege und Religion*, Göttingen 2016. Eine der ersten Selbsthilfegruppen für krebserkrankte Menschen war die 1976 gegründete *Frauenselbsthilfe nach Krebs* (<http://www.frauenselbsthilfe.de/>, letzter Zugriff: 31.03.2017). Vgl. auch: *Frauenselbsthilfe nach Krebs Bundesverband e.V.* (Hg.), *Dokumente der Erinnerung. Der Anfang prägte unseren Weg*, Heidelberg 2006. Die *Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e.V.* als allgemeiner Zusammenschluss von Selbsthilfegruppen wurde bereits 1975 gegründet. Die Geschichte der deutschen Krebs-Selbsthilfegruppen ist bis heute weitgehend unerforscht. Im Hinblick auf die amerikanische Kultur der Selbsthilfe von Brustkrebspatientinnen: Maren Klawitter, *The Biopolitics of Breast Cancer. Changing Cultures of Disease and Activism*, Minneapolis/London 2008, S. 131-275.

Anstieg der Heilungsraten vieler, wenn auch leider nicht aller Krebskrankheiten feststellen lässt. Deshalb zählen immer mehr Onkologen Krebs inzwischen zu den chronischen Krankheiten. Denn viele Krebserkrankungen lassen sich inzwischen so behandeln, dass die Erkrankten entweder endgültig geheilt werden oder aber so viele Jahre mit kontrollierbaren Tumoren leben können, dass sie schließlich an einem anderen Leiden sterben. Die Bedeutung dieses Wandels stellte die britische Historikerin Joanna Baines eindrucksvoll dar, indem sie die Krankheitsgeschichten ihrer Großmutter und ihrer Mutter mit ihrer eigenen, noch nicht zu Ende gelebten Krebsgeschichte konfrontierte.<sup>46</sup>

Die hier erzählte Geschichte der Krebskrankheit spielt in dem historischen Dazwischen: Sie setzt in den letzten Jahren des 19. Jahrhunderts an, als die Krankheit Krebs ihren Aufstieg zur Leitkrankheit des Jahrhunderts begann, in einer Zeit der wachsenden Angst vor Krebs, wie es der französische Historiker Pierre Darmon formulierte.<sup>47</sup> Sie endet mit den 1980er Jahren und nimmt damit noch den Beginn des zuvor beschriebenen neuen oder zumindest deutlich veränderten Krebsregimes in den Blick.

#### ***1.4 Die Bedeutung von Unsicherheit für eine Gefühlsgeschichte der Krebskrankheit***

Ein konstitutives Merkmal der Krebsgeschichte im 20. Jahrhundert ist Unsicherheit – Unsicherheit in einer Epoche, in der Sicherheit zunehmend zum Thema und erstrebenswertem Ziel wurde.<sup>48</sup> Diese Unsicherheit lässt sich auf vielen Ebenen identifizieren.<sup>49</sup> Unsicherheit kennzeichnete schon die Diagnose. Zwar hatte die Zellulärpathologie

---

<sup>46</sup> Joanna Baines, *Three Stories: Generations of Breast Cancer*, in: Carsten Timmermann/Elizabeth Toon (Hg.), *Cancer Patients, Cancer Pathways. Historical and Sociological Perspectives*, Houndsmill/Basingstoke 2012, S. 13-35, hier S. 27f.: “For my mother, cancer was an event, not a process: acute, not chronic: local, not systemic. At the time of my diagnosis it was immediately made clear to me that life had changed, with active treatment up to a year, and medication and extensive check-ups for as long as I could imagine.”

<sup>47</sup> Pierre Darmon fasst die Jahre zwischen 1890 und 1920 unter der Kapitelüberschrift „Le problème collectif. La montée de l’angoisse“ zusammen, vgl. ders., *Les cellules folles*, S. 143-305.

<sup>48</sup> Eckart Conze, *Die Suche nach Sicherheit. Eine Geschichte der Bundesrepublik von 1949 bis zur Gegenwart*, München 2009 sowie dessen konzeptionelle Überlegungen in: ders., *Securitization. Gegenwartsdiagnose oder historischer Analyseansatz*, in: *Geschichte und Gesellschaft* 38, 3 (2012), S. 453-467 und ders., *Sicherheit als Kultur. Überlegungen zu einer „modernen Politikgeschichte“ der Bundesrepublik Deutschland*, in: *VfZ: Vierteljahreshefte für Zeitgeschichte* 53, 3 (2005), S. 357-380.

<sup>49</sup> Wie diese Unsicherheit bzw. fehlende Gewissheit im Zusammenspiel mit der Idee der Prävention Diagnose- und Therapiepraktiken bei der Behandlung von Brustkrebspatientinnen in den USA, Frankreich und Großbritannien mitbestimmte, enthüllt Ilana Löwy: dies., *Preventive Strikes: Women, Precancer, and Prophylactic Surgery*, Baltimore 2010; dort auch zum Folgenden.

Kriterien entwickelt, mit denen sich per definitionem Krebszellen unter dem Mikroskop erkennen ließen. Aber war die Anwesenheit von Krebszellen im mikroskopischen Schnitt gleichbedeutend mit dem Vorliegen der Krankheit Krebs? Bereits im frühen 20. Jahrhundert hatten Kliniker beobachtet, dass sich manche „Krebse“ nur sehr langsam und damit nicht mehr innerhalb der Lebensspanne des Patienten zum tödlichen Krebs entwickelten, während andere Tumore rasant wuchsen, metastasierten und schnell zum Tod führten. Wie sollte man die einen von den anderen unterscheiden? Mit den im Verlauf des 20. Jahrhunderts stetig verfeinerten Diagnosetechniken konnten bald auch Zellen entdeckt werden, die „abnorm“ waren, aber nicht alle Eigenschaften einer „Krebszelle“ zeigten. Handelte es sich bei diesen Zellen immer um Vorstufen von Krebszellen, wie es die schließlich gefundenen Begriffe *carcinoma in situ* oder *präkanzerös* vereindeutigten? Mussten diese also ausnahmslos als Krebs behandelt werden, damit sie sich nicht zu Krebszellen entwickelten? Viele Ärzte waren sich dieser diagnostischen Unsicherheit bewusst, wenn sie den Patienten auch meistens verborgen blieb und erst im späten 20. Jahrhundert breiter diskutiert wurde. Denn die Ärzte trafen in der Regel ohne den Patienten die Entscheidung, „abnorme“ Zellen im Zweifelsfall als Krebs zu behandeln, um kein für den Patienten möglicherweise tödliches Risiko einzugehen.

Nicht weniger unsicher war in der Regel die Therapie und Prognose. Schlug die gewählte Therapie bei dem einen Patienten mit Magenkrebs an, so versagte sie bei einem anderen mit dem scheinbar gleichen Krebs, wieder ein anderer schien auf die gleiche Therapie zunächst gut zu reagieren, bald traten jedoch Rezidive oder Metastasen auf, die schnell zum Tod führten. Die längste Zeit des 20. Jahrhunderts konnten diese Unterschiede weder vorhergesagt noch erklärt werden. Erst im letzten Drittel des 20. Jahrhunderts fand man Unterscheidungsmerkmale der scheinbar gleichen Organkrebse auf molekularer bzw. genetischer Ebene, etwa bestimmte Hormonrezeptoren beim Brustkrebs oder krebsdisponierende Gene, die heute dazu benutzt werden, Frauen auf ihr Brust- und Eierstockkrebsrisiko zu testen oder bestimmte Chemotherapien von vorneherein als unwirksam auszuschließen. Dementsprechend unsicher waren Aussagen über die möglicherweise verbleibende Lebenszeit der an Krebs erkrankten Menschen. Zwar griffen Ärzte bei ihren Prognosen auf ihre klinischen Erfahrungen oder auf Krebsstatistiken auf der Grundlage von Stadieneinteilungen der Krebskrankheit zurück. Oft erlebten sie jedoch, dass den Menschen deutlich weniger oder überraschend mehr Lebenszeit blieb als erwartet und vorhergesagt.

Auch in Fragen der Ätiologie blieb die Unsicherheit ständiger Begleiter der Krebsforschung im 20. Jahrhundert.<sup>50</sup> Viele Theorien der Krebsentstehung wurden diskutiert und erforscht: So prüfte man in Labor und Klinik, ob chemische Stoffe, Strahlen, Verletzungen, Traumata, Parasiten, Viruserkrankungen, genetische Faktoren, Genussmittel, Nahrungsmittel, psychische Dispositionen und Gefühle als Krebsursachen in Frage kämen. Aber was waren die entscheidenden Faktoren dafür, dass aus einzelnen Krebszellen die Krankheit Krebs wurde? Ging immer eine systemische Schwächung des Körpers voraus oder begann der Krebs stets lokal begrenzt? Für die Karzinogenität vieler Stoffe ließen sich experimentell oder epidemiologisch Nachweise erbringen. Die Berufskrebse wie etwa der sogenannte Schneeberger Lungenkrebs wiesen bereits früh auf die krebserregende Wirkung bestimmter Elemente hin, die alltägliche Praxis der Radiologie zeigte, dass Strahlen Tumoren verursachen konnten, psychologische Tests und daraus erstellte Persönlichkeitsprofile von Krebskranken schienen auf die Beteiligung von psychischen Faktoren zu deuten – und diese Liste ließe sich fortsetzen.<sup>51</sup> Für die meisten an der Krebsforschung beteiligten oder interessierten Personen blieb die Frage nach der einen Krebsursache mehr oder weniger offen. Immer fraglicher schien es im Laufe des 20. Jahrhunderts, ob sich überhaupt *die eine* Krebsursache finden ließe, ob nicht die Ursachen je nach Krebserkrankung unterschiedlich seien.

Aus Sicht des amerikanischen Krebsforschers Bert Vogelstein, der als einer der ersten an der Sequenzierung von Krebs-Genomen arbeitete, ist die Krebskrankheit eines jeden Patienten einzigartig, da sich jeder Krebstumor aus den einzigartigen Genen

---

<sup>50</sup> Zur deutschen Krebsforschung liegen inzwischen einige wenige Studien vor, vgl. Eckart, 100 Years sowie v.a. die Arbeiten von Gabriele Moser, Deutsche Forschungsgemeinschaft und Krebsforschung 1920-1970, Stuttgart 2011 sowie dies., „Forschungen für die Abwehr biologischer Kriegsmethoden“ und Krebsforschung im Zweiten Weltkrieg. Die Forschungsarbeiten beim „Reichsbevollmächtigten für Krebsforschung“, Kurt Blome, 1943-1945, in: Wolfgang U. Eckart/Alexander Neumann/Bernd Wegner (Hg.), Medizin im Zweiten Weltkrieg: militärmedizinische Praxis und medizinische Wissenschaft im „Totalen Krieg“ Stuttgart u.a. 2006, S. 131-150 und dies., „Musterbeispiel forscherscher Gemeinschaftsarbeit“? Krebsforschung und die Förderungsstrategien von Deutscher Forschungsgemeinschaft und Reichsforschungsrat im NS-Staat, in: Medizinhistorisches Journal 40, 2 (2005), S. 113-139.

<sup>51</sup> In der erzgebirgischen Stadt Schneeberg wurde seit dem 15. Jahrhundert Silber, seit dem 16. Jahrhundert auch Kobalt und Wismut abgebaut. Bereits im 16. Jahrhundert fiel einigen Ärzten, u.a. Paracelsus, die Häufung von Lungenkrankheiten unter den Bergleuten auf. Im 19. Jahrhundert diagnostizierten die Ärzte die Schneeberger Krankheit als Lungenkrebs und sie mutmaßten, dass der in den Bergwerken vorhandene Arsenstaub die Ursache sein könnte. Erst in den 1920er Jahren vermuteten einige Ärzte, dass die Inhalation radioaktiver Gase für die Entstehung des Lungenkrebses verantwortlich sein könnte. 1932 wurde der Lungenkrebs der Schneeberger Bergleute durch ein tschechoslowakisches Gesetz als Berufskrankheit anerkannt. Vgl. dazu: Proctor, The Nazi War on Cancer, S. 97-101.

eines Menschen durch jeweils einzigartige Mutationen entwickelt.<sup>52</sup> Wenn diese Erkenntnis auch verhältnismäßig neu ist, so wurde doch bereits zu Beginn des 20. Jahrhunderts zwischen unterschiedlichen Krebskrankheiten je nach Lokalisation des Tumors und Gewebsherkunft der Krebszellen unterschieden. Diese Unterscheidungen waren nicht nur bedeutsam für die Wahl der Therapie, sondern auch dafür, wie Menschen ihre Krebskrankheit wahrgenommen und gefühlt haben, mit welcher Form der Sichtbarkeit, der Tabuisierung, der Verschrtheit sie umgehen mussten. Dennoch soll in dieser Geschichte der Krebskrankheit zunächst nicht zwischen verschiedenen Krebserkrankungen unterschieden werden oder eine bestimmte Form der Krebskrankheit im Vordergrund stehen. Denn bei aller Unterschiedlichkeit sind auf der hier im Mittelpunkt stehenden Ebene der Gefühlspraktiken und des Gefühlswissens die Gemeinsamkeiten größer, war die Vorstellung von Krebs als *einer* Krankheit dominant, so dass die Verschiedenartigkeit von Krebserkrankungen ebenso wie die damit oftmals eng verbundenen Kategorien von Geschlecht und Alter hier nur dann thematisiert werden, wenn sie deutliche Unterschiede in den emotionalen Praktiken und Wissensbeständen nach sich zogen.

Die fehlenden Gewissheiten angesichts einer von vielen als individuelle und gesellschaftliche Bedrohung wahrgenommenen Krankheit öffneten einen Raum, in dem Gefühle eine besondere Bedeutung erhielten. Handeln und Entscheidungen (auch die Entscheidung, nicht zu handeln) waren gefragt, und angesichts der Unsicherheit auf allen Ebenen spielten Gefühle als Entscheidungshilfe eine große Rolle oder wurden im Rahmen von Rationalisierungs- und Überzeugungsstrategien eingesetzt und reflektiert. Der Tod schien immer ganz nah, wenn es um Krebs ging, ohne dass die „Betroffenen“ wussten, wie nah. Die existenzielle Bedrohung war jedoch – anders etwa als im Fall der Grippeepidemien des 20. Jahrhunderts – nicht unmittelbar. Darum setzte die Begegnung mit Krebs komplexe und langwierige Gefühlsnavigationen, -beziehungen und -praktiken in Gang. Diese stehen hier im Mittelpunkt.

### ***1.5 Die Räume der Krebskrankheit im 20. Jahrhundert***

Über Krebs wurde im 20. Jahrhundert überall geredet oder beredt geschwiegen: auf der Straße, beim Bäcker oder Friseur, bei der Zeitungslektüre im Café, in Film- oder Fernsehstudios, auf Bürofluren oder im Wohnzimmer, in Parlamenten, Vortragsälen

---

<sup>52</sup> Nach Mukherjee, *The Emperor*, S. 452.

oder Gotteshäusern. Trotz dieser Ubiquität des Themas Krebs gab und gibt es Räume, in denen die Krebskrankheit dauerhaft im Vordergrund stand, deren konkrete Gestaltung und tatsächliche Benutzung wesentlich durch die Begegnung oder Auseinandersetzung mit der Krebskrankheit bestimmt wurde. Neben dieser konkreten Dimension des Räumlichen in der Begegnung mit Krebs findet sich eine metaphorische räumliche Dimension in den Schriften und Verlautbarungen von Medizinern, Journalisten, Politikern und nicht zuletzt Betroffenen. Die Vorstellung, die Krebskrankheit herrsche über ein Reich, zwingt den oder die Kranken in sein Reich, unter dessen Regeln und Gesetze, ist eine Metapher, die schon mit Rudolf Virchows Idee des Zellenstaats angelegt wurde, sich aber in unterschiedlicher Form immer wieder im 20. Jahrhundert finden lässt. Diese Raummetapher ebenso wie die tatsächliche Existenz von „Krebs-Räumen“ im 20. Jahrhundert legen es nahe, die Gefühlsgeschichte der Krebskrankheit an und in diesen Räumen aufzusuchen.<sup>53</sup>

So stehen vier Räume im Vordergrund, in denen Menschen im 20. Jahrhundert vorrangig mit Krebs konfrontiert wurden: die Räume des Forschens, die Räume der Früherkennung, die Räume der Diagnosemitteilung sowie schließlich die Räume der Behandlung, des Weiterlebens oder Sterbens. In diesen Räumen wurde ein bestimmtes Verständnis der Krebskrankheit geformt. Dort fand dieses Wissen Eingang in Praktiken, wurde durch diese generiert, verändert und immer wieder neu geschaffen.<sup>54</sup> Gefühle waren ein wesentlicher Bestandteil dieser Praktiken und zwar keineswegs nur in dem Sinne, in dem Ludwik Fleck auf die Rolle von Emotionen bei der Herausbildung von wissenschaftlichen Denkstilen hingewiesen hat.<sup>55</sup> Teil des „Krebswissens“ war

<sup>53</sup> Wie Emotionen auf dreifache Weise über den Raum in den Körper „gelangen“, diskutiert auch Margrit Pernau, indem sie die Dimension der Temporalität hervorhebt: dies., *Space and Emotion. Building to Feel*, in: *History Compass* 12, 7 (2014), S. 541-549, vgl. außerdem: Andreas Reckwitz, *Affective Spaces: a Praxeological Outlook*, in: *Rethinking History* 16, 2 (2012), S. 241–258. Zum Raumkonzept in der Medizingeschichte: Nicholas Eschenbruch/Dagmar Hänel/ Alois Unterkircher (Hg.), *Medikale Räume. Zur Interdependenz von Raum, Körper, Krankheit und Gesundheit*, Bielefeld 2010, vgl. v.a. die theoretisch-methodischen Überlegungen in der Einleitung: Dagmar Hänel/Alois Unterkircher, *Die Verräumlichung des Medikalischen. Zur Einführung in den Band*, S. 7-20.

<sup>54</sup> Vgl. zur Wissensgeschichte: Philipp Sarasin, *Was ist Wissensgeschichte?*, in: *Internationales Archiv für Sozialgeschichte der deutschen Literatur* 36, 1 (2011), S. 159-172; Lutz Raphael, *Die Verwissenschaftlichung des Sozialen als Herausforderung für eine Sozialgeschichte des 20. Jahrhunderts*, in: *Geschichte und Gesellschaft* 22, 2 (1996), S. 165-193 und als Kritik: Margit Szöllösi-Janze, *Wissensgesellschaft in Deutschland: Überlegungen zur Neubestimmung der deutschen Zeitgeschichte über Verwissenschaftlichungsprozesse*, in: *Geschichte und Gesellschaft* 30, 2 (2004), S. 277-313 sowie Jakob Vogel, *Von der Wissenschafts- zur Wissensgeschichte. Für eine Historisierung der „Wissensgesellschaft“*, in: *Geschichte und Gesellschaft* 30, 4 (2004), S. 639-660.

<sup>55</sup> Ludwik Fleck, *Genesis and Development of a Scientific Fact*, hg. von Thaddeus J. Trenn/Robert K. Merton, übers. von Fred Bradley/Thaddeus J. Trenn, Chicago 1979, S. 48.

Gefühlswissen, d.h. Vorstellungen darüber, welche Gefühle und Gefühlshaltungen heilsam, schädlich, hilfreich oder störend sein könnten. Dieses Gefühlswissen prägte die Begegnungen zwischen den Patienten und dem medizinischen Personal. Es floss in die Architektur und Gestaltung der Räume und Dinge ein, die für die Krebsbehandlung geschaffen wurden. Annahmen über Gefühle und deren Wirkungsweisen wurden auch bei der Vermittlung von Krebswissen an das Laienpublikum diskutiert. Ebenso beeinflusste diese Art von Gefühlswissen den Umgang mit Krebspatienten während und nach der eigentlichen medizinischen Behandlung sowie mit denjenigen Menschen, bei denen Ärzte und Ärztinnen keine Chance auf Heilung mehr sahen. Doch auch jenes bewusst übernommene oder anerzogene, mimetisch inkorporierte Gefühlswissen, das zunächst nichts mit der Krebskrankheit zu tun hatte (wie die bereits erwähnten Haltungen zur Angst), beeinflusste die Praktiken im Umgang mit der Krebskrankheit. An manchen Knotenpunkten dieser Geschichte lässt sich nachvollziehen, wie allgemeines Gefühlswissen und allgemeine Gefühlspraktiken durch Praktiken, die für die Räume der Krebskrankheit spezifisch waren, modifiziert wurden.

Damit soll jedoch keineswegs behauptet werden, dass das Gefühlswissen und die daran geknüpften Praktiken alles erklären könnten, es also möglich wäre, eine Gefühlsgeschichte der Krebskrankheit zu schreiben, ohne andere Erklärungsfaktoren heranzuziehen. Es geht eben gerade nicht darum zu zeigen, dass Gefühle in dieser Geschichte überall präsent sind und darum alles irgendwie erklären können. Ein solches Unterfangen würde letztlich nichts erklären, sondern sich in einem theoretisch-methodischen Statement erschöpfen: ja, Gefühle sind wichtig und sie spielen immer eine Rolle. Der Anspruch dieser Gefühlsgeschichte ist jedoch ein anderer: Da Gefühle als auf das Soziale bezogene Phänomene gefasst werden, müssen sie auch in ihren konkreten sozialen Bezügen aufgesucht werden. Es geht also darum herauszufinden, an welchen Punkten dieser sozialen Kommunikation Gefühle bedeutsam wurden, Haltungen beeinflussten, Entscheidungen zum Handeln oder Nicht-Handeln, Reden oder Nicht-Reden mitbestimmten, wie und ob sie Episteme, Dinge und Praktiken in der Begegnung mit Krebs geprägt und geformt haben. Dass dabei andere – ökonomische, soziale, politische, wissenschafts- und technikhistorische – Faktoren eine Rolle gespielt haben können, muss selbstverständlich berücksichtigt und erforscht werden.

Genau aus diesem Grund erscheint es mir angezeigt, die Gefühlsgeschichte der Krebskrankheit in Räumen aufzusuchen, die durch die in ihnen vollzogenen



Wissens- und Gefühlspraktiken definiert sind:<sup>56</sup> Krebs erforschen, über Krebs informieren, über Krebs sprechen und Krebs behandeln – so könnte es auf den Schildern der Türen stehen, die zu diesen Räumen führen. Ob man die Tür eines solchen Raumes in Deutschland, in den USA, in Spanien oder Großbritannien öffnete, war in mancher Hinsicht wenig bedeutsam, da viele Debatten über den Umgang mit Krebs, über Forschung, Behandlung und Begleitung transnational waren. Die Unterschiede zwischen Westeuropa, den USA, manchmal auch Osteuropa und Südamerika waren im Hinblick auf die Benennung von Problemen und Fragen auf einer allgemeineren Ebene oft minimal. Dort allerdings, wo es um konkrete Praktiken in diesen Räumen geht, lassen sich zum Teil deutliche Unterschiede ausmachen. Zudem wurde die Gestaltung dieser Räume wesentlich mitbestimmt durch medizinische, berufsständische und institutionelle Traditionen sowie durch die Struktur von Gesundheitssystemen und deren Finanzierung, die überwiegend im Rahmen der Nationalgeschichte zu fassen sind.<sup>57</sup> Diese Geschichte hat darum ihren Ort in Deutschland, allerdings immer mit dem Blick auf mögliche Transfers und Verflechtungen im Transnationalen.<sup>58</sup>

Eine deutsche Geschichte, die mit der Wende zum 20. Jahrhundert beginnt und um 1980 endet, steht vor einem Problem: Wie soll diese Geschichte nach 1945 weiter erzählt werden? Eigentlich müsste sie in zwei Erzählsträngen fortgeführt werden, aber: Ich habe mich dafür entschieden, diese Geschichte nicht als einen systematischen Vergleich zwischen DDR- und BRD-Geschichte weiterzuerzählen. Stattdessen schreibe ich die Jahrzehnte zwischen 1945/49 und den 1980er Jahren als eine in zwei

---

<sup>56</sup> Monique Scheer, Are Emotions a Kind of Practice (and Is That What Makes Them Have a History)? A Bourdieuan Approach to Understanding Emotion, in: *History and Theory* 51, 2 (2012), S. 193-220.

<sup>57</sup> Insbesondere im Bereich der berufsständischen und institutionellen Traditionen gibt es vielfach auch regionale oder lokale Unterschiede, die allerdings nicht systematisch berücksichtigt werden sollen.

<sup>58</sup> Damit wählt diese Arbeit einen ähnlichen Zugang, wie ihn Matthias Middell und Llois Roura im Hinblick auf die Frage diskutieren, wie sich heute eine Geschichte nationaler Historiographien schreiben lässt. Denn diese waren ohne Zweifel an nationale Institutionen und Traditionen geknüpft, wurden zugleich aber auch von transnationalen Diskussionen und Transfers geprägt – allerdings mit dem Unterschied, dass es den nationalen Historiographien auch um die Produktion des Nationalen selbst ging, was in der hier erzählten Geschichte eine untergeordnete Rolle spielt, vgl. dies., *The Various Forms of Transcending the Horizon of National History Writing*, in: dies. (Hg.), *Transnational Challenges to National History Writing*, Basingstoke 2013, S. 1-35. Dort auch zum Konzept des Transfers: Michel Espagne, *Comparison and Transfer: A Question of Method*, in: Middell/Roura, *Variou Forms*, S. 36-53. Zu den Diskussionen um eine transnationale Geschichtsschreibung vgl. auch: Philipp Gassert, *Transnationale Geschichte*, in: Frank Bösch/Jürgen Danyel (Hg.), *Zeitgeschichte: Konzepte und Methoden*, Göttingen 2012, S. 447-464 sowie Agnes Arndt/Joachim C. Häberlen/Christiane Reinecke, *Europäische Geschichtsschreibung zwischen Theorie und Praxis*, in: dies. (Hg.), *Vergleichen, Verflechten, Verwirren? Europäische Geschichtsschreibung zwischen Theorie und Praxis*, Göttingen 2011, S. 11-32.

Strängen nebeneinander verlaufende Geschichte – zwei Stränge, die in manchen Räumen so nah beieinander bleiben, dass sie als *eine* Geschichte mit unterschiedlichen Ausprägungen geschrieben werden können. In anderen Räumen dagegen sind die Unterschiede größer, so dass die jeweiligen Entwicklungen voneinander getrennt dargestellt werden müssen.<sup>59</sup>

Im ersten Raum dieser Geschichte wird die Krebskrankheit erforscht, und so nimmt dieses Kapitel die Leserinnen und Leser mit in Labore und Klinikstationen. Um den Ursachen der Krebskrankheit auf die Spur zu kommen, wurden im Verlauf des 20. Jahrhunderts zahlreiche Faktoren erkundet. Zugleich wurde eine Unzahl an möglichen therapeutisch wirksamen Stoffen im Laborexperiment und in klinischen Studien geprüft. In dieser Geschichte steht allerdings eine Forschungsfrage im Mittelpunkt, die zu Beginn des 20. Jahrhunderts an den Rändern der akademischen medizinischen Forschung verfolgt und erst langsam seit den 1940er Jahren von der medizinischen und psychologischen Forschung in den Blick genommen wurde: die Frage nach der Rolle von Gefühlen bei der Entstehung von Krebs.<sup>60</sup> Auch wenn dieser Zusammenhang also erst in der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts unter dem Schlagwort „Psychosomatik“ intensiver erforscht wurde, ist das weitgehende Fehlen einer psychosomatischen Krebsforschung in der ersten Jahrhunderthälfte für eine Gefühlsgeschichte der Krebskrankheit keineswegs irrelevant.<sup>61</sup> Denn der forschende Blick sowohl auf die

<sup>59</sup> Insofern wird hier eine deutsch-deutsche Perspektive auf die jüngere Zeitgeschichte gewählt, deren Ausgangspunkt nicht die Systemkonkurrenz und die vermutete Orientierung der DDR an der Bundesrepublik ist, sondern der zunächst gleichgewichtige Blick auf beide deutsche Staaten, deren Geschichte sowohl Nach- und Wiederaufbaugeschichte im Blick auf die Zeit vor 1945 ist, als auch Vorgeschichte einer nach 1990 staatlich geeinten Geschichte. Vgl. dazu: Frank Bösch, *Geteilte Geschichte. Plädoyer für eine deutsch-deutsche Perspektive auf die jüngere Zeitgeschichte*, in: *Zeithistorische Forschungen/Studies in Contemporary History* 12, 1 (2015), S. 98-114 sowie den Kommentar Dorothee Wierlings, in dem diese die Notwendigkeit betont, *Erbe und Tradition einer solchen geteilten deutsch-deutschen Geschichte aufzusuchen und deshalb mit dem späten 19. Jahrhundert zu beginnen: dies., Über Asymmetrien. Ein Kommentar zu Frank Bösch*, in: *Zeithistorische Forschungen/Studies in Contemporary History* 12, 1 (2015), S. 115-123, hier S. 117f.

<sup>60</sup> Die Geschichte der psychosomatischen Krebsforschung ist bisher weitgehend unerschlossen. Vgl. zur US-Geschichte lediglich: Patricia Jasen, *Malignant Histories: Psychosomatic Medicine and the Female Cancer Patient in the Postwar Era*, in: *Bulletin canadien d'histoire de la médecine = Canadian Bulletin of Medical History* 20, 2 (2003), S. 265-297. Zum Vergleich Deutschland/ USA: Bettina Hitzer, *Oncomotions sowie dies./Pilar León-Sanz, The Feeling Body and its Diseases: How Cancer Went Psychosomatic in Twentieth-Century Germany*, in: *Osiris* 31, 1 (2016), S. 67-93.

<sup>61</sup> Auch zur Geschichte der psychosomatischen Medizin liegen bisher nur wenige Studien vor. Für Deutschland: Michael Hagner, *Values and the Body. Sketches for a History of Psychosomatics in Germany*, in: *Sternwarten-Buch. Jahrbuch des Collegium Helveticum*, hg. von Gerd Folkers/ Helga Nowotny, Zürich 1997, S. 68-80; Geoffrey Cocks, *Psychotherapy in the Third Reich. The Göring Institute*, 2. erweiterte Auflage, Piscataway 1997; Ulrich Schultz-Venrath/Ludger M. Hermanns, *Gleichschaltung zur Ganzheit. Gab es eine Psychosomatik im Nationalsozialismus?*, in: *Neues Denken in der Psychosomatik*, hg. von Horst-Eberhard Richter/Michael Wirsching, Frankfurt a.M.

Leerstelle als auch auf den „Boom“ der Psychosomatik erlaubt Aussagen über gängige Episteme von Körper, Gefühl und Krebs und deren Bezug zu Praktiken der Krebsforschung und -behandlung.

Vor dem Hintergrund einer allgemeinen Wissenschaftsgeschichte der Krebsforschung wird hier also gefragt, warum es Krebsforschern und -forscherinnen zunächst plausibel erschien, Krebs jenseits der Gefühle zu erforschen, und auf welchen Wegen die Gefühle dann schließlich doch Eingang in die Krebsforschung fanden. Hier spielen Forschungspraktiken und klinische Praktiken eine große Rolle, aber auch Vorstellungen vom *body politic*. Das Ineinanderblenden von individuellem Körper und Staatskörper war für die Geschichte der Krebs-Psychosomatik von entscheidender Bedeutung, da diese den Anspruch erhob, auf der Grundlage einer „ganzheitlichen“, „holistischen“ oder auch „psychosozialen“ Betrachtung des kranken Menschen zu arbeiten, um nur einige der zeitgenössischen Begrifflichkeiten zu nennen.

Das zweite Kapitel betritt den Raum, in dem das Wissen über Krebs an medizinische Laien vermittelt werden sollte. Ziel war es, über Krebs aufzuklären, um jeden für Frühsymptome zu sensibilisieren sowie mit Früherkennungsangeboten und möglichen Präventionsstrategien vertraut zu machen. Konkret führt der Weg also in Ausstellungsräume und Gesundheitsmuseen, Vortrags- und Kinosäle sowie in die Wartezimmer von Ärzten, in denen Informationsbroschüren auslagen.<sup>62</sup> Die Rolle, Wirkungsweise und Bedeutung von Gefühlen wurde in diesem Raum von Beginn an intensiv und

---

1992, S. 83-103. Daneben liegen die Biographien einzelner Protagonisten vor, die sich zumindest teilweise als intellektuelle Biographien verstehen, vgl.: Herbert Will, Die Geburt der Psychosomatik. Georg Groddeck, der Mensch und Wissenschaftler, München/Wien/Baltimore 1984; Udo Benzenhöfer, Der Arztphilosoph Viktor von Weizsäcker. Leben und Werk im Überblick, Göttingen 2007; Martin Dehli, Leben als Konflikt. Zur Biographie Alexander Mitscherlichs, Göttingen 2007; Tobias Freimüller/Alexander Mitscherlich, Gesellschaftsdiagnosen und Psychoanalyse nach Hitler, Göttingen 2007. Zur außerdeutschen Geschichte mit einem umfassenden Blick: Michael C. Heller, Body Psychotherapy: History, Concepts, and Methods, New York 2012. Vgl. außerdem: Anne Harrington, The Cure Within. A History of Mind-Body Medicine, New York/London 2008, S. 67-101; Pilar Leon-Sanz, Resentment in Psychosomatic Pathology (1939-1960), in: Bernardino Fantini/Dolores Martín Moruno/Javier Moscoso (Hg.), On Resentment: Past and Present. Newcastle upon Tyne 2013, S. 131-164; Rhodri Hayward, Enduring Emotions: James Halliday and the Invention of the Psychosocial, in: Isis 100, 4 (2009), S. 827-838 und grundlegend: Edward Shorter, From Paralysis to Fatigue: A History of Psychosomatic Illness in the Modern Era, New York u.a. 1992. Zum medizinischen Holismus: Christopher Lawrence/George Weisz (Hg.), Holism in Biomedicine, 1920-1950, New York/Oxford 1998 sowie Anne Harrington, Reenchanted Science. Holism in German Culture from Wilhelm II to Hitler, Princeton 1999.

<sup>62</sup> Hitzer, Körper-Sorge(n), S. 43-68; Anja Laukötter, „Anarchie der Zellen“. Geschichte und Medien der Krebsaufklärung in der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts, in: Zeithistorische Forschungen/Studies in Contemporary History, 7, 1 (2010), S. 55-74; Stiftung Deutsches ygiene-Museum, Rechtzeitig erkannt sowie Proctor, Nazi War on Cancer, S. 27-34. Im Unterschied dazu im Hinblick auf Großbritannien: Elizabeth Toon, „Cancer as the General Population Knows It“: Knowledge, Fear, and Lay Education in 1950s Britain, in: David Cantor (Hg.), Cancer in the Twentieth Century,

kontrovers diskutiert. War Wissen über Krebs verantwortlich vermittelbar angesichts der möglichen fatalen Gefühlswirkungen eines offenen Redens über Krebs? Welche Gefühle waren hilfreich, um Menschen zu mehr Wachsamkeit gegenüber Frühsymptomen und zu einem verantwortlichen Umgang mit ihrem Körper zu erziehen – vor dem Hintergrund wechselnder Vorstellungen von Vorsorge und Prävention, Sozial- und Rassenhygiene, Gesundheit und Krankheit, Wohlbefinden und Glück?<sup>63</sup> Und wie sollte man dabei vorgehen? Immer wieder aufs Neue debattierten Mediziner, Gesundheitspolitiker, Ausstellungskuratoren und Filmemacher darüber, wie man die Ausstellungsräume gestalten, welche Bilder und Objekte man auswählen, welche Geschichten erzählen sollte, um Gefühl und Wissen in angemessener Weise zu bilden und zu erziehen. Die dabei entwickelten und benutzten Techniken der Wissensvermittlung und Erziehung griffen zurück auf medienpsychologische Modelle, aber auch auf Vorstellungen über die Bedeutung von Gefühlen in der Krebskrankheit.<sup>64</sup>

- 
- Baltimore 2008, S. 116-138 sowie im Blick auf die deutlich andere Haltung zur Aufklärung über Krebs in den Niederlanden: Snelders/Meijman/Peters, *Cancer Health Communication*.
- <sup>63</sup> Zum Kontext: Wolfgang Woelk/Jörg Vögele (Hg.), *Geschichte der Gesundheitspolitik in Deutschland. Von der Weimarer Republik bis in die Frühgeschichte der „doppelten Staatsgründung“*, Berlin 2002; Winfried Süß, *Der „Volkskörper“ im Krieg. Gesundheitspolitik, Gesundheitsverhältnisse und Krankenmord im nationalsozialistischen Deutschland 1939-1945*, München 2003; Wolfgang U. Eckart, *Medizin in der NS-Diktatur. Ideologie, Praxis, Folgen*, Wien/Köln/Weimar 2012; Robert Jütte (in Verbindung mit Wolfgang U. Eckart/Hans-Walter Schmuhl/Winfried Süß), *Medizin und Nationalsozialismus. Bilanz und Perspektiven der Forschung*, Göttingen 2011; Martin Lengwiler/Jeannette Madarász (Hg.), *Das präventive Selbst. Eine Kulturgeschichte modernen Gesundheitspolitik*, Bielefeld 2010; Volker Roelcke, *Prävention in Hygiene und Psychiatrie zu Beginn des 20. Jahrhunderts. Krankheit, Gesellschaft, Vererbung und Eugenik bei Robert Sommer und Emil Gottschlich*, in: Ulrike Enke (Hg.), *Die Medizinische Fakultät der Universität Gießen. Institutionen, Akteure und Ereignisse von der Gründung 1607 bis ins 20. Jahrhundert*, Stuttgart 2007, S. 395-416; Volker Roelcke, „Zivilisationsschäden am Menschen“ und ihre Behandlung. Das Projekt einer „seelischen Gesundheitsführung“ im Nationalsozialismus, in: *Medizinhistorisches Journal* 31, 1/2 (1996), S. 3-48; Geoffrey Cocks, *Sick Heil. Self and Illness in Nazi Germany*, in: *Osiris* 22, 1 (2007), S. 93-115; Susanne Roeßiger/Heidrun Merk (Hg.), *Hauptsache gesund! Gesundheitsaufklärung zwischen Disziplinierung und Emanzipation*, Marburg 1998, S. 142-153; Gabriele Moser, „Im Interesse der Volksgesundheit...“ Sozialhygiene und öffentliches Gesundheitswesen in der Weimarer Republik und der frühen SBZ/DDR. Ein Beitrag zur Sozialgeschichte des deutschen Gesundheitswesens im 20. Jahrhundert, Frankfurt a.M. 2002; Ulla Walter/Sigrid Stoeckel (Hg.), *Prävention im 20. Jahrhundert. Historische Grundlagen und aktuelle Entwicklungen in Deutschland*, Weinheim/München 2002; Thomas Steller, *Das Neue Wissen vom Menschen – Entstehung und Entwicklung des Deutschen Hygiene-Museums in Dresden 1900-1931. Zur Popularisierung eines neuen Menschenbildes*, Norderstedt 2008; Sybilla Nikolow/Arne Schirmacher (Hg.), *Wissenschaft und Öffentlichkeit als Ressource füreinander. Studien zur Wissenschaftsgeschichte im 20. Jahrhundert*, Frankfurt a.M. 2007.
- <sup>64</sup> Zur Auseinandersetzung mit medienpsychologischen Annahmen über Emotionen bei der Konzeption von Filmen, die der Gesundheitsaufklärung dienen sollten: Anja Laukötter, (Film-)Bilder und medizinische Aufklärung im beginnenden 20. Jahrhundert: Evidenz und Emotionen, in: K. Friedrich/S. Stollfuß (Hg.), *Blickwechsel: Bildpraxen zwischen Wissenschafts- und Populärkultur*, Marburg 2011, S. 24-38; dies., *Vom Ekel zur Empathie sowie dies., Measuring Knowledge and Emotions: American Audience Research on Educational Films in the Beginning of the 20th Century*, in: Anja Laukötter/Christian Bonah/David Cantor (Hg.), *Communicating Good Health: Movies, Medicine, and the Cultures of Risk in the Twentieth Century*, Rochester (im Druck).

Zugleich aber blieben sie nicht ohne Wirkung auf Gefühlspraktiken im Rahmen der Krebsbehandlung – und sei es nur, dass das Verschweigen der Krebsdiagnose durch das immer lautere Reden über Krebs im Raum der Wissensvermittlung erschwert wurde.

In den beiden ersten Räumen dieser Krebsgeschichte wurde Wissen über Krebs generiert und weitergegeben – von und für Menschen, die nicht an Krebs erkrankt waren. Ihnen stand es frei, diese Räume zu betreten, genauso wie es ihnen möglich war, diese Räume wieder zu verlassen, auch wenn sie das Wissen, dem sie dort begegnet waren, mitnahmen und nicht so leicht wieder loswurden. Anders die beiden Räume, die im zweiten Teil dieser Krebsgeschichte aufgesucht werden: Wer diese beiden Räume betrat, war zur Auseinandersetzung mit der Krebskrankheit gezwungen, hatte buchstäblich mit Krebs zu tun – als an Krebs erkrankter Mensch, als Angehöriger oder Freund, als Krankenschwester oder -pfleger, als behandelnder Arzt. Schwestern und Ärzte konnten nach Dienstschluss diese Räume hinter sich lassen, auch wenn es ihnen nicht immer gelungen sein mag, nicht so die Krebskranken und oft auch nicht deren Angehörige und Freunde.

Viele Selbsterzählungen von an Krebs erkrankten Menschen beschreiben die Diagnose als den Moment, in dem aus dem „gesunden“ Menschen der „krebserkrankte“ Mensch wurde – wenn es auch möglicherweise bereits zuvor einen „Verdacht“ gegeben hatte, die Diagnose also nicht immer gänzlich unerwartet kam. Die Diagnose war – ob offen mitgeteilt, nur angedeutet oder verschwiegen – ein Moment des Übergangs. Durch diesen Moment hindurch betrat der betroffene Mensch Räume, die er zuvor oft gar nicht oder nur oberflächlich kannte, deren Regeln, Benutzungsweisen, Atmosphären, therapeutische Dinge ihm meist fremd waren, die er nun aber am eigenen Leib in einer Situation existentieller Bedrohung erfuhr – nicht selten erlebten die betroffenen Menschen diesen Moment als Übergang in ein anderes individuelles und soziales Selbst, das von nun an von der Präsenz der Krebskrankheit bestimmt wurde.<sup>65</sup> Dennoch ist die Diagnose als Moment des Übergangs kein statisches Element in der Geschichte der Krebskrankheit im 20. Jahrhundert. Sie hat selbst eine Geschichte: ob

---

<sup>65</sup> Vgl. mit Blick auf die gegenwärtige Situation: Christine Holmberg, *Diagnose Brustkrebs. Eine ethnografische Studie über Krankheit und Krankheitserleben*, Frankfurt/New York 2005. Grundlegend für diese Neuinterpretation der Krebskrankheit waren die Ratgeber des amerikanischen Psychologen Lawrence LeShan, die auch ins Deutsche übersetzt wurden, vgl. u.a. ders., *Diagnose Krebs. Wendepunkt und Neubeginn: Ein Handbuch für Menschen, die an Krebs leiden, für ihre Familien und für ihre Ärzte und Therapeuten*, übers. von Annegrete Lösch, Stuttgart 1993.

und wie Ärzte ihren Patienten die Diagnose Krebs mitteilten, wie scharf die Grenze zwischen Krebs und Nichts-Krebs, normal und pathologisch gezogen wurde, welches Wissen über Krebs Patienten und Ärzte in dieses Gespräch mitnahmen, wie diese Erfahrung präfiguriert wurde, dem Krebs als Erfahrung des „Ich“ also bereits zuvor Bedeutung gegeben worden war durch Geschichten, die erzählt oder gelesen wurden, wie eingreifend und langwierig die folgenden Therapien waren – all dies beeinflusste die Art und Weise, in der die Diagnose als Moment des Übertritts von der einen in die andere Welt, von der einen in die andere Existenz erfahren und gefühlt wurde.<sup>66</sup> Doch dieses dritte Kapitel erforscht nicht nur die Genealogie der Krebsdiagnose als Moment, nach dem nichts mehr ist, wie es einmal war, als Moment des Schocks und der möglichen zweiten Chance, so wie er uns heute in vielen Selbsterzählungen entgegentritt.

Daneben steht auch die Frage, mit welchen Argumenten Ärzte, Theologen, Philosophen und Juristen darüber stritten, ob, wie und wann die Krebsdiagnose oder -prognose den Patienten sowie deren Angehörigen mitgeteilt werden sollte oder durfte, welche Patienten-Persönlichkeiten dieses Wissen aushalten konnten oder sollten. In diesen Diskussionen nahm das Gefühl der Hoffnung eine zentrale Rolle ein: als Frage danach, was Hoffnung ist und worauf sie sich richten kann, ebenso wie als Nachdenken darüber, was Hoffnung für das Leben und Überleben von Menschen bedeutet, wie zerstörerisch, zulässig oder normal Verzweiflung ist. Die unterschiedlichen

---

<sup>66</sup> Zur literarischen Auseinandersetzung mit der Krebserkrankung liegen eine Reihe literaturwissenschaftlicher Studien vor, die oft an Susans Sontags „Illness as Metaphor“ von 1978 anknüpfen: Christa Karpenstein-Eßbach, Krebs – Literatur – Wissen. Von der Krebspersönlichkeit zur totalen Kommunikation, in: Frank Degler/Christian Kohlroß (Hg.), *Epochen/Krankheiten*, St. Ingbert 2006, S. 233-264; Rudolf Käser, *Metaphern der Krankheit: Krebs*, in: Gerhard Neumann/Sigrid Weigel (Hg.), *Lesbarkeit der Kultur. Literaturwissenschaft zwischen Kulturtechnik und Ethnographie*, München 2000, S. 323-342; Marion Moamai, *Krebs schreiben*; Boldt, *Die ihren Mörder kennen*; Thomas Anz, *Aids, Krebs, Schizophrenie – Krankheit und Moral in der Gegenwartsliteratur*, in: Manfred Moser (Hg.), *Krankheitsbilder – Lebenszeichen*, Wien 1987, S. 19-42; zur medialen Darstellung: Barron H. Lerner, *When Illness Goes Public. Celebrity Patients and How We Look at Medicine*, Baltimore 2006; Susan E. Lederer, *Dark Victory: Cancer and Popular Hollywood Film*, in: *Bulletin of the History of Medicine* 81, 1 (2007), S. 94-115 und Angela Armstrong-Coster, *In Morte Media Jubilate [1]: An Empirical Study of Cancer-related Documentary Film*, in: *Mortality* 6, 3 (2001), S. 287-305. Zu den (auto-)biographischen Erzählungen von Krebskranken oder deren Angehörigen: Diane Price Herndl, *Our Breasts, Our Selves: Identity, Community, and Ethics in Cancer Autobiographies*, in: *Signs: A Journal of Women in Culture and Society*, 32, 1 (2006), S. 221-245; Angela Armstrong-Coster, *In Morte Media Jubilate [2]: A Study of Cancer-related Pathographies*, in: *Mortality* 10, 2 (2005), S. 97-112. Grundlegend dazu aus medizinsoziologischer Sicht: Arthur W. Frank, *The Wounded Storyteller: Body, Illness & Ethics*, 2. Auflage, Chicago/London 2013 und aus medizinethnologischer Sicht: Kleinman, *The Illness Narratives. Zur Unterscheidung von „krank“ und „gesund“ in ärztlichen Diagnosen*: Ilana Löwy, *Labelled Bodies: Classification of Diseases and Way of Knowing*, in: *History of Science* 49, 3 (2011), S. 299-315.

Antworten, die im 20. Jahrhundert auf diese Fragen gegeben wurden, prägten die Art und Weise, wie Ärzte, Patienten und deren Angehörige sowie Krankenschwestern und -pfleger miteinander sprachen und umgingen. Ebenso beeinflussten sie die Benennung, Gestaltung und Nutzung von Beratungsstellen und Kliniken.

Im Anschluss an das Diagnosekapitel tritt diese Geschichte in die Räume der Krebsbehandlung ein: sie besucht die Krankensäle und -zimmer der Chirurgie, der Inneren Klinik und Gynäkologie, die wenigen schon früh speziell für Krebskranke eingerichteten Krankenhäuser, die eigens für die Strahlentherapie geschaffenen Räumlichkeiten und schließlich die historisch jüngeren onkologischen Stationen, auf denen an Krebs erkrankte Menschen Chemotherapie erhielten. Dieses Kapitel stellt anders als die vorangehenden die konkreten Orte, an denen die Behandlung der Krebskrankheit stattfand, in den Mittelpunkt.<sup>67</sup> An diesen Orten trafen Patienten und deren Angehörige, medizinisches Personal und therapeutische Dinge aufeinander.<sup>68</sup> Die

---

<sup>67</sup> Zur Geschichte der Krebstherapien s. Anm. 37 und 38 sowie als Überblick: John V. Pickstone, *Contested Cumulations: Configurations of Cancer Treatment through the Twentieth Century*, in: Cantor, *Cancer*, S. 164-196. Die Pflegegeschichte ist ein erst vor kurzem entdecktes Forschungsfeld, zu dem bisher nur wenig Studien vorliegen, vgl. für das 20. Jahrhundert: Isabel Atzl (Hg.), *Who Cares? Geschichte und Alltag in der Krankenpflege*, Frankfurt a.M. 2011; Susanne Kreutzer (Hg.), *Transformationen pflegerischen Handelns. Institutionelle Kontexte und soziale Praxis vom 19. und 21. Jahrhundert*, Göttingen 2010; Sylvelyn Hähner-Rombach (Hg.), *Alltag in der Krankenpflege: Geschichte und Gegenwart. Everyday Nursing Life: Past and Present*, Stuttgart 2009 und Sabine Braunschweig (Hg.), *Pflege – Räume, Macht und Alltag*, Zürich 2006. Speziell zur Pflege von Krebskranken: Judith Bond Johnson/Susan B. Baird/Laura J. Hilderley, *It Took Courage, Compassion, and Curiosity. Recollections and Writings of Leaders in Cancer Nursing 1890-1970*, Pittsburgh 2001. Als weit gefasster Überblick zur Arzt-Patienten-Beziehung: Dietrich von Engelhardt, *Arzt-Patienten-Beziehung in Medizin und Literatur*, in: *Jahrbuch Literatur und Medizin* 5 (2012), S. 91-118; Edward Shorter, *Bedside Manners. The Troubled History of Doctors and Patients*, New York 1985.

<sup>68</sup> Der von mir hier gewählte Begriff des therapeutischen Dinges schließt an Überlegungen innerhalb der Soziologie und Geschichtswissenschaft an, die sich dafür interessieren, wie Dinge in ihrer jeweils spezifischen Materialität menschliches Handeln prägen und sich ihrerseits durch die Art und Weise, wie Menschen sie begreifen, konstruieren und nutzen, verändern. Das von mir so benannte therapeutische Ding ist damit kein drittes Ding der Wissenschaftsgeschichte – neben den von Hans-Jörg Rheinberger geprägten Kategorien des epistemischen und technischen Dinges. Das therapeutische Ding entspricht eher dem technischen Ding, doch gilt hier das Interesse nicht dem Verhältnis von technischem zum epistemischen Ding im Labor, sondern den Verhältnissen von technischen Dingen und Menschen im alltäglichen Gebrauch der Therapie. Menschen und Dinge werden hier also ganz im Sinne Bruno Latours als gleichrangige Aktanten im Netzwerk Therapie gefasst. Da das Erkenntnisinteresse des Kapitels allerdings auf die Rekonstruktion dessen zielt, was von den Patienten als äußere Bedingungen ihrer Erfahrungen erlebt und gefühlt wurde, behalte ich die begriffliche Unterscheidung von Menschen und Dingen bei. Vgl. als neuere Überblicke zur Dinggeschichte bzw. zum sogenannten *material turn* in Geschichte und Soziologie: Simone Derix/Benno Gammerl/Christiane Reinecke/Nina Verheyen, *Der Wert der Dinge. Zur Wirtschafts- und Sozialgeschichte der Materialitäten*, in: *Zeithistorische Forschungen/Studies in Contemporary History* 13, 3 (2016), S. 387-403 und Marian Füssel/Rebekka Habermas, *Editorial (Themenschwerpunkt: Materielle Kultur)*, in: *Historische Anthropologie* 23, 3 (2015), S. 331-335. Zum epistemischen / technischen Ding: Hans-Jörg Rheinberger, *Zur Frage der Gleichrangigkeit von humanen und nicht-humanen Aktanten: Bruno Latour, Eine neue Soziologie für eine neue Gesellschaft. Einführung in die Akteur-Netzwerk-Theorie*, Frankfurt a.M. 2007.

konkrete materielle Form des jeweiligen therapeutischen Dinges, etwa des Bestrahlungsgerätes, wird hier genauer in den Blick genommen, weil sie dessen Gebrauch ebenso prägte, wie es die Therapiekonzepte taten, die in dessen materielle Gestaltung eingegangen waren. Therapeutisches Ding und therapeutischer Raum standen in Beziehungen, deren konkrete Gestalt und deren Wandel hier rekonstruiert werden soll. Ihre materiell-räumliche Struktur ermöglichte oder beschränkte die Art und Weise, wie sie von Ärzten, Pflegern und Patienten benutzt wurden und wirkte sich direkt auf die Formen aus, in denen sich diese Personen dort begegneten. Orte, Dinge und Menschen vermaßen und bestimmten den von den Patienten erlebten und mit Gefühlen ausgestatteten Raum ihrer eigenen Krankheitserfahrung. Nicht die jeweils individuell erlebte Erfahrung, sondern die materiellen und praxeologischen Bedingungen dieser Erfahrung sollen in diesem Kapitel erschlossen werden.

Die Räume der Krebsbehandlung waren in einem dreifachen Sinn durchlässig. Erstens wurden im Verlauf des 20. Jahrhunderts bei der Krebsbehandlung die Räume der Therapie und der Forschung für die Patienten oft unsichtbar und für das medizinische Personal nicht immer unterscheidbar übereinander geschoben. Forschung war fast immer auch klinische Forschung. Die Effekte von Strahlen und Chemotherapeutika wurden eben nicht nur in Laboren, sondern ebenso in den Kliniken erforscht. Dieses Ineinanderblenden beider Räume führte dazu, dass das Eine, die Forschung, nicht nur Grundlage des Anderen, der Behandlung, war, sondern dass Forschung und Behandlung sich in ihren wechselseitigen Logiken beeinflussten und durchdrangen.<sup>69</sup>

Zweitens waren die Räume der Behandlung durchlässig gegenüber der „äußeren“ Welt. Patienten, Angehörige sowie das medizinische Personal brachten nicht nur das inkorporierte Wissen der „äußeren“ Welt über Krebs, Gefühle, Körper und Schmerz mit, sondern sie trugen das bestätigte oder veränderte Wissen auch in sich, wenn sie die Klinik wieder verließen – in den Intervallen zwischen den Therapiezyklen, als Geheilte oder Sterbende, als begleitende Verwandte oder am Ende eines Tages auf Station. Darum fragt dieses Kapitel auch, welchen Einfluss sich wandelnde emotionale Stile mit einem größeren Radius auf die Gefühle in der Krebsbehandlung hatten bzw. welche

---

<sup>69</sup> Peter Keating/Alberto Cambrosio, *Cancer on Trial. Oncology as a New Style of Practice*, Chicago/London 2012; dies., *Cancer Clinical Trials. The Emergence and Development of a New Style of Practice*, in: Cantor, *Cancer*, S. 197-223; dies., *Cancer Research and Protocol Patients: From Clinical Material to Committee Advisors*, in: Timmermann/Toon, *Cancer Patients*, S. 161-185 sowie Gerald Kutcher, *A Case Study in Human Experimentation: The Patient as Subject, Object and Victim*, in: Timmermann/Toon, *Cancer Patients*, S. 57-77 sowie ders., *Contested Medicine*.



Rückwirkungen die in den Räumen der Krebsbehandlung gelebt und sich wandelnden Gefühlspraktiken auf solche breiter wirksamen emotionalen Stile hatten.

Drittens lässt sich der Raum der Behandlung nicht eindeutig abgrenzen von den Räumen des Sterbens und des Überlebens: Denn wann eine Krebsbehandlung abgeschlossen war, wann die Nachsorge anfang oder wann die kurative Krebsbehandlung endete, weil das Sterben begann, waren Fragen, die die Ärzte im Verlauf des 20. Jahrhunderts unterschiedlich beantworteten. Fiel zu Beginn des Jahrhunderts die Antwort oft eindeutiger aus, wurden die Grenzziehungen zwischen Therapie und Nachsorge, Therapie und Palliativbehandlung im späten 20. Jahrhundert immer verschwommener. Wie wenig eindeutig auch immer diese Übergänge entschieden und benannt wurden, sie „geschahen“ und diese Übergänge forderten Entscheidungen von Ärzten und Patienten, denen dieses Kapitel nachgehen möchte: Inwiefern wurde die Notwendigkeit gesehen, (ehemals) Krebskranke über die auf Heilung gerichtete Therapie hinaus zu betreuen und zu begleiten, wem wurde die Kompetenz dieser emotionalen und sozialen Begleitung zugetraut und zugemutet? Der Blick richtet sich hier auf Nachsorge- und Rehabilitationseinrichtungen, auf Aussteuerungspraktiken von Krankenkassen und auf das, was über das Weiterleben nach Krebs im privaten Raum in Erfahrung zu bringen ist. Für viele Menschen jedoch gab es kein Weiterleben nach Krebs. Wo fanden diese Menschen einen Ort zum Sterben, welche Orte gab es oder wurden geschaffen? Hier fällt der Blick in die Berliner Krebsbaracken, ins *Heidelberger Samariterhaus* sowie in verschiedene Hospitäler.<sup>70</sup> Die Frage, mit welchen Gefühlen an Krebs sterbende Menschen und ihre Angehörigen, aber auch Ärzte und Krankenschwestern lebten, was Menschen im Sterben fühlten oder fühlen

---

<sup>70</sup> Zu den hier thematisierten Orten gibt es einige wenige Forschungen, die meistens institutionengeschichtliche Aspekte in den Vordergrund stellen: Peter Voswinckel, Erinnerungsort Krebsbaracke. Klarstellungen um das erste interdisziplinäre Krebsforschungsinstitut in Deutschland (Berlin, Charité), Berlin 2014 und Lindner, Czerny; Rahel Neubert, Das Institut für experimentelle Krebsforschung, in: Wolfgang U. Eckart/Volker Sellin/Eike Wolgast (Hg.), Die Universität Heidelberg im Nationalsozialismus, Heidelberg 2006, S. 959-974; Barbara Jakoby, Das Hospital und Siechenheim Fröbelstraße (1889-1934), in: Berlin-Brandenburgische Geschichtswerkstatt (Hg.), Prenzlauer, Ecke Fröbelstraße. Hospital der Reichshauptstadt, Haftort der Geheimdienste, Bezirksamt Prenzlauer Berg 1889-1989, Berlin 2006, S. 25-49; Heinz Bielka, Geschichte der Medizinisch-Biologischen Institute Berlin-Buch, 2. überarbeitete und erweiterte Auflage, Berlin/Heidelberg 2002, S. 99-101 und 140-144; Ulrike Scheybal, Krebsforschung in der Zeit des Nationalsozialismus unter besonderer Berücksichtigung des Allgemeinen Instituts gegen die Geschwulstkrankheiten in Berlin, Med. Diss., Universität Leipzig 2000; Birgit Hellmann-Mersch, Institutionen zur Krebsforschung und Krebsbekämpfung in Deutschland. Historischer Überblick und Analyse, Med. Diss., RWTH Aachen 1994; Gustav Wagner/Andrea Mauerberger, Krebsforschung in Deutschland. Vorgeschichte und Geschichte des Deutschen Krebsforschungszentrums, Berlin u.a. 1989, S. 3-45 und Evelyn Hoepfner-Salazar, Krebsforschung und Krebsbekämpfung in Berlin bis zum Jahre 1945, Med. Diss., FU Berlin 1986.

sollten, bestimmte Entscheidungen darüber, wie diese Räume und die in ihnen gelebten Beziehungen gestaltet wurden. In diesem Zusammenhang wurden Vorstellungen und Praktiken des Selbst, von Würde, Lebensqualität und -sinn neu bestimmt und mit sich wandelnden emotionalen Codierungen belebt.

### **1.6 Der historische Blick, die Moral und das Problem der Linearität: Thesen**

„Barb, in diesem Moment ist es unglaublich wichtig, dass Du all Deine Energie zusammen nimmst, um mit Dir selbst in Einklang zu kommen, vielleicht sogar glücklich zu sein. Krebs zu bekommen ist eine schlimme Sache und es gibt keine Antwort auf das Warum. Aber Dein Leben in Wut und Verbitterung zu verbringen, ob Du nun noch ein Jahr oder 51 Jahre vor Dir hast, ist so eine Verschwendung [...] Ich hoffe, Du findest in Dir Frieden. Du verdienst es. Wir alle verdienen es.“<sup>71</sup>

So oder ähnlich lauteten die Reaktionen auf ein Posting, das die amerikanische Kolumnistin Barbara Ehrenreich zu Beginn des 21. Jahrhunderts auf einer Krebs-Selbsthilfeseite publizierte. Unter dem Titel „Angry“ beschrieb sie wütend die Nebenwirkungen der Chemotherapie, die sie wegen ihres kurz zuvor diagnostizierten Brustkrebses erhielt. Ebenso tat sie hier ihren Ärger über Krankenkassen-Bestimmungen, krebserregende Umweltgifte und die in den USA populäre „Rosa-Schleifen-Kultur“ der Brustkrebs-Selbsthilfegruppen kund. In den Reaktionen auf ihr Posting erkannte Ehrenreich den Ausdruck einer normativen Erwartung, wonach jede(r) der eigenen Krebserkrankung positiv begegnen, sie als Chance zu einem Neuanfang, zu einem gefühlsintensiven Leben glücklich annehmen sollte. Diese Chance wahrzunehmen bedeutete auch, ein Stück des Weges zur Heilung zurückzulegen, für die eine positive Einstellung, das Gefühl von Zufriedenheit und Glück als unverzichtbar galten. Ehrenreich antwortete darauf mit einem Generalangriff auf das, was sie als amerikanische Kultur des positiven Denkens ausmachte und was sie in der englischen Ausgabe ihrer Streitschrift polemisch mit „Smile or Die“ betitelte.<sup>72</sup> Wenn auch diese Form, der

<sup>71</sup> Im amerikanischen Original heißt es: „Barb, at this time in your life, it’s so important to pull all your energies toward a peaceful, if not happy, existence. Cancer is a rotten thing to have happen and there are no answers for any of us as to why. But to live your life, whether you have one more year or 51, in anger and bitterness is such a waste [...] I hope you can find some peace. You deserve it. We all do.” Barbara Ehrenreich, *Smile Or Die. How Positive Thinking Fooled America & the World*, London 2009, S. 32.

<sup>72</sup> Die im gleichen Jahr erschienene amerikanische Ausgabe hieß dagegen: *Bright-Sided: How the Relentless Promotion of Positive Thinking Has Undermined America*, New York 2009. Zur Kritik an einer zu starken Orientierung an Glück und Optimismus als Leitwerten und -gefühlen vgl. auch: Sara Ahmed, *The Promise of Happiness*, Durham, NC/London 2010; Lauren Berlant, *Cruel Optimism*, Durham, NC 2011; Ann Cvetkovich, *Depression: A Public Feeling*, Durham, NC 2012; William Davies, *The Happiness Industry: How the Government and Big Business Sold us Well-*

Krebskrankheit mit einem „Lächeln“ zu begegnen und sie geradezu als Modell der „zweiten Chance“ im Leben zu beschreiben, in der amerikanischen Kultur besonders ausgeprägt sein mag, findet sich diese Tendenz auch in vielen Beiträgen deutscher Webseiten zum Thema „Krebs“. <sup>73</sup>

Doch sind normative Gefühlsregime im Hinblick auf die Krankheit Krebs kein Novum der Gegenwart. Die gefühlshistorische Erkundung des 20. Jahrhunderts zeigt deutlich, wie stark normative Erwartungen an die Gefühle von Krebskranken herangetragen worden sind. Oft ging der Appell, sich neuen Gefühlen gegenüber zu öffnen, mit einer Herabwürdigung anderer Gefühle und Gefühlshaltungen einher. Diese Prozesse waren für die jeweiligen Zeitgenossen nicht immer leicht zu durchschauen und noch schwerer zu durchbrechen, gerade deshalb weil Gefühle immer wieder als „natürlich“, „authentisch“ und ganz und gar „eigen“ verstanden worden sind. Dazu kommt, dass die Gefühlsregime der Krebskrankheit in Gefühlsregime größerer Reichweite eingebettet waren oder mit diesen in Wechselwirkung standen. Diese gestalteten für die Betroffenen kaum entzifferbar Umgangsweisen, Räume und Dinge mit. Diese einander ablösenden, in unterschiedlicher Weise normativ aufgeladenen Gefühlsregime in ihrer jeweiligen Reichweite und Gestaltungskraft zu erkunden und sichtbar zu machen, ist ein Erkenntnisinteresse dieser Arbeit. Denn nur das konkrete, nachvollziehbare Wissen um die Historizität dieser Gefühlsregime und ihrer Auswirkungen, ihrer „Kosten“ und ihres „Gewinns“, kann helfen, einen freieren Blick auf gegenwärtige Gefühlsregime jenseits der aus dem Gegenwärtigen gespeisten Kritik zu gewinnen, schärft den Blick für heutige kulturelle Prägungen und weitet den „Denkraum“ der Gefühle auf dem Resonanzboden der historischen Erfahrung.

Damit ist auch gesagt, dass diese Gefühlsgeschichte der Krebskrankheit keine Fortschrittserzählung ist, etwa als Geschichte von der Durchbrechung eines gefühlverkrüppelnden Tabus hin zu einem in Gefühlsdingen freieren, individuelleren Umgang mit der Krebskrankheit. Umgekehrt liefert sie aber auch keine Niedergangserzählung, die die „Übernahme“ des Gefühls durch Psychologen und Therapeuten sowie deren Begriffe und Kategorien im Dienste eines neoliberalen Menschenbildes beklagt. <sup>74</sup> Die

---

Being, London 2015 sowie aus soziologischer Sicht: Stefanie Duttweiler, Sein Glück machen. Arbeit am Glück als neoliberale Regierungstechnologie, Konstanz 2007.

<sup>73</sup> Darauf nehmen in mehr oder weniger kritischer Absicht eine ganz Reihe amerikanischer Filme Bezug, angefangen von David Finchers „Fight Club“ (1999) bis hin zu den Fernsehserien „The Big C“ (2010-2013) und „Breaking Bad“ (2008-2013).

<sup>74</sup> In der öffentlichen Wahrnehmung dominiert bis heute die Erzählung vom Tabubruch, der in der Regel in den 1970er Jahren situiert wird. Diese Erzählung dient auch einigen Gesamtdarstellungen

analytische Rekonstruktion der wechselnden Gefühlsregime angesichts der Krebskrankheit, ihrer Wirkungen und der Ursachen ihres Wandels, erzählt keine lineare Entwicklungsgeschichte.

Zugleich bleibt diese Geschichte aber bei der Rekonstruktion nicht stehen. Sie fragt erstens aus theoretischer Perspektive nach dem empirisch aufzeigbaren Stellenwert einer Gefühlsgeschichte: Welchen heuristischen Wert kann eine Gefühlsgeschichte beanspruchen? Wie weit trägt die Frage nach Gefühlswissen, -praktiken und -regimen, nach Gefühlen in der Interaktion von Menschen und Dingen? Welchen Raum innerhalb der Geschichte kann die Gefühlsgeschichte entschlüsseln helfen, wo liegen die Grenzen ihrer Erklärungskraft?

Zweitens fragt diese Geschichte aber auch nach historischen Entwicklungen jenseits einer simplen Linearität – sowohl im Hinblick auf einzelne Gefühle als auch auf allgemeine Gefühlshaltungen und den Stellenwert von Gefühlen innerhalb der Begegnung mit der Krebskrankheit ebenso wie in der Gesellschaft allgemein. Einzelne Gefühle spielen in dieser Geschichte eine herausgehobene Rolle – Angst, Trauer, Hoffnung, auch Scham, Ekel und Wut. Insbesondere über die Angst ist in den letzten Jahren viel geschrieben worden.<sup>75</sup> Einige Historiker, Philosophen und Soziologen erkennen in der Angst die Signatur des 20. Jahrhunderts, bezeichnen dieses etwa in Anlehnung an W.H. Audens Versepos von 1947 als „Zeitalter der Angst“.<sup>76</sup> Doch ist Angst tatsächlich durchweg das dominierende Gefühl? Lassen sich nicht vielmehr

---

zur modernen Geschichte der Krebskrankheit als Folie, vgl. etwa Kauz, Vom Tabu zum Thema. Die Niedergangserzählung, wie sie von Barbara Ehrenreich in ihrem 2010 auch auf Deutsch erschienenen Buch vertreten wird, greift auf Argumente zurück, wie sie insbesondere von der Soziologin Eva Illouz in zahlreichen Studien zur Verknüpfung von Gefühl, Kapitalismus und Psychologie/Psychotherapie dargelegt worden sind, aber inzwischen auch von einer ganzen Reihe von Kulturkritikern aufgegriffen werden, vgl. z.B. Eva Illouz, Der Konsum der Romantik: Liebe und die kulturellen Widersprüche des Kapitalismus, Frankfurt a.M. 2003 sowie dies., Die Errettung der modernen Seele: Therapien, Gefühle und die Kultur der Selbsthilfe, Frankfurt a.M. 2009; Wilhelm Schmid, Unglücklich sein: Eine Ermütigung, Berlin 2012.

<sup>75</sup> Als zwei Beispiele mit Blick auf unterschiedliche Disziplinen: Anne Springer/Bernhard Janta/Karsten Münch (Hg.), Angst, Gießen 2011 und Lars Koch (Hg.), Angst. Ein interdisziplinäres Handbuch, Stuttgart 2013.

<sup>76</sup> Wystan H. Auden, The Age of Anxiety: A Baroque Eclogue, Princeton 2011. Mit Angst als Signatur des (späten) 20. Jahrhunderts setzen sich auseinander: Cass R. Sunstein, Gesetze der Angst, Frankfurt a.M. 2007; Frank Furedi, Culture of Fear. Risk-Taking and the Morality of Low Expectation, Revised Edition, London/New York 2003; Barry Glassner, The Culture of Fear. Why Americans Are Afraid of the Wrong Things, New York 1999; Paul Virilio, City of Panic, Oxford/New York 2005; Leyla Dakhli/Bernard Maris/Roger Sue/Goerges Vigarello, Gouverner par la peur, Paris 2007; Christophe Lambert, La Société de la peur, Paris 2005 und Sabine Bode, Die deutsche Krankheit – German Angst, Stuttgart 2006.

Konjunkturen erkennen, in deren Verlauf Angst mal mehr, mal weniger im Vordergrund stand, auch im Hinblick auf die Krebskrankheit? Veränderte sich Angst, wie es etwa die Historikerin Joanna Bourke postulierte, weg von konkreten und externalisierten Ängsten, wie sie das Ende des 19. Jahrhunderts kennzeichneten, hin zu einer diffusen Angst, die hergebrachte Grenzziehungen zwischen Innen und Außen überschreitet und zu einer Individualisierung der Gesellschaft beiträgt?<sup>77</sup> Wie passt sich die Angst vor und in der Krebskrankheit in diese Entwicklungslinie ebenso wie in die von anderen Historikern skizzierten Konturen einer Angst-Geschichte des 20. Jahrhunderts ein, die zunehmend auch mit Konzepten von Risiko und Sicherheit operiert?<sup>78</sup> Lassen sich vergleichbare bzw. komplementäre Konjunkturen und Entwicklungen für andere zentrale Gefühle dieser Krebsgeschichte dechiffrieren?<sup>79</sup>

Über die Erforschung einzelner Gefühle hinausgehend erkundet diese Geschichte auch, welcher Zusammenhang zwischen deren Konjunkturen und dem Wandel von Gefühlshaltungen bzw. dem Wandel der Haltung zum Gefühl betand? Folgt man

---

<sup>77</sup> Joanna Bourke, *Fear. A Cultural History*, London 2006.

<sup>78</sup> Margrit Pernau, *What Object is Fear?* Review Essay, in: *History and Theory* 54, 1 (2015), S. 86-95; Bettina Hitzer, *Jim Button's Fear*, in: Ute Frevert u.a., *Learning How to Feel. Children's Literature and Emotional Socialization, 1870-1970*, Oxford 2014, S. 173-190; Frank Biess, *The Concept of Panic in Postwar Germany: Military Psychiatry and Emotional Preparation for Nuclear War in the West German Army*, in: Frank Biess/Daniel Gross (Hg.), *A Transatlantic Perspective*, Chicago 2014, S. 181-208; Michael Laffan/Max Weiss (Hg.), *Facing Fear. The History of an Emotion in Global Perspective*, Princeton 2012; Jan Plamper/Benjamin Lazier (Hg.), *Fear Across the Disciplines*, Pittsburgh 2012; Patrick Bormann/Thomas Freiberger/Judith Michel (Hg.), *Angst in den Internationalen Beziehungen*, Göttingen 2010; Frank Biess, *Feelings in the Aftermath: Toward a History of Postwar Emotions*, in: Frank Biess/Robert Moeller (Hg.), *Histories of the Aftermath. The Legacies of the Second World War in Europe*, New York 2010, S. 30-48; Bernd Greiner/Christian Th. Müller/Dierk Walter (Hg.), *Angst im Kalten Krieg*, Hamburg 2009; Frank Biess, *„Everybody Has a Chance“. Civil Defense, Nuclear Angst, and the History of Emotions in Postwar Germany*, in: *German History* 27, 2 (2009), S. 215-43; Frank Biess, *Die Sensibilisierung des Subjekts: Angst und „neue Subjektivität“ in den 1970er Jahren*, in: *Werkstatt Geschichte* 49 (2008), S. 51-72; Svenja Goltermann, *Angst in der Nachkriegszeit*, in: Martin Sabrow (Hg.), *Zeiträume: Potsdamer Almanach des Zentrums für Zeithistorische Forschungen* 2006, Göttingen 2007, S. 29-37; Peter N. Stearns, *American Fear: The Causes and Consequences of High Anxiety*, New York/Milton Park 2006; Nelleke Bakker, *The Meaning of Fear. Emotional Standards for Children in the Netherlands, 1850-1950: Was There A Western Transformation?*, in: *Journal of Social History* 34, 2 (2000), S. 369-391; Peter N. Stearns/Timothy Haggerty, *The Role of Fear. Transitions in American Emotional Standards for Children, 1850-1950*, in: *American Historical Review* 96, 1 (1991), S. 63-94. Als aufschlussreicher Blick in die Frühe Neuzeit: Andreas Bähr, *Furcht und Furchtlosigkeit. Göttliche Gewalt und Selbstkonstitution im 17. Jahrhundert*, Göttingen 2013.

<sup>79</sup> Im Hinblick auf emotionshistorische Periodisierungen stellt sich hier besonders die Frage, inwieweit Angst als Leitemotion inzwischen von einer Kultur, die sich Wohlbefinden und Glück auf ihre Fahnen geschrieben hat, abgelöst wurde bzw. wie das postmoderne Glücksversprechen das Fühlen von Angst verändert (hat), vgl. Deirdre McCloskey, *Happyism: The Creepy New Economics of Pleasure*, in: *New Republic* 08.06.2012; Ahmed, *The Promise of Happiness*; Gammerl/Hitzer, *Wohin mit den Gefühlen. Ein ähnliches Argument im Hinblick auf das Altern bei: Susan Jacoby, Never Say Die: The Myth and Marketing of the New Old Age*, New York 2011.

gängigen emotionshistorischen Kategorisierungen, herrschte klirrende Kälte in Gefühlsdingen, als das 20. Jahrhundert seinen Weg antrat. Peter Stearns beschrieb den Aufstieg einer viktorianischen „cool emotionology“ im späten 19. Jahrhundert, die sich auch auf den Gefühlshabitus des Wissenschaftlers und dessen Praktiken ausgewirkt habe.<sup>80</sup> Doch setzte sich das auf Rationalität gegründete Wissenschaftsideal der Objektivität gegenüber dem älteren Staunen und dem Wunder nicht bereits hundert Jahre zuvor durch, wie Lorraine Daston und Peter Galison gezeigt haben?<sup>81</sup> Wie also lässt sich das Verhältnis von Wissenschafts- und Emotionsgeschichte und von beiden zur allgemeinen Geschichte im konkreten empirischen Fall bestimmen?<sup>82</sup> Diese Frage begleitet auch diese Krebsgeschichte bei ihrem Gang durchs 20. Jahrhundert. Denn folgt man Helmut Lethen lastete die emotionale Eiszeit noch auf den 1920er Jahren, weitete sich als Verhaltenskodex auf die Schicht der Angestellten aus.<sup>83</sup> Rationalisierung wurde zu einem Leitbegriff dieser Zeit – verstanden als Orientierung an Idealen der Planbarkeit, der wissenschaftlichen Erklärung und Berechnung sowie der Umsetzung in und durch Technik.<sup>84</sup> Explizit richtete sich dieses Ziel gegen eine bestimmte Form des gefühlsbestimmten Handelns, nahm damit aber zugleich das Gefühl selbst ins Visier, das selbst rationalisiert und in den Dienst der Rationalisierung gestellt werden sollte.<sup>85</sup> Die Art und Weise, wie die extremen politischen Bewegungen der 1920er und 1930er Jahre Gewalt und Gefühle planvoll nutzten, nahm diesen Trend einerseits auf,

---

<sup>80</sup> Peter N. Stearns, *American Cool: Constructing a Twentieth-Century Emotional Style*, New York 1994. Zum Begriff der *emotionology*: Peter N. Stearns/Carol Z. Stearns, *Emotionology. Clarifying the History of Emotions and Emotional Standards*, in: *American Historical Review* 90, 4 (1985), S. 813-830. Etwa zeitgleich wurde dieser Begriff auch von Rom Harré eingeführt: ders. (Hg.), *The Social Construction of Emotion*, Oxford 1986.

<sup>81</sup> Lorraine Daston/Katherine Park, *Wonders and the Order of Nature, 1150-1750*, New York 1998 sowie Lorraine Daston/Peter Galison, *Objektivität*, Frankfurt a.M. 2007; vgl. auch das Argument in: Otniel Dror/Bettina Hitzer/Anja Laukötter/Pilar León-Sanz, *An Introduction to History of Science and the Emotions*, in: *Osiris* 31, 1 (2016), S. 1-18, hier S. 14-16.

<sup>82</sup> Eine erste, allerdings auf die Nachkriegszeit begrenzte Annäherung an dieses Verhältnis bieten die Beiträge in: Frank Biess/Daniel M. Gross (Hg.), *Science & Emotions After 1945. A Transatlantic Perspective*, Chicago 2014; mit einem zeitlich und geographisch weiteren Fokus vgl.: Otniel Dror/Bettina Hitzer/Anja Laukötter/Pilar León-Sanz (Hg.), *History of Science and the Emotions* (= *Osiris* 31, 1) Chicago 2016.

<sup>83</sup> Helmut Lethen, *Verhaltenslehren der Kälte. Lebensversuche zwischen den Kriegen*, Frankfurt a.M. 1997.

<sup>84</sup> Darauf macht Ute Frevert in ihrer Skizze einer Emotionsgeschichte des 20. Jahrhunderts aufmerksam, vgl. dies., *Rationalität und Emotionalität im Jahrhundert der Extreme*, in: Martin Sabrow/Peter Ulrich Weiß (Hg.), *Das 20. Jahrhundert vermessen. Signaturen eines vergangenen Zeitalters*, Göttingen 2017, S. 115-140, hier S. 118-123.

<sup>85</sup> Vgl. die Beiträge in: Uffa Jensen/Daniel Morat (Hg.), *Rationalisierungen des Gefühls: Zum Verhältnis von Wissenschaft und Emotionen 1880-1930*, München 2008.

hantierte aber andererseits mit einem anderen Begriff von Gefühl, das zwar rational hergestellt werden sollte, selbst aber nicht als rational galt.<sup>86</sup>

Bereits zeitgenössische Beobachter kritisierten diese Formen der Mobilisierung von Gefühlen als Versuch, irrationale Kräfte zu entfesseln. Die Gleichsetzung von Gefühl und Irrationalität erreichte ihren Höhepunkt in der bundesdeutschen Nachkriegszeit, als Gefühle im Blick auf den Nationalsozialismus als dem Verstand unzugänglich und gefährlich gefürchtet und unter dem Signum der Gefühlsbeherrschung und Anti-Intensität ganz und gar in den privaten Raum verbannt wurden.<sup>87</sup> In der DDR, so die wenigen bisher vorliegenden Untersuchungen, nutzte die Politik den öffentlichen Appell ans Gefühl auch in den 1950er Jahren, um die Bindung an den Staat und dessen Verbündete herzustellen.<sup>88</sup> In den späten 1960er Jahren kam es in der Bundesrepublik schließlich zu einer schrittweisen Aufwertung von Gefühlen, die zunächst von den sozialen Bewegungen ausging und im linksalternativen Milieu erprobt wurde.<sup>89</sup> Ob es einen vergleichbaren Trend etwa in der Friedensbewegung der DDR gab, wäre noch zu zeigen.

---

<sup>86</sup> Mit Blick auf Hitler und Stalin: Frevert, *Rationalität*, S. 123-127. Auf die These einer Mobilisierung von Emotionen im Dienste der Gewalt während der Zwischenkriegszeit weist auch hin: Biess, *Feelings in the Aftermath*, S. 32.

<sup>87</sup> Frank Biess, *Feelings in the Aftermath*, S. 31-33; Paul Erickson u.a., *How Reason Almost Lost Its Mind. The Strange Career of Cold War Rationality*, Chicago/London 2013, v. a. S. 1-26. Anna M. Parkinson argumentiert jedoch mit Blick auf die Schriften aus dem Umfeld der Frankfurter Schule, dass sich hinter dieser Haltung Schuld, Trauer und Ressentiment verbargen: dies., *An Emotional State. The Politics of Emotion in Postwar West German Culture*, Ann Arbor 2015.

<sup>88</sup> So das Argument Ute Freverts im Blick auf die Herstellung von Vertrauen, vgl. dies., *Vertrauensfragen. Eine Obsession der Moderne*, München 2013, S. 190-194. Vgl. Auch Juliane Brauer, „Mit neuem Fühlen und neuem Geist“. Heimatliebe und Patriotismus in Kinder- und Jugendlidern der frühen DDR, in: David Eugster/Sybille Marti (Hg.), *Das Imaginäre des Kalten Krieges. Beiträge zu einer Kulturgeschichte des Ost-West-Konfliktes in Europa*, Essen 2015, S. 163-186 sowie Jan C. Behrends, *Freundschaft zur Sowjetunion, Liebe zu Stalin. Zur Anthropolomorphisierung des Politischen im Stalinismus*, in: Frank Bösch/Manuel Borutta (Hg.), *Die Massen bewegen. Medien und Emotionen in der Moderne*, Frankfurt/New York 2006, S. 172-192. Aus Sicht Richard Bessels basierte die Politik der DDR-Regierung dagegen auf einem tief empfundenen Gefühl des Hasses, vgl. ders., *Hatred after War. Emotion and Postwar History of East Germany*, in: *History and Memory* 17, 1/2 (2005), S. 195-216.

<sup>89</sup> Benjamin Ziemann, *The Code of Protest. Images of Peace in the West German Peace Movements, 1945-1990*, in: *Contemporary European History* 17, 2 (2008), S. 237-261; Susanne Schregel, *Konjunktur der Angst. „Politik der Subjektivität“ und „neue Friedensbewegung“, 1979-1983*, in: Greiner u.a. (Hg.), *Angst im Kalten Krieg*, S. 495-520; Judith Michel, „Die Angst kann lehren, sich zu wehren“ – Der Angstdiskurs der westdeutschen Friedensbewegung in den 1980er Jahren, in: José Brunner (Hg.), *Politische Leidenschaften. Zur Verknüpfung von Macht, Emotion und Vernunft in Deutschland (= Tel Aviver Jahrbuch für deutsche Geschichte 38)* Göttingen 2010, S. 246-269; Sven Reichardt, „Wärme“ als Modus sozialen Verhaltens? Vorüberlegungen zu einer Kulturgeschichte des linksalternativen Milieus vom Ende der sechziger bis Anfang der achtziger Jahre, in: *Vorgänge* 44, 171/172 (2005), S. 175-187; Joachim Häberlen/Jake Smith, *Struggling for Feelings: The Politics of Emotions in the Radical New Left in West Germany, c. 1968-1984*, in: *Contemporary European History* 23, 4 (2014), S. 615-637 sowie Stefanie Pilzweiger, *Männlichkeit zwischen Gefühl und Revolution. Eine Emotionsgeschichte der bundesdeutschen 68er Bewegung*, Bielefeld 2015.

Zur gleichen Zeit intensivierte sich eine Verwissenschaftlichung des Emotionalen, die zwar mit der im 19. Jahrhundert neu geschaffenen Disziplin der Psychologie bereits angelegt und mit der Psychoanalyse fortgeschrieben worden war, nun aber mit Magda Arnolds *appraisal*-Theorie in der Kognitionspsychologie ebenso wie in den Kultur- und Sozialwissenschaften zunehmend Fuß fasste.<sup>90</sup> Dieser Trend einer zunächst wissenschaftlichen, dann aber auch gesellschaftlichen Rationalisierung des Gefühls<sup>91</sup> traf in den 1970er Jahren auf eine beispiellose Ausweitung des Therapeutischen, die nicht nur die Grenzen zwischen normal und pathologisch zunehmend verwischte, sondern auch das Ideal einer schier grenzenlosen Bearbeitbarkeit des Gefühls festschrieb.<sup>92</sup> Emotionale Selbstregulierung schien nicht nur möglich, sondern geboten – ein bald unüberschaubares Heer von Experten, Techniken und Ratgebern zur Gefühlsarbeit stand zur Verfügung. Ob mit dieser Entwicklung auf längere Sicht Individualisierung durch Normalisierung überformt wurde und ob sich auf diese Weise ein neuer moralischer Imperativ der emotionalen Selbstregulation etablierte, ist eine bis heute ungelöste Frage.<sup>93</sup>

Dies ist in groben Pinselstrichen das Panorama des 20. Jahrhunderts, wie es die bisherige emotionshistorische Forschung entworfen hat. Vor dem Hintergrund dieses

<sup>90</sup> Plamper, *Geschichte und Gefühl*, S. 239-244; Helena Flam, *The Transatlantic Element in the Sociology of Emotions*, in: Biess/Gross, *Science & Emotions*, S. 318-341.

<sup>91</sup> Als Beispiel sei hier nur verwiesen auf Hans Jonas' Begriff einer „Heuristik der Furcht“, die er in seinem 1979 publizierten Hauptwerk „Das Prinzip Verantwortung“ entwarf und die wegweisend für die sozialen Bewegungen der 1980er Jahre sowie für die Debatte um Risiko und Technologiefolgenabschätzung werden sollte: Hans Jonas, *Das Prinzip Verantwortung. Versuch einer Ethik für die technologische Zivilisation*, Frankfurt a.M. 1979.

<sup>92</sup> Die Therapeutisierung der Gesellschaft begann bereits im frühen 20. Jahrhundert, richtete sich aber zunächst vornehmlich auf die kindliche und jugendliche Psyche, deren Pathologien in den Blick von pädagogischer Psychologie und Heilpädagogik gerieten und in Erziehungsberatungsstellen und Erziehungsratgebern in einer für breitere Kreise verständlichen Form thematisiert wurden, vgl. Jeroen J.H. Dekker, *Children at Risk in History: a Story of Expansion*, in: *Paedagogica Historica* 45, 1/2 (2009), S. 17-36. Vgl. allgemein zur Therapeutisierung: Pascal Eitler/Jens Elberfeld, *Von der Gesellschaftsgeschichte zur Zeitgeschichte des Selbst - und zurück*, in: dies. (Hg.), *Zeitgeschichte des Selbst: Therapeutisierung, Politisierung, Emotionalisierung*, Bielefeld 2015, S. 7-30; Uffa Jensen/Maik Tändler, *Psychowissen, Politik und das Selbst: Eine neue Forschungsperspektive auf die Geschichte des Politischen im 20. Jahrhundert*, in: dies. (Hg.), *Das Selbst zwischen Anpassung und Befreiung: Psychowissen und Politik im 20. Jahrhundert*, Göttingen 2012, S. 9-35; Bettina Hitzer, *Die Therapeutisierung der Gefühle. Eine Geschichte aus dem 20. Jahrhundert*, in: *Der Mensch. Zeitschrift für Salutogenese* 42/43, 1/2 (2011), S. 17-20; Ellen Herman, *The Romance of American Psychology. Political Culture in the Age of Experts*, Berkeley/Los Angeles/Oxford 1995. Zum Therapieboom in den 1970ern: Sabine Maasen/Jens Elberfeld/Pascal Eitler/Maik Tändler (Hg.), *Das beratene Selbst: Zur Genealogie der Therapeutisierung in den „langen“ Siebzigern*, Bielefeld 2011 und Thomas Macho, *Was tun? Skizzen zur Wissensgeschichte der Beratung*, in: Thomas Brandstetter/Claus Pias/Sebastian Vehlken (Hg.), *Think Tanks. Die Beratung der Gesellschaft*, Zürich/Berlin 2010, S. 59-85.

<sup>93</sup> Frevert, *Gefühlswissen*, S. 277; Pascal Eitler/Stephanie Olsen/Uffa Jensen, *Introduction*, in: Frevert u. a., *Learning How to Feel*, S. 1-20, hier S. 17.



Panoramas betritt diese Geschichte nun die vier Räume, in denen die Begegnung mit der Krebskrankheit stattfand: forschend, wissend, handelnd und leidend Gefühle definiert, vermittelt und gelebt wurden. Im Blick auf die in diesen Räumen verhandelten Wissensbestände, Gefühlsregime und emotionalen Praktiken geht es darum zu ermessen, inwiefern die Gefühlsgeschichte der Krebskrankheit in diesen Rahmen passt, wie und wo sie ihn überschreitet oder zerbricht. Darüber hinaus macht sich diese Erkundung auf herauszufinden, wie diese Prozesse in alltäglichen Praktiken in Gang gesetzt, modifiziert und fortgeschrieben wurden, wie in diesen Räumen medizinisch begründete Annahmen über Gefühl und Gefühle mit „alltäglichem“ Gefühlswissen ebenso wie mit dem Gefühlswissen anderer Felder (etwa aus Theologie, Jura und Psychologie) zusammentrafen. In den folgenden vier Kapiteln wird zudem gefragt, wie und warum sich Gefühlsregime und -praktiken in diesen Räumen wandelten und welche Auswirkungen dieser Wandel auf Praktiken, Konzepte, Räume und Dinge hatte, die zunächst gar nicht als dem Gefühl zugehörig oder vom Gefühl bestimmt und gestaltet gedacht wurden. Die Geschichte der Krebskrankheit, die zu Beginn des 20. Jahrhunderts in der Obhut der Chirurgen lag und ganz und gar körperlich – als Zellulärpathologie und daraus entstehender Tumor – konzipiert wurde, kann zeigen, wie weit Gefühlswissen, -regime und -praktiken auch dort Geschichte „machten“, wo sie nicht von vorneherein im Mittelpunkt standen.



## 2 Krebs erklären und erforschen



Abb. 6: Eingang der alten Universitätsfrauenklinik in der Bergheimer Straße, Heidelberg

*Als die 29-jährige Frau S. im Herbst 1974 die wenigen Stufen zur Heidelberger Klinik in der Bergheimer Straße erklommen hatte, blieb sie einen Augenblick auf dem Absatz vor dem hohen gründerzeitlichen Portal mit dem etwas altertümlichen Schriftzug „Frauen-Klinik“ stehen. Vielleicht dachte sie daran, wie viele Frauen vor ihr diese Tür durchschritten hatten, voller Vorfreude oder voll Bangen, mit Schmerzen oder nur mit einer Frage im Herzen so wie sie. Denn sie sollte ja nur zur Abklärung kommen, „ob es harmlos sei“, so hatte ihr der niedergelassene Gynäkologe gesagt, als er ihr das etwas auffällige Ergebnis des Routine-Abstriches mitteilte, den sie wenige Tage zuvor zur Vorsorge hatte machen lassen. Auf sie wartete eine weitere gynäkologische Untersuchung, vielleicht eine Röntgen-Aufnahme. Darum war sie ein wenig überrascht, als die Ambulanzschwester sie in das Arztzimmer führte und der Arzt sie mit den Worten begrüßte: „Wir werden nun bei Ihnen einige Tests zu wissenschaftlichen Zwecken durchführen, zu denen alle Frauen Ihrer Altersgruppe hinzugezogen werden.“ Was konnte das mit ihrem verdächtigen Befund zu tun haben? Als sie vorsichtig nachfragte, versprach ihr der Arzt, ihr nach Abschluss der Tests weitere Erläuterungen zu geben.*

*Zunächst fragte er sie nach ihrem Privatleben, ihrer persönlichen Geschichte. Sie berichtete davon, wie sie ihren späteren Mann kennenlernte und gleich heiratete, um zuhause ausziehen zu können. Wie es schon bald Konflikte mit ihrem Mann gab, der wenig Verständnis für ihre Gefühle gehabt habe, bei dem immer nur sein Geschäft im Vordergrund gestanden habe. Wie er sie fortwährend betrogen habe und sie nach zehn Jahren Ehe endlich geschieden worden seien. Auch über die Beziehung zu ihren Eltern und ihrem jüngeren Bruder wollte der Arzt Näheres wissen und nach einigem Zögern erzählte sie von ihrem strengen Vater, für den nur der Bruder gezählt habe, von ihrer besorgten Mutter, die ihr kaum Luft zum Atmen gelassen habe.*

*Sie blickte den Arzt erwartungsvoll an: Beginnt nun die eigentliche Untersuchung? Aber der Arzt zog eine Tafel aus einer Mappe, legte sie auf den Schreibtisch und sagte: „In diesen Klecksbildern kann man allerlei Dinge sehen; nun sagen Sie mir, was Sie sehen, was es Ihrer Meinung nach sein könnte oder woran es Sie erinnert.“ Etwas verwirrt betrachtete Frau S. die Bilder, die sie ein wenig an die gefalteten Tintenklecksbilder ihres Sohnes erinnerten, mit denen er stolz seine ersten Schmetterlinge „gemalt“ hatte. „Darf ich die Tafeln auch drehen?“ fragte Frau S. etwas verunsichert. Sehr sachlich erwiderte der Arzt: „Das bleibt ganz Ihnen überlassen.“ Sie nahm eine Tafel in die Hand. Einen Moment lang erfasste sie Unruhe und Ärger, sie dachte daran, dass sie ja gekommen war, um die Sache klären zu lassen, stattdessen saß sie nun hier und sollte sich irgendwelche Klecksbilder ansehen. Dann aber seufzte sie unmerklich und konzentrierte sich auf das Bild.*

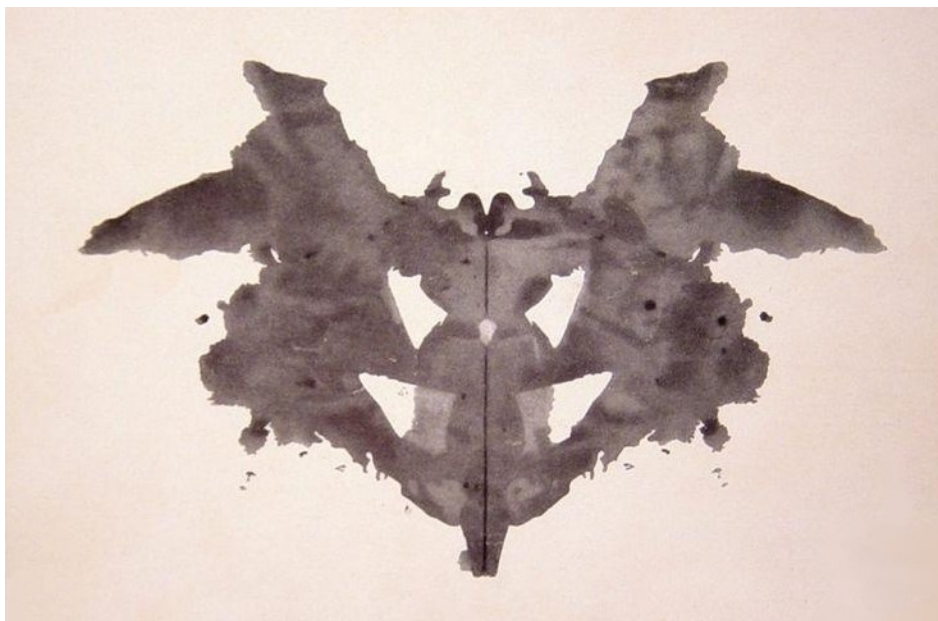


Abb. 7: Erste Tafel aus dem Rorschach-Test

*Sollte das eine Fledermaus sein – oder eine Motte? Fragend und mit leiser Stimme probierte sie die Antwort. Noch neun weitere Tafeln bekam sie zu sehen, manche auch in hellen Farben, hübsch, aber ein wenig verwirrend. Immer wieder hakte der Arzt nach, insistierte: „Manche Leute sehen auf diesen Tafeln mehr als ein Ding – wenn das bei Ihnen auch der Fall ist, dann sagen Sie es mir bitte.“ Sie fühlte sich etwas einfältig, offenbar wussten andere besser Bescheid als sie. Als sie endlich alle zehn Tafeln gesehen hatte, legte ihr der Arzt alle noch einmal vor und las ihr ihre Antworten vor, fragte nach, welche Teile dieser oder jener Kleckszeichnung sie veranlasst hatten, darin einen Teppich oder eine Spinne zu erkennen. Endlich war das vorbei.*

*Aber mit der Untersuchung ging es immer noch nicht los. Nun sollte sie Fragen beantworten, ankreuzen, ob es stimmt oder nicht. „Ich bin ungern mit noch unbekanntem Menschen zusammen“: stimmt das? Ihre Gedanken schweiften ab, sie dachte an den letzten Elternabend: Ja, stimmt. Nachdenklich beobachtete sie der Arzt, während sie die Kästchen ankreuzte. Ob sie wohl Krebs hatte? Nachdem sich Frau S. eine halbe Stunde lang durch die 114 Fragen gearbeitet hatte, sagte der Arzt: „Das ist nun der letzte Test“ und legte ihr nochmals einen Stapel Papier vor, wieder sollte sie ankreuzen, ob es stimmt oder nicht. Manche der 49 Fragen erschienen ihr seltsam. Verstohlen schaute Frau S. auf den Arzt, als sie las: „Ich empfinde mein Sexualleben als zufriedenstellend.“ Aber er ist ja Arzt, also ein Kreuz, nein, dann las sie: „Für manche Menschen kann der Tod eine Erlösung bedeuten.“ Plötzliche Kälte breitete sich in ihr aus, was heißt das? Hat das etwas zu tun mit...? Noch 26 Fragen, dann war sie durch. Erleichtert und ein wenig beklommen sah sie auf die Uhr. Fast zwei Stunden waren vergangen, seit sie die schwere Tür zur Klinik geöffnet hatte. Der Arzt sah sie an und lächelte: „Jetzt haben Sie es geschafft. Dann wollen wir jetzt mal mit der Untersuchung loslegen.“*

*Das, was jetzt kam, nahm sie ganz in Anspruch. Die Fragen und die merkwürdigen Klecksbilder vergaß sie bald, denn der Krebs, die Operation, die Bestrahlung und die vielen weiteren Operationen, um die Folgen dieser Therapien einigermaßen erträglich zu gestalten, verlangten all ihre Kraft.*

Die Geschichte von Frau S. ist nicht gänzlich erdacht, sondern hat sich in ähnlicher Form zugetragen.<sup>1</sup> Frau S. wurde im Rahmen einer Studie des Doktoranden Michael Holm-Hadulla befragt, die dieser zwischen September 1973 und September 1976 an der Heidelberger Universitäts-Frauenklinik durchführte. Anders als die Mehrzahl medizinischer Doktorarbeiten wurde diese in Buchform als Beiheft zur *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychosomatik* 1982 veröffentlicht, versehen mit einem Vorwort von Holm-Hadullas Doktorvater Walter Bräutigam, der als Nachfolger Alexander Mitscherlichs seit 1968 die Heidelberger Psychosomatische Klinik, das „Flaggschiff“ der bundesdeutschen Psychosomatik, leitete. Sogar die viel gelesene Zeitschrift *Der Spiegel* erwähnte 1977 die Studie Holm-Hadullas als ein Puzzlestück im Streit um die zum Titelthema avancierte Frage: „Krebs durch Seelenschmerz und soziale Qual?“<sup>2</sup>

Diese Aufmerksamkeit für die Ergebnisse einer einzelnen medizinischen Doktorarbeit ist ungewöhnlich. An ihr lässt sich ablesen, dass in den 1970er Jahren die Frage nach der Rolle von Gefühlen und anderen psychischen Faktoren bei der Entstehung der Krebskrankheit zum Thema medizinisch-psychologischer Forschung geworden war und als solches in der breiteren Öffentlichkeit diskutiert wurde. Frau S., die genau zu diesem Zeitpunkt mit der Verdachtsdiagnose Krebs in die Klinik zur Abklärung kam, wurde auf diese Weise zum Gegenstand der Krebsforschung, bevor ihre Diagnose überhaupt gesichert war und ihre Behandlung begonnen hatte. Ob sie in diesem Moment verstand, worum es bei dieser Studie ging, bleibt offen – ausgeschlossen ist es jedoch nicht.

Denn aufmerksame und am Thema Krebs interessierte Leser der großen Publikumszeitschriften hatten bereits in den Jahren zuvor erste Hinweise auf Forschungen

---

<sup>1</sup> Die hier beschriebene Szene ist angelehnt an eine Fallgeschichte, die Michael Holm-Hadulla im Anschluss an die Präsentation seiner Studienergebnisse schilderte. Über die Fallgeschichte hinaus wurden zur Rekonstruktion der beschriebenen Szene Angaben einbezogen, die Holm-Hadulla zur Testsituation sowie zu den durchgeführten Testverfahren machte. Bei den von Holm-Hadulla benutzten und hier vorgestellten Testverfahren handelte es sich um den sogenannten Rorschach-Test, um das Freiburger Persönlichkeitsinventar (FPI) sowie um einen von Holm-Hadulla aufgrund der Hypothesen zum Zusammenhang von Psyche und Krebs selbst entworfenen Fragebogen. Die beiden erstgenannten Testverfahren (Rorschach, FPI) werden bis heute in der klinischen und psychologischen Forschung verwandt, Teile des Freiburger Persönlichkeitsinventars auch bei Einstellungstests. Vgl. Michael Holm-Hadulla, *Psychologische Aspekte der Krebserkrankung*, Göttingen 1982. Zu dem Testsetting und -ergebnissen: S. 79-95, die Fallgeschichte: S. 100-104 sowie der von Holm-Hadulla entworfene Fragebogen: S. 117-121.

<sup>2</sup> Anonym, *Krebs durch Seelenschmerz und soziale Qual?*, in: *Der Spiegel* 45 (1977), S. 102-116.

zur möglichen psychosomatischen Krebsentstehung finden können.<sup>3</sup> Doch selbst wenn Frau S. nicht gewusst haben sollte, wozu die „wissenschaftlichen Tests“ dienten, an denen sie teilnahm, so ist doch anzunehmen, dass diese Art der Krebsforschung eine Dynamik der Selbstbefragung in Gang setzte, ebenso wie sie die Begegnung von Patientin und Arzt überformte.<sup>4</sup> Dies unterscheidet die psychosomatische Krebsforschung von anderen Feldern der Krebsforschung, die nicht die Persönlichkeit des Krebspatienten ins Zentrum rücken.<sup>5</sup>

Doch auch wenn die Vorstellung, Gefühle könnten die Entstehung von Krebs beeinflussen oder sogar verursachen, erst in den 1960er und 1970er Jahren ein solches Gewicht bekam, dass sie zum Gegenstand klinischer Forschung wurde, ist diese Vorstellung keineswegs erst ein Produkt jener Jahre. Im Gegenteil: Viele Jahrhunderte lang galt es als ausgemacht, dass traurige Gefühle, besonders wenn sie längere Zeit das Leben überschatteten, Krebs auslösen könnten. So schrieb der sogenannte Krünitz, eine der ersten und umfangreichsten deutschsprachigen Enzyklopädien der Frühen Neuzeit: „Am häufigsten aber scheint er [der Krebs, d.V.] wohl schwarzgallichten (atrabilarischen) Ursprunges zu seyn; wenigstens zeigt die Erfahrung, daß Kummer, Sorge, Gram, ihn sehr oft veranlassen [...]“<sup>6</sup>

<sup>3</sup> Vgl. z.B. Anonym, Band des Schicksals, in: Der Spiegel 25 (1968), S. 129-131; Anonym, „Bei Krebs hast Du nur einmal eine Chance“, in: Der Spiegel 41 (1972), S. 166-185, hier S. 177; Anonym, Stress: „Neue Krankheit des Jahrhunderts“, in: Der Spiegel 7 (1976), S.46-59, hier: S.47; Anonym, Krebs durch Seelenschmerz; Rainer Paul, Gesund wie die Heiligen der Letzten Tage, in: Der Stern 6 (1975), S. 117-123; Dr. med. Fabian, Zum Teufel mit dem Ärger, in: Die Bunte 42 (1968), S. 119.

<sup>4</sup> Darauf verweist auch Lawrence LeShan, vgl. ders., Diagnose Krebs.

<sup>5</sup> Allerdings kann auch die Laborforschung zu einer intensiven Beschäftigung mit Fragen von Identität führen. Dies zeigt eindrucksvoll die Geschichte der Familie von Henrietta Lacks, aus deren Gebärmuttertumor amerikanische Krebsforscher 1951 ohne ihr Wissen Zellen entnahmen, die sich als erste menschliche Zelllinie unter Laborbedingungen vermehrten, immer „weiterlebten“ und bis heute unter dem Namen HeLa in vielen medizinischen Laboren dieser Welt benutzt werden. Die Bedeutung, die diese Zellentnahme und das Weiterleben der Zellen für die Familie der 1951 im Alter von nur 31 Jahren verstorbenen Henrietta Lacks hatte, enthüllt die Wissenschaftsjournalistin Rebecca Skloot in: dies., Die Unsterblichkeit der Henrietta Lacks, München 2012. In ganz anderer Weise eingreifend waren dagegen die Versuche mit Ganzkörperbestrahlungen, die US-amerikanische Radiologen in Kooperation mit der militärischen Forschung an Krebspatienten und -patientinnen mit fast ausnahmslos fatalen Folgen vornahmen, ohne dass diese Patienten über die möglichen Folgen, die geheimen militärischen Neben-Zwecke und den zu erwartenden minimalen bis nicht-existenten Nutzen für die Patienten selber informiert waren. Zu den amerikanischen Versuchen, die in den 1950er Jahren begannen und 1972 eingestellt, aber erst seit 1994 durch eine von US-Präsident Bill Clinton eingesetzte Kommission aufgearbeitet wurden vgl. Kutcher, Contested Medicine. Zum größeren Kontext der geheimen militärischen Strahlungsforschung in den USA: Eileen Welsome, The Plutonium Files. America's Secret Medical Experiments in the Cold War, New York 1999.

<sup>6</sup> „2. Krebs“, in: Oekonomische Encyclopädie, oder allgemeines System der Staats- Stadt- Haus- und Landwirtschaft, in alphabetischer Ordnung, hg. von Johann Georg Krünitz, Bd. 48, Berlin 1789, S. 355-423, hier S. 359.

Deutlich steht hier der Bezug auf die Humoralpathologie des spätantiken Arztes Galenos von Pergamon im Hintergrund, der ein Übermaß an schwarzer Galle als einen der vier Körpersäfte mit der Melancholie in Verbindung brachte und ebenfalls bereits eine größere Anfälligkeit von Melancholikern für Krebserkrankungen behauptete. Galens Vier-Säfte-Lehre hatte die mittelalterliche Medizin dominiert und bis weit in die Frühe Neuzeit geprägt.<sup>7</sup> Bis ins späte 19. Jahrhundert wurden „deprimierende Gemüthsaffekte“ für die Entstehung von Krebs mit verantwortlich gemacht, allerdings nicht mehr ausschließlich auf der Grundlage der als überholt geltenden Humoralpathologie, sondern vielfach auch im Hinblick auf eine Ermüdung von Körper und Geist, insbesondere auch auf eine Überbeanspruchung der Nerven, wie es den zeitgenössischen Körpervorstellungen entsprach.<sup>8</sup> Diese jahrhundertealte Tradition, auf die sich die „neuen“ Psychosomatiker der 1950er Jahre berufen sollten, war jedoch von vielen Ärzten und forschenden Medizinern gegen Ende des 19. Jahrhunderts zunächst ad acta gelegt worden.<sup>9</sup>

Für eine Gefühlsgeschichte der Krebskrankheit im 20. Jahrhundert ist es von großer Bedeutung zu erkennen, warum diese Tradition in der „offiziellen“ Schulmedizin im frühen 20. Jahrhundert zunächst ihre Überzeugungskraft verloren hatte und wie die Gefühle und die Persönlichkeit von Krebspatienten wie Frau S. erneut in den Fokus medizinischer Forschung geraten konnten. Stimmt es denn überhaupt, dass dazwischen die Gefühle aus dem Blick einer Medizin verschwanden, die nun die Zelle an den Anfang der Pathologie stellte und darum den Blick durch die Linse des Mikroskops dem Blick ins Herz oder Hirn der Patienten vorzog?<sup>10</sup> Ist also die Selbstbeschreibung

<sup>7</sup> Vgl. als Überblick zu den historisch unterschiedlichen Konzeptualisierungen der Humoralpathologie: Noga Arikha, *Passions and Tempers: A History of the Humours*, New York 2007.

<sup>8</sup> Vgl. etwa die Lexikoneinträge: „Krebs“, in: Meyers Konversations-Lexikon. Eine Enzyklopädie des allgemeinen Wissens, Bd. 10: Kirschbaum-Luzy, 3. gänzlich umgearbeitete Auflage, Leipzig 1877, S. 329f. sowie Paul Bäessler, „Krebs (Cancer)“, in: Allgemeine Enzyklopädie der Wissenschaften und Künste in alphabetischer Folge von genannten Schriftstellern bearbeitet und herausgegeben von J.S. Ersch und J.G. Gruber, Zweite Section: H-N, Theil 39: Köppen (Peter V.) – Kriegk, hg. von August Lestien, Leipzig 1886, S. 303f. Vgl. dazu auch Hitzer, *Gefühle heilen*, S. 132-134 sowie zum Körpermodell der Ermüdung: Anson Rabinbach, *Motor Mensch. Energie, Ermüdung und die Ursprünge der Modernität*, Wien 2001.

<sup>9</sup> Einer der am meisten zitierten Aufsätze zur Tradition eines psychosomatischen Verständnisses der Krebserkrankung im Rahmen der „modernen“, psychoanalytisch informierten Psychosomatik ist: Samuel J. Kowal, *Emotions as a Cause of Cancer. 18th and 19th Century Contributions*, in: *Psychoanalytic Review* 42, 3 (1955), S. 217-227.

<sup>10</sup> So die gängige Annahme einerseits der „neuen“ Psychosomatiker seit den 1950er Jahren, andererseits aber auch der ihnen darin folgenden (Medizin-)Geschichte, die sich allerdings der Geschichte der Psychosomatik insbesondere im deutschsprachigen Raum bislang nur selten angenommen hat. Speziell zur Psychosomatik des Krebses: Patricia Jasen, *Malignant Histories*; dies., *Breast Cancer*



eines Großteils derjenigen zutreffend, die sich nach 1945 der Psychosomatik des Krebses zuwandten und in quasi archaischem Gestus den scheinbar vergessenen Wissensbestand einer bis in die Antike zurückreichenden Psychosomatik der Krebserkrankung an den Neubeginn ihrer Forschungen stellte? Was genau geschah in der „Interimszeit“ zwischen etwa 1890 und 1950 mit der Annahme, Gefühle und Gefühlshaltungen seien der Schlüssel, um die Frage nach dem dunklen Ursprung der Krebserkrankung zu beantworten? Und schließlich: Wieso gewannen psychosomatische Deutungen der Krebskrankheit in der Nachkriegszeit an Ansehen unter Krebsforschern? Welche medizinischen, physiologischen, psychologischen, möglicherweise auch gesellschaftlichen und politischen Faktoren waren dafür verantwortlich? Operierte diese neue psychosomatische Krebsforschung mit den gleichen Körper- und Gefühlsmodellen, mit den gleichen Methoden und Verfahren wie ihre selbstbenannten „Vorväter“? Oder war die Situation, in die Frau S. zu Beginn der 1970er Jahre geriet, eine gänzlich andere als die, in der sich Krebspatientinnen etwa des viel zitierten Londoner Chirurgen Herbert Snow wiederfanden, der in zwei Schriften 1883 und 1891 energisch dafür eingetreten war, Depression und Angstzustände als Krebsauslöser anzuerkennen?<sup>11</sup>

Dass der forschende Blick des Psychosomatikers auf die Persönlichkeit „seiner“ Krebspatienten die Beziehung zwischen beiden ebenso wie die Erfahrungen und Selbstbilder der Betroffenen verändern konnte, wurde bereits angedeutet. Dass diese Veränderungen nicht auf das Arztzimmer und die Behandlungsräume beschränkt blieben, sondern aufgrund des ganzheitlichen Ansatzes die Gesellschaft, das „Soziale“, miteinbezogen, dieses neu benannten und verändern wollten, ist durch die anfangs geschilderten Erlebnisse der Frau S. bereits zu erahnen. Wie weit die psychosomatische

---

and the Language of Risk, 1750-1950, in: *Social History of Medicine* 15, 1 (2002), S. 17-43; Anne Harrington, *The Cure Within*, S. 86; Hitzer, *Oncomotions*; Hitzer/León-Sanz, *Feeling Body*. Allgemein zur Psychosomatik-Geschichte im deutschsprachigen Raum: Anne Harrington, Kurt Goldstein's *Neurology of Healing and Wholeness: A Weimar Story*, in: Christopher Lawrence/George Weisz (Hg.), *Greater than the Parts. Holism in Biomedicine, 1920-1950*, New York/ Oxford 1998 S. 25-45, Alexa Geisthövel, *Aktenführung und Autorschaft. Ärztliches Schreiben in der Subjektmedizin Viktor von Weizsäckers (1920er bis 1950er Jahre)*, in: *Medizinhistorisches Journal* 51, 3 (2016), S. 180-208; Schultz-Venrath/Hermanns, *Gleichschaltung zur Ganzheit sowie allgemein v.a.: Nissim Mizrachi, From Causation to Correlation: The Story of Psychosomatic Medicine 1939-1979*, in: *Culture, Medicine, and Psychiatry* 25, 3 (2001), S. 317-43; Shorter, *From Paralysis to Fatigue*; Theodore M. Brown, *The Rise and Fall of American Psychosomatic Medicine*, paper presented to the New York Academy of Medicine, New York, 29. November 2000, (<http://human-nature.com/free-associations/riseandfall.html>, letzter Zugriff: 15.02.2017).

<sup>11</sup> Herbert Snow, *Clinical Notes on Cancer*, London 1883 und ders., *The Proclivity of Women to Cancerous Diseases*, London 1891. Snow ist einer der Kronzeugen Kowals bei seiner Suche nach Vordenkern einer Psychosomatik des Krebses, vgl. Kowal, *Emotions*, S. 223-225.

Deutung der Krebskrankheit jedoch in die Gesellschaft hineingriff, sich als Modus der Verarbeitung und Diskussion historischer und gesellschaftlicher Entwicklungen definierte, wird im Verlauf dieses Kapitels erst erschlossen werden. Diese bereits hier behauptete enge Verknüpfung von individueller und gesellschaftlicher Pathologie in der psychosomatischen Diskussion über Krebs (sowie die in den 1980er Jahren unter dem Vorzeichen der positiven Psychologie vorgenommene Entkopplung beider Bereiche) beschließt den Gang durch ein Jahrhundert psychosomatischer Krebsforschung, die – wie die folgenden Kapitel zeigen werden – eminente Rückwirkungen auf das Reden über Krebs ebenso wie auf das Leben mit Krebs hatte und bis heute hat.

### **2.1 *Wie entsteht Krebs? Antworten der experimentellen Krebsforschung im 20. Jahrhundert***

Doch die psychosomatische Krebsforschung bewegte sich im 20. Jahrhundert immer in einem Feld, das von der experimentellen Krebsforschung bereits weitgehend abgesteckt worden war. Ohne die Konzepte und Labortechniken der als wissenschaftlich anerkannten Forschung zumindest in groben Zügen zu kennen, lässt sich nicht verstehen, wie und warum psychosomatische Krebsforschung lange ein Schattendasein fristete und warum ihre Ergebnisse schließlich für einen kurzen Moment, just als sich die Heidelbergerin Frau S. in der Klinik auf Gebärmutterkrebs untersuchen ließ, zu einer *wissenschaftlichen Tatsache* (Ludwik Fleck) wurden. Darum steht an dieser Stelle zunächst eine Skizze der Modelle, Techniken und institutionellen Bedingungen, die die experimentelle Erforschung der Krebsursachen im 20. Jahrhundert bestimmt haben.<sup>12</sup>

1905, im ersten Jahr ihres Bestehens, startete die Zeitschrift *Medizinische Klinik* eine Umfrage unter ihren Lesern, um deren Ansichten über die Ursachen der Krebserkrankung in Erfahrung zu bringen. Als erster Beitrag wurde die Antwort von Vinzenz Czerny abgedruckt. Czerny war einer der damals bekanntesten deutschen

---

<sup>12</sup> Viele Wissenschaftsgeschichten der Krebskrankheit kommen ganz ohne Erwähnung der Psychosomatik aus. Das ist insofern vollständig gerechtfertigt, als zu keinem Zeitpunkt im 20. Jahrhundert auch nur annähernd so viele Forschungsprojekte zur Psychosomatik der Krebskrankheit durchgeführt und finanziert wurden, wie sie der Erforschung krebserregender Substanzen, infektiöser Erreger, der Mutationstheorie bzw. später den Onkogenen sowie der Tumorstammschicht gewidmet waren. Wenn es allerdings darum geht, eine Wissensgeschichte der Krebskrankheit zu rekonstruieren, die konkrete medizinische, therapeutische, gesundheitspolitische, private und öffentliche Praktiken im Umgang mit Krebs erklären kann, erscheint es unverzichtbar, die Psychosomatikgeschichte der Krebskrankheit wissenschaftshistorisch aufzuarbeiten. Vgl. für einen wissenschaftshistorischen Überblick: Cantor, *Cancer*, hier S. 537-540.

Chirurgen, der sich insbesondere auf dem Feld der Krebschirurgie einen Namen gemacht hatte und der genau zu jener Zeit damit beschäftigt war, Spendengelder zur Gründung eines Krebsforschungsinstitutes in Heidelberg zu sammeln. Dieses sollte, anders als die beiden kurz zuvor gegründeten Krebsforschungsinstitute in Frankfurt am Main (1901) und in Berlin (1903), mit einer größeren klinischen Abteilung, dem sogenannten Samariterhaus, verbunden werden.<sup>13</sup> Die Antwort, die Czerny, dieser hochangesehene Krebsforscher und -arzt des frühen 20. Jahrhunderts, den Lesern der *Medizinischen Klinik* gab, war ausgesprochen vieldeutig. Sie bezeugte, wie viele unterschiedliche, einander widersprechende Theorien der Krebsentstehung von seinen Kollegen zu diesem Zeitpunkt erwogen und erforscht wurden.<sup>14</sup>

Mit einiger Skepsis referierte Czerny die von einer Reihe von Krebsforschern vertretene „zelluläre Theorie“, nach der Krebszellen aus versprengten embryonalen (ektodermalen) Zellen entstehen würden, die im Laufe des Lebens durch „chemische Reizung, durch verminderte Widerstandsfähigkeit der Mesodermgebilde, durch seelischen Kummer [...] oder durch ein Trauma plötzlich zu wachsen anfangen und bösartig“ würden (Reiz- und Traumatheorie).<sup>15</sup> Zwar gestand auch Czerny aufgrund seiner klinischen Erfahrungen, der vorliegenden epidemiologischen Daten sowie der Ergebnisse von Tierexperimenten zu, dass durch Traumata oder Reize hervorgerufene

---

<sup>13</sup> Das Frankfurter *Königliche Institut für experimentelle Therapie* wurde von Paul Ehrlich geleitet und erforschte seit 1901 in einer eigenen Abteilung die Krebskrankheit. Als ausschließlich der Grundlagenforschung gewidmetes Institut verfügte es über keinerlei klinische Abteilung, sondern stützte seine Forschung auf Experimenten an Tieren. Anders das Berliner *Institut für Krebsforschung*, das zunächst unter Leitung des Internisten Ernst von Leyden stand und aus drei Baracken auf dem Gelände der Charité bestand: eine der Baracken war als Labor hergerichtet, die beiden anderen als nach Geschlechtern getrennte Krankenbaracken, die allerdings jeweils nur 10 Kranke aufnehmen konnten. Das *Heidelberger Institut für Krebsforschung* wurde 1906 zusammen mit dem Samariterhaus, das 46 Krebspatienten aufnehmen konnte, eröffnet. Zur institutionellen Frühgeschichte der vier ersten deutschen Krebsforschungsinstitute vgl. Wagner/Mauerberger, *Krebsforschung in Deutschland*, S. 18-44 und Hellmann-Mersch, *Institutionen zur Krebsforschung*, S. 106-160. Detaillierter zur Vorgeschichte des Samariterhauses vgl. Vinzenz Czerny (Hg.), *Das Heidelberger Institut für experimentelle Krebsforschung*, I. Teil, Tübingen 1912; Sabine Fahrenbach, *Vom renommierten Forschungszentrum zur universitären Versorgungsanstalt – das Institut für experimentelle Krebsforschung in Heidelberg in den Jahren 1933 bis 1945*, in: Eckart, 100 Years, S. 47-50; Neubert, *Institut für experimentelle Krebsforschung sowie zur Biographie Czernys*: Lindner, Vinzenz Czerny.

<sup>14</sup> Zum allgemeinen Kontext der Krankheitstheorien: Christoph Gradmann/Thomas Schlich, *Strategien der Kausalität. Konzepte der Krankheitsverursachung im 19. und 20. Jahrhundert*, Pfaffenweiler 1999.

<sup>15</sup> Vinzenz Czerny, Antwort auf: Umfrage über die Aetiologie des Krebses, in: *Medizinische Klinik* 1, 20 (1905), S. 496-498, hier S. 497.

chronische Entzündungen „den Boden für den Krebs vorbereiten“ könnten, mochte darin aber nicht die eigentliche Ursache des Krebses erkennen.<sup>16</sup>

Mehr Gewicht maß er der Theorie von der parasitären Entstehung der Krebserkrankung zu. Diese befand sich grundsätzlich – anders als die Reiz- und Traumatheorie – im Einklang mit dem Paradigma der Bakteriologie, das Robert Koch seit den 1880er Jahren formuliert hatte und das auf der Grundannahme fußte, dass jede Krankheit durch einen Keim verursacht werde und dass dieser zweifelsfrei zu identifizieren sei, wenn drei Bedingungen zuträfen: Erstens musste der Erreger in jedem einzelnen Fall dieser Krankheit zu finden sein. Zweitens sollte es möglich sein, den Erreger zu isolieren und zu züchten. Und drittens musste dieser Keim, wenn er auf ein Tier übertragen – geimpft, wie es damals hieß – wurde, bei diesem Tier die gleiche Krankheit verursachen und wiederum aus diesem Tier zu isolieren sein.<sup>17</sup>

Die Suche nach einem möglichen *Krebsbacillus* hatte bereits in den Jahren zuvor Anlass zu einer Vielzahl von Tierexperimenten in europäischen und amerikanischen Laboren gegeben, in deren Verlauf man versucht hatte, Krebszellen von einer Maus auf die andere zu übertragen oder aber Tiere mit dem Serum menschlicher Krebspatienten zu „impfen“. Diese Experimente hatten gezeigt, dass sich Krebs in bestimmten Fällen von einem Tier oder Menschen auf ein anderes Tier übertragen ließ, in anderen jedoch nicht, ohne dass man die Gründe für Erfolg oder Misserfolg der „Impfversuche“ hätte erklären können.<sup>18</sup> Ebenso widersprüchlich waren die klinischen

<sup>16</sup> Ebd. Die von Czerny genannte Beobachtung, dass englische Schornsteinfeger überdurchschnittlich oft den sonst seltenen Hodenhautkrebs bekamen, bewog Krebsärzte im 19. Jahrhundert dazu, erstmals die Hypothese zu formulieren, dass bestimmte chemische Stoffe krebsauslösend wirken könnten. Hierzu trug insbesondere die Tatsache bei, dass kontinentaleuropäische Schornsteinfeger weitaus seltener an Hodenhautkrebs erkrankten – ein Befund, den man mit den unterschiedlichen Arbeitsbedingungen englischer und kontinentaleuropäischer Schornsteinfeger erklärte. Denn aufgrund der schmalen Form englischer Schornsteine konnten diese nur gereinigt werden, wenn die Schornsteinfeger komplett hineinkrochen. Diese Arbeit wurde fast ausschließlich von Kindern ausgeführt, die wegen der in den Schornsteinen herrschenden Hitze mehr oder weniger unbedeckt – und damit ungeschützt – ihre Arbeit verrichteten. Vgl. Harry A. Waldron, A Brief History of Scrotal Cancer, in: *British Journal of Industrial Medicine* 40, 4 (1983), S. 390-401.

<sup>17</sup> Robert Koch, Die Ätiologie der Tuberkulose (1882), in: ders., *Die Ätiologie und die Bekämpfung der Tuberkulose*, Leipzig 1912, S. 10-38, hier S. 33. Vgl. Christoph Gradmann, Alles eine Frage der Methode. Zur Historizität der Kochschen Postulate 1840-2000, in: *Medizinhistorisches Journal* 43, 2 (2008), S. 121-148 sowie grundlegend: Christoph Gradmann, *Krankheit im Labor. Robert Koch und die medizinische Bakteriologie*, Göttingen 2005.

<sup>18</sup> Neben den Übertragungsversuchen von Tier zu Tier bzw. Mensch zu Tier wurden auch Experimente an todkranken Krebspatienten durchgeführt, denen ohne ihr Einverständnis und Wissen Teile von Hauttumoren transplantiert wurden. Entsprechende Versuche von Eugen Hahn, Direktor der chirurgischen Station des Krankenhauses Friedrichshain (Berlin), sowie Ernst von Bergmanns, Direktor der Chirurgischen Universitätsklinik in Berlin, blieben zunächst unbeachtet, führten schließlich aber 1891 zu einer öffentlichen Diskussion über die Zulässigkeit derartiger Versuche. Eine detailliertere Diskussion dieser Versuche erfolgt im Zusammenhang mit der Frage danach, wie

Beobachtungen, die in manchen Familien ein gehäuftes Auftreten von Krebs-erkrankungen zutage gefördert hatten. Vor allem der sogenannte *cancer à deux*, das mehr oder weniger gleichzeitige Auftreten einer Krebserkrankung bei Ehepaaren, schien auf eine Infektion hinzuweisen. Die große Zahl der singulär auftretenden Krebserkrankungen stellte diese These wiederum deutlich in Frage. Nur eines war offensichtlich: Dass die Lage im Fall von Krebs komplizierter war als im klassischen und so überaus erfolgreichen Beispiel der Bakteriologie, dem von Robert Koch entdeckten und isolierten Tuberkuloseerreger.<sup>19</sup> So räumte auch Czerny in seiner Zuschrift an die *Medizinische Klinik* ein, dass es wohl nicht nur einen einzigen Krebserreger gebe, „sondern eine Vielzahl derselben, die aber wohl derselben Gruppe von Zellschmarotzern angehören.“<sup>20</sup>

Czerny wiederholte mit dieser Gegenüberstellung von parasitärer, an der Bakteriologie angelehnter Ätiologie einerseits, zellulärer, an Rudolf Virchows Zellulärpathologie orientierter Krebsstheorie andererseits genau die Frontstellung, die bereits die sogenannte Carcinomdiskussion der *Berliner Medizinischen Gesellschaft* im März des gleichen Jahres 1905 gekennzeichnet hatte.<sup>21</sup> Interessanterweise gestand er in seinem Beitrag für die *Medizinische Klinik* zu, dass auch die von ihm favorisierte, von einer Minorität vertretene Parasiten-Theorie durch die Ergebnisse anderer Tierexperimente sowie durch alternative Deutungen dieser Experimente in Frage gestellt werden konnte.<sup>22</sup> Letztlich ausschlaggebend dafür, dass Czerny die parasitäre Theorie in den Mittelpunkt seiner Überlegungen und Forschungen stellte, war allerdings ein

---

sich Vorstellungen über Gefühle und Würde von Menschen veränderten, die an Krebs litten und im Sterben lagen. Eine kurze Zusammenfassung der Diskussion von 1891 findet sich in: Atzl/ Helms, *Geschichte*, S. 8f.

<sup>19</sup> Zur Durchsetzung des neuen Paradigmas der Bakteriologie, seinen Folgen sowie seiner zunehmenden Infragestellung vgl. Philipp Sarasin u.a. (Hg.), *Bakteriologie und Moderne. Studien zur Biopolitik des Unsichtbaren 1870-1920*, Frankfurt a.M. 2007 sowie Berger, *Bakterien*.

<sup>20</sup> Czerny, Antwort, S. 498.

<sup>21</sup> Vgl. dazu die Beiträge und Diskussionen in: *Berliner Klinische Wochenschrift* 42 (1905), 12, S. 313ff. und 13, S. 373ff. Allerdings war dieser Streit schon älter. So hatte sich Rudolf Virchow bereits 1885 mit der grundlegenden Kontroverse um die zelluläre versus infektiöse Krebsverursachung auseinandergesetzt, vgl. ders., *Der Kampf der Zellen und der Bakterien*, in: *Archiv für pathologische Anatomie und Physiologie und für klinische Medizin* (Berlin) 101 (1885), S. 1-13. Zur Berliner Carcinomdiskussion vgl. Johach, *Krebszelle und Zellenstaat*, S. 233-238. Johach argumentiert, dass erst die Auseinandersetzung mit der Bakteriologie vor dem Hintergrund einer Tendenz zur Ontologisierung von Feindschaft zu einer Militarisierung der Zellulärpathologie Virchows im Blick auf die Krebskrankheit geführt habe, vgl. dies. *Krebszelle und Zellenstaat*, S. 238-244.

<sup>22</sup> Das Hauptargument gegen eine Interpretation der Impffexperimente als Beweis für die Existenz eines Krebserregers verwies auf die Möglichkeit, dass die geglückten Übertragungsexperimente eben nicht auf der Infektion mit einem Erreger basierten, sondern auf der Transplantation von Krebszellen, vgl. Czerny, Antwort, S. 498.

Gefühl. Denn am Ende seiner Abwägung des Für und Wider beider Theorien schrieb er: „Dazu kommt noch, daß die zelluläre Theorie des Krebses hoffnungslos ist für die Zukunft einer inneren Therapie und einer Prophylaxe des Krebses, während die parasitäre Theorie einen enormen heuristischen Wert besitzt. Das ist der wesentliche Grund, daß die meisten Aerzte und viele Pathologen an der parasitären Theorie festhalten und trotz aller Abmahnungen, daß dabei doch nichts herauskomme, der Erforschung und Entdeckung des Krebserreger ihre besten Kräfte widmen.“<sup>23</sup>

In ungewöhnlicher Offenheit benannte Czerny hier die Hoffnung als wesentliches heuristisches Element, um in einer Situation großer Ungewissheit eine Entscheidung darüber zu treffen, welchen Weg die Forschung beschreiten sollte. Liest man Czernys abwägende Darstellung beider Theorien genau, so lässt sich auch in dieser seiner eigenen Diskussion kaum ein eindeutiges Argument für oder gegen die eine oder andere Theorie finden – weder auf der Grundlage der Experimente und klinischen Studien, noch mit Blick auf andere heuristische Kriterien wie etwa die Konsistenz der Theorie. Tatsächlich ausschlaggebend war für Czerny die Tatsache, dass die Annahme eines Krebserreger die Hoffnung barg, diesen finden und dann durch Impfung oder Chemotherapeutika bekämpfen zu können – so wie es im Fall des Tuberkuloseerreger bereits gelungen war und wie es im Fall der Syphilis, der anderen gefürchteten Infektionskrankheit der Jahrhundertwende, genau zu diesem Zeitpunkt möglich zu werden schien.<sup>24</sup> Dass Hoffnung an zentralen Richtungsentscheidungen in der Krebsforschung und -therapie beteiligt war, lässt sich vielfach zeigen und darauf wird an anderer Stelle noch einmal zurückzukommen sein.<sup>25</sup>

---

<sup>23</sup> Czerny, Antwort, S. 498.

<sup>24</sup> Der Syphiliserreger wurde erstmals 1905 nachgewiesen, ein Jahr später wurde der sogenannte Wassermann-Test entwickelt, mit dem eine Infektion nachgewiesen werden konnte. Paul Ehrlich, in dessen Frankfurter Institut auch Krebs erforscht wurde, suchte gemeinsam mit Sahachiro Hata gezielt nach einem den Erreger bekämpfenden Stoff, den er schließlich in der Arsenverbindung Arsphenamin fand und der ab 1909 unter dem Marktnamen Salvarsan zur Syphilisbehandlung eingesetzt wurde. Vgl. Axel C. Hüntelmann, Transformation eines Arzneistoffes – vom 606 zum Salvarsan, in: Ulrike Klöppel/Marion Hulverscheidt (Hg.), Arzneimittel des 20. Jahrhunderts. Historische Skizzen von Lebertran bis Contergan, Bielefeld 2010, S. 17-51.

<sup>25</sup> So erklärt die Hoffnung auf zukünftigen Fortschritt ebenfalls zu einem Teil, warum eine Mehrheit von Krebsforschern und -ärzten bis in die zweite Hälfte des 20. Jahrhunderts an der Theorie und entsprechenden Praxis festhielt, Krebs sei im Anfangsstadium eine lokale Erkrankung und könne nur erfolgreich geheilt werden, wenn frühzeitig und so radikal wie irgend möglich therapiert werde. Dies wird im Zusammenhang mit den Krebstherapien ebenso wie mit den Früherkennungskampagnen detaillierter diskutiert werden, vgl. dazu auch Aronowitz, Unnatural History, S. 84f. Auf die Bedeutung von Gefühlen bei der Entstehung und Entwicklung einer wissenschaftlichen Tatsache machte bereits Ludwik Fleck aufmerksam, vgl. Ludwik Fleck, Entstehung und Entwicklung einer wissenschaftlichen Tatsache. Einführung in die Lehre vom Denkstil und Denkkollektiv, Frankfurt a.M. 1980, S. 124.

Czernys Hoffnung, in naher Zukunft einen präventiv und therapeutisch nutzbaren Durchbruch in der Krebsforschung erreichen zu können, teilte Ernst von Leyden (1832-1910), der als Professor für Innere Medizin an der Berliner Friedrich-Wilhelms-Universität und Direktor der I. Medizinischen Klinik der Charité eine der einflussreichsten Positionen in der Medizin des Deutschen Reiches besetzte. Leyden hatte in den Jahrzehnten zuvor entscheidende Impulse zu einer auf der koordinierten Erhebung von Daten basierenden Tuberkuloseforschung gegeben, die im damaligen Sprachgebrauch als Sammelforschung bezeichnet wurde. Wie Czerny ging er von der Existenz eines Krebserregers in Gestalt eines Parasiten aus.<sup>26</sup> Darum plädierte er dafür, das in der Tuberkulosebekämpfung erfolgreich erprobte Instrument der Sammelforschung zu übernehmen und auf diese Weise mehr Licht in das Dunkel der Krebskrankheit zu bringen. In Abstimmung mit dem Kaiserlichen Gesundheitsamt und dem Ministerium für geistliche, Unterrichts- und Medizinalangelegenheiten trat schließlich am 18. Februar 1900 das *Comité für Sammelforschung auf dem Gebiete der Krebserkrankungen* zusammen, zu dessen Vorsitzenden Ernst von Leyden gewählt wurde.<sup>27</sup> Sehr schnell trat das *Comité* in Aktion und entwarf eine Fragekarte, die an sämtliche Ärzte im Deutschen Reich verschickt wurde und mit deren Hilfe alle zum Stichtag 15. Oktober 1900 in Behandlung befindlichen Krebskranken erfasst werden sollten. Erfragt wurden Daten über den Krankheitsverlauf, über mögliche Krebserkrankungen von Verwandten oder Bekannten, über vermutete Ansteckungen oder Übertragungen sowie über Wohnverhältnisse, „Alkoholismus, Syphilis, Rauchen, Trauma u.s.w.“, wie es auf der Karte hieß. Damit wurden also die verschiedenen Verdachtsmomente der Krebsentstehung abgefragt.<sup>28</sup> Martin Kirchner, Vortragender Rat der Medizinalabteilung im Ministerium für geistliche, Unterrichts- und Medizinalangelegenheiten,

---

<sup>26</sup> So schrieb er in der *Deutschen Medizinische Wochenschrift*: „Die parasitären Krankheiten [...] sind, wie die Engländer sich ausdrücken, ‚vermeidbare Krankheiten‘. Dieser Gesichtspunkt ist für unsere Arbeiten von prinzipieller Wichtigkeit. Gehört zu ihnen auch der Krebs, so ist auch unsere Aufgabe ein aussichtsvolles Werk.“, zitiert nach Atzl/Helms, *Geschichte*, S. 13. Vgl. auch: Hugo Ribbert, Über die parasitäre Natur des Carcinoms, in: *Deutsche Medizinische Wochenschrift* 27, 47 (1901), S. 811-813.

<sup>27</sup> Einen sehr guten Überblick über die institutionelle Geschichte dieses *Comités*, das nach vielfachen Umbenennungen mit einer Reihe von Brüchen und Abbrüchen schließlich zur bis heute existierenden *Deutschen Krebsgesellschaft* wurde, bietet: Atzl/Helms, *Geschichte*, vgl. außerdem: Schneck, *Zentralkomitee*. Die Akten zur Frühgeschichte des *Comités* bzw. des 1911 schließlich als Verein eingetragenen *Deutschen Zentralkomitees zur Erforschung und Bekämpfung der Krebskrankheit* werden im Geheimen Staatsarchiv Preußischer Kulturbesitz (GStA) aufbewahrt: GStA PK I. HA Rep, 76 VIII B, Nr. 3846-3853.

<sup>28</sup> Die Karte ist abgedruckt in Atzl/Helms, *Geschichte*, S. 17 und ist aufbewahrt in: GStA PK I. HA Rep, 76 VIII B, Nr. 3846, Bl. 196.

wertete die Antworten aus und konnte – so wie etwas später Czerny – kein eindeutiges Pro oder Contra für eine der gängigen Krebstheorien herauslesen.<sup>29</sup>

Mit der zellulären Theorie einerseits, der Infektionstheorie andererseits sind so schon zu Beginn des 20. Jahrhunderts die beiden Pole benannt, die im Licht unterschiedlicher Interpretationen und Modelle, mit wechselndem Gewicht und sich verändernden Forschungspraktiken einen großen Teil der Laborforschung zur Genese von Krebs im 20. Jahrhundert bestimmen sollten.<sup>30</sup> Zwar wurde die Annahme, dass es einen Krebserreger in Form eines Bakteriums geben könnte, von den meisten Forschern bereits im ersten Jahrzehnt des 20. Jahrhunderts verneint. Auch eine parasitäre Übertragung der Krebskrankheit hielt eine Mehrheit der als wissenschaftlich anerkannten Krebsforscher aufgrund der Ergebnisse von Übertragungsexperimenten an Tieren für unwahrscheinlich, da im Blut oder den aus dem Blut und Ausscheidungen gewonnenen Filtraten krebskranker Tiere oder Menschen keine Parasiten nachgewiesen werden konnten.<sup>31</sup> Allerdings gab es Experimente, bei denen sogenannte zellfreie, aus Tumoren gewonnene Extrakte übertragen wurden und das „geimpfte“ Tier tatsächlich an Krebs erkrankte. Diese Experimente stützten die Annahme, dass Bakterien oder Parasiten nicht die Überträger sein konnten, denn sie waren ja zuvor aus dem Extrakt herausfiltriert worden, das dadurch erst „zellfrei“ geworden war. Stattdessen nahmen einige Forscher jedoch an, dass Viren die Überträger sein mussten – allerdings zu einer Zeit, als man noch nicht über die technischen Möglichkeiten verfügte, Viren zu sehen. Die Existenz von Viren war also im frühen 20. Jahrhundert Postulat und Modell zugleich.<sup>32</sup> Aus der Sicht heutiger medizinischer Forschung, auf deren Agenda die

---

<sup>29</sup> Von den verschickten Karten wurde allerdings nur etwa die Hälfte ausgefüllt zurückgesandt, vgl. E. v. Leyden (Hg.), Bericht über die vom Komitee für Krebsforschung am 15. Oktober 1900 erhobene Sammelforschung, Jena 1902.

<sup>30</sup> Diese Forschungskontroverse vollzieht Karlheinz Lüdtko im Detail nach, um zu zeigen, dass für die Entscheidung einer wissenschaftlichen Kontroverse in diesem Fall nicht die Entdeckung neuer empirischer Daten verantwortlich war, vgl. ders., *Wissenschaftliche Kontroversen und die Entwicklung neuen Wissens in der Geschichte der Krebsforschung*, Berlin 2007. Das Berliner *Krebsforschungsinstitut an der Charité* richtete schon früh eigene Abteilungen für beide Forschungsrichtungen ein: die Abteilung für experimentelle Zellforschung unter der Leitung Rhoda Erdmanns sowie die Abteilung für experimentelle Virusforschung unter der Leitung von Ernst Fraenkel.

<sup>31</sup> Allerdings gab es immer wieder Krebsforscher, die die Existenz von Parasiten meinten nachgewiesen zu haben. Ihre Ergebnisse wurden jedoch von der „wissenschaftlichen“ Krebsforschung nicht anerkannt. In gewisser Weise könnte man auch Wilhelm Reichs Bion-Theorie als parasitäre Theorie interpretieren, da er die Bionen als amöbenähnliche Wesen beschrieb, vgl. James E. Strick, *Wilhelm Reich, Biologist*, Cambridge, Mass./London 2015, S. 186-217.

<sup>32</sup> Erste Hinweise auf die Existenz von Erregern, die deutlich kleiner als Bakterien waren, gaben Versuche zu den Übertragungswegen der Mosaik-Krankheit der Tabakpflanze. Sie wurden im späten 19. Jahrhundert von Adolf Mayer in den Niederlanden und Dimitri Iwanowski in Russland



Suche nach Onkoviren ganz oben steht, zählen die Versuche des amerikanischen Pathologen Peyton Rous zu den bedeutsamsten. Rous, der 1907 ein Jahr in Dresden verbracht hatte, experimentierte nach seiner Rückkehr ans *Rockefeller Institute for Medical Research* mit Hühnertumoren. 1911 gelang es ihm, gesunde Hühner mit einem zellfreien Filtrat aus Hühnertumoren so zu infizieren, dass diese Hühner ebenfalls einen Tumor bekamen, der später nach seinem Erforscher Rous-Sarkom genannt wurde.<sup>33</sup> Die Tumovirusforschungen, für die Peyton Rous schließlich 1966 den Nobelpreis für Physiologie und Medizin bekam, wurden allerdings zunächst nur wenig beachtet.<sup>34</sup>

Da die mit zellfreien Filtraten durchgeführten Versuche die Übertragung von Krebs durch die einzigen damals technisch sichtbaren Erreger, nämlich Bakterien und Parasiten, ausschlossen, geriet die Infektionstheorie zunächst ins Hintertreffen. Eine direkte Infektion mit Krebs schlossen praktisch alle als wissenschaftlich geltenden Forscher aus, wenn auch einige weiterhin eine indirekte Übertragung in der Form für möglich hielten, dass noch unbekannte Stoffe oder Erreger ähnlich wie die bereits bekannten chemischen oder physikalischen Karzinogene (vor allem Ruß, Anilin und Röntgen- bzw. Radiumstrahlung), chronische Entzündungen auslösten, die schließlich zur Tumorbildung führen könnten. Neben der Zell- und Infektionstheorie, die in unterschiedlicher Weise mit der Reiztheorie verbunden werden konnten, spielte die Frage nach einer möglichen ererbten Disposition auf der Grundlage von Mutationen in der Krebsforschung der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts bereits eine Rolle.<sup>35</sup> So wurde die Beobachtung, dass bestimmte Organkrebse in bestimmten Ländern oder bei den Angehörigen bestimmter Bevölkerungsgruppen seltener auftraten als in anderen, von

---

durchgeführt, die Ergebnisse 1882 bzw. 1892 publiziert. Das weit verbreitete Tabakmosaikvirus war schließlich das erste Virus, das 1935 in seiner Zusammenballung unter einem inzwischen leistungsstärkeren Lichtmikroskop sichtbar gemacht werden konnte, bevor es 1940 erstmals als einzelnes Virus unter der Linse eines Elektronenmikroskops erkennbar wurde, vgl. Milton Zaitlin, *The Discovery of the Causal Agent of the Tobacco Mosaic Disease*, in: Shain-Dow Kung/Shang-fa Yang (Hg.), *Discoveries in Plant Biology*, Singapur 1998, S. 105-110.

<sup>33</sup> Peyton Rous, *Transmission of a Malignant Growth by Means of a Cell-Free-Filtrate*, in: *JAMA: Journal of the American Medical Association* 250, 11 (1983), S. 1445f. [Wiederabdruck des Artikels von 1911].

<sup>34</sup> Als Überblick zur Forschung auf dem Gebiet der Tumovirologie: Wolfgang U. Eckart, *Tumovirologie – Linien der Forschungsgeschichte*, in: ders. (Hg.), *100 Years*, S. 101-106 sowie Ton van Helvoort, *Viren als Krebserreger: Peyton Rous, das ‚infektiöse Prinzip‘ und die Krebsforschung*, in: Gradmann/Schlich, *Strategien*, S. 185-226.

<sup>35</sup> Die zeitgenössisch einflussreichste Darstellung der Mutationstheorie, beruhend auf eigenen Forschungen, stammte aus der Feder des Breslauer Chirurgen Karl Heinrich Bauer, der 1943 schließlich nach Heidelberg ging und dort zum Mitbegründer des *Heidelberger Krebsforschungszentrums* wurde: ders., *Mutationstheorie der Geschwulst-Entstehung. Übergang von Körperzellen in Geschwulstzellen durch Gen-Änderung*, Berlin 1928.

vielen Krebsforschern als Beweis für eine ererbte oder auch „rassische“ Krebsdisposition interpretiert. Die Feststellung, dass Gebärmutterkrebs bei jüdischen Frauen seltener auftrat als bei nicht-jüdischen Frauen, galt als besonders eindrückliches Beispiel.<sup>36</sup>

Ein gewichtiger Teil der experimentellen Krebsforschung widmete sich allerdings seit den späten 1920er Jahren auch den Stoffwechselunterschieden zwischen „gesunden“ Körper- und „entarteten“ Krebszellen, die im Rahmen der Zelltheorie diskutiert wurden.<sup>37</sup> Zugleich aber weckten sie zunehmend Hoffnungen im Hinblick auf die Behandlung von Krebskranken, da sie einerseits einen Ansatzpunkt für eine sehr frühzeitige Diagnose etwa durch Blutuntersuchungen zu versprechen schienen, andererseits aber auch neuartige Therapien neben den bereits etablierten „Stahl- und Strahl“-Therapien vorstellbar werden ließen. Außerordentlich einflussreich waren die Forschungen des Berliner Biochemikers Otto Warburg, seit 1930 Direktor des neu gegründeten *Kaiser-Wilhelm-Instituts für Zellphysiologie*. Warburg zeigte in einer Vielzahl von Experimenten seit Beginn der 1920er Jahre, dass Krebszellen im Unterschied zu anderen Körperzellen zur Energiegewinnung nicht auf Sauerstoff angewiesen sind, sondern bevorzugt durch anaerobe Vergärung auf Traubenzucker zurückgreifen – er stellte entsprechend hohe Laktatwerte (Milchsäurekonzentration) in Krebszellen fest. Warburg führte auf der Grundlage seiner Experimente die Entstehung von Krebszellen auf eine Störung der Mitochondrien in den Zellen zurück. Für seine Arbeiten zur später sogenannten Warburg-Hypothese erhielt er 1931 den Nobelpreis für Physiologie und Medizin.<sup>38</sup>

Seit der Gründung des *Comités für Krebsforschung* im Jahr 1900 (ab 1911: *Deutsches Zentralkomitee zur Erforschung und Bekämpfung der Krebskrankheit e.V.*) war immer wieder versucht worden, die Krebsforschung besser zu koordinieren

---

<sup>36</sup> Die heutige Krebsforschung interpretiert diese Beobachtung anders: Da die Mehrheit jüdischer Frauen jüdische, und damit beschnittene Männer geheiratet habe, seien sie seltener mit dem Humanen Papillomvirus infiziert worden, der heute als Hauptverursacher des Zervixkrebses gilt. Vgl. zu den „Rasstheorien“ des Krebses in den 1920er und 1930er Jahren: Proctor, *Nazi War on Cancer*, S. 58-68.

<sup>37</sup> Moser, *Deutsche Forschungsgemeinschaft*, S. 72f.

<sup>38</sup> Petra Werner, *Otto Warburg. Von der Zellphysiologie zur Krebsforschung. Biographie*, Berlin 1988. Die Hypothese konnte bis zum Ende des 20. Jahrhunderts weder bewiesen noch widerlegt werden. Erst in den Jahren 2006 bzw. 2008 veröffentlichten deutsche und amerikanische Forscher die Ergebnisse ihrer Experimente an Labormäusen, die die Warburg-Hypothese stützen, vgl. u.a. Michael A. Kiebish et al., *Cardiolipin and Electron Transport Chain Abnormalities in Mouse Brain Tumor Mitochondria: Lipidomic Evidence Supporting the Warburg Theory of Cancer*, in: *Journal of Lipid Research* 49, 12 (2008), S. 2545–2556.

und ihr mehr Gehör – und vor allem größere finanzielle Unterstützung – zu verschaffen. Zu diesem Zweck gab das *Comité* seit 1903 eine eigene Fachzeitschrift heraus: die *Zeitschrift für Krebsforschung*.<sup>39</sup> Ein wesentlicher Teil der deutschen Krebsforschung wurde bis in die späten 1920er Jahre von den vier spezialisierten Forschungsinstituten in Berlin, Frankfurt am Main, Heidelberg und Hamburg geleistet. Anders als die *Kaiser-Wilhelm-Institute für Biologie, Biochemie* oder *experimentelle Forschung*, an denen Otto Warburg und andere unter anderem auch Forschungen zur Krebsgenese durchführten, waren die speziellen Krebsforschungsinstitute trotz ihres nationalen und internationalen Renommées finanziell und materiell eher schlecht ausgestattet. Sie mussten sich ständig um das Geld privater Spender bemühen und wurden zum Teil mit Geldern aus dem Privatvermögen ihrer Direktoren unterhalten.<sup>40</sup> Allerdings war experimentelle medizinische Forschung in dieser Zeit oft auf Spenden und Vereinsgelder angewiesen. Insofern entspricht die Finanznot der vier Krebsforschungsinstitute der finanziellen Lage der experimentellen medizinischen Forschung insgesamt, die auch deshalb oft angespannt war, weil die in immer größerer Zahl durchgeführten Tierexperimente vergleichsweise kostspielig waren. Auch das trifft für die Krebsforschung zu.<sup>41</sup> Aber auch unter den von der 1920 gegründeten *Notgemeinschaft der deutschen Wissenschaft* (später: *Deutsche Forschungsgemeinschaft, DFG*) unterstützten Forschungsprojekten waren nur wenige explizit der Krebsforschung gewidmete Projekte.<sup>42</sup>

Der Regierungsantritt der Nationalsozialisten bedeutete für die deutsche Krebsforschung schließlich in verschiedener Hinsicht einen Einschnitt.<sup>43</sup> Richard Werner

---

<sup>39</sup> Diese Zeitschrift ist das älteste bis heute bestehende Fachorgan für Onkologie. Die Zeitschrift erscheint seit 1979 allerdings unter dem Namen *Journal of Cancer Research and Clinical Oncology*. Vgl. dazu auch Atzl/Helms, *Geschichte*, S. 25.

<sup>40</sup> Sowohl Vinzenz Czerny, der 1916 verstorbene Gründer und erste Direktor des *Heidelberger Krebsforschungsinstituts*, als auch Ferdinand Blumenthal, von 1897 bis zu seiner Zwangsermennung durch die Nationalsozialisten am 24. September 1933 Leiter des *Krebsforschungsinstituts an der Berliner Charité*, gaben bedeutende Mittel aus ihrem Privatvermögen zum Auf- und Ausbau der von ihnen geleiteten Institute. So weist Blumenthal 1920 in einem Schreiben an das zuständige Ministerium darauf hin, dass er selbst bis zu diesem Zeitpunkt 100.000 RM aus eigener Tasche zur Finanzierung des Instituts aufgewandt habe, vgl. Bericht Blumenthals über die Lage des Instituts für Krebsforschung an den Minister für Wissenschaft, Kunst und Volksbildung, Berlin, den 14. Juni 1920, HU Archiv, Charité-Direktion, 951, Bl. 24f. Der Kampf Blumenthals und seiner Mitarbeiter um eine angemessene Finanzierung des Instituts, um notwendige räumliche Erweiterungen, Unterbringungsmöglichkeiten für die Versuchstiere etc. ist beständiges Thema in den im Bestand der Charité-Direktion überlieferten Akten, vgl. HU Archiv, Charité-Direktion, 949-954.

<sup>41</sup> Moser, *Deutsche Forschungsgemeinschaft*, S. 30f.

<sup>42</sup> Allerdings flossen manche Ergebnisse anderer Forschungsprojekte direkt in die Krebsforschung ein, vgl. Moser, *Deutsche Forschungsgemeinschaft*, S. 28 und 54.

<sup>43</sup> Eckart, *Medizin in der NS-Diktatur*, S. 286-290.

(1875-1943), der 1916 die Nachfolge Czernys als Leiter des Heidelberger Samariterhauses angetreten hatte, wurde am 20. April 1933 „aus rassischen Gründen“ beurlaubt.<sup>44</sup> Das Krebsforschungsinstitut wurde 1934 aufgelöst, das Samariterhaus der Heidelberger chirurgischen Universitätsklinik eingegliedert und 1944 in Czerny-Krankenhaus umbenannt. Erst 1948 wurde in Heidelberg ein neues Institut für experimentelle Krebsforschung gegründet. Auch das *Berliner Krebsforschungsinstitut* wurde mehr oder weniger zerschlagen. Ferdinand Blumenthal (1870-1941), der seit 1897 zunächst das Laboratorium geleitet und seit 1921 Direktor des Instituts gewesen war, trat unter enormem Druck aufgrund des sogenannten Gesetzes zur Wiederherstellung des Berufsbeamtentums im April 1933 von seinem Posten zurück und emigrierte nach Belgrad. Mit ihm verloren fast alle wichtigen am Krebsforschungsinstitut arbeitenden Ärzte aufgrund ihrer „nicht-arischen“ Abstammung noch 1933 oder spätestens 1934 ihre Stelle: so der international hoch angesehene Hämatologe Hans Hirschfeld, der Leiter der Abteilung für experimentelle Virusforschung Ernst Fraenkel, der Leiter der Bestrahlungs-Abteilung Ludwig Halberstädter sowie eine Reihe von Assistenzärzten und -ärztinnen.<sup>45</sup> Kommissarischer Nachfolger Blumenthals wurde sein bisheriger Stellvertreter Hans Auler. Zugleich wurde das *Berliner Krebsforschungsinstitut* insgesamt zur Disposition gestellt, das manchen Chirurgen ebenso wie manchen Röntgenärzten und Radiologen bereits seit längerem ein Dorn im Auge war, weil es beide Fachrichtungen in einem Institut vereinte, die eigentlich um die Dominanz auf dem Feld der Krebsbehandlung konkurrierten. 1935 wurde das Krebsinstitut schließlich der Chirurgischen Klinik unter Leitung Ferdinand Sauerbruchs unterstellt, die Bestrahlungsabteilung dem Universitätsinstitut für

<sup>44</sup> Hellmann-Mersch, Institutionen zur Krebsforschung, S. 148f. Vgl. zum Schicksal einer Reihe jüdischer Krebsforscher auch: Proctor, Nazi War on Cancer, S. 36-40.

<sup>45</sup> Peter Voswinckel hat die Schicksale derjenigen recherchiert, die 1933 am *Berliner Krebsforschungsinstitut* arbeiteten bzw. früher dort gearbeitet hatten und nach 1933 ihre Positionen als „Nicht-Arier“ aufgeben mussten. Einige gerade der jüngeren Ärzte konnten emigrieren und sich anderswo ein neues Leben aufbauen. Anderen gelang das nicht: So blieb der 1873 geborene Hirschfeld in Berlin und arbeitete dort zunächst am Jüdischen Krankenhaus. Er wurde 1942 zusammen mit seiner Frau ins KZ Theresienstadt deportiert, wo er 1944 starb. Blumenthal selbst ging zunächst nach Belgrad, 1937 nach Wien und nach einer dreimonatigen Inhaftierung durch die Gestapo 1939 schließlich nach Reval. Nach dem deutschen Überfall auf die Sowjetunion im Juni 1941 wurde er interniert. Er starb bei einem deutschen Luftangriff am 5. Juli 1941 auf einen Zug, der ihn und seine Familie weiter ins Innere der Sowjetunion deportieren sollte. Vgl. die Zusammenstellung der Daten der (ehemaligen) Mitarbeiter des Berliner Krebsforschungsinstituts bei Voswinckel, Erinnerungsort Krebsbaracke, S. 134f. Zu Blumenthal vgl. Harro Jenss/Peter Reinicke, Ferdinand Blumenthal. Kämpfer für eine fortschrittliche Krebsmedizin und Krebsfürsorge, Berlin 2012 sowie zu Hans Hirschfeld: Peter Voswinckel, 1937-2012. Die Geschichte der DGHO im Spiegel ihrer Ehrenmitglieder. – „Verweigerte Ehre“. Dokumentation zu Hans Hirschfeld, Berlin 2012.

Röntgenologie und Radiologie übergeben. Als Zeichen der Neuausrichtung von Krebsforschung und -behandlung wurde im gleichen Jahr das *Allgemeine Institut gegen Geschwulstkrankheiten* im Rudolf-Virchow-Krankenhaus neu gegründet, das von zwei Radiologen geleitet wurde.<sup>46</sup>

Die nationalsozialistische Forschungs- und Gesundheitspolitik agierte hier zwiespältig. Zum einen wurde die bisherige Krebsforschung und -behandlung öffentlich als materialistisch, mechanistisch, menschenverachtend und jüdisch diffamiert.<sup>47</sup> Dies traf vor allem die Grundlagenforschung, die durch die Entlassung, Vertreibung und Verfolgung vieler Krebsforscher einen Großteil ihrer Repräsentanten verlor. Zum anderen aber wurde Krebs als Bedrohung der Volksgesundheit stärker gewichtet als zuvor, zuweilen sogar zum „Staatsfeind Nummer Eins“ deklariert – jedoch mit unterschiedlichen Begründungen.<sup>48</sup> Im Vordergrund standen wirtschaftliche und völkische Erwägungen, was deutlich in den nationalsozialistischen Früherkennungskampagnen zum Ausdruck kam.<sup>49</sup> Es wurde aber auch in Abgrenzung zum „materialistisch-bolschewistischen“, implizit „jüdischen“ Umgang mit Krebs, der die Krebsforschung in der Weimarer Republik bestimmt habe, mit einer neuen nationalsozialistischen Moral argumentiert, denn: „Ein Volk, das auf sich selber hält, das seiner Zukunft froh sein will, ehrt sich selbst, wenn es seine Alten ehrt. Zur Pflege des Alters gehört der Abwehrkampf gegen die furchtbarste Krankheit, die den älter werdenden Menschen droht.“<sup>50</sup> Diese Berufung auf eine neue Moral findet sich allerdings vornehmlich in den Anfangsjahren des Nationalsozialismus. Sie griff zurück auf holistische Tendenzen der 1920er Jahre, die sich als Antwort auf die in dieser Zeit konstatierte Krise der Medizin

<sup>46</sup> Voswinkel, Erinnerungsort Krebsbaracke, S. 89; Scheybal, Krebsforschung und Hoepfner Salazar, Krebsforschung und Krebsbekämpfung, S. 90-95.

<sup>47</sup> Zum Beispiel schrieb der *Völkische Beobachter* anlässlich der Eröffnung des neuen Instituts: „300 Betten stehen im neuen Institut den Kranken zur Verfügung, die hier eine sachgemäße Behandlung erfahren und keine Angst zu haben brauchen, hier vielleicht Versuchsobjekte zu sein; denn im nationalsozialistischen Deutschland gibt es so etwas nicht mehr. Neue Versuche, die wirklich Erfolg versprechen, werden jetzt erst an Tieren erprobt, aber nicht an Menschen.“ Vgl. Anonym, Das neue Berliner Zentral-Krebsinstitut. Zusammenziehung von Universitätskliniken im Krankenhaus Moabit, in: Berliner Beobachter. Tägliches Beiblatt zum „Völkischen Beobachter“ 44 (13. Februar 1935), BArch R 86/2764.

<sup>48</sup> Fritz Lickint, Die Krebsfrage im Lichte der modernen Forschung, Berlin 1935, S. 5.

<sup>49</sup> Nach Ansicht Gabriele Mosers wurde Krebs erst seit den frühen 1930er Jahren als wichtige Volkskrankheit wahrgenommen. Dagegen sprechen jedoch die vor allem unter der Regie des Hygiene-Museums in Dresden in Zusammenarbeit mit dem DZK gestalteten Teil-Ausstellungen, Faltblätter und Kampagnen der 1920er Jahre, die im dritten Kapitel vorgestellt werden, vgl. Moser, Deutsche Forschungsgemeinschaft, S. 54.

<sup>50</sup> Krebsbekämpfung im Nationalsozialistischen Staat, BArch R 36 /1393. Zur Frage, ob es eine spezifisch nationalsozialistische Moral gegeben habe: Raphael Gross, Anständig geblieben: Nationalsozialistische Moral, Frankfurt a.M. 2010.

verstanden und auch in die von den Nationalsozialisten propagierte *Neue Deutsche Heilkunde* eingingen.

Die NS-Gesundheitspolitik legte einen Schwerpunkt auf Früherkennung und Prävention und dementsprechend wurden auch im Bereich der Forschung überwiegend solche Vorhaben gefördert, die nach frühzeitigeren oder vereinfachten Möglichkeiten der Krebsdiagnose suchten oder Substanzen prüften, die im Verdacht standen, Krebs zu verursachen. Im Visier befanden sich eine Reihe chemischer Stoffe, die einerseits durch die moderne Industriearbeit sowie durch die industrielle Bearbeitung von Nahrungsmitteln Verbreitung gefunden haben sollten, andererseits Genussstoffe, die im täglichen Leben des modernen Menschen eine Rolle spielten – allen voran der Tabak. Während sich diese Forschungsrichtung also in die zivilisationskritische Tendenz der nationalsozialistischen Ideologie einfügte, waren die anderen großen „Verdächtigen“ dieser Jahre, die Hormone und Vitamine, nicht so eindeutig in diesen Diskurs eingebunden, sondern weckten zu diesem Zeitpunkt eher Hoffnungen auf Leistungssteigerung und Verjüngung.<sup>51</sup>

Tatsächlich handelte es sich bei der Konzentration der Krebsforschung auf krebserregende chemische Stoffe und Hormone keineswegs um eine völlige Neuausrichtung, sondern eher um eine intensiviertere Fortsetzung von Tendenzen der 1920er Jahre. Ebenso wenig kann behauptet werden, dass die nationalsozialistische Krebsforschung in dieser Hinsicht einen völlig anderen Weg eingeschlagen hätte, als er in anderen europäischen Ländern, den USA oder auch der Sowjetunion beschritten worden wäre.<sup>52</sup> Allerdings unternahm die nationalsozialistische Forschungspolitik den Versuch einer Zentralisierung und verstärkten Koordinierung der Krebsforschung, der erstmals auch mehr finanzielle Ressourcen zur Verfügung gestellt wurden. So plante und konzipierte die *DFG* seit 1935 ein großes Tumorforschungsprogramm, das im Dezember 1936 schließlich begonnen wurde. Durch die Einrichtung des nationalsozialistischen *Reichsforschungsrates* im März 1937 wurde allerdings die Entscheidungskompetenz der *DFG* in Sachen Forschungsförderung stark eingeschränkt, was

---

<sup>51</sup> Stoff, Ewige Jugend und ders., Wirkstoffe. Eine Wissenschaftsgeschichte der Hormone, Vitamine und Enzyme, 1920-1970, Stuttgart 2012, S. 226-308.

<sup>52</sup> Vgl. Robert N. Proctor, Blitzkrieg gegen den Krebs. Gesundheit und Propaganda im Dritten Reich, übers. von Alexandra Böhm/Katharina Wehrli, Stuttgart 2002, S. 280-284, der herausstreicht, dass die Krebsforschung im NS alles andere als einheitlich gewesen sei und insbesondere die Grundlagenforschung nur wenig von der nationalsozialistischen Ideologie beeinflusst wurde, sowie Moser, Deutsche Forschungsgemeinschaft, S. 315f., die die „Normalität“ der Forschungsthemen betont.

sich jedoch auf das bereits zuvor etatisierte Tumorforschungsprogramm kaum mehr auswirkte.<sup>53</sup> Anfang 1943 wurde schließlich auch der *Reichsforschungsrat* reorganisiert und die Position eines eigenen *Bevollmächtigten für Krebsforschung* geschaffen und mit dem Arzt und NS-Funktionär Kurt Blome besetzt, der zwischen 1939 und 1944 auch als Stellvertreter des Reichsgesundheitsführers Leonardo Conti fungierte. Wie die Reorganisation insgesamt dazu dienen sollte, die Rüstungsforschung zu verstärken, sollte Blome Krebsforschung und Forschung an biologischen Waffen koordinieren, wozu im Juni 1942 ein neues *Zentralinstitut für Krebsforschung* in Nesselstedt bei Posen gegründet worden war. Inwiefern dort bis zur Eroberung durch die Rote Armee Anfang 1945 tatsächlich Menschenversuche und Biowaffen-Forschung stattgefunden haben, ist bis heute umstritten, da die Institutsakten zum größten Teil verschollen sind.<sup>54</sup> In jedem Fall kamen aus dem neuen Zentralinstitut keine neuen Impulse für die Krebsforschung mehr, wenn es denn nicht sowieso hauptsächlich als Camouflage für die Biowaffenforschung gedient haben sollte.<sup>55</sup>

Nach Ende des Zweiten Weltkrieges tat sich zunächst wenig in der Grundlagenforschung. Dies lag weniger daran, dass Forschungseinrichtungen zerstört worden waren – da die Krebsforschung mit Ausnahme des Nesselstedter Instituts kaum Berührung mit Rüstungsforschung und -industrie hatte, waren viele Labore wenig oder gar nicht beschädigt worden.<sup>56</sup> Viel entscheidender war dagegen, dass in der unmittelbaren Nachkriegszeit die Bekämpfung von Infektionskrankheiten wie etwa Typhus vordringlich erschien und sowohl Gesundheitspolitik als auch Forschungsförderung sich auf dieses Gebiet konzentrierten.<sup>57</sup> Außerdem war Krebsforschung in der Regel

---

<sup>53</sup> Zu den Auseinandersetzungen und Machtkämpfen im Vorfeld sowie im weiteren Verlauf des Tumorforschungsprogramms vgl. Moser, Deutsche Forschungsgemeinschaft, dort auch das Arbeitsprogramm (S. 102-104), dort ebenso eine Zusammenstellung der 115 zwischen 1937 und 1942 geförderten Krebsforschungsprojekte (S. 170-185).

<sup>54</sup> Erhard Geißler, Kartoffelkäfer und Magenkrebs – Was Krebsforschung mit biologischer Kriegsführung zu tun hatte, in: Eckart, 100 Years, S. 75-81 sowie Moser, „Abwehr biologischer Kriegsmethoden“ sowie dies., Kurt Blome und das „Zentralinstitut für Krebserforschung“ in Posen/Nesselstedt, 1941-1945. Ein Beispiel deutscher Gesundheits- und Forschungspolitik im Zweiten Weltkrieg, in: Michael Sachs/Bożena Płonka-Syroka/Fritz Dross (Hg.), Wspolpraca na polu medycyny między Niemcami i Polakami/Austausch in der Medizin zwischen Deutschen und Polen, Wrocław 2008, S. 401-419.

<sup>55</sup> Dies zumindest vermutet Geißler, der in der Gründung des Instituts den Versuch Himmlers vermutet, die von Hitler mehrmals bekräftigte Ablehnung des Biowaffen-Einsatzes sowie der entsprechenden Forschung zu unterlaufen, vgl. Geißler, Kartoffelkäfer, S. 81.

<sup>56</sup> Moser, Deutsche Forschungsgemeinschaft, S. 239f.

<sup>57</sup> Zur Gesundheitspolitik in den Besatzungszonen vgl. Melanie Arndt, Gesundheitspolitik im geteilten Berlin 1948-1961, Köln/Weimar/Wien 2009; Udo Schagen, Die Gesundheitspolitik in der Sowjetischen Besatzungszone – Umsetzung sozialdemokratischer Forderungen, in: ders./Sabine Schleiermacher (Hg.), „Gesundheitsschutz für alle“ und die Ausgrenzung von Minderheiten, Berlin

langwierig, so dass die Entwicklung neuer Forschungsprojekte, insbesondere verbunden mit Experimenten an teuren, vorher zu züchtenden Versuchstieren weniger angeraten erschien.<sup>58</sup> Zwar wurde in Heidelberg bereits 1948 auf Betreiben des Krebsforschers Karl Heinrich Bauer, der seit 1946 als Rektor der Heidelberger Universität noch an Einfluss gewonnen hatte, ein *Institut für experimentelle Krebsforschung* neu gegründet. Auf Wunsch Bauers wurde der Posten des Direktors mit dem Chemiker Hans Lettré besetzt, der bis 1942 bereits die chemische Abteilung des 1936 eröffneten *Allgemeinen Instituts gegen die Geschwulstkrankheiten* geleitet hatte. Aber davon abgesehen blieb die Krebsforschung in der frühen Nachkriegszeit eher ein Stiefkind der Forschungsförderung, die sich im Fall der *Notgemeinschaft/DFG* zunächst mehr oder weniger darauf beschränkte, den von Hermann Druckrey und dann auch Adolf Butenandt organisierten sogenannten *Hinterzarter Kreis* zu finanzieren, der sich seit 1950 einmal jährlich traf, um über Ergebnisse und Ausrichtung der onkologischen Grundlagenforschung fern der Öffentlichkeit zu diskutieren.<sup>59</sup>

Wenn auch die Krebsforschung in den unmittelbaren Nachkriegsjahren also in den Hintergrund der forschungspolitischen und öffentlichen Diskussion trat, lässt sich zugleich eine große personelle und thematische Kontinuität konstatieren. Bauer, Butenandt, Druckrey und Lettré in der Bundesrepublik, Heinrich Cramer und Arnold Graffi in der DDR gehörten sowohl in den 1930er und 1940er Jahren zu den einflussreichen Figuren auf dem Gebiet der deutschen Krebsforschung als auch danach. Zwischen 1890 und 1910 geboren, waren sie zu diesem Zeitpunkt „Männer in ihren besten Jahren“ und besetzten nun für viele Jahre Schlüsselpositionen in der deutsch-deutschen Krebsforschung, ohne dass sie ihre mehr oder weniger große Nähe zur nationalsozialistischen Bewegung und Politik langfristig daran gehindert hätte.<sup>60</sup> Auch

---

2006, S. 63-72; Ellerbrock, *Healing Democracy*. Zur Forschung vgl. Moser, *Deutsche Forschungsgemeinschaft*.

<sup>58</sup> Moser, *Deutsche Forschungsgemeinschaft*, S. 314.

<sup>59</sup> Darüber hinaus hatte die *Notgemeinschaft* allerdings schon 1949 eine sogenannte „Farbstoffkommission“ eingesetzt, die die kanzerogene Wirkung von Lebensmittelfarbstoffen erforschen sollte, die bereits seit den 1930er mit der Entlarvung des „Buttergelbs“ als Leberkrebs-erregend in den Fokus einiger Krebsforscher, allen voran Butenandts, geraten war, vgl. Wagner/Mauerberger, *Krebsforschung in Deutschland*, S. 230.

<sup>60</sup> Zwar wurde Hermann Druckrey in einem amerikanischen Gefangenenlager interniert, wurde aber aufgrund einer eidesstattlichen Erklärung des keinesfalls unbelasteten Butenandts 1947 entlassen und schon 1948 zum Professor in Freiburg ernannt, vgl. Volker Wunderlich, „Mit Papier, Bleistift und Rechenschieber.“ Der Krebsforscher Hermann Druckrey im Internierungslager Hammelburg (1946–1947), in: *Medizinhistorisches Journal* 43, 3/4 (2008), S. 327-343. Butenandt selbst war 1936 Direktor des *Kaiser-Wilhelm-Instituts für Biochemie* geworden – und blieb dies auch, als das Institut nach dem Krieg zum *Max-Planck-Institut für Biochemie* umbenannt wurde. 1960 wurde er dann sogar für zwölf Jahre zum Präsidenten der *Max-Planck Gesellschaft* ernannt, vgl. Robert N. Proctor,



die Forschung bewegte sich überwiegend auf den bereits vor 1945 betretenen Feldern: chemische Stoffe, Hormone, Vitamine und etwas weniger deutlich Viren standen weiterhin unter Verdacht, Krebs zu verursachen oder doch zumindest die Krebsentstehung zu befördern.<sup>61</sup> Besonderes Gewicht erhielt allerdings die chemische und biochemische Forschung, für die auch die Namen der hier genannten Krebsforscher stehen.

Zugleich wurde Krebsforschung nun immer stärker in Laboren betrieben. Die Anbindung an die klinische Praxis, die insbesondere das „alte“ *Heidelberger* sowie das *Berliner Krebsforschungsinstitut* institutionell vorgegeben hatten, ging in der Bundesrepublik weitgehend verloren. In der DDR knüpfte man dagegen mit einer experimentellen und einer klinischen Abteilung für Geschwulstforschung unter dem Dach des *Akademie-Instituts für Medizin und Biologie* in Berlin-Buch an diese Tradition an und führte sie mit dem 1972 gegründeten *Zentralinstitut für Krebsforschung* und der diesem zugeordneten *Robert-Rössle-Klinik* fort.<sup>62</sup>

In der Bundesrepublik beschleunigte sich dagegen der Trend zu einer Entkoppelung von Forschung und Klinik mit der Gründung der ersten zentralen, ausschließlich der Krebskrankheit gewidmeten Großforschungseinrichtung in der Bundesrepublik: dem *Deutschen Krebsforschungszentrum (DKFZ)* in Heidelberg, dessen erste Baustufe 1964 feierlich eröffnet und das schließlich 1972 baulich fertiggestellt wurde. Auch hier spielte Karl Heinrich Bauer bereits in der Planungsphase eine wichtige Rolle und leitete als Stiftungsbeauftragter in den Anfangsjahren die Geschicke des *DKFZ*, das zunächst als Forschungseinrichtung weitgehend ohne klinische Anbindung

---

Adolf Butenandt (1903-1995). Nobelpreisträger, Nationalsozialist und MPG-Präsident. Ein erster Blick in den Nachlass (Vorabdruck aus dem Forschungsprogramm „Geschichte der Kaiser-Wilhelm-Gesellschaft im Nationalsozialismus“, Stand 2000), Onlineversion (<http://www.mpiwg-berlin.mpg.de/KWG/Ergebnisse/Ergebnisse2.pdf>, letzter Zugriff: 13.02.2017). Karl Heinrich Bauer setzte sich in der NS-Zeit mehrfach für die Sterilisierung „erbkranker“ Menschen ein, trennte sich allerdings nicht von seiner jüdischen Frau, was ihm durchaus auch Schwierigkeiten einbrachte, vgl. Eike Wolgast, Karl Heinrich Bauer. Der erste Heidelberger Nachkriegsrektor. Weltbild und Handeln 1945-1946, in: Jürgen C. Heß/Hartmut Lehmann/Volker Sellin (Hg.), Heidelberg 1945, Stuttgart 1996, S. 107-129. Wolgast wertet die zustimmende Haltung Bauers gegenüber „Rassenhygiene“ und Sterilisation allerdings nicht als Bejahung des Nationalsozialismus, sondern als Teil eines „internationalen Diskussionszusammenhang[es]“ (S. 109). Von Hans Lettré sind keine Äußerungen bekannt, die Zustimmung zur national-sozialistischen Rassenideologie oder Euthanasiepolitik erkennen ließen. Er arbeitete in der NS-Zeit als Chemiker am *Berliner Krebsforschungsinstitut*, vgl. Dietrich Schmähl, Lettré, Hans, in: Historische Kommission bei der Bayerischen Akademie der Wissenschaften (Hg.), Neue Deutsche Biographie, Bd. 14: Laverrenz – Locher-Freuler, Berlin 1985, S. 360, Onlinefassung: (<https://www.deutsche-biographie.de/gnd125524439.html>, letzter Zugriff: 17.03.2017).

<sup>61</sup> Dies spiegelt sich auch in den Forschungsthemen der im Rahmen des DFG-Schwerpunktprogramms „Krebsforschung“ zwischen 1961 und 1968 finanzierten Projekte, vgl. die Auflistung bei Moser, Deutsche Forschungsgemeinschaft, S. 278-313.

<sup>62</sup> Bielka, Medizinisch-Biologische Institute, S. 73f. und 99-101.

konzipiert worden war.<sup>63</sup> Mit dieser Großforschungseinrichtung sollte einerseits der Anschluss an die internationale Elite der Krebsforschung gelingen, da die bundesdeutsche Krebsforschung nach eigenem Eindruck in Rückstand geraten war. Forscher und Politiker stimmten darin überein, dass zentralisierte Großforschungseinrichtungen das Gebot der Stunde waren, insbesondere im Hinblick auf eine derart komplexe Krankheit wie den Krebs.<sup>64</sup> Als Vorbild fungierte das 1937 eingerichtete amerikanische *National Cancer Institute*. Andererseits fiel die Gründung des *DKFZ* auch in eine Zeit, in der international zwar bereits viel Geld in die Krebsforschung floss, dennoch aber der Eindruck vorherrschte, ein wirklicher Durchbruch sei noch nicht erzielt. Selbst eine Zeitschrift wie *Der Spiegel*, die sonst gerne mit Sensationsmeldungen über Entdeckungen in der Krebsmedizin aufwartete, schloss einen Bericht über den 9. Internationalen Krebskongress, der 1966 in Tokio stattfand, mit der pessimistischen Einschätzung: „Ende letzter Woche, nach siebentägiger Diskussion in zwölf Hörsälen, war deutlich, daß [...] der unheilvolle [gordische] Knoten nirgends durchtrennt, allenfalls geringfügig gelockert wurde.“<sup>65</sup>

Trotz der enormen Anstrengungen änderte sich wenig an diesem eher pessimistischen Eindruck vom Stand der Krebsforschung – sowohl national als auch international. Denn auch in den USA, deren Forschungsorganisation vielen Krebsforschern, Gesundheitspolitikern und Forschungsfunktionären als richtungsweisend galt, herrschte der Eindruck vor, dass das eigentliche Rätsel um die Entstehung der Krebskrankheit noch nicht habe gelöst werden können und auch der Durchbruch in der Therapie noch nicht gelungen sei. Um diesem Ziel näherzukommen, wurde von staatlicher Seite immer mehr Geld in die Krebsforschung investiert. Dafür steht in internationaler Perspektive insbesondere der von US-Präsident Richard Nixon Ende Dezember 1971 unterzeichnete *National Cancer Act*, mit dem er seinen bereits im Januar desselben Jahres ausgerufenen *War on Cancer* in die Tat umzusetzen hoffte. Nach dem Vorbild des Apollo-Programms zur Entwicklung der bemannten Raumfahrt, die 1969 mit der ersten Mondlandung einen spektakulären Erfolg gefeiert hatte, sollte der Durchbruch

---

<sup>63</sup> Bei der Gründung einigte man sich auf die Einrichtung von sieben Abteilungen: das *Institut für Biochemie*, das *Institut für experimentelle Pathologie*, das *Institut für experimentelle Geschwulst-erzeugung und -behandlung*, das *Institut für experimentelle Krebsforschung*, das *Institut für Nuklearmedizin*, das *Institut für Virusforschung* und schließlich das *Institut für Dokumentation, Information und Statistik*. Einzig das *Institut für Nuklearmedizin* hatte Zugang zu Klinikbetten, Wagner/Mauerberger, *Krebsforschung in Deutschland*, S. 83 und 100.

<sup>64</sup> Wagner/Mauerberger, *Krebsforschung in Deutschland*, S. 53f.

<sup>65</sup> Anonym, Gordischer Knoten, in: *Der Spiegel* 45 (1966), S.182.

in der Krebsforschung gelingen (und nebenbei Nixon den angesichts des fortdauernden Vietnamkrieges dringend gewünschten Sieg in einer anderen Arena verschaffen).<sup>66</sup> Zu diesem Zweck gestand die Nixon-Administration dem *National Cancer Institute* eine zuvor beispiellose weitgehende finanzielle Autonomie innerhalb der *National Institutes of Health* zu und stellte der Krebsforschung zunächst zusätzliche 100 Millionen Dollar zur Verfügung.

Doch war für die finanzielle Förderung und institutionelle Ausweitung von Großforschungszentren nicht allein der politische Wille oder das Vorbild anderer erfolgreicher und populärer Großforschungsprojekte ausschlaggebend. Auch die Ergebnisse der jüngeren Krebsforschung sprachen dafür, genau diesen Weg zu gehen, wie er in der Bundesrepublik mit dem *Heidelberger Krebsforschungszentrum* oder in Amerika mit dem *National Cancer Institute* eröffnet wurde. Denn erstens verbreitete sich seit den 1950er Jahren immer mehr die Überzeugung, dass Krebs nicht durch ein einzelnes Agens, sondern durch eine Reihe von Faktoren ausgelöst werde und möglicherweise auch von Anfang an keine lokale, sondern eine systemische Krankheit sei.<sup>67</sup> In der Annahme, dass Krebs das Ergebnis einer Dysregulation der zellulären Mechanismen sei, erfuhr dieses Modell eine spezifische Zuspitzung und wurde von vielen Krebsforschern weltweit in den 1960er Jahren zum Standard erklärt.<sup>68</sup> Ein solches Modell ließ es sinnvoll erscheinen, verschiedene vorher voneinander getrennte Forschungsrichtungen dazu zu bringen, enger zu kooperieren bzw. ihnen zumindest diese Möglichkeit zu erleichtern. So veröffentlichte David Comings 1973 eine viel diskutierte allgemeine Theorie der Krebsentstehung, die auf dem Dysregulationsmodell basierte und die Integration von Tumorvirologie und Onkogenetik plausibel

---

<sup>66</sup> Auch die einflussreiche Lobbyistin Mary Lasker, Gattin eines Werbe-Tycoons, die in den 1940er Jahren die *American Cancer Society* völlig neu ausrichtete und Nixon die Idee eines „war on cancer“ nahegebracht hatte, verwies auf den Vietnamkrieg, für den ohne nennenswerten Erfolg so viel Geld ausgegeben worden sei, vgl. Cantor, *Cancer*, S. 550.

<sup>67</sup> Die Ansicht, Krebs sei eine Systemkrankheit, ist keine Innovation der 1950er und 1960er Jahre, sondern findet sich immer wieder in der Forschungsgeschichte der Krebskrankheit. Allerdings war diese Annahme seit dem späten 19. Jahrhundert ins Hintertreffen geraten. Die Theorie einer zunächst lokalen Entstehung der Krebskrankheit als lokal begrenzter Primärtumor hatte vielfach auch zur Rechtfertigung der radikalen und frühzeitigen lokalen Behandlung durch Operation oder Bestrahlung gedient und stand als Paradigma hinter den großen Anstrengungen von Früherkennungskampagnen und Forschungen zu Möglichkeiten der Frühdiagnose. Allerdings muss die Überzeugung, Krebs sei anfangs lokal, nicht zwangsläufig zur Verteidigung radikaler Operationen oder Bestrahlungen führen, wie Ralf Bröer am Beispiel des Mammakarzinoms überzeugend nachgewiesen hat: Ralf Bröer, *Das Mammakarzinom als Systemkrankheit. Die Entstehung eines neuen tumorbiologischen Konzeptes und seine Beziehungen zur Therapie*, in: Eckart, *100 Years*, S. 107-111.

<sup>68</sup> Norbert Paul, *Die molekulargenetische Interpretation des Krebs: Ein Paradigma, seine Entwicklung und einige Konsequenzen*, in: Eckart, *100 Years*, S. 95-100, hier S. 96.

erscheinen ließ.<sup>69</sup> Grundsätzlich schien das Dysregulationsmodell aber auch vereinbar mit der Forschung an karzinogenen Stoffen oder Studien zur Rolle der Immunabwehr, da angenommen wurde, dass die zelluläre Regulation sowohl durch Umwelteinflüsse als auch durch eine geschwächte Immunabwehr gestört werden könne.<sup>70</sup> Dementsprechend beherrschten diese Fragen die Krebsforschung seit den 1960er Jahren. Die „Entdeckung“ des immunologisch wirksamen Interferons zog die Aufmerksamkeit der Medien auf diesen Zweig der Krebsforschung. Die Pharmafirmen versprachen sich hohe Gewinne und schürten ebenfalls Hoffnungen, die allerdings schon in den frühen 1980er Jahren angesichts der nun zutage tretenden Nebenwirkungen und begrenzten therapeutischen Erfolge schnell in Enttäuschung umschlugen.<sup>71</sup>

Zweitens stellte die Erforschung der zellulären Regulationsmechanismen hohe Anforderungen an die technologische und experimentelle Ausstattung der Labore, die dementsprechend teurer wurde. Um allgemeine Schlüsse im Hinblick auf die Ursachen und Formen der zellulären Dysregulation ziehen zu können, wurde nun auch in der Bundesrepublik mehr Wert darauf gelegt, Versuchstiere, insbesondere Mäuse mit ähnlicher genetischer Ausstattung zu bekommen. Die Zucht dieser genetisch standardisierten Mäuse, die in den USA, aber auch in den Niederlanden schon länger üblich war, war aufwendiger und verursachte höhere Kosten.<sup>72</sup> Noch bedeutsamer war allerdings der Einbezug molekulargenetischer Verfahren im Rahmen des Dysregulations-Modells seit Mitte der 1960er Jahre, die im Verlauf der 1970er Jahre ständig erweitert und verfeinert wurden.<sup>73</sup> Krebsforschung wurde damit immer mehr zu dem, was in den USA als *Big C*, bezeichnet wurde und wird: Während die Rate der Neuerkrankungen immer weiter zunahm, ob durch frühzeitigere Diagnosen, die Einbeziehung von als Vor-Krebs definierten Zellveränderungen oder durch einen tatsächlichen Anstieg,

---

<sup>69</sup> David E. Comings, A General Theory of Carcinogenesis, in: Proceedings of the National Academy of Science USA 70, 12, part 1 (1973), S. 3324-3328.

<sup>70</sup> Michel Morange, From the Regulatory Vision to the Oncogene Paradigm, 1975-1985, in: Journal of the History of Biology 30, 1 (1997), S. 1-29, hier S. 8.

<sup>71</sup> Toine Pieters, The Biography of a Wonder Drug: The Interferon, in: Eckart, 100 Years, S. 149-155. Zur Berichterstattung in den bundesdeutschen Medien vgl. u.a.: Ulrich Schippke, Der kleinste Feind, der größte Killer – Viren, in: Der Stern 46 (1976), S. 114-122; Rainer Paul, Nicht mit Gold aufzuwiegen, in: Der Stern 16 (1979), S. 270-272; Anonym, Virenschutz auch gegen Krebs?, in: Der Spiegel 45 (1978), S. 278; Anonym, Interferon: Hoffnung für Krebskranke?, in: Der Spiegel 24 (1980), S. 212-225.

<sup>72</sup> Joost Lesterhuis/Eddy S. Houwaart, Bringing the Inbred-Mouse to Europe. The Netherlands Cancer Institute Within the Context of International Cancer Research, in: Eckart, 100 Years, S. 89-94.

<sup>73</sup> Paul, Molekulargenetische Interpretation, S. 97f.

wurde Krebsforschung und -behandlung zu einem großen Geschäft.<sup>74</sup> Krebsforschung wurde und wird immer teurer, je zielgerichteter die Therapien werden. Zugleich steigen die Preise für neue Krebstherapien ebenso wie die möglichen Gewinnspannen. Sowohl Stiftungen als auch Pharmafirmen sind deshalb vor allem seit den 1970er Jahren an die Seite von staatlichen Geldgebern getreten, um Krebsforschung zu finanzieren oder selbst zu betreiben.

Zu diesem Zeitpunkt nun, als die Krebsforschung ein enormes forschungs- und gesundheitspolitisches, finanzielles und soziales Gewicht gewann, wurde die Frage nach einer möglichen psychosozialen, von Gefühlen gesteuerten oder begleiteten Krebsentstehung in klinischen Forschungsvorhaben neu erkundet. Aber wie ist es zu erklären, dass nun diese Frage wissenschaftliches Gewicht bekam, nachdem sie so viele Jahre auf medizinischen Kongressen, in Laboren und in Arztzimmern kaum eine Rolle gespielt hatte? Wie veränderte diese psychosomatische Forschung den Blick auf Körper und Gefühl – durch ihre Konzepte ebenso wie durch die Techniken, mit denen sie diese zu validieren oder weiterzuentwickeln suchte? Hatte das Fehlen, die Randständigkeit und schließlich die begrenzte Anerkennung der Psychosomatik Auswirkungen darauf, wie über Krebs geforscht und wie Krebs behandelt wurde?

## 2.2 „Bei Strafe des großen wissenschaftlichen Banns“: die halb verborgene Wissensgeschichte psychosomatischer Krebsentstehung

Im polemischen Rückblick auf die 1920er Jahre schrieb der Danziger Arzt Erwin Liek 1934 aufatmend in den renommierten *Praktischen Karzinomblättern*:

„Der erfolgreiche Krebsarzt mobilisiert, bewußt oder unbewußt, wollend oder ablehnend, seelische Kräfte gegen den Krebs. Einen solchen Gedanken durfte früher kein Arzt aussprechen oder gar niederschreiben, bei Strafe des großen wissenschaftlichen Banns, nun gar noch beim Krebs.“<sup>75</sup>

<sup>74</sup> In ironischer Brechung wählte eine amerikanische Fernsehserie diesen Begriff zum Titel. Sie erzählt in vier Staffeln, die zwischen 2010 und 2013 im Bezahlsender *Showtime* ausgestrahlt wurden, die Geschichte der Ehefrau und Mutter Cathy Jamison von dem Augenblick an, als bei dieser ein malignes Melanom diagnostiziert worden war. Vom Tonfall her eine Komödie handelt es sich dennoch um eine ernsthafte Auseinandersetzung damit, wie eine Krebsdiagnose das Leben einer Mittelschichts-Amerikanerin verändern kann, ebenso wie mit den Bedingungen, unter denen im Zeitalter von Selbsthilfegruppen und hoch technisierten, lang dauernden Therapien Krebs behandelt wird. *The Big C* erhielt einen *Golden Globe Award* sowie mehrere Nominierungen für den *Emmy* ebenso wie für den *Golden Globe Award*. In Deutschland liefen alle vier Staffeln 2011 auf dem Sender *Fox*.

<sup>75</sup> Erwin Liek, Stand und Zukunft der Krebsbekämpfung, in: *Praktische Karzinomblätter* 1 (1934), S.1-7. Liek starb 1935, so dass unklar bleiben muss, wie sich Liek zur zunehmenden Radikalisierung der NS-Medizin gestellt hätte. Vgl. dazu die Diskussion bei: Michael H. Kater, *Die Medizin*

Liek stieß damit, wie später noch zu zeigen sein wird, in das Horn der sogenannten *Neuen Deutschen Heilkunde*, die die Schulmedizin der 1920er Jahre als „mechanistisch“ und „rationalistisch“, im Zweifelsfall auch „jüdisch“ verurteilte. Doch hatte Liek deshalb im Blick auf die Krebsforschung zwangsläufig Unrecht? Der Arzt und Psychoanalytiker Georg Groddeck kam 1934 zu einem ganz ähnlichen Ergebnis. In einer seiner letzten vor seinem Tod verfassten Schriften räsonierte Groddeck über die „psychische Bedingtheit der Krebskrankheit“ und konstatierte verwundert:

„Das Interesse der Ärzteswelt für die Psychophysik des gesunden und kranken Lebens breitet sich immer mehr aus. Umso verwunderlicher ist es, daß bei der in der Neuzeit am meisten genannten Erkrankung, bei dem Krebs, so gut wie gar keine Versuche gemacht worden sind, die psychischen Wurzeln zu finden.“<sup>76</sup>

Vinzenz Czerny hätte Groddeck an dieser Stelle vermutlich nur halbherzig zugestimmt, denn er hatte 1905 in seiner Antwort auf die Frage der *Medizinischen Klinik* nach möglichen Ursachen der Krebskrankheit noch ganz selbstverständlich darauf verwiesen, dass seelischer Kummer von einigen Ärzten als Krebs-Auslöser diskutiert werde.<sup>77</sup> Er hatte sich dabei auf einen im gleichen Jahr veröffentlichten Aufsatz des Berliner Gynäkologen Wilhelm Alexander Freund (1833-1917) bezogen. Dort hatte Freund anhand einer ganzen Reihe von Fallgeschichten plausibel zu machen versucht, dass sich eine Krebsanlage nur dann zum Carcinom entwickelt, wenn Reize, insbesondere „körperliche und gemüthliche Depressionszustände“, ihr Wachstum anstoßen.<sup>78</sup> Doch Groddeck hatte wohl etwas Anderes im Sinn, als er die fehlende Suche nach den psychischen Wurzeln der Krebskrankheit beklagte. Ihm ging es offensichtlich um eine Erforschung psychischer Faktoren im Horizont der psychoanalytischen Theorie.

Diese Unterscheidung ist in mehrfacher Hinsicht bedeutsam. Zunächst verweist sie darauf, dass seit den 1910er Jahren unter psychoanalytisch orientierten Ärzten

---

im nationalsozialistischen Deutschland und Erwin Liek, *Geschichte und Gesellschaft* 16, 4 (1990), S. 440-463. Zu Lieks Biographie vgl. auch: Wolfgang U. Eckart, *Illustrierte Geschichte der Medizin*, Berlin/ Heidelberg 2011, S. 233.

<sup>76</sup> Georg Groddeck, *Von der psychischen Bedingtheit der Krebskrankheit*, in: *Psychoanalytische Schriften zur Psychosomatik*, hg. von Günter Clauser, Wiesbaden 1966, S. 380-385, hier S. 380. Zur Biographie Groddecks, u.a. auch zu dessen Frauenbild, vgl. Veronika Fuechtner, *Berlin Psychoanalytic. Psychoanalysis and Culture in Weimar Republic Germany and Beyond*, Berkeley/Los Angeles/London 2011, S. 65-112.

<sup>77</sup> Czerny, Antwort, S. 497.

<sup>78</sup> Wilhelm Alexander Freund, *Zur Naturgeschichte der Krebskrankheit nach klinischen Erfahrungen*, in: *Zeitschrift für Krebsforschung* 3, 1 (1905), S. 1-33, hier S. 23.

diskutiert wurde, inwieweit die Psyche den Körper krank machen kann.<sup>79</sup> Sie deutet aber auch darauf hin, dass Psychoanalytiker ebenso wie Psychologen ältere Modelle des Zusammenwirkens von Leib und Seele fallen gelassen hatten. Das neue Konzept der Psyche deckte sich keinesfalls mit dem, was vorher Seele genannt worden war. Damit musste auch die Frage nach dem Ort des Gefühls in Psyche und Körper neu gestellt werden.<sup>80</sup>

Ein wichtiges Diskussionsforum für solche Fragen waren Kongresse. Ein Großereignis dieser Art fand im April 1926 in Groddecks damaliger Heimatstadt Baden-Baden statt: 419 Männer und Frauen (diese allerdings in der Minderzahl) reisten aus allen Teilen Deutschlands, aber auch der Schweiz, Österreichs und den Niederlanden zum *Ersten Allgemeinen ärztlichen Kongreß für Psychotherapie* an, auf dem die Rolle der Psychotherapie auf den verschiedenen Gebieten ärztlicher Praxis diskutiert werden sollte. Dementsprechend waren keineswegs nur die bekannten bereits psychotherapeutisch tätigen Ärzte anwesend. Niedergelassene Allgemeinmediziner trafen hier auf Klinikärzte und solche, die in Heilanstalten praktizierten. Das Spektrum reichte von den erwartungsgemäß in großer Zahl angereisten Neurologen über Psychiater, Internisten, Gynäkologen bis hin zu den Kindertherapeuten.<sup>81</sup> Zum Abschluss der drei Tage fasste Ernst Simmel (1882-1947), Mitgründer der *Berliner Psychoanalytischen Vereinigung*, seine Eindrücke geradezu euphorisch zusammen:

„Außerdem leiten ja gerade die Ergebnisse des heutigen Kongresses bereits die neue Ära einer klinischen Medizin ein, in der wir, soweit es die Therapie anlangt, Abschied nehmen von der Überbewertung des einzelnen Organs, sondern in jedem Krankheitsgeschehen die symptomatische Äußerung einer Persönlichkeitsstörung erblicken, die wir von der psychischen wie von der physischen Seite aus betrachten und auch behandeln müssen. [...] [Freud] hat seine Schüler immer daran gemahnt, daß einmal die Zeit kommen wird, wo die Ergebnisse der Psychoanalyse ihre somatisch-biologische Fundamentierung erfahren werden. ... Seine Prophezeiung, daß einst der Augenblick kommen wird, wo sich auf der Höhe der Arbeit die von beiden Seiten kommenden Ärzte

---

<sup>79</sup> Äußerst instruktiv als Überblick: Anthony Kauders, *Der Freud-Komplex: Eine Geschichte der Psychoanalyse in Deutschland*, Berlin 2014.

<sup>80</sup> Zum Übergang vom theologisch geprägten medizinischen Diskurs zur „Erfindung“ des psychologischen Gefühls: Dixon, *From Passions to Emotions. Zur Auseinandersetzung der frühen Psychoanalyse mit dem Begriff des Gefühls* vgl. Uffa Jensen, *Zuviel der Liebe: Die Weltgeschichte der Psychoanalyse in Berlin, London und Kalkutta 1910-1940*, Habilitationsschrift, FU Berlin 2016.

<sup>81</sup> Vgl. die Teilnehmerliste in: Wladimir Eliasberg (Hg.), *Bericht über den I. Allgemeinen ärztlichen Kongreß für Psychotherapie in Baden-Baden, 17.-19. April 1926*, Halle 1927, S. 319-327.

begegnen werden, scheint mir heute verwirklicht. Es ist für den Psychoanalytiker eine Freude und Genugtuung, in diesem historischen Augenblick zugegen gewesen zu sein.“<sup>82</sup>

Der ebenfalls anwesende Groddeck meldete sich in der Abschlussdiskussion nicht zu Wort, aber er wird den Kongress von 1926 wohl kaum als Beginn einer neuen Ära erlebt haben – und das nicht nur wegen seines angespannten Verhältnisses zu Freud, der dem Kongress ferngeblieben war. Denn die meisten Vorträge hatten an einem Verständnis von Körper, Psyche und Gefühl festgehalten, das Groddeck nicht weit genug gegangen sein wird. August Mayer (1876-1968) etwa, Direktor der Tübinger Universitäts-Frauenklinik, plädierte zwar dafür, nach möglichen seelischen Auslösern, vor allem nach „unlustbetonten Affekten, Schreck, Angst“ zu fahnden, beschränkte deren Wirksamkeit aber entschieden auf solche Fälle, bei denen ein „örtliches Organleiden“ sicher ausgeschlossen werden könne und erklärte schließlich kategorisch: „Um ja nicht mißverstanden zu werden, sei eigens betont, die sogenannte große Gynäkologie wird durch diese Dinge nicht berührt. In ihrem Bereich wird auch künftighin das Messer seine Herrschaft behalten und seine segensreiche Wirkung haben.“<sup>83</sup>

Mayer ging mit dieser deutlichen Einschränkung hinter ein Verständnis von Psychosomatik zurück, wie es Felix Deutsch (1884-1964), einer der Pioniere der psychoanalytischen Psychosomatik, bereits 1921 in einem Vortrag zum Zusammenhang von „Psychoanalyse und organischen Krankheiten“ formuliert hatte.<sup>84</sup> Deutsch hatte dort dargelegt, „daß ein nicht unwesentlicher Teil der Symptome organischer Krankheiten seine Determinierung rein aus dem Psychischen erfahren kann“.<sup>85</sup> Der Ausgangspunkt einer solchen von Deutsch anhand verschiedener Fallgeschichten dargestellten Psychogenese organischer Krankheiten war in seinen Augen ein Konflikt,

---

<sup>82</sup> Eliasberg, Bericht, S. 318.

<sup>83</sup> August Mayer, Über psychogene Entstehung gynäkologischer Symptome, in: Eliasberg, Bericht, S. 85-98, hier S. 85 und 95. Mayer beschäftigte sich sein ganzes Leben lang mit den psychosomatischen Fragen im Hinblick auf die Gynäkologie, blieb aber im Wesentlichen der hier bereits angedeuteten Position verhaftet. Bereits vor 1933 setzte sich Mayer für die eugenische Sterilisierung ein. Unter seiner Leitung wurden in der Tübinger Frauenklinik über 700 Frauen zwangsweise sterilisiert, vgl. Thorsten Doneith, August Mayer – Direktor der Universitäts-Frauenklinik Tübingen 1917-1949, Med. Diss., Tübingen 2007, S. 85-157.

<sup>84</sup> Mit diesem Vortrag wurde Deutsch die Aufnahme in die *Wiener Psychoanalytische Vereinigung* zugestanden. Eine überarbeitete Fassung wurde veröffentlicht als: Felix Deutsch, Psychoanalyse und Organkrankheiten, in: Internationale Zeitschrift für Psychoanalyse 8, 3 (1922), S. 290-306. Zu Deutsch vgl. Gerrit Hohendorf, Die psychosomatische Theoriebildung bei Felix Deutsch (1884-1964). Ein Beitrag zur Geschichte der Psychoanalyse des Körpers, Husum 2004.

<sup>85</sup> Deutsch, Psychoanalyse, S. 294.



der – da verdrängt – zur Neurose wurde. Die nervliche Erregung wurde dementsprechend über das vegetative Nervensystem umgeleitet und führte schließlich nicht nur zu einer Funktionsänderung (wie Mayer annahm), sondern auch zu einer „materiellen Schädigung“. So konnte also auch ein Magengeschwür psychogen verursacht sein, ließ sich allerdings als irreversible Organschädigung nicht mehr allein durch Psychoanalyse, sondern nur durch die Zusammenarbeit von Internist und Analytiker heilen.<sup>86</sup> Magenkrebs jedoch, eine zu dieser Zeit unter Männern verbreitete Form der Krebserkrankung, tauchte in den Überlegungen Deuschs nicht auf. Genau an dieser Leerstelle setzte die Verwunderung Groddecks an: Nicht allein Deusch, sondern sämtliche an der psychoanalytischen Psychosomatik interessierten deutschsprachigen Ärzte übergangen die Krebskrankheit schlichtweg, als sei es vollständig abwegig, auch nur darüber nachzudenken, ob psychische Faktoren bei der Entstehung von Krebs eine Rolle spielen könnten.

Groddeck war der einzige deutschsprachige Psychosomatiker, der dieses Schweigen überhaupt als Forschungslücke benannte – um dann selbst darüber nachzudenken, welche Rolle die Psyche bei der Entstehung von Krebs spielen könnte.<sup>87</sup> Diese Arbeiten Groddecks zur Psychosomatik der Krebserkrankung helfen zu erklären, worüber die anderen nur schweigen – nämlich, warum Krebs kaum als psychosomatische Erkrankung thematisiert wurde. Zudem fanden Groddecks Deutungen – verstanden als eine Art intuitives, wissenschaftlich nicht abgesichertes Wissen – durchaus Eingang in die medizinische Praxis und wurden im Zuge des Psychobooms der 1960er Jahre wieder aufgegriffen.<sup>88</sup>

Eine wesentliche Voraussetzung dafür, dass Groddeck den Krebs als psychosomatische Erkrankung entdeckte, war vermutlich, dass er – anders als viele seiner Psychosomatiker-Kollegen – weder in der Klinik noch als niedergelassener Arzt arbeitete. Denn dort war die von Mayer beschriebene „Herrschaft des Messers“ bzw. des

---

<sup>86</sup> Deusch, Psychoanalyse, S. 290, 300 und 306.

<sup>87</sup> Auch außerhalb der deutschsprachigen Psychosomatik lassen sich in den 1920er Jahren nur sehr wenige Beispiele für eine psychosomatische Betrachtung der Krebskrankheit finden. Eine bedeutende Ausnahme stellt die ausführliche, tiefenpsychologische Studie der Amerikanerin Elida Evans dar, die diese 1926 mit einer kurzen, aber wohlwollenden Einleitung aus der Feder von C.G. Jung publizierte: dies., A Psychological Study of Cancer, New York 1926. Wilhelm Reich (1897-1957), der zu diesem Zeitpunkt schon anfang, sich von Freud zu distanzieren, beschäftigte sich erst nach 1933 im skandinavischen, ab 1939 amerikanischen Exil mit Krebs, eine Beschäftigung, die für Reichs Spätwerk wesentlich werden sollte, vgl. etwa Wilhelm Reich, Der Krebs [1948], Köln 1974. Zu Reich und seiner Krebs-Theorie: Strick, Wilhelm Reich, S. 186-217.

<sup>88</sup> So wurden in den 1960er Jahren erstmals nach Groddecks Tod 1934 einige seiner Schriften neu aufgelegt.

„Strahls“ (der Radiologie) so unangefochten, dass Krebskranke fast ausnahmslos zur Behandlung an Chirurgen oder Radiologen übergeben wurden und sich jeder Arzt, der eine andere Behandlung versuchte, gegen den Vorwurf des „Kurpfuschertums“ zur Wehr setzen musste. Groddeck hingegen hatte bereits im Jahr 1900 ein eigenes kleines Sanatorium mit fünfzehn Betten in Baden-Baden gegründet, in dem er überwiegend chronisch oder unheilbar Kranke behandelte. Diesen Patienten, die nach den medizinischen Maßstäben der Zeit nicht mehr zu heilen waren, bot Groddeck eine Behandlung an, die verschiedene ältere und neue therapeutische Elemente kombinierte. Tägliche Massagen, Fußbäder und eine bestimmte Diät sollten die Zirkulation der Körpersäfte anregen, Hypnose, Suggestion und Psychoanalyse verdrängte Konflikte zu Tage fördern und bearbeiten. Diese unkonventionelle Therapievelfalt des „wilden Analytikers“, wie Groddeck sich selbst bezeichnete, deutet bereits an, dass er Körper und Psyche nicht als zwei voneinander getrennte Wesenheiten auffasste, deren eine die andere im Sinne einer Psychogenese beeinflussen konnte.<sup>89</sup>

Denn genau dieses, von den meisten Psychosomatikern der 1920er Jahre genutzte Modell der Psychogenese, die entweder hysterisch oder aber neurotisch angelegt war, lehnte Groddeck ab. Er betonte demgegenüber bereits 1917 in seiner ersten grundlegenden Schrift zur „Psychischen Bedingtheit und psychoanalytischen Behandlung organischer Leiden“:

„An sich ist die Tatsache, daß der Mensch errötet, wenn er sich schämt, daß er erblaßt, wenn er erschrickt, daß er Tränen vergießt in der Trauer, daß der Atem keucht oder stockt, das Herz rascher schlägt oder still steht in der Leidenschaft, daß die Darmschlingen sich schneller in der Angst bewegen und daß es Angstschweiß gibt, bekannt genug, wie es scheint zu bekannt, um beachtet zu werden. Sollte es so unmöglich sein, daß auch der Wärmehaushalt des Organismus ebenso wie sein Kreislauf, ebenso wie sein Wachstum durch psychische Einwirkungen beeinflusst wird, daß Fieber psychisch bedingt sein kann? Gewiß kann es das sein, denn für das Ubw [so nannte Groddeck das Unbewusste] gibt es die Trennung von Körper und Seele nicht; je nachdem es ihm zweckmäßig dünkt, benutzt es das eine Mal den Körper, das andere Mal die Seele.“<sup>90</sup>

Damit drehte Groddeck das Warum – also *die* Frage der modernen, vom bakteriologischen Paradigma und seiner Suche nach dem *einen* Krankheitserreger beeinflussten Ätiologie um in ein Wozu. In seinen Augen trat eine Krankheit nicht auf, weil es eine

<sup>89</sup> Michael Giefer (Hg.), Briefwechsel Georg Groddeck – Sigmund Freud, Frankfurt a.M./Basel 2008, S. 176f.

<sup>90</sup> Georg Groddeck, Die psychische Bedingtheit und psychoanalytische Behandlung organischer Leiden, Leipzig 1917, S. 17f.

physische oder psychische Ursache gab, sondern weil das Unbewusste mit der Krankheit einen verdrängten Konflikt ausdrückte oder „löste“. So erklärte Groddeck 1917 den Gebärmutterkrebs als Ausweg, den das Unbewusste der Frau für den ihr von der öffentlichen Moral abverlangten Verzicht auf sexuelle Lust fand:

„Dem sinnlos vom Teufel der Heuchelei gemarterten Weibe hilft das Ubw. Es schenkt ihm den Schwindel, die Ohnmacht, das Herzweh, die Entstellungen des Körpers, den üblen Geruch, den weißen Fluß, die Eierstock- und Gebärmutterentzündungen, die unberechenbaren Blutungen und schließlich den Krebs; damit hält es die Versuchungen fern, schreckt es alles Begierden Erregende zurück.“<sup>91</sup>

Diese Überlegungen zum Krankheitsgewinn, den das Unbewusste in der Krebserkrankung „schenkte“, führte Groddeck in seiner anfangs erwähnten, 1934 verfassten Schrift fort und verknüpfte sie nun mit dem Gedanken der selbstgesuchten Bestrafung.<sup>92</sup> Die Krebskrankheit erschien Groddeck nun als die vom Es gesuchte „Bestrafung“ dafür, dass sich Frau (oder Mann) ein Kind versagt hatten.<sup>93</sup> Damit verschob er gegenüber 1917 erstens die von ihm behauptete tiefenpsychologisch wirksame symbolische Bedeutung der Krebserkrankung und bezog sich zweitens auf ein etwas anderes Verständnis von Körper und Emotion. Denn im Hintergrund seiner Argumentation stand nicht mehr die allgemeine Physiologie, nach der der Mensch errötet, wenn er sich schämt. Stattdessen stützte er sich auf ein endokrinologisches Verständnis der Physiologie, das die Hormone in den Mittelpunkt stellte – so wie es zur gleichen Zeit viele experimentelle Krebsforscher ebenfalls taten, wenn auch innerhalb eines völlig anderen Deutungsrahmens: Aus der Beobachtung, dass Teer im Mäuseexperiment krebserregende Wirkung gezeigt hatte und Stoffe enthielt, die den weiblichen Geschlechtshormonen ähnelten, schloss Groddeck, dass Krebs mit dem „Mutter-Kind-Verhältnis“ zu tun haben müsse.<sup>94</sup> Als weiterer „Hinweis“ diente Groddeck die von Medizinstatistikern getroffene Feststellung, dass Frauen überwiegend an den Geschlechtsorganen erkrankten. Außerdem verwies er auf die sprachliche Analogie zwischen der Benennung von Krebs als „Neubildung“ und der Vorstellung, dass der

---

<sup>91</sup> Groddeck, Psychische Bedingtheit und psychoanalytische Behandlung, S. 15.

<sup>92</sup> Groddeck, Psychische Bedingtheit der Krebskrankheit, S. 381.

<sup>93</sup> Den Begriff des „Es“ hatte Groddeck erstmals 1923 öffentlich gebraucht. Der Begriff wurde von Freud im selben Jahr übernommen, ohne dass er sich auf Groddeck bezogen hätte – ein Grund dafür, dass die Beziehungen zwischen Groddeck und Freud immer angespannter wurden, vgl. Georg Groddeck, Das Buch vom Es. Psychoanalytische Briefe an eine Freundin, Leipzig/Wien/ Zürich 1923 und Sigmund Freud, Das Ich und das Es, Leipzig 1923.

<sup>94</sup> Groddeck, Psychische Bedingtheit der Krebskrankheit, S. 380.

Embryo die eigentliche „Neubildung“ im Körper eines Menschen sei. Krebs also sei der „abscheulich Wechselbalg“, den das Es im Körper der Frau wachsen ließe, um sie für den Schmerz und die Not zu bestrafen, die sie sich selbst zugefügt habe, indem sie sich – wie die zivilisierte Gesellschaft es in vielen Situationen von ihr verlange – ein Kind versage.<sup>95</sup> Dass auch Männer Krebs bekommen könnten, erklärte Groddeck damit, dass auch ein nicht geborenes „Geisteskind“ Schmerz und Trauer bedeuten und ein analoges Strafbedürfnis auslösen könne. Mund, Magen und Mastdarm, als zu Groddecks Zeit häufigste Lokalisationen einer Krebserkrankung beim Mann, seien die Körperteile, die das „Geisteskind“ „empfangen, aufbewahren oder ausstoßen“ würden.<sup>96</sup>

Auch wenn Groddeck hier also einen Mechanismus der Krankheitsentstehung skizzierte, der für Frauen ebenso wie für Männer gelten sollte, stand der weibliche Körper, die weibliche Sexualität, das weibliche Gefühl doch Modell für diesen Mechanismus. Krebs mit nicht-ausgelebter weiblicher Sexualität und versagter Mütterlichkeit in Beziehung zu setzen, ist eine Tendenz, die sich in der modernen Geschichte der Psychosomatik immer wieder feststellen lässt. Sie geht vermutlich zurück auf wesentlich ältere Vorstellungen über die besondere Intensität weiblicher Gefühle, die den weiblichen Körper destabilisierten und weibliche Sexualität problematisch erscheinen ließen.<sup>97</sup> Dass die Annahme, Krebs sei in irgendeiner Weise auf nicht-ausgelebte Sexualität und unterdrückte Gefühle zurückzuführen, zwar bis in die 1950er Jahre mit dem „großen wissenschaftlichen Bann“ belegt war, steht außer Frage. Allerdings lassen sich hier und da durchaus Hinweise finden, dass Ärzte diesen Zusammenhang quasi unter der Hand weitergaben – ein Wissen, das etwa in einer über lange Jahre kolportierten Empfehlung des hoch angesehenen Chirurgen Ferdinand Sauerbruch (1875-1951) an seine Oberärzte aufscheint, zur Verhinderung von Gebärmutterkrebs sexuelle Beziehungen mit den Oberschwestern aufzunehmen.<sup>98</sup>

<sup>95</sup> Groddeck, Psychische Bedingtheit der Krebskrankheit, S. 381f.

<sup>96</sup> Groddeck, Psychische Bedingtheit der Krebskrankheit, S. 382.

<sup>97</sup> Jasen, Malignant Histories.

<sup>98</sup> Ob Sauerbruch dies tatsächlich gesagt hat, lässt sich nicht nachprüfen. Wesentlich ist aber an dieser Stelle, dass dieser Ausspruch kolportiert wurde und als glaubhaft galt. Das bedeutet, dass diese Vorstellung von „Krebsvorsorge“ auch unter Ärzten eine gewisse Plausibilität für sich in Anspruch nehmen konnte. Der Hinweis auf den Ausspruch Sauerbruchs findet sich in: Anonym, Krebs durch Seelenschmerz, S. 110. Zur ambivalenten Haltung Sauerbruchs gegenüber dem Nationalsozialismus vgl. Marc Dewey/Udo Schagen/Wolfgang U. Eckart/E. Schönenberger, Ernst Ferdinand Sauerbruch and His Ambiguous Role in the Period of National Socialism, in: *Annals of Surgery* 244, 2 (2006), S. 315-321.

Die von Groddeck benutzten Geschlechterstereotypen waren es also nicht, die sein Modell in den Augen der Psychosomatiker und Krebsforscher der Zwischenkriegszeit abwegig erscheinen ließen.<sup>99</sup> Sein Modell war in erster Linie epistemologisch anstößig, weil er auf einer teleologischen Erklärung von Krankheit (Wozu dient die Krankheit?) beharrte und nicht nach der Krankheitsursache fragte, wie es die Bakteriologen und Pathologen seiner Zeit taten. Die zeitgenössischen Psychosomatiker stellten zwar auch die von Freud übernommene Frage nach dem Krankheitsgewinn, verzichteten aber keineswegs darauf, im Rahmen der Psychogenese nach psychischen und organischen Krankheitsursachen zu fahnden.<sup>100</sup>

Die Zuspitzung auf den Krankheitsgewinn wird jedoch auch jenseits ihrer epistemologischen Problematik Skepsis hervorgerufen haben. Dies wird deutlich, wenn der Blick auf solche psychosomatisch orientierten Ärzte fällt, die zumindest in der Frage nach dem Wozu? einer Krankheit in mancher Hinsicht ähnliche Denkpfade beschritten haben. Der Internist und Neurologe Viktor von Weizsäcker, einer der herausragenden Vertreter der sogenannten Heidelberger Schule der Psychosomatik, suchte in den 1930er Jahren ebenfalls nach dem „inneren Sinn“ einer Krankheit, in dem er ein lebensgeschichtliches Problem ausgedrückt sah.<sup>101</sup> Aber auch Weizsäcker dachte erst später und dann auch nur als erkenntnistheoretisches Problem darüber nach, ob seelische Faktoren bei der Entstehung von Krebs eine Rolle spielen könnten.

Dass das Es seinem Körper aus Trauer und Schuldgefühl über ein nicht-geborenes Kind die Krankheit Krebs „schenken“ sollte, wird den meisten derjenigen, die krebserkrankte Menschen in diesen Jahren sterben sahen, als undenkbar, wenn nicht sogar zynisch erschienen sein. Wie unvorstellbar selbst den meisten Psychoanalytikern die Annahme eines tödlichen Krankheitsgewinns war, zeigte zu gleicher Zeit die heftige Debatte um Freuds Postulat, es gebe einen Todestrieb.<sup>102</sup> Krebs war zu dieser Zeit eine

---

<sup>99</sup> Will, *Geburt der Psychosomatik*, S. 52f.

<sup>100</sup> Viktor von Weizsäcker stellte allerdings bereits in den 1920er Jahren den subjektiven Sinn einer Krankheit in der Lebensgeschichte des Patienten in den Mittelpunkt, ein Modell, das in der konsequenten Abkehr von messbaren Krankheitsursachen vergleichbar ist.

<sup>101</sup> Viktor von Weizsäcker, *Über seelische Einflüsse auf den Ablauf von Kreislaufkrankheiten*, in: Richard Siebeck/Harald Schultz/Viktor von Weizsäcker, *Über seelische Krankheitsentstehung. Drei Vorträge*, Leipzig 1939, S. 42-56.

<sup>102</sup> Einer der zentralen Gegner Freuds in dieser Debatte, die Freud 1920 mit seiner Schrift „Jenseits des Lustprinzips“ anstieß, war Wilhelm Reich, vgl. Elisabeth Timm, *Jenseits der Gesellschaft – Freud, Todestrieb und der Konflikt mit Wilhelm Reich*, in: Moshe Zuckermann (Hg.), *Geschichte und Psychoanalyse*, Göttingen 2004, S. 29-55. Der einflussreiche Psychiater und Psychoanalytiker Ernst Simmel, der 1934 in die USA emigrierte, diskutierte zwar zu diesem Zeitpunkt die Rolle des Todestriebes als Reaktion auf ein Gefühl der Schuld bei der Entstehung einer lebensbedrohlichen Krankheit, einer Herzwassersucht, diese war aber erstens heilbar und zweitens deutlich weniger

Krankheit mit fast immer tödlichem Ausgang. Besonders gefürchtet war die Krebskrankheit aber, weil sie oft unerträgliche Schmerzen verursachte, die zu diesem Zeitpunkt medikamentös kaum beherrscht werden konnten. Außerdem verunstalteten die Krebsgeschwüre oft den Körper der Kranken und sonderten einen von vielen als ekelerregend beschriebenen Geruch ab, so dass die Pflege von Krebskranken in fortgeschrittenem Stadium im Krankenhaus ebenso wie zuhause als extreme Belastung dargestellt wurde.<sup>103</sup> Zudem widersprach die Vorstellung, ein Organismus wähle sich eine Krankheit, die mit großer Wahrscheinlichkeit tödlich ende, dem Epistem der Selbsterhaltung, das nicht nur für die Evolutionstheorie zentral war, sondern auch für die Physiologie, einer für Psychologie und Psychosomatik grundlegenden Disziplin.<sup>104</sup> So hatte Friedrich Kraus, Berliner Physiologe und späterer Vorsitzender des *Deutschen Zentralkomitees zur Erforschung und Bekämpfung der Krebskrankheit* in einem außerordentlich einflussreichen, frühen Artikel festgehalten, dass „alle Teilfunktionen der Organe [...] [in der Seele] zu einer Einheit verbunden [sind], in wechselseitige Beziehung gesetzt und geregelt zur Verwirklichung des Gesamt-, ‚Zweckes‘: der Selbsterhaltung.“<sup>105</sup>

Schließlich sprachen noch zwei weitere Faktoren gegen eine breitere Anerkennung von Groddecks Forschung. Der erste Einwand war die therapeutische Hoffnungslosigkeit von Groddecks Modell. Denn anders als der erwähnte Kraus im Hinblick auf den Reizmagen konnte Groddeck hier nicht auf die „sich immer erneuernde Erfahrung von der Wirksamkeit der rein psychischen Therapie“ verweisen.<sup>106</sup> Die von Groddeck angeführten Erfolge einer rein psychischen Therapie organischer Erkrankungen wie der Netzhautblutung waren schon an anderer Stelle von Felix Deutsch angezweifelt worden. Im Hinblick auf die Krebserkrankung mochte selbst Groddeck nicht von Heilung, sondern „nur“ von Hilfe sprechen.<sup>107</sup> Wie bereits Vinzenz Czerny

---

leidvoll als eine Krebserkrankung, vgl. Ernst Simmel, Über die Psychogenese von Organstörungen und ihre psychoanalytische Behandlung [1931], in: Psychoanalyse und ihre Anwendungen, hg. von Ludger M. Hermanns/Ulrich Schultz-Venrath, Frankfurt a.M. 1993, S. 139-150.

<sup>103</sup> Vgl. dazu die Ausführungen in Kapitel 5.

<sup>104</sup> Vgl. etwa zum Frühwerk des Physiologen Wilhelm Wundt: Claudia Wassmann, Physiological Optics, Cognition and Emotion: A Novel Look at the Early Work of Wilhelm Wundt, in: *Journal of the History of Medicine and Allied Sciences* 64, 2 (2009), S. 213-249.

<sup>105</sup> Friedrich Kraus, Die Abhängigkeitsbeziehungen zwischen Seele und Körper in Fragen der inneren Medizin, in: *Ergebnisse der Inneren Medizin und Kinderheilkunde* 1 (1911), S. 1-46, hier S. 10. Kraus war von 1921 bis 1933 Vorsitzender des *Deutschen Zentralkomitees zur Erforschung und Bekämpfung der Krebskrankheit*.

<sup>106</sup> Kraus, *Abhängigkeitsbeziehungen*, S. 43.

<sup>107</sup> Deutsch, *Psychoanalyse und Organkrankheiten*, S. 302 sowie Groddeck, *Psychische Bedingtheit der Krebskrankheit*, S. 385.

in seiner Antwort auf die Umfrage der *Medizinischen Klinik* 1905 angedeutet hatte, war die Hoffnung auf eine wirksame, Heilung versprechende Therapie für viele Krebsforscher und -ärzte ein wesentliches Motiv, um eine Forschungsrichtung weiter zu verfolgen – diese Hoffnung versagte Groddecks Modell zugunsten eines bescheideneren Versprechens auf Hilfe durch Psychotherapie, die allerdings angesichts der in den 1920er und 1930er Jahren herrschenden Bettennot in den Krankenhäusern kaum umsetzbar schien.<sup>108</sup>

Letztlich blieb Groddeck allerdings in den Augen der meisten Krebsforscher und vieler Psychosomatiker eine Erklärung dafür schuldig, wie die Trauer und das Schuldgefühl gesunde Körperzellen dazu bringen konnten, zu Krebszellen zu „entarten“. Zwar bezog sich Groddeck auf die Ergebnisse experimenteller medizinischer Forschung zu Karzinogenen und Hormonen, beides Schwerpunktthemen der 1930er Jahre in Deutschland, aber er zog diese Ergebnisse eher assoziativ heran. Vor allem aber ließ sich sein Modell in keiner Weise experimentell überprüfen – weder am Menschen noch in Gewebekulturen oder im Tierexperiment, das in der Krebsforschung eine zentrale Stellung einnahm. Im Gegenteil: Der Blick auf das Tierreich war eines der stärksten Argumente gegen Groddecks Modell. Da auch Tiere und sogar Pflanzen an Krebs erkranken konnten, nahm man an, dass Krebsursachen spezieübergreifend wirksam sein müssten.<sup>109</sup> Zwar wurde spätestens seit Charles Darwins „*The Expressions of the Emotions in Man and Animals*“ (1872) erhitzt darüber diskutiert, ob und wenn ja zu welchen Gefühlen Tiere fähig waren.<sup>110</sup> Keines der Lager in dieser Auseinandersetzung hätte aber angenommen, dass Tiere zu so komplexen Gefühlen in der Lage waren, wie Groddecks Modell der Krebsentstehung sie voraussetzte.

Nicht zufällig stand darum die Angst im Mittelpunkt vieler psychosomatischer Debatten der 1920er Jahre, so dass Felix Deutsch schließlich resümierte: „Jede Krankheit ist Angstkrankheit.“<sup>111</sup> Auch Freud setzte sich zu diesem Zeitpunkt intensiv mit der

---

<sup>108</sup> Auch vor dem Hintergrund dieser vielfach beklagten Bettennot wurde die Pflege von Krebskranken in Krankenhäusern kontrovers diskutiert und viele Krankenhäuser suchten nach Auswegen, wie sie sich der nicht mehr operablen oder zu bestrahlenden Krebskranken „entledigen“ konnten, die auch zuhause keine Aufnahme mehr fanden. Vgl. dazu die Diskussion in Kapitel 4.

<sup>109</sup> Vgl. zum Beispiel: Internationale Hygiene-Ausstellung Dresden 1911. Mai bis Oktober [Broschüre: Ausstellungsübersicht], S. 57f. HSTAD 10736, Nr. 15392, Bl. 6.

<sup>110</sup> Joanna Bourke, *What It Means to Be Human: Reflections From 1791 to the Present*, London 2011, S. 122-126; Pascal Eitler, *Der „Ursprung“ der Gefühle. Reizbare Menschen, reizbare Tiere*, in: Ute Frevert u.a., *Gefühlswissen. Eine lexikalische Spurensuche in der Moderne*, Frankfurt a.M. 2011., S. 93-119.

<sup>111</sup> Felix Deutsch, *Der gesunde und der kranke Körper in psychoanalytischer Betrachtung*, in: *Internationale Zeitschrift für Psychoanalyse* 12, 3 (1926), S. 493-503, hier S. 502.

Angst auseinander, deren Gegenspieler aus seiner Sicht die Libido war und die von ihm als „Affektzustand“ konzipiert wurde.<sup>112</sup> Ob Angst nun Trieb, Affektzustand oder Gefühl war – kaum ein Forscher zweifelte daran, dass Tiere Angst empfinden könnten. Und Angst ließ sich in experimentellen Skripten inszenieren. Solche Versuchsanordnungen konnten sich an den Experimenten des russischen Physiologen Iwan Pawlow (1849-1936) orientieren, der die physiologische Reaktion – die Absonderung von Speichel im Fall seiner berühmten Hundeexperimente – maß, um die Stärke und Konditionierung eines psychischen Reizes zu bestimmen.<sup>113</sup> Frühe Psychologen wie etwa Wilhelm Wundt (1832-1920) hatten andere physiologische Indikatoren zum Maß des Gefühls gemacht – die Pulsfrequenz, die Blutzirkulation, die Absonderung von Magensäure.

Umgekehrt dienten diese physiologischen Indikatoren als Nachweis dafür, dass „einfache“, aber „starke“ Gefühle wie die Angst physiologische Reaktionen hervorriefen, die bei entsprechender Hemmung dauerhafte physiologische und funktionelle Veränderungen nach sich ziehen konnten.<sup>114</sup> Die Krebskrankheit entzog sich diesem Modell und seiner experimentellen Überprüfung, weil die von Groddeck diskutierten Gefühle zu komplex waren, um im Tierexperiment nachgewiesen zu werden und Versuche am gesunden Menschen als ethisch fragwürdig erschienen wären. Zudem wurde die Krebskrankheit von der Mehrheit der Krebsforscher nicht als funktionell verursachte Krankheit verstanden, sondern als Problem der Zellulärpathologie, als „Entartung“ von Zellen.

Zwar hatte der spätere Nobelpreisträger Otto Warburg in den 1920er Jahren aus seinen Experimenten geschlossen, dass sich Krebszellen im Unterschied zu normalen Körperzellen durch anaerobe Vergärung mit Energie versorgen konnten, und er hatte

---

<sup>112</sup> Sigmund Freud, *Hemmung, Symptom und Angst*, Leipzig/Wien/Zürich 1926.

<sup>113</sup> Vgl. zur Rezeption in Deutschland sowie zu weitergehenden physiologischen Versuchen am Menschen: Kraus, *Abhängigkeitsbeziehungen*, S. 32-36 und Georg Nicolai, *Erforschung der Tierpsyche*, Leipzig 1907.

<sup>114</sup> Angst spielte auch eine wesentliche Rolle in der einflussreichsten, auch in Deutschland rezipierten Schrift des amerikanischen Physiologen Walter Cannon, der Angst (und Wut) als wesentliche Elemente einer evolutionär entstandenen Mobilisierung des Körpers zu Flucht oder Verteidigung verstand und die kurz- und langfristigen physiologischen Effekte insbesondere im Hinblick auf die Hormonproduktion untersuchte, vgl. Walter Cannon, *Bodily Changes in Pain, Hunger, Fear and Rage*, New York/London 1915. 1932 benannte er erstmals die Homöostasis als Ziel der physiologischen Prozesse, das heißt die Aufrechterhaltung oder Wiederherstellung eines inneren Gleichgewichts. Insofern richtete sich Cannons Interesse in erster Linie auf den Prozess der Wiederherstellung bzw. Heilung durch die „Weisheit des Körpers“, wie er sein Buch nannte; vgl. ders., *The Wisdom of the Body*, New York 1932. Vgl. zu Cannons Rolle innerhalb der holistischen Bewegung: Allan Young, *Walter Cannon and the Psychophysiology of Fear*, in: Lawrence/Weisz (Hg.), *Greater Than the Parts*, S. 234-256.



damit postuliert, dass sich im Fall der Krebskrankheit physiologische Veränderungen auf der Ebene der Zelle zeigten – doch experimentell nachweisen konnte Warburg nur hohe Konzentrationen von Laktat als Produkt anaerober Vergärung in Krebszellen. Diesen Prozess experimentell in Gang zu setzen, indem man Tiere bestimmten Gefühlsreizen aussetzte, war technisch nicht machbar und wurde zu diesem Zeitpunkt, als Warburgs Erklärung der Laktat-Konzentration noch eine unbewiesene Hypothese war, nicht einmal diskutiert.

Dennoch: Als Groddeck 1934 in einer seiner letzten Schriften nach der psychischen Bedingtheit von Krebs fragte, sah der zuvor erwähnte Danziger Arzt Erwin Liek bereits Anzeichen dafür, dass sich der „große wissenschaftliche Bann“ über der Frage nach den seelischen Bedingungen der Krebskrankheit hob.

### **2.3 Abschied vom Nagetier als „Maß menschlicher Dinge“? Der Krebs des „ganzen“ Menschen und die Neue Deutsche Heilkunde**

Erwin Liek (1878-1935) war nicht nur der engagierte Chronist einer medizinischen Gegenbewegung gegen diesen, von den etablierten Medizinern verhängten „großen wissenschaftlichen Bann“, sondern auch einer ihrer profiliertesten und lautstärksten Vertreter. Bereits 1925 hatte der ausgebildete Chirurg in seiner in 30.000 Exemplaren verbreiteten Schrift „Der Arzt und seine Sendung“ eine Unterscheidung getroffen, die für die polemisch, politisch und antisemitisch aufgeladene Debatte der kommenden Jahre wesentlich werden sollte: „die scharfe Unterscheidung zwischen Arzt und Mediziner“.<sup>115</sup> Während der Mediziner distanziert im „mikroskopischen Horizont“ und mit „zellulärer Kurzsichtigkeit“ allein auf die Mechanik der Krankheiten und ihrer Symptome starre, richte der Arzt den Blick auf den kranken Menschen in seiner Ganzheit von Körper und Seele und mache sich dabei selbst zum wichtigsten Instrument einer beseelten und sendungsbewussten Heilkunst.<sup>116</sup> Keine Frage, welchem Lager Liek sich selbst zuordnete. Dass es hier mitnichten nur um eine Kritik am dominanten Selbstverständnis des Arztes in der Weimarer Republik, sondern um eine Weltanschauung ging, stellte Liek mit der Wahl seines Untertitels klar: „Gedanken eines Ketzers“.

<sup>115</sup> Erwin Liek, *Der Arzt und seine Sendung*, München 1925, S. 105.

<sup>116</sup> Liek, *Der Arzt*, S. 121f. Die Zitate stammen aus einem späteren Aufsatz Lieks: ders., *Stand und Zukunft*, S. 5.

Tatsächlich waren die Gedanken Lieks so ketzerisch nicht. Dies war eher eine rhetorische Strategie, stand er doch keineswegs allein mit seiner Kritik. Vielmehr war er Teil einer intensiv und vielstimmigen Debatte darüber, ob die Welt aus ihren Einzelteilen oder nur aus ihren jeweiligen Zusammenhängen heraus zu erkennen und zu erklären sei, ob also das Ganze mehr sei als die Summe seiner Teile. Diese im Deutschland des frühen 20. Jahrhunderts besonders ausgeprägte „Suche nach Ganzheit“ wurde von dem Gefühl getragen, dass die Weltordnung zersplittert sei, sinnstiftende Zusammenhänge und vertraute Bindungen verloren gegangen wären – eine Reaktion auf Industrialisierung, Urbanisierung, Entkirchlichung ebenso wie später auf die Erfahrungen des Ersten Weltkriegs, das Ende des Kaiserreichs und schließlich die umstrittene Demokratisierung der Weimarer Zeit.<sup>117</sup> In Deutschland gab es eine besonders starke Verbindung dieser Ganzheitsbewegung zum Kulturpessimismus, der sich gegen die von Max Weber konstatierte „Entzauberung“ der Welt wandte und sich an den Gegensatzpaaren Gemeinschaft und Gesellschaft, Kultur und Zivilisation, Seele und Geist/Verstand festmachte.<sup>118</sup>

Die Ganzheitssuche war aber auch eine Reaktion auf die Enttäuschung, die auf die übergroßen Hoffnungen folgte, die die naturwissenschaftlichen Entdeckungen und Erfolge des 19. Jahrhunderts geweckt hatten, die die Welt und ihre Teile überwiegend im Bild der Maschine fassten, deren Mechanik es zu erkunden galt.<sup>119</sup> So war selbst auf den hellsten Stern am Himmel der Biowissenschaften, auf die Bakteriologie, ein dunkler Schatten gefallen, denn viele Krankheiten konnten nicht so einfach auf einen einzelnen Erreger zurückgeführt werden. Die Begrenztheit des bakteriologischen Paradigmas zeigte schließlich nicht zuletzt die „Spanische Grippe“, die in den zwei Jahren von 1918 bis 1920 etwa 50 Millionen Menschen das Leben kostete und für die mit den Mitteln der Zeit kein Erreger identifiziert werden konnte.<sup>120</sup> Die „rationalistische“, „mechanistische“, „reduktionistische“ und „materialistische“ Sicht auf die Welt

---

<sup>117</sup> Anne Harrington, *Die Suche nach Ganzheit. Die Geschichte biologisch-psychologischer Ganzheitslehren vom Kaiserreich bis zur New-Age-Bewegung*, Reinbek 2012.

<sup>118</sup> Harrington, *Suche*, S. 17.

<sup>119</sup> Rabinbach, *Motor Mensch*. Tatsächlich gab es auch in dieser Zeit Ansätze innerhalb der Naturwissenschaften und der Philosophie, die Welt als Ganzheit zu verstehen und zu erklären, Denkansätze, die zum Ende des 19. Jahrhunderts immer mehr Anhänger gewannen, vgl. Harrington, *Suche*, S. 31-79.

<sup>120</sup> Berger, *Bakterien*. Zur Diskussion der Bakteriologie über die Grippe: S. 283-290. Zur Spanischen Grippe selbst: Wilfried Witte, Tollkirschen und Quarantäne. *Die Geschichte der Spanischen Grippe*, Berlin 2008 sowie zur bis in die jüngste Vergangenheit reichenden Suche nach dem Erreger der Spanischen Grippe: Gina Kolata, *Influenza: Die Jagd nach dem Virus*, Frankfurt a.M. 2006.

schien vielen Naturwissenschaftlern, Kulturkritikern und Philosophen nachhaltig entwertet.

Insofern war die äußerst vielschichtige und nicht ausschließlich politisch konservative Suche nach Ganzheit keineswegs eine Suche von „Ketzer“ am Rande der Gesellschaft. Sie entspann sich vielmehr in den Reihen der Naturwissenschaftler selbst und fand ihren Platz in der Mitte der Gesellschaft. Namhafte Professoren wie der Entwicklungsbiologe Hans Driesch (1867-1941) oder der Gestaltpsychologe Max Wertheimer (1880-1943) zählten ebenso zu ihren Anhängern wie solche, die sich an den Rändern des akademischen Betriebes bewegten, so zum Beispiel der Umweltbiologe Jakob von Uexküll (1864-1944).<sup>121</sup> Gerade im Hinblick auf die Medizin war die Ganzheitssuche nicht auf Deutschland beschränkt. Als Frage nach dem Körper als Funktionseinheit, nach dem Körper in seiner „ursprünglichen“ Natur, in seiner Beziehung zur natürlichen und sozialen Umwelt und schließlich in seiner Wechselbeziehung zur Gesellschaft war diese Form des Holismus eine simultane Denkbewegung der westlichen Welt.<sup>122</sup> Die Frage nach dem Wozu im Gegensatz zu den dominanten kausalen Erklärungen erschien vielen Ganzheitstheoretikern als fundamental. Die Begriffe Gleichgewicht, System, (Selbst-)Regulation zählten zu den zentralen heuristischen Begriffen dieses Denkens. Diese Begriffe signalisierten, dass die Welt nur zu verstehen war, wenn man sie *nicht* in ihre Teile zerlegte. Sie fragten aber auch danach, ob die Welt jenseits der Wahrnehmung überhaupt existiere oder zumindest verstanden werden könne. Gibt es also das „Ding“ an sich oder nur das, was ich wahrnehme? Die Funktionsweisen der Wahrnehmung rückten mit diesem Zweifel in den Mittelpunkt (natur-)wissenschaftlicher Forschung, denn in dieser Sicht war es die menschliche Wahrnehmung selbst, die die Welt gestaltete und ihrerseits von dieser selbst gestalteten Welt geformt wurde.<sup>123</sup> Zu dieser Denkbewegung gehörten die bereits erwähnten

---

<sup>121</sup> Dies sind – neben dem Psychiater Kurt Goldstein und dem bereits mehrfach erwähnten Viktor Weizsäcker – die Figuren, die Anne Harrington in den Mittelpunkt ihrer Studie stellt, vgl. dies, Suche, S. 80-144 und S. 197-258.

<sup>122</sup> Der Begriff selbst wurde 1926 von dem südafrikanischen Staatsmann und Philosophen Jan Christiaan Smuts geprägt, wurde aber in Deutschland wenig benutzt, vgl. ders., Holism and Evolution, London 1926 (die deutsche Übersetzung unter dem Titel „Die holistische Welt“ erschien erst 1938). Die hier angedeuteten vier Reflexionsebenen gehen zurück auf eine Beschreibung von Charles Rosenberg. Rosenberg unterschied zwischen: historical holisms, organismic holism, ecological holism und schließlich worldview holism, vgl. ders., Holism in Twentieth-Century Medicine, in: Lawrence/Weisz, Holism in Biomedicine, S. 335-355.

<sup>123</sup> Diese Annahme stand nicht nur im Mittelpunkt der Gestalttheorie Wertheimers und anderer, sondern auch für den Umweltbegriff Uexkülls oder die Gestaltkreislehre Viktor von Weizsäckers.

Psychosomatiker ebenso wie der amerikanische Physiologe Walter B. Cannon, der zu diesem Zeitpunkt der selbstregulatorischen Weisheit des Körpers auf der Spur war.<sup>124</sup>

Auch wenn sich Erwin Lieks Ideen grundsätzlich in diesen Denkhorizont einfügten, trat er doch für eine sehr spezifische organologische Ganzheit ein. Sein Standpunkt war einerseits durch die politische und ideologische Radikalisierung der späten 1920er Jahre geprägt, andererseits nahm er Bezug auf das, was in Weimar-Deutschland als „Krise der Medizin“ beklagt wurde und was mehr war als ein Scheitern bestimmter Denk- und Erklärungsmodelle.<sup>125</sup> Die wirtschaftliche Krise verschärfte die Situation in den Krankenhäusern und trug auch zu Einkommenseinbußen auf Seiten der Ärzte bei. Das Sozialversicherungssystem, das zwar bereits vorher bestanden hatte, wurde nun ausgeweitet. Dies wurde von vielen Ärzten als unerträgliche Bevormundung und Einmischung in ärztliche Belange und Standesinteressen kritisiert. Noch viel mehr allerdings wurde beklagt, dass durch die Sozialversicherung falsche Anreize gesetzt, Gesundheit und Leistungsfähigkeit „des Volkes“ untergraben würden und dadurch eine „hochentwickelte und ganz bewußte negative Auslese“ betrieben würde.<sup>126</sup> Kritisiert wurde zudem, dass die Heilungschancen vieler Krankheiten kaum stiegen, obwohl immer ausgefeiltere Diagnosetechniken zur Verfügung standen und die Laborforschung mehr Gewicht bekam.

---

<sup>124</sup> Dementsprechend ist Cannon ebenso wie dem Psychosomatiker Kurt Goldstein jeweils ein Kapitel in der von Christopher Lawrence und George Weisz herausgegebenen Studie zum medizinischen Holismus gewidmet: Harrington, Kurt Goldstein's Neurology und Young, Walter Cannon.

<sup>125</sup> Michael Kater sieht Erwin Liek stark beeinflusst von den Ideen des völkischen, Alfred Rosenberg nahestehenden Kulturphilosophen Paul Krannhals, wie dieser sie in seinem Hauptwerk „Das organische Weltbild. Grundlagen einer neuentstehenden deutschen Kultur“ (München 1928) darlegte. Krannhals, Mitglied der NSDAP und einiger anderer NS-Organisationen, starb allerdings bereits im August 1934. Zu Liek vgl. Kater, Erwin Liek. Interessanterweise gibt es zwischen Erwin Liek und Georg Groddeck insofern eine Verbindung, als beide in enger Beziehung zu Ernst Schweningen (1850-1924) standen, der als hoch angesehener Arzt mit eigenem Sanatorium der naturheilkundlichen Bewegung wichtige praktische und theoretische Impulse gab. Groddeck promovierte bei Schweningen und wandte in seinem später gegründeten Sanatorium viele von Schweningers übernommene Kurtechniken an, während Liek sich intensiv mit den Schriften Schweningers auseinandersetzte und viele seiner Gedanken zum Arztum aufgriff, vgl. Alfred Brauchle, Dr. med. Erwin Liek, in: Geschichte der Naturheilkunde in Lebensbildern, Stuttgart 1951, S. 327-330.

<sup>126</sup> Anonym, Erwin Liek, Arzt und Volksgesundheit, in: Münchner Medizinische Wochenschrift 73 (1926), S. 112-116, hier S. 113. Vgl. zur „Krise der Medizin“: Detlef Bothe, Neue Deutsche Heilkunde 1933-1945, Husum 1991, S. 16-37.

Es ist keineswegs Zufall, dass Erwin Liek als einer der populärsten Kritiker der wissenschaftlichen Medizin die Krebskrankheit in den Mittelpunkt seiner Überlegungen stellte.<sup>127</sup> Denn im Fall der Krebskrankheit war die Diskrepanz zwischen beeindruckenden Forschungsleistungen, Diagnosemöglichkeiten und radikalen Therapieerweiterungen einerseits, den tatsächlichen Heilungserfolgen andererseits besonders eklatant. So sprach Liek einer Vielzahl von Krebsforschern und -ärzten aus dem Herzen, als er 1932 schrieb: „unser, der Ärzte, schlimmster Alpdruck [sic] ist der Krebs“.<sup>128</sup> Dieser Eindruck, dass der Krebskrankheit mit den „menschlichen Formel-Gesetzen“ ebenso wenig wie mit immer radikaleren Operationen und Bestrahlungen beizukommen war, wurde von einer Reihe von Ärzten geteilt.<sup>129</sup> Viele dieser Kritiker gehörten zum Lager der *Neuen Deutschen Heilkunst*, die nach 1933 vom neuen NS-Reichsärzteführer Gerhard Wagner aufgegriffen wurde. Wie Julius Streicher in der von ihm gegründeten Zeitung *Deutsche Volksgesundheit aus Blut und Boden*, die eine besonders radikale, rassistische und antisemitische Version der *Neuen Deutschen Heilkunde* vertrat, festhielt, war es das Ziel, das ob seiner Unzulänglichkeit einsturzgefährdete Haus der wissenschaftlichen Medizin zu zerstören, um den Zugang zur Naturheilkunde, zur Homöopathie, zum Mesmerismus (Heilmagnetismus) und zur physiologischen Medizin freizulegen.<sup>130</sup>

---

<sup>127</sup> So bereits 1929 in einem Aufsatz der Zeitschrift *Hippokrates*, dann aber auch in zwei eigenständigen Buchpublikationen: Erwin Liek, Gedanken über den Krebs; in: *Hippokrates* 3 (1929), S. 287-305; ders., Krebsverbreitung, Krebsbekämpfung, Krebsverhütung, München 1932 sowie ders., Der Kampf gegen den Krebs, München 1924.

<sup>128</sup> Liek, Krebsverbreitung, S. 7.

<sup>129</sup> So etwa der Zwickauer Chefarzt und Chirurg Diedrich Kulenkampff, Über die Krebskrankheit, in: *Hippokrates* 3 (1929), S. 271-286; E. Silber, Magenkrebs, in: *Deutsche Volksgesundheit aus Blut und Boden* 5 (1934), S. 5-7; Bernhard Fischer-Wasels, Die Bedeutung der besonderen Allgemeindisposition des Körpers für die Entstehung der Krebskrankheit und die Möglichkeiten ihrer Bekämpfung, in: *Strahlentherapie* 50 (1934), S. 5-78.

<sup>130</sup> Julius Streicher, Herausgeber des *Stürmer* und einer der radikalsten Antisemiten unter den Nationalsozialisten, trat in der ebenfalls von ihm herausgegebenen Zeitung *Deutsche Volksgesundheit aus Blut und Boden* für eine naturheilkundliche Medizin ein, in der der Antisemitismus eine zentrale Rolle spielte. Diese Version der *Neuen Deutschen Heilkunde* war der nationalsozialistischen Regierung schließlich zu radikal und schien gegenüber der weiterhin wichtigen akademischen Medizin und wissenschaftlichen Forschung zu unseriös, so dass sie bereits 1935 verboten wurde. Vgl. Franco Ruault, Tödliche Maskeraden. Julius Streicher und die „Lösung der Judenfrage“, Frankfurt a.M. u.a. 2009, S. 101.



Abb. 8: „Das wackelige Haus“ aus *Deutsche Volksgesundheit aus Blut und Boden* (1934)

Die *Neue Deutsche Heilkunde* wandte sich explizit und mit unverhohlenen antisemitischer Schlagrichtung gegen die bisherige, als „naturwissenschaftlich“ diskreditierte Medizin, die in der Regel als „jüdisches“ Projekt gebrandmarkt und in ihren radikalsten Formen als „jüdischer“ Versuch der Unterwanderung der deutschen Volksgesundheit denunziert wurde. Dass ein Großteil der Wissenschaftler am *Berliner Krebsforschungsinstitut* als „Juden“ aufgrund des „Gesetzes über die Wiederherstellung des Berufsbeamtentums“ ihre Position aufgeben musste, bestätigte in den Augen vieler Vertreter der *Neuen Deutschen Heilkunde* dieses Bild. Als Konsequenz dieser Abkehr von experimenteller „jüdischer“ Forschungspraxis sollte – wie Liek 1934 polemisch formulierte – das „Nagetier [seine Position] als Maß menschlicher Dinge“ verlieren.<sup>131</sup>

<sup>131</sup> Liek, *Stand und Zukunft*.

Denn nun sollte der Mensch im Mittelpunkt von Klinik und Forschung stehen, die wieder zusammengeführt werden sollten – auch dies eine in den 1920er Jahren bereits oft formulierte Forderung. Insofern waren weder Liek noch die *Neue Deutsche Heilkunde* grundsätzlich forschungsfeindlich. Sie wandten sich gegen eine bestimmte Praxis der Forschung im Labor, in deren Rahmen isolierte Effekte experimentell an Tieren nachgeprüft wurden. So beeilte sich Liek hervorzuheben, dass sich eine der renommierten, am Berliner Institut zunächst verbliebenen Krebsforscherinnen, die Zellbiologin und Leiterin der Abteilung für experimentelle Zellforschung Rhoda Erdmann (1870-1935), nun immer mehr den Fragen der menschlichen Ernährung zuwende und Abstand nehme von Tierexperimenten, die lange Jahre im Mittelpunkt ihrer Forschung gestanden hatten.<sup>132</sup> Dass hinter dieser Abkehr vermutlich in erster Linie die finanziellen und räumlichen Einschränkungen standen, die Erdmann hinzunehmen hatte, verschwieg Liek genauso wie die Tatsache, dass Rhoda Erdmann 1933 aufgrund einer Denunziation kurzzeitig in Gestapo-Haft gesessen hatte. Ebenso wenig erwähnte er, dass Erdmann 1934 ohne nähere Begründung, möglicherweise allein aufgrund des Gerüchts, sie sei Jüdin, Lehrverbot erteilt worden war. Gesundheitlich schwer angeschlagen versuchte sie ihr Lebenswerk, die experimentelle Zellforschung, zu retten, und starb – vielfachen Schikanen ausgesetzt – 1935, im selben Jahr, in dem auch Erwin Liek starb.<sup>133</sup>

Kurz vor seinem Tod erlebte Liek, wie seine organologische Version von Medizin mit der durch die Nationalsozialisten geförderten *Neuen Deutschen Heilkunde* medizinisches und (forschungs-)politisches Gewicht gewann. Gleichzeitig konnte er feststellen, wie sich im Rahmen dieses Denkhorizonts Annahmen über Krebsentstehung und -behandlung zu wandeln begannen. Zwar änderten die Krebsforscher in den Laboren nicht abrupt ihre experimentelle Praxis, wie Liek mit Verweis auf Rhoda Erdmann nahelegen wollte. Aber die Forschungsförderung unter den Nationalsozialisten sorgte doch dafür, dass das in den 1920er Jahren gewachsene Interesse an Stoffwechselprozessen der Krebszelle und ihrem Umgebungsmilieu ebenso wie an der

---

<sup>132</sup> Liek, *Stand und Zukunft*, S. 6.

<sup>133</sup> Rhoda Erdmann studierte Zoologie, Botanik und Mathematik und arbeitete im Anschluss von 1909 bis 1913 am von Robert Koch geleiteten *Institut für Infektionskrankheiten*. 1913 ging sie nach Amerika, wo sie zunächst an der Yale University und ab 1916 am Rockefeller Institute for Medical Research forschte, bevor sie 1918 als feindliche Ausländerin verhaftet und 1919 nach Deutschland abgeschoben wurde. Unmittelbar nach ihrer Rückkehr begann sie mit dem Aufbau der Abteilung für experimentelle Zellforschung am *Berliner Krebsforschungsinstitut*, wurde 1924 im Fach Medizin habilitiert und 1929 zur beamteten außerordentlichen Professorin ernannt. Vgl. zu Erdmanns Biographie: Sabine Koch, *Leben und Werk der Zellforscherin Rhoda Erdmann (1870-1935)*, Med. Diss., Marburg 1985.

Rolle von Hormonen und Vitaminen zunahm. Diese Forschungsfelder boten Anknüpfungen für die *Neue Deutsche Heilkunde* und deren Annahmen darüber, wie Krebs entstehe.

Doch auch die experimentell arbeitenden Krebsforscher begegneten psychosomatischen Erklärungsmodellen mit größerer Offenheit. So hielt etwa der Pharmakologe Wolfgang Heubner, der die pathologischen Effekte von Anilin auf das Hämoglobin erforschte, als Fazit einer Diskussion des Wissenschaftlichen Ausschusses des von den Nationalsozialisten neugegründeten *Reichsausschusses für Krebsbekämpfung* 1934 fest:<sup>134</sup> „Gewisse Beziehungen zu besser gestützten Anschauungen lassen immerhin die mehrfach geäußerten Meinungen erkennen, dass das Genitalsystem bei der Entstehung des Krebses beteiligt sei. Ob Ausdrücke wie ‚Nervenschwäche‘, ‚gestörtes Seelenleben‘, ‚unrichtige geistige Einstellung‘ den gleichen Gedanken zu umschreiben versuchen, bleibe dahingestellt.“<sup>135</sup>

Heubner bezog sich damit sowohl auf Ansätze der psychoanalytischen Psychosomatik à la Groddeck als auch auf die im Rahmen der *Neuen Deutschen Heilkunde* formulierten Ansichten, die die „alte“ Humoralpathologie im Licht moderner Endokrinologie neu interpretieren wollten. So formulierte etwa der Arzt Werner Tiegel 1934 auf die Frage „Was ist Krankheit?“ im Anschluss an einen auf Hippokrates zurückreichenden historischen Abriss die Antwort, dass Krankheit die Reaktion auf eine falsche Denk- und Lebensweise sei: Abwehr des Organismus und zugleich der Versuch, „das alte Gleichgewicht wiederherzustellen.“<sup>136</sup> Zur „falschen Denk- und Lebensweise“ gehörten auch die „falschen“ Gefühle, nämlich Kummer und Sorgen, die das Gleichgewicht des Körpers störten sowie den Körper und seine Nerven zermürbten<sup>137</sup> – ein Rückgriff auf die Säftelehre der Humoralpathologie, die Melancholie in den Mittelpunkt der Krebsentstehung stellte, ebenso wie auf die Neuinterpretation

---

<sup>134</sup> Das alte *Komitee für Krebsbekämpfung* wurde von den Nationalsozialisten kurzerhand entmachtet, nachdem der *Reichsausschuss für Krebsbekämpfung* zunächst als Parallelorganisation gegründet worden war, vgl. Atzl/Helms, Geschichte, S. 56-59.

<sup>135</sup> Bericht Prof. Dr. Heubner [Pharmakolog, Institut der Universität Berlin], in: Niederschrift über die Sitzung des Wissenschaftlichen Ausschusses beim Reichsausschuß für Krebsbekämpfung am 13.4.1934 in Berlin, BArch B 142/412, Bl. 275-296, hier Bl. 282.

<sup>136</sup> Werner Tiegel, Was ist Krankheit? Ein Gang durch die Jahrhunderte, in: Deutsche Volksgesundheit aus Blut und Boden 2 (1934), S. 12f. Zu Werner Tiegel vgl. den Nachruf in: Hippokrates 33 (1962), S. 941f.

<sup>137</sup> So zum Beispiel die Argumentation in: Silber, Magenkrebs, S. 5-7.



dieser Tradition unter dem Paradigma des 19. Jahrhunderts: der Nerven und ihrer Ermüdung.<sup>138</sup>

Explizit nahm dieses Modell aber auch auf zeitgenössische physiologische Forschungen Bezug und stellte mit dem Begriff des Gleichgewichts einen Leitbegriff der Physiologie in den Mittelpunkt. Dieser hatte bereits in den Forschungen des französischen Physiologen Claude Bernard zum „milieu intérieur“ (1878) eine zentrale Rolle gespielt. Der amerikanische Physiologe Walter B. Cannon hatte ihn im Begriff der Homöostasis weiterentwickelt und damit den Körper als ein zu seiner Umwelt hin offenes System definiert, das durch automatisch ablaufende Steuerungsprozesse ein physiologisches Gleichgewicht aufrechtzuerhalten versuche.<sup>139</sup> Dass Gefühle Effekte auf dieses physiologische Gleichgewicht hatten, postulierte Cannon in seiner Fight-or-Flight-Theorie, in der er Angst als physiologische Form der Mobilisierung zur Flucht, Wut als Mobilisierung zum Kampf präsentiert hatte. Hier bot sich für Erwin Liek und andere Ärzte der *Neuen Deutschen Heilkunde* ein Anknüpfungspunkt an die Avantgarde der physiologischen Forschung, die gegen zellulärpathologische Annahmen ins Feld geführt werden konnte.<sup>140</sup>

Daneben griffen die naturheilkundlich orientierten Ärzte auf die älteren Begriffe der Konstitution und Disposition zurück. Mit diesen Begriffen erklärten sie, warum Krebs in bestimmten Familien vermehrt auftritt (Konstitution) und warum unter anderem Gefühle den Körper aus dem Gleichgewicht bringen und langfristig die Disposition zur Krebserkrankung erhöhen würden. Auch in dieser Hinsicht waren die naturheilkundlichen Ärzte der 1930er Jahre nicht sehr weit von vielen ihrer „schulmedizinisch“ orientierten Kollegen entfernt, die zum Teil die gleichen Begriffe benutzten, auch wenn sie darunter nicht immer das Gleiche verstanden. Selbst ein anerkannter Pathologe wie Bernhard Fischer-Wasels, langjähriger Direktor des *Senckenbergischen Pathologischen Instituts*, hielt 1934 fest, dass die Krebserkrankung nur durch das Zusammenspiel von lokalem Faktor/Reiz und erworbener Allgemeindisposition entstehen könne. Monatelang hatte Fischer-Wasels Mäusen oder Kaninchen geringe Mengen Teer oder Arsen injiziert, um zu zeigen, dass dadurch zusätzlich zu einem

---

<sup>138</sup> Speziell im Hinblick auf Krebs: Hitzer, Gefühle heilen, S. 132-4.

<sup>139</sup> Den Begriff der Homöostasis benutzte Cannon erstmals in: ders., Organization for Physiological Homeostasis, in: *Physiological Reviews* 9, 3 (1929), S. 399-431. Vgl. zur Entwicklung des Konzepts von Bernard über Cannon bis hin zur Kybernetik: Steven J. Cooper, From Claude Bernard to Walter Cannon. Emergence of the Concept of Homeostasis, in: *Appetite* 51, 3 (2008), S. 419-427.

<sup>140</sup> Tiegel, Was ist Krankheit?

lokalen Reiz deren Allgemeindisposition für die Krebserkrankung erhöht werden könne. Ein Tumor, der als Reaktion auf die Bepinselung der Haut mit Teer wuchs, konnte zwar lokal entfernt werden, führte aufgrund der veränderten Allgemeindisposition jedoch zu weiteren Tumoren an anderer Stelle.<sup>141</sup>

Auch wenn Fischer-Wasels also seine Erkenntnisse zur Allgemeindisposition durch Experimente an Mäusen und anderen Nagetieren gewann, stimmte er im Blick auf die klinische Bedeutung mit Liek überein. Erstens begegnete er der Operation als möglichem „Dammbbruch“ der Allgemeindisposition äußerst skeptisch und sah zweitens im Hinblick auf die menschliche Krebserkrankung die Rolle der Ernährung als prägenden Faktor an.<sup>142</sup> Ganz ähnlich argumentierte Ernst Günther Schenck, dem das im Nationalsozialismus zentrale Thema der „naturgemäßen“ Ernährung später die NS-Karriereleiter hinauf half: So wurde Schenck 1940 zum Ernährungsinspektor der Waffen-SS ernannt und war von 1943 als Mitarbeiter des *SS-Wirtschafts- und Verwaltungshauptamtes* mit „Ernährungsversuchen“ im KZ Mauthausen betraut. 1944 wurde er schließlich zum Oberstarzt und Ernährungsinspektor der Wehrmacht befördert.<sup>143</sup> Dieser Ernst Günther Schenck setzte sich 1936, damals noch als Oberarzt auf Station in Heidelberg, mit den „Problemen der Krebsbehandlung“ auseinander und urteilte: „Grotesk aber und ganz unannehmbar ist es für uns, wenn man glaubt, die Analyse eines Einzelzustandes oder Vorganges biete eine Handhabe zur Regelung gestörter komplexer Funktionen [...]“. Mit diesen Worten richtete Schenck den Blick auf Konstitution und „augenblickliche Disposition“ der Krebskranken und forderte mehr Offenheit für Methoden wie die Homöopathie, für die Bedeutung der „naturbelassenen“ Ernährung und für die Einbeziehung psychischer Faktoren, zu denen er das Vertrauen in die Wirksamkeit der Therapie zählte.<sup>144</sup>

Die naturheilkundliche Medizin verwies also ebenso wie die Psychosomatik Groddecks auf die Physiologie, um das Gefühl im Körper des „ganzen Menschen“ zu

---

<sup>141</sup> Fischer-Wasels, Die Bedeutung, S. 5-78.

<sup>142</sup> Fischer-Wasels, Die Bedeutung, S. 10-12 und S. 65-69.

<sup>143</sup> Vgl. den Eintrag in: Ernst Klee, Das Personenlexikon zum Dritten Reich. Wer war was vor und nach 1945, 2. durchgesehene Auflage, Frankfurt a.M. 2003, S. 530f. sowie Gine Elsner, Heilkräuter, „Volksernährung“, Menschenversuche. Ernst Günther Schenck (1904–1998). Eine deutsche Arztkarriere, Hamburg 2010 und Christoph Kopke, Der „Ernährungsinspekteur der Waffen-SS“. Zur Rolle des Mediziners Ernst-Günther Schenck im Nationalsozialismus., in: ders. (Hg.), Medizin und Verbrechen. Festschrift zum 60. Geburtstag von Walter Wuttke, Ulm 2001, S. 208–220.

<sup>144</sup> Ernst G. Schenck, Probleme der Krebsbehandlung, in: Hippokrates 25 (1936), S. 653-661, hier S. 656f. und 659.

verorten. Es handelte sich jedoch in beiden Fällen um einen anderen Begriff von Gefühl. Das Gefühl der Psychosomatik bildete eine auch physiologisch zu verstehende Sinn-Einheit mit dem Körper, deren Sinn jedoch erst durch den Arzt aus der Lebensgeschichte oder aus dem Unbewussten gehoben werden musste. Das von den naturheilkundigen Ärzten beschriebene Gefühl war dagegen unmittelbar physiologisch und psychologisch sichtbar. Es wirkte direkt, nämlich physiologisch, auf das Gleichgewicht des Körpers und wurde damit letztlich zu einer Frage der Lebensführung. Denn so wie man bestimmen kann, was man isst (sofern Nahrung in ausreichender Quantität und Qualität verfügbar ist), erschienen Gefühle aus Sicht der Naturheilkundler als beeinflussbar. Wie es der Arzt Dr. Silber 1934 in Julius Streichers *Deutschen Volksgesundheit aus Blut und Boden* sentenzenhaft formulierte: „Nicht vergessen wollen wir auch, daß zur Gesunderhaltung auch das rechte seelische Verhalten gehört! „Es ist der Geist, der sich den Körper schafft!“<sup>145</sup> Damit griff er die zwei ersten der von Erwin Liek formulierten zehn Regeln zum „persönlichen Krebschutz“ auf, mit denen Liek seine Leser am Ende seines 1932 erschienenen Krebsbuches konfrontierte:

„1. Denke nicht an den Krebs, sondern nimm Dir vor, nach einem arbeitsreichen Leben mit 90 Jahren zu sterben. [...] 2. Laß dich von Freud und Leid nicht zu sehr bewegen. Alles geht vorüber. Glaube an die Unsterblichkeit, an die ewige Wiederkehr. Zerstörbar ist nur die Form, nicht das Seiende.“<sup>146</sup>

Ob jemand Krebs bekam, wurde damit zu einer Frage des Willens und der Lebenseinstellung. Denn – so legte es dieser Begriff des Gefühls nahe – jeder einzelne hatte es ja in der Hand, ob er (oder sie) hoffnungsfroh in die Zukunft blickte und sich im Blick auf das Unverlierbare zermürbenden Gefühlsexzessen verweigerte. Hier knüpfte Liek ganz unübersehbar an ein Verständnis von Gefühl und Körper an, dass auf den Mesmerismus und Vorstellungen von Suggestion und Autosuggestion zurückging, die im 20. Jahrhundert auch von den Vertretern des positiven Denkens aufgegriffen und weiterentwickelt und von den Vertretern der *Neuen Deutschen Heilkunde* geschätzt wurden.<sup>147</sup>

---

<sup>145</sup> Silber, Magenkrebs, S. 7.

<sup>146</sup> Liek, Krebsverbreitung, S. 230.

<sup>147</sup> Für Deutschland ist hier zum Beispiel Oscar Schellbach zu nennen, der seine in den 1920er Jahren entwickelte Technik Mental-Positivismus nannte. Der wohl bekannteste Vertreter des positiven Denkens ist der Amerikaner Dale Carnegie, der seit den 1920er Jahren bis zu seinem Tod 1955 sehr erfolgreiche Ratgeber darüber schrieb, wie man durch positives Denken Probleme bewältigen, glücklich und erfolgreich werden kann. Körperliche Gesundheit stand bei Carnegie allerdings nicht im Mittelpunkt. Vgl. Oscar Schellbach, *Mein Erfolgssystem: Das positive Leben in Theorie und*

Zugleich trat damit der Gedanke der „Krebsverhütung“ in den Vordergrund, denn für bereits an Krebs Erkrankte war Lieks Buch – wie ein Rezensent notierte – eine „furchtbare Enttäuschung“.<sup>148</sup> Dieser Schwenk hin zur Vorsorge im Sinne einer dem Volk (und sich selbst) geschuldeten gesunden Lebensführung verschob den Fokus der Medizin von der Heilung des Kranken auf die Bewahrung des Gesunden. Diese Verschiebung war nicht nur kennzeichnend für die *Neue Deutsche Heilkunde*, sondern für die gesamte Medizin im Nationalsozialismus, die spätestens 1939 mit der Ernennung Leonardo Contis zum neuen Reichsärztführer zunehmend von der *Neuen Deutschen Heilkunde* Abstand nahm und immer stärker radikalisiert wurde.<sup>149</sup>

#### **2.4 Von der Neurose zur Psychose: „Seelenheilkunde“ und Psychosomatik im Kontext von Nationalsozialismus und früher Nachkriegszeit**

Ähnlich wie für die experimentelle Krebsforschung bedeutete die Regierungsübernahme durch die Nationalsozialisten auch für die deutschsprachigen Psychosomatiker einen deutlichen Einschnitt, denn die Psychoanalyse wurde offiziell als „jüdisch“ gebrandmarkt und die Schriften Sigmund Freuds 1933 öffentlich verbrannt. Angesichts dieser Maßnahmen und der flankierenden ersten Welle antisemitischer Gesetzgebung verließ eine Reihe von Psychosomatikern und Psychoanalytikern Deutschland, später auch Österreich: so 1933 Wilhelm Reich und Kurt Goldstein, 1934 Ernst Simmel und Otto Fenichel, 1936 Felix und Helene Deutsch, 1938 Sigmund Freud und seine Tochter Anna. Andere wie die späteren „Chicagoer“ Franz Alexander und Karen Horney hatten die deutschsprachige Welt bereits vor 1933 verlassen.<sup>150</sup>

Viele blieben aber auch in Deutschland. Auch institutionell und konzeptionell wurde die Psychosomatik nun in das nationalsozialistische Deutschland integriert. Bereits 1933 wurde die *Deutsche Allgemeine Ärztliche Gesellschaft für Psychotherapie* auf Betreiben der nationalsozialistischen Regierung als Parallelorganisation zu der seit 1910 bestehenden *Deutschen psychoanalytischen Gesellschaft* gegründet, die 1938 ganz aufgelöst wurde. Das 1920 von Karl Abraham und Max Eitingon gegründete

---

Praxis, Hamburg 1929 und Dale Carnegie, *How to Win Friends and Influence People. A Self-Help Book about Interpersonal Relations*, New York 1937.

<sup>148</sup> Alfred Neumann, Erwin Lieks Krebsbuch, in: *Praktische Karzinomblätter* 3 (1933), S. 42-45.

<sup>149</sup> Vgl. dazu auch die Ausführungen in Kapitel 3 sowie: Eckart, *Medizin in der NS-Diktatur*, S. 164-173; Kater, *Die Medizin im nationalsozialistischen Deutschland*; Bothe, *Neue Deutsche Heilkunde*, S. 287-299.

<sup>150</sup> Zur erzwungenen Emigration jüdischer Psychoanalytiker: Michael Schröter, „Hier läuft alles zur Zufriedenheit, abgesehen von den Verlusten...“ Die Deutsche Psychoanalytische Gesellschaft 1933-1936, in: *Psyche* 63, 11 (2009), S. 1085-1130.

*Berliner Psychoanalytische Institut* wurde 1936 in das neu eröffnete *Deutsche Institut für psychologische Forschung und Psychotherapie* integriert, dessen Leitung dem Arzt und Psychotherapeuten Matthias Göring übertragen wurde, der diese Stellung in erster Linie seiner Verwandtschaft zu Reichsmarschall Hermann Göring verdankte.<sup>151</sup>

Die von Matthias Göring und vielen anderen in Deutschland Gebliebenen fortgeführte Psychosomatik nannte sich nun *Deutsche Seelenheilkunde*.<sup>152</sup> Damit gab sie sich erstens als „Geistesverwandte“ der *Neuen Deutschen Heilkunde* zu erkennen und knüpfte zweitens an den Kampfbegriff der „Entseelung“ an. Dieser Begriff wurde sowohl gegen die sogenannte naturwissenschaftliche Medizin als auch gegen die „seelenzerfasernde Überschätzung des Trieblebens“ durch die „jüdische“ Psychoanalyse ins Feld geführt.<sup>153</sup> Nicht mehr um die libidinös besetzten, verschlungenen Pfade der Triebe sollte es also gehen, sondern um die dem Geist näher als dem Trieb stehende Seele, ihre Gefühle und deren sichtbare Effekte auf den Körper – insofern ein Gefühlsbegriff, der kaum unterscheidbar war von Lieks ganzheitsmedizinischem organologischen Verständnis des Gefühls.<sup>154</sup> Und noch in einer anderen Hinsicht grenzte sich die *Deutsche Seelenheilkunde* von der Psychoanalyse ab: Ihr Ziel war nicht mehr allein die Besserung psychischer Störungen oder der von diesen verursachten organischen Neurosen. Die durch die *Seelenheilkunde* geleitete Innenschau diente einem „größeren“ Ziel. Sie sollte die inneren und äußeren Kräfte aus dem Griff der Krankheit und des Egoismus befreien, damit jeder einzelne sich mit Leib und Seele der Gemeinschaft zur Verfügung stellen, „tüchtig“ fürs „Volksganze“ wirken konnte, wie es der spätere Begründer der Neo-Psychoanalyse Harald Schultz-Hencke formulierte.<sup>155</sup> Diese Zielsetzung war der Grund, warum das von Johannes Heinrich

<sup>151</sup> Schröter, „Hier läuft alles zur Zufriedenheit“ und Cocks, Psychotherapy in the Third Reich.

<sup>152</sup> So der Titel eines von Göring 1934 herausgegebenen programmatischen Buches, in dem u.a. auch der „Erfinder“ des Autogenen Trainings, Johannes Heinrich Schultz, zu Wort kam: M.H. Göring (Hg.), *Deutsche Seelenheilkunde*, Leipzig 1934.

<sup>153</sup> So die Worte, mit denen Freuds Schriften bei der Bücherverbrennung in Berlin 1933 gekennzeichnet wurden, vgl. Christoph Jahr, *Die nationalsozialistische Machtübernahme und ihre Folgen*, in: Michael Grüttner (Hg.), *Die Berliner Universität zwischen den Weltkriegen (= Geschichte der Universität Unter den Linden, hg. von Heinz-Elmar Tenorth, Bd. 2)*, Berlin 2012, S. 295-324, hier S. 303.

<sup>154</sup> Diese Wendung gegen den Trieb als grundsätzliche Kraft der menschlichen Psyche zeigte sich auch sprachlich in dem Bemühen, solche Begriffe auszuwechseln, zu „beseelen“, die auf Trieb und Sexualität verwiesen, vgl. Mechthilde Küttemeyer, *Die Sprache der Psychosomatik im Nationalsozialismus*, in: *das du unbewußt eintrinkst: der Nationalsozialismus und die deutsche Sprache*, Bielefeld 1994, S. 61-82.

<sup>155</sup> Vgl. Matthias H. Göring, *Die nationalsozialistische Idee in der Psychotherapie*, in: Göring, *Deutsche Seelenheilkunde*, S. 11-16, hier S. 15 und Harald Schultz-Hencke, *Die Tüchtigkeit als psychotherapeutisches Ziel*, in: Göring, *Deutsche Seelenheilkunde*, S. 84-97. Vgl. dazu auch: Schultz-Venrath/Hermanns, *Gleichschaltung zur Ganzheit. Allgemein zum Zusammenhang von*

Schultz entwickelte autogene Training von der nationalsozialistischen Gesundheitspolitik hoch geschätzt wurde, da es eine „unkomplizierte“, auf das Ergebnis und nicht auf die Erkenntnis möglicher Seelenkonflikte und Triebkräfte ausgerichtete Technik zur Verfügung stellte.<sup>156</sup>

Diese Betonung von Tüchtigkeit und Produktivität war allerdings innerhalb der deutschen Psychosomatik keineswegs etwas völlig Neues, wie es die *Deutsche Seelenheilkunde* glauben machen konnte.<sup>157</sup> Auch in den 1920er Jahren hatten namhafte Vertreter einer psychosomatisch orientierten Medizin die (Wieder-)Herstellung der Leistungsfähigkeit ins Zentrum ihrer Heilbemühungen gestellt. Im Blick auf die sogenannte Heidelberger Schule der Psychosomatik, die zwar psychoanalytische Ansätze anerkannte, aber doch ein deutlich anderes Verständnis der psycho-physischen Beziehungen entwickelte, wird dies besonders deutlich.<sup>158</sup> So hatte der Internist und Neurologe Viktor von Weizsäcker (1886-1957), der seit 1920 die Neurologie der Heidelberger Krehl-Klinik leitete und zu den prominentesten Vertretern der Heidelberger Psychosomatik zählt, im Rahmen von Rentenbewilligungsverfahren eine Vielzahl von Gutachten verfasst. In diesen Gutachten musste er zu der Frage Stellung nehmen, ob der Antragsteller an einer schwerwiegenden Neurose (oft infolge von Kriegsverletzungen oder -traumata) litt, so dass seine Arbeitsfähigkeit langfristig eingeschränkt erschien. Als Fazit seiner Gutachten hatte Weizsäcker in der Regel für die Anwendung einer unter anderem von ihm selbst entwickelten Arbeitstherapie votiert, durch die die Arbeitsfähigkeit wieder hergestellt werden sollte.<sup>159</sup> Dem Gedanken einer Gesundheitspflicht im Dienste der Gemeinschaft begegnete er dementsprechend mit ebenso viel Zustimmung wie sein Heidelberger Kollege Richard Siebeck, der 1939 in einer Festschrift zu Hitlers 50. Geburtstag schrieb: „Gesundheit muß sich in Leistungsfähigkeit bewähren; deshalb ist der letzte Akt der Behandlung Arbeitstherapie, –

---

Arbeit, Leistungsfähigkeit und Gesundheit innerhalb des nationalsozialistischen Denkens und der nationalsozialistischen Gesundheitspolitik vgl. Cocks, *State of Health*, S. 126-139.

<sup>156</sup> Zu Schultz' Haltung zum Nationalsozialismus: Jürgen Brunner/Florian Steger, Johannes Heinrich Schultz (1884-1970). Begründer des Autogenen Trainings. Ein biographischer Rekonstruktionsversuch im Spannungsfeld von Wissenschaft und Politik, in: *BIOS: Zeitschrift für Biographieforschung und Oral History* 19, 1 (2006), S. 16-25.

<sup>157</sup> Darauf hat bereits Michael Hagner aufmerksam gemacht: ders., *Naturphilosophie, Sinnesphysiologie, Allgemeine Medizin*, in: M. Hagner/D. Laubbichler (Hg.), *Der Hochsitz des Wissens*, Zürich 2006, S. 315-336, hier S. 329-335.

<sup>158</sup> Der Begriff „Heidelberger Schule der Psychosomatik“ ist eine retrospektive Bezeichnung und geht zurück auf: Pedro Lain Entralgo, Viktor von Weizsäcker und die ärztliche Praxis, in: Peter Hahn/Wolfgang Jacob (Hg.), *Viktor von Weizsäcker zum 100. Geburtstag*, Bd. 1, Berlin/Heidelberg 1987, S. 23-44, hier S. 24.

<sup>159</sup> Benzenhöfer, *Der Arztphilosoph*, S. 106-131.

Therapie durch Arbeit zur Arbeit und damit zu wahrer Verbundenheit in der Gemeinschaft.“<sup>160</sup>

Gerade im Hinblick auf die Leistungsfähigkeit und Produktivität der Volksgemeinschaft wurde Krebs von der nationalsozialistischen Gesundheitspolitik als Bedrohung wahrgenommen und dementsprechend die Krebsforschung besonders gefördert. Noch zu Beginn des 20. Jahrhunderts hatte Krebs eher als Alterskrankheit gegolten, doch insbesondere durch die Kampagnen des *Deutschen Zentralkomitees zur Erforschung und Bekämpfung der Krebskrankheit* hatte sich diese Einschätzung verändert. Dass der Gebärmutterhalskrebs, die häufigste Krebserkrankung von Frauen in dieser Zeit, vielfach jüngere Frauen zwischen dreißig und fünfzig Jahren traf, während Männer zwischen vierzig und sechzig an Magen- oder Lungenkrebs erkrankten, wurde zunehmend erkannt.<sup>161</sup> Damit gefährdete Krebs gerade die „arbeitende“ Bevölkerung, die zudem die Hauptverantwortung für heranwachsende Kinder trug. Im Rahmen von Früherkennungs- und Vorsorgekampagnen war dies denn auch die Haupt-Zielgruppe. Bei den auf Heilung gerichteten Bemühungen der *Deutschen Seelenheilkunde* spielte die Krebskrankheit allerdings kaum eine Rolle, weil große Skepsis unter den Psychosomatikern herrschte, ob der Krebserkrankung in irgendeiner Weise auf psychischem Wege beizukommen wäre. Dies galt auch für die Vertreter der

---

<sup>160</sup> Richard Siebeck, *Innere Medizin*, in: *Deutsche Wissenschaft. Arbeit und Aufgabe*, Leipzig 1939, S. 112f., hier S. 113. Die Rolle Weizsäcker im Nationalsozialismus ist umstritten. So hielt er im Sommer 1933 eine Reihe von Vorlesungen, die sich unter dem Begriff der „Ärztlichen Vernichtungslehre“ mit der von ihm konstatierten Notwendigkeit auseinandersetzen, komplementär zur ärztlichen Erhaltungslehre über die Bedingungen, Notwendigkeiten und Grenzen ärztlicher „Vernichtung“ nachzudenken und diesen Bereich nicht der Politik zu überlassen. Inwiefern sich diese Gedanken als Annäherung oder Legitimation der späteren NS-Euthanasie-Aktionen deuten lassen, ist Gegenstand einer bis heute andauernden Debatte. Unbestritten ist allerdings, dass Weizsäcker als Direktor der neurologischen Abteilung in Heidelberg Gutachten unterschrieb, die die Sterilisation von Epilepsie-Kranken empfahlen. Nicht geklärt ist dagegen die Rolle, die Weizsäcker ab 1941 als Direktor der Breslauer Neurologie spielte. Einer seiner dortigen Assistenten, Hans-Joachim Scherer, seziierte eine Vielzahl von Kinder-Gehirnen, die dem neurologischen Institut von der Jugendpsychiatrischen Klinik in Loben zugeschickt wurden. Die Begleitschreiben waren sämtlich an den Institutsdirektor Weizsäcker adressiert. Dass die Kinder keines natürlichen Todes gestorben, sondern mit dem Betäubungsmittel Luminal getötet worden waren, wurde zwar in den mitgeschickten Krankenberichten nicht explizit mitgeteilt, hätte aber wohl einem erfahrenen Arzt aufgrund der stereotypen Krankheitsbeschreibungen auffallen müssen. Die bis heute diskutierte Frage ist allerdings, ob Weizsäcker diese Briefe gelesen hat bzw. sich für die Arbeit seines Assistenten interessiert hat, da es keinen Berührungspunkt zu seinen eigenen Forschungsprojekten gab. Aber selbst der eher wohlwollende Biograph Weizsäcker, Udo Benzendörfer, gibt zu bedenken, dass Weizsäcker wegen der großen Zahl der „verfügbaren“ Kinder-Gehirne hätte misstrauisch werden müssen. Vgl. Benzendörfer, *Der Arztphilosoph*, S. 152-160 sowie die deutlich schärfere Einschätzung von: Karl Heinz Roth, *Psychosomatische Medizin und „Euthanasie“*, in: 1999. *Zeitschrift für Sozialgeschichte des 20. und 21. Jahrhunderts* 1 (1986), S. 65-99, hier S. 82-91.

<sup>161</sup> Vgl. dazu die Ausführungen in Kapitel 2.

Heidelberger Psychosomatik-Schule. Sie entwickelten zwar ein Modell der Krankheitsentstehung, das allgemeine Gültigkeit beanspruchte, tatsächlich aber gegenüber der Krebserkrankung eine Grenze zog, die zumindest bis in die frühen 1940er Jahre nicht überschritten wurde. Dies wird insbesondere im Blick auf Viktor von Weizsäcker deutlich, der konzeptionell am stärksten an der Ausarbeitung einer anthropologischen Medizin beteiligt war, die den Menschen in seiner Ganzheit betrachten wollte.

Im Gegensatz zu den Überlegungen von Felix Deutsch zur Psychogenese organischer Erkrankungen, bei denen die Angst eine zentrale Rolle einnahm, stellte Weizsäcker weder einzelne Gefühle noch eine wie auch immer verbundene Dualität von Körper und Psyche in den Mittelpunkt seiner konzeptionellen Überlegungen und klinischen Praxis. Aus seiner Sicht bezogen sich psychische Konflikte auf das hinter dem „Körpergeschehen“ liegende, beide Sphären umfassende Subjekt, das Ich mit seiner konfliktreichen Lebensgeschichte.<sup>162</sup> Die Annahme verborgener Konflikte verwies zwar auf einen gewissen Einfluss Freuds, Weizsäcker schlug aber mit seinem Begriff des Subjekts einen anderen Weg ein. Die eigentliche Krankheit war in seiner Sicht weder das körperliche noch das psychische Geschehen, sondern der hinter diesem Geschehen verborgene Konflikt. Dementsprechend musste der Arzt die Krankheit nicht als objektiv feststellbares Phänomen diagnostizieren und behandeln, sondern den in den Symptomen sich enthüllenden subjektiven Sinn erfassen. Die Fallgeschichte als Ensemble aus Zuhören, Verstehen und Deuten der Lebensgeschichte des Patienten durch den Arzt stand für Weizsäcker im Zentrum der ärztlichen Tätigkeit. Erkenntnistheoretisch und sinnesphysiologisch untermauerte Weizsäcker diese Konzeption einer anthropologischen Medizin durch seine vornehmlich in den Jahren zwischen 1930 und 1950 entwickelte Gestaltkreis-Theorie, der er seine in Heidelberg und Breslau durchgeführten experimentellen Forschungen widmete.<sup>163</sup>

---

<sup>162</sup> So bereits Weizäckers Argumentation in „Körpergeschehen und Neurose“, seiner 1933 veröffentlichten Grundlagenschrift zur Psychosomatik. „Körpergeschehen und Neurose“ stellte eine einzige Fallgeschichte in den Mittelpunkt, die Analyse und Behandlung eines jungen Mannes mit Harnentleerungsschwierigkeiten, die sich schließlich nach der Einsicht des Patienten in seine Sexualverdrängung gebessert hätten, während die Krise sich gleichzeitig in einer Halsentzündung zugespitzt und gelöst habe. Das Hauptanliegen Weizäckers war es hier zu zeigen, dass Neurose und Körpergeschehen als „Bündel“ zusammenhängen und vom Arzt gedeutet und behandelt werden konnten, weniger die Frage, wie diese beiden Geschehensebenen zusammenhängen. Vgl. Viktor von Weizsäcker, Körpergeschehen und Neurose. Analytische Studie über somatische Symptombildungen, in: Gesammelte Schriften, Bd. 6: Körpergeschehen und Neurose, Psychosomatische Medizin, bearb. von Peter Achilles, Frankfurt a.M. 1986, S. 119-238.

<sup>163</sup> Vgl. dazu v.a. Weizsäcker, Der Gestaltkreis. Theorie der Einheit von Wahrnehmen und Bewegen, Leipzig 1940, 2. Auflage 1943, 3. Auflage 1947 und 4. Auflage mit deutlich erweitertem Vorwort



Mit der Idee des Gestaltkreises drückte Weizsäcker aus, dass es keine prinzipielle Unterscheidbarkeit von Mensch und Umwelt gebe, sondern im Wahrnehmen und Bewegen des Subjektes beide in einer fortwährenden Kreisbeziehung miteinander verbunden seien, durch die Mensch und Umwelt gleichermaßen gestaltet würden. Auf der Grundlage von Tastexperimenten ebenso wie von Experimenten, bei denen die Versuchsperson in einer Drehtrommel ihr Gleichgewicht halten musste, versuchte Weizsäcker gemeinsam mit seinen Mitarbeitern herauszufinden, inwieweit das aufgrund einer Idee bereits auswählende Wahrnehmen die Bewegung bestimme und umgekehrt Bewegungen Wahrnehmungsprozesse steuerten.

Diese experimentell gestützte Annahme eines ständigen, kreisförmigen Ineingreifens von Mensch und Umwelt ebenso wie von Leib und Seele bildete die Grundlage von Weizäckers anthropologischer Medizin. Sie wurde von vielen Internisten mit einer Mischung aus Faszination, grundsätzlicher Zustimmung, aber auch Skepsis rezipiert – in den Jahren der nationalsozialistischen Herrschaft ebenso wie in der frühen Nachkriegszeit.<sup>164</sup> Die anthropologische Medizin begründete die Idee der Ganzheit des Menschen in erster Linie sinnesphysiologisch und nicht endokrinologisch wie viele der in die USA emigrierten Psychosomatiker. Für die von Weizsäcker vertretene anthropologische Medizin war die Frage der „Organwahl“ im psychosomatischen Geschehen von eher untergeordneter Bedeutung, während diese Frage in den 1930er Jahren für Franz Alexander, einen der Gründungsväter der amerikanischen Psychosomatik, ebenso wie für Felix Deutsch zur Grundsatz-Frage der Psychosomatik wurde.<sup>165</sup>

---

1950. Vgl. zur Gestaltkreis-Idee auch Benzenhöfer, *Der Arztphilosoph*, S. 132-142 sowie die Darstellung durch einen der Schüler Weizäckers: Paul Christian, *Der „Gestaltkreis“ von Viktor von Weizsäcker*, in: P. Hahn/W. Jacob (Hg.), *Viktor von Weizsäcker zum 100. Geburtstag. Schriften zur anthropologischen und interdisziplinären Forschung in der Medizin*, Berlin/ Heidelberg 1987, S. 72-79.

<sup>164</sup> In der von ihm im *Hippokrates* betreuten Rubrik „Aus der Praxis für die Praxis“ erklärte Weizsäcker ans breitere Publikum gerichtet: „Ich meine, es erschließt sich immer mehr eine dritte Art [von Ursache]. Sie zeigt immer ein Zusammentreffen von äußeren und inneren Momenten, ohne daß man dieses Zusammentreffen schon verstehen könnte. Nur der Erfolg ist einheitlich und immer derselbe – eben der Krankheitsprozeß, sein Fortschreiten auf eine bestimmte Art veränderten Lebens oder auf den Tod zu. Dann, wenn dies der Fall ist, ist es mit der Krankheit so, wie mit dem Leben überhaupt: das Wesentliche liegt in der Begegnung von Mensch und Welt – nicht nur im einen oder im anderen. Die Art der Begegnung ist das Typische; nicht die Art des Menschen für sich, oder der Welt für sich.“ Vgl. Viktor v. Weizsäcker, *Klinische Vorstellungen*, in: *Hippokrates* 10 (1939), S. 222-224.

<sup>165</sup> Vgl. u.a. Felix Deutsch, *The Choice of Organs in Organ Neuroses*, in: *International Journal of Psychoanalysis* 20 (1939), S. 252-262. Franz Alexander versuchte die Frage der Organwahl auf die den Gefühlen eigene Richtung zurückzuführen und entwickelte so eine „Logik der Gefühle“: ders.,

Obwohl Weizsäcker seine anthropologische Medizin als allgemeingültiges Modell verstand und nicht bestimmte Krankheiten wie das Magengeschwür, Asthma oder die Herzneurose als „psychosomatisch“ von „richtigen“ Organkrankheiten unterschied, schreckte er davor zurück, Krebs im Sinne der anthropologischen Medizin zu behandeln. Dies hatte nicht nur mit seinen Interessen und alltäglichen ärztlichen Erfahrungen als Leiter der neurologischen Klinik zunächst in Heidelberg, dann in Breslau zu tun. Denn ein Blick in die Heidelberger Patientenakten zeigt, dass auf Weizsäckers Station sehr wohl auch Krebspatienten behandelt wurden – und zwar keineswegs nur Patienten mit Gehirn- oder Rückenmarkstumoren, sondern auch solche, deren Primärtumor ein anderes Organ befallen hatte und die wegen ihrer Knochen- oder Hirnmetastasen in neurologische Behandlung kamen.<sup>166</sup> Aber auch Weizäckers Heidelberger Weggefährte, der Internist Richard Siebeck (1883-1965), machte vor der Krebskrankheit Halt. In „Medizin in Bewegung“, seinem bedeutendsten Werk, beschäftigte er sich ausgiebig mit dem möglichen Zusammenhang zwischen bestimmten Persönlichkeitszügen und dem Auftreten von Magengeschwüren, beschränkte sich aber im Hinblick auf Magenkrebs darauf zu überlegen, wie Ärzte mit Krebspatienten reden und sie behandeln sollten, damit diese in ihrem Leiden nicht verzweifeln würden.<sup>167</sup>

Weizsäcker selbst sah diese Leerstelle sehr deutlich und machte sie als grundsätzliche Frage nach den Grenzen der anthropologischen Medizin in einem seiner ersten nach dem Zweiten Weltkrieg veröffentlichten Aufsätze zum Thema, indem er fragte:

„Wie aber steht es mit der Psychologie des Carcinoms? Freilich, so sehr selten ist es nicht, daß ein Mensch, der vom Leben gar nichts mehr zu erwarten hat, gerade jetzt einen Krebs bekommt. Man sieht das des öfteren. Aber viel häufiger scheinen doch die Fälle zu sein, in denen die tödliche Krankheit ins blühende Leben greift. Dann hat uns die Psychologie freilich nichts zu sagen. **Freuds** tiefste Gedanken und Erfahrungen stießen freilich auf einen Todestrieb in jedem Menschen. Aber er spricht dann nicht mehr von Psychologie. Und die Psychoanalyse hat sich um den organischen Prozeß überhaupt nur ausnahmsweise bekümmert. [...] Unsere Frage ist aber eben, wie weit wir den organischen Vorgang mit der Psychologie begleiten können. Gibt es eine Grenze, und

---

Die Logik der Gefühle und ihre dynamische Grundlage, in: Internationale Zeitschrift für Psychoanalyse 21, 4 (1935), S. 471-485.

<sup>166</sup> So zum Beispiel die 47-jährige Schlosserfrau, die 1919 an Brustkrebs operiert worden war und 1922 in die Neurologie aufgenommen wurde, weil Metastasen vermutet wurden, UA Heidelberg LV Acc. 30, 01.888/22, oder ein 1931 aufgenommener 59-jähriger Mann, der 1930 an Magenkrebs operiert worden war, und wegen des Verdachts auf multiple Metastasen auf Weizäckers Station kam, UA Heidelberg LV Acc. 30, 01.445.31. 1+2.

<sup>167</sup> Richard Siebeck, Medizin in Bewegung. Klinische Erkenntnisse und ärztliche Aufgabe, Stuttgart 1949, S. 18-37 und 397-408.

wo ist sie? --- Wenn jemand sterben soll oder stirbt, ist das Verhalten des Arztes völlig freigegeben, und es gibt keine Schulvorschrift, wie er sich dabei verhalten soll. [...] Aber in der inneren Medizin schwenken wir ja überhaupt viel **früher** von der psychischen Biographie ab. Der naturwissenschaftliche Internismus, die Physiologie ist doch von Anfang an ein einziges Abschwenken von der Psychologie. Das muß doch einen Grund haben! Es ist sehr einfach: wir **verstehen** von den organischen Krankheiten viel mehr, wenn wir sie naturwissenschaftlich und unpsychologisch betrachten; und außerdem: wir können dem Kranken damit viel mehr nützen. Es gelingt bisher ja gar nicht, die organischen Krankheiten psychologisch zu heilen; so scheint es doch. Und so entsteht die **Spaltung**; die in Körper und Seele und die in den Methoden. Das ist unangenehm, denn es zerstört die Einheit des Menschen. Gibt es aber nicht noch andere Wege? Und gibt es nicht noch andere Gesichtspunkte? Muß die seelische, die menschliche Erfassung schon so früh an dem Granit des materiellen Vorganges scheitern? [...] Wenn wir den Ileus durch Darmverschluß, den Darmverschluß durch das Carcinom erklären, verhalten wir uns dann als Mechanisten, Materialisten? Wir haben keine Angst davor und wollen uns im Gegenteil gerade dazu bekennen, wenn wir nur so die Wahrheit erkennen. Nur die Freiheit wollen wir nicht opfern, daß man auch im Falle einer Organkrankheit, wie etwa der Angina, psychologisch doch viel tiefer ins Organische eindringen kann, als man früher annahm.“<sup>168</sup>

Deutlich zeigen diese Überlegungen Weizsäckers Unentschiedenheit, ob die Krebskrankheit tatsächlich das „Granit des materiellen Vorganges“ sei und damit also die Grenze markiere, jenseits derer das „Subjekt“ nicht mehr zu erfassen sei und nur noch die Gesetze des Materiellen regierten. Theoretisch blieb das Problem ungelöst. Als Arzt entschied sich Weizsäcker an dieser Stelle allerdings ähnlich wie Vinzenz Czerny vierzig Jahre zuvor für die Operation als den Weg, der in seinen Augen therapeutisch Hoffnung versprach.

Seinem Schüler Wilhelm Küttemeyer (1904-1972) gegenüber hatte Weizsäcker bereits 1943 in einem persönlichen Brief geäußert, dass er trotz größter Mühe nicht habe herausfinden können, „was sich ergibt, wenn wir von der Neurose zur organischen Krankheit oder auch zur Psychose übergehen.“<sup>169</sup> Mit diesem Eingeständnis formulierte Weizsäcker seine Skepsis gegenüber Teilen eines Vortrages, den Küttemeyer ihm geschickt und in dem dieser Vorüberlegungen zu seiner 1953 veröffentlichten Dissertation präsentiert hatte, die bereits im Titel deutlich machte, dass Küttemeyer den

<sup>168</sup> Viktor v. Weizsäcker, Klinische Vorstellungen I-VI, in: Psyche 1, 2 (1947), S. 258-293, hier S. 290f. [Hervorhebungen im Original].

<sup>169</sup> Brief Viktor von Weizsäckers an Wilhelm Küttemeyer, 22.12.1943, Deutsches Literaturarchiv Marbach, A: Sternberger, 89.10.6952/9.

Schritt von der Neurose zur Psychose und damit letztlich auch zu schwerwiegenden organischen Erkrankungen zu gehen bereit war.<sup>170</sup>

### **2.5 Die Anästhesie des Gefühls und die Frage der Schuld: Die Diskussion um Krebs in der frühen Nachkriegszeit**

Ein Blick auf den Weg, den Küttemeyer einschlug, lohnt sich, auch wenn sich letztlich die meisten der später einflussreichen Psychosomatiker der Krebskrankheit aus einer anderen Richtung näherten.<sup>171</sup> Doch ist die Arbeit Küttemeyers zu seiner Zeit keineswegs unbeachtet geblieben. An ihr entzündete sich eine Diskussion darüber, mit welchem Verständnis und welcher Praxis von Wissenschaftlichkeit die Psychosomatik arbeiten sollte. Außerdem entfachte Küttemeyers Arbeit eine Debatte darüber, wie sich individuelle und gesellschaftliche Pathologie verschränken, gerade im Hinblick auf die Krebskrankheit. Diese Frage ist insbesondere für die bundesdeutsche Diskussion über Krebs, Gefühle und Gesellschaft außerordentlich einflussreich gewesen, während sie in der DDR deutlich weniger öffentlich, fast ausschließlich von der Literatur etwa einer Christa Wolf thematisiert wurde.

Wann genau Küttemeyer die Krebskrankheit in den Mittelpunkt seiner Überlegungen stellte, ist nicht zu erschließen. Bis 1945 stand die Frage, ob die Psychose psychosomatisch zu verstehen und zu behandeln sei, ganz eindeutig im Vordergrund seiner Arbeit – eine Arbeit, die er mit seiner 1953 veröffentlichten Dissertation zu einem gewissen Abschluss brachte. Mit großer Wahrscheinlichkeit hatte Küttemeyer allerdings schon vorher begonnen, über die Psychosomatik der Krebskrankheit nachzudenken. Denn er wollte das aus Sicht der meisten Mediziner so unbestritten Organische und Materielle dieser Krankheit in Frage stellen, um die von ihm angenommene

<sup>170</sup> Küttemeyer gab seiner Dissertation den Titel „Körpergeschehen und Psychose“, eine bewusste Reminiszenz an eines der Hauptwerke Weizsäckers („Körpergeschehen und Neurose“, 1933), in dem dieser anhand einer Fallgeschichte die Grundzüge seiner anthropologischen Medizin erläutert hatte, vgl. Wilhelm Küttemeyer, *Körpergeschehen und Psychose*, Stuttgart 1953.

<sup>171</sup> So schrieb der heute in Berlin praktizierende Psychiater Hans Stoffels auf einer Seite der *Viktor-von-Weizsäcker-Gesellschaft* einen Erinnerungstext an Küttemeyer: Hans Stoffels, *Gelebtes und ungeliebtes Leben. Zum 100. Geburtstag von Wilhelm Küttemeyer (1904-1972)*, in: *Viktor von Weizsäcker Gesellschaft* (24.03.2005), ([http://viktor-von-weizsaecker-gesellschaft.de/texte\\_mehr.php?id=13&slID=1](http://viktor-von-weizsaecker-gesellschaft.de/texte_mehr.php?id=13&slID=1), letzter Zugriff: 20.03.2017), vgl. auch den Nachruf: Hans Stoffels, *Medizin und Naturwissenschaft in geschichtlicher Entscheidung. Wilhelm Küttemeyer zum Gedächtnis*, in: *Scheidewege* 3 (1973), S. 403-422 sowie die postum 2012 veröffentlichten Erinnerungen des Heidelberger Internisten Heinrich Huebschmann (1913-1995): ders., „Wissen Sie noch einen Ausweg?“ *Gespräche mit Eduard Spranger, Carl Friedrich von Weizsäcker, Gustav von Bergmann, Wilhelm Westphal, Wilhelm Bitter, Viktor von Weizsäcker, Theodor Litt und Werner Leibbrand* (1942), in: *Sinn und Form* 2 (2012), S. 213-253.

Untrennbarkeit von psychischer, somatischer und pneumatischer (d.i. die metaphysische und moralische) Dimension des Menschen zusammenzuführen. Erste Andeutungen, in denen allerdings die Krankheit Krebs noch nicht explizit benannt wurde, finden sich bereits in einem Vortrag Kütemeyers von 1946, auf den Weizsäcker in einem weiteren Brief enthusiastisch reagiert hatte.<sup>172</sup> Es ist also nicht gänzlich unwahrscheinlich, dass Weizsäckers 1947 in der Zeitschrift *Psyche* formulierte Überlegungen zum Carcinom als mögliche Grenze des Psychischen von den Gesprächen mit Kütemeyer unmittelbar angeregt worden waren.

Die Zäsur 1945 erscheint jedoch auch aus anderen Gründen plausibel und diese werfen ein Licht darauf, woher Kütemeyer seine Annahmen über die Krebskrankheit bezog. Kütemeyer dürfte als Arzt erstmals um 1945 Krebskranken begegnet sein. Als vergleichsweise spät Berufener – er studierte zunächst Philosophie und Mathematik – legte er erst 1939 mit 35 Jahren sein Medizinexamen in Freiburg ab und ging als Assistenzarzt nach Heidelberg zu Weizsäcker. Bereits im Juni 1940 wurde er als Sanitätsoffizier eingezogen und zunächst in Lodz eingesetzt. Schon im Mai 1941 kehrte er nach Heidelberg zurück und arbeitete bis September 1944 als Teil der dortigen Heeres-Sanitäts-Staffel auf der von Alfred Schweninger geleiteten neurologischen Abteilung des 1939 eingerichteten Reservelazaretts der Heil- und Pflegeanstalt Wiesloch (bei Heidelberg).<sup>173</sup> Da die Heil- und Pflegeanstalt fast ausschließlich psychiatrische Patienten aufnahm, wird Kütemeyer in diesen Jahren kaum mit Krebskranken

---

<sup>172</sup> Dieser Vortrag steht im Zentrum eines von Kütemeyer 1951 publizierten Essaybandes. Inwieweit der Vortrag von Kütemeyer für die Publikation überarbeitet wurde, lässt sich mangels entsprechender Dokumente leider nicht nachvollziehen: Wilhelm Kütemeyer, Wandlungen medizinischer Anthropologie. Ein Vortrag 1946, in: ders., Die Krankheit Europas. Beiträge zu einer Morphologie, Berlin/Frankfurt a.M. 1951, S. 139-186. Aus dem entsprechenden Brief Weizsäckers vom 20. Mai 1946, der sich im Privatbesitz von Dr. Mechthilde Kütemeyer befindet, zitiert Stoffels, Gelebtes und ungelebtes Leben.

<sup>173</sup> In fast allen Veröffentlichungen fehlt eine Information darüber, an welcher Heidelberger Klinik bzw. Institution Kütemeyer vor 1945 gearbeitet hat. Einzig in dem von seinem Schüler Heinrich Huebschmann veröffentlichten Nachruf fand sich die Information: „ärztlich tätig war er zunächst bei Geisteskranken in der Anstalt Wiesloch, damals Reservelazarett, unter Alfred Schweninger [sic], dann nach Kriegsende auch bei körperlich Kranken in der Medizinischen Klinik Heidelberg unter Richard Siebeck und Viktor von Weizsäcker.“ Vgl. Heinrich Huebschmann, Zum Tode Wilhelm Kütemeyers, in RN 2, 20.7.72. UAH, PA 4711. Dass er als Arzt von der Wehrmacht eingezogen wurde, geht aus seiner Personalakte hervor, nicht aber die genauen Daten seines Wehrdienstes, vgl. Brief des Dekans der Medizinischen Fakultät der Ruprecht-Karl-Universität Heidelberg, Prof. W. Doerr, an das Kultusministerium Baden-Württemberg, Heidelberg, den 4. Juli 1966. UAH PA 4711. Klärung brachte eine Anfrage bei der Deutschen Dienststelle für die Benachrichtigung der nächsten Angehörigen von Gefallenen der ehemaligen deutschen Wehrmacht. Danach trat Kütemeyer am 28.06.1940 seinen Dienst bei der Sanitäts-Ersatz-Abteilung 12 am Standort Lodz an, wurde am 12.11.1940 zum Kranken-Kraftwagen-Zug 36 und am 19.11.1940 zur motorisierten Sanitätskompanie derselben Einheit versetzt. Am 05.05.1941 kehrte er in die Nähe von Heidelberg zurück, zunächst nach Bad Kreuznach als Sanitäts-Feldwebel, um dann am

zu tun gehabt haben, dafür aber mit einer ganzen Reihe von Schizophrenie-Kranken – was seine Auseinandersetzung mit der Psychose im Rahmen seiner Dissertation widerspiegelte. Erst nach 1945 wechselte er als Stationsarzt an die zu dieser Zeit von Richard Siebeck geleitete Krehl-Klinik. Zumindest eine von Küttemeyer unterzeichnete Krankenakte aus dem Jahr 1947 belegt, dass er in dieser Zeit auch Krebskranke als Arzt betreut hat.<sup>174</sup> Da für die Zeit nach 1949 keine Krankenakten mehr vorhanden sind, lässt sich nicht nachvollziehen, in welchem Umfang Küttemeyer später Krebskranke in der Krehl-Klinik behandelt hat. Allerdings berichtete er selber rückblickend, dass er in einer Vorlesung im Wintersemester 1955/6 ausschließlich krebskranke Patienten vorgestellt habe. Zu diesem Zeitpunkt erschien auch eine erste längere medizinische Veröffentlichung, in der er sich mit der Fallgeschichte eines Hodgkin-Patienten auseinandersetzte.<sup>175</sup> Offenbar behandelte Küttemeyer im Rahmen seiner Klinikarbeit seit Ende der 1950er Jahre vorwiegend Privatpatienten.<sup>176</sup> Im Laufe der 1960er Jahre zog er sich zunehmend von der Krehl-Klinik zurück und praktizierte stattdessen in der Czerny-Klinik, d.h. in der Bestrahlungsabteilung der Heidelberger Universitätsklinik. Auch hier behandelte er Privatpatienten.<sup>177</sup> Damit konzentrierte sich also Küttemeyers klinische Arbeit spätestens seit Mitte der 1950er Jahre immer stärker auf

---

13.05.1941 seinen Dienst bei der Heeres-Sanitäts-Staffel in Heidelberg anzutreten. Am 03.09.1944 wurde er erneut versetzt und zwar in den Stab Kriegslazarett-Abteilung 541, für den er zunächst im Protektorat Böhmen und Mähren und ab 1945 in den Niederlanden Dienst tat (Auskunft vom 19.10.2015).

<sup>174</sup> Krankenakte Fräulein K.W., geb. 20.4.1892, UAH L-I Acc. 1/96 2029/47. Die Patientin war wegen eines Ovarial-Carcinoms mit starker Aszites (Bauch-Wassersucht) sieben Tage in der Krehl-Klinik und wurde dann zur Bestrahlung in die Czerny-Klinik verlegt. Aufgrund des handschriftlichen Abgleichs ist zu vermuten, dass Küttemeyer sowohl die Anamnese als auch die Behandlung persönlich durchführte bzw. anordnete.

<sup>175</sup> Die Information zu Küttemeyers Vorlesung 1955/6 findet sich in: Wilhelm Küttemeyer, *Psychosocial Aspects of Cancer*. Paper presented at the Fourth International Conference on Psychosomatic Aspects of Neoplastic Disease 4 (1965), S. 2. Die Fallgeschichte des Hodgkin-Patienten diskutierte Küttemeyer in: Wilhelm Küttemeyer, *Anthropologische Medizin in der inneren Klinik*, in: Paul Vogel (Hg.), Viktor von Weizsäcker: *Arzt im Irrsinn der Zeit. Eine Freundesgabe zum 70. Geburtstag*, Göttingen 1956, S. 243-265, hier S. 246-265.

<sup>176</sup> So die Angabe von Hans J. Dengler, damals Direktor an den Med. Kliniken und Polikliniken Gießen, der bis zu seiner Habilitation 1961 bzw. 1962 in Heidelberg gearbeitet hatte: Schreiben Hans Dengler an den Dekan der Medizinischen Fakultät der Universität Heidelberg. 17.08.1968. UAH PA 4711.

<sup>177</sup> Diesem Wechsel vorangegangen waren langjährige Auseinandersetzungen an der Krehl-Klinik, die im Folgenden noch Thema sein werden. In der Czerny-Klinik arbeitete Küttemeyer mit besonderer Genehmigung des Klinikdirektors Josef Becker nicht als fest besoldeter Arzt, sondern auf Privatrechnung der jeweiligen Patienten, die er neben ihrer eigentlichen radiologischen Therapie psychosomatisch behandelte. Schreiben des Kultusministeriums Baden-Württemberg an den Vorsitzenden des Landesberufungsgerichts für Ärzte in Sigmaringen, Stuttgart, den 28.6.1972. UAH PA 4711.

Krebspatienten, die er jedoch überwiegend außerhalb des eigentlichen klinischen Betriebs betreute.

Aber wurde dieses zunehmende Interesse für die Psychosomatik der Krebskrankheit ausschließlich von der klinischen Praxis Kütemeyers, das heißt von der konkreten Begegnung mit Krebskranken angeregt? Es ist anzunehmen, dass daneben die moralphilosophischen und politischen Interessen Kütemeyers eine wesentliche Rolle gespielt haben. Er, der Ende der 1920er Jahre Sören Kierkegaard ins Deutsche übersetzt hatte, zeigte sich bis in seine späten medizinischen Schriften hinein geprägt von dessen Auseinandersetzung mit der Verzweiflung als Krankheit zum Tode, die nur dadurch „geheilt“ werden könne, dass sich der Mensch der Verzweiflung und Angst stelle, die seine Existenz begleite. Die sich selbst nicht bewusste Angst und Verzweiflung führten in Kierkegaards Verständnis dagegen unweigerlich zum Tod des Selbst, das auf diese Weise am Sinn des eigenen Lebens wie der menschlichen Existenz überhaupt vorbeigeht.<sup>178</sup>

Ähnlich wie viele Ganzheitstheoretiker der 1920er Jahre sah Kütemeyer den gesellschaftlichen Ursprung dieser sich selbst nicht bewussten Verzweiflung in der Zertrennung der Sphären des Geistes und des Körpers. Dies war ein Grund für ihn, sich der Medizin zuzuwenden, in der einerseits diese Zertrennung weit fortgeschritten schien, er aber andererseits auch das Potential erkannte, die Sphären wieder zusammenzuführen. Anders aber als Erwin Liek wurde er nicht zum Verfechter einer dem Nationalsozialismus nahestehenden *Neuen Deutschen Heilkunde*, sondern grenzte sich schon vor 1933 davon ab.<sup>179</sup>

---

<sup>178</sup> Folgende Übersetzungen stammen von Kütemeyer: Sören Kierkegaard, *Der Begriff der Ironie: Mit ständiger Rücksicht auf Sokrates*, hg. von Chr. Kaiser, München 1929; Sören Kierkegaard, *Christliche Reden*, übersetzt von W. Kütemeyer und Chr. Schrempf, Jena 1929. Darüber hinaus hatte Kütemeyer einen selbst zusammengestellten Band mit von ihm übersetzten Schriften herausgegeben, der Dietrich Bonhoeffer bei der Abfassung seines 1937 erschienenen Schlüsselwerkes „Nachfolge“ stark beeinflusst hat, vgl. Sören Kierkegaard, *Der Einzelne und die Kirche. Über Luther und den Protestantismus*, Übersetzung und Vorwort von Wilhelm Kütemeyer, Berlin 1934. Zu Bonhoeffers von Kütemeyers Übersetzung angeregter Auseinandersetzung mit Kirkegaard vgl. Matthew D. Kirkpatrick, *The Teleological Suspension of the Ethical*, in: Adam Clark/Michael Mawson (Hg.), *Ontology and Ethics. Bonhoeffer and Contemporary Scholarship*, Eugene 2013, S. 86-101, hier S. 94-97. Grundlegend dazu: Sören Kierkegaard, *Die Krankheit zum Tode*, in: ders., *Der Begriff der Angst. Philosophische Schriften 2*, übersetzt von Christoph Schrempf/Wolfgang Pfeleiderer/H. Gottsched, Frankfurt a.M. 2009, S. 661-754 und Sören Kierkegaard, *Der Begriff der Angst*, in: *ibid.*, S. 175-296 sowie zur Einordnung in den philosophischen Kontext der Angst-Diskussion: Christoph Demmerling, *Philosophie der Angst*, in: Lars Koch (Hg.), *Angst. Ein interdisziplinäres Handbuch*, Stuttgart/Weimar 2013, S. 31-41.

<sup>179</sup> Hiervon zeugt vor allem die von Kütemeyer 1932 herausgegebene Zeitschrift *Der Sumpf*, in der u.a. Carl Dallago äußerst kritische Zeitanalysen veröffentlichte, die vermutlich zu Kütemeyers Verhaftung 1933 durch die Gestapo beigetragen haben, vgl. Thomas Dietzel/Hans-Otto Hügel,

Eine neue Dimension bekam die Frage nach der Verzweiflung in der Krankheit zum Tode für Küttemeyer vermutlich nach 1939, nachdem er in der Heil- und Pflegeanstalt Wiesloch zu arbeiten begonnen hatte. Denn die „Heil- und Pflegeanstalt“ Wiesloch beteiligte sich aktiv am nationalsozialistischen Euthanasieprogramm, über 2000 Menschen wurden von dort in Einrichtungen verlegt, in denen sie sofort umgebracht wurden oder bald sterben sollten. Zudem gab es in Wiesloch 1940/1941 eine sogenannte Kinderfachabteilung, ein unverfänglich klingender Name für eine Abteilung, die darauf ausgerichtet war, Ursachen und Erscheinungsformen psychiatrischer Erkrankungen von Kindern zu erforschen und zu diesem Zweck die Kinder mit Luminal und anderen Betäubungsmitteln zu töten, so dass die Gehirne der Kinder seziert werden konnten.<sup>180</sup>

Küttemeyer arbeitete im Wieslocher Reservelazarett und war nicht an den Euthanasieaktionen beteiligt. Was mit den Kindern der „Kinderfachabteilung“ geschah und wohin die Transporte mit den erwachsenen Patienten gingen, war allerdings in Wiesloch ein offenes Geheimnis. So wird auch Küttemeyer davon gewusst haben – wenn auch nicht zu klären ist, wie lange er in Wiesloch gearbeitet hat und wann er von der Wehrmacht einberufen wurde.<sup>181</sup>

---

Deutsche literarische Zeitschriften 1880-1945. ein Repertorium, München u.a. 1988, S. 1168 sowie Hans Stoffels, Gelebtes und ungelebtes Leben. Warum Küttemeyer schon bald aus der Haft entlassen und dann von der Gestapo offenbar nicht mehr behelligt wurde, bleibt unklar. Hans Stoffels gibt an, Küttemeyer hätte ihm gegenüber geäußert, er sei „durch die Stichhaltigkeit einer Freundschaft wunderbar befreit“ worden, vgl. Stoffels, Medizin, S. 412.

<sup>180</sup> Franz Peschke, SCHRECK's Abteilung – Die Wieslocher „Kinderfachabteilung“ im Zweiten Weltkrieg, in: Schriftenreihe des Arbeitskreises „Die Heil- und Pflegeanstalt Wiesloch in der Zeit des Nationalsozialismus“, Heft 2, Wiesloch 1993, S. 19-41. Allgemein zu Wiesloch: Franz Peschke, Ökonomie, Mord und Planwirtschaft. Die Heil- und Pflegeanstalt Wiesloch im Dritten Reich (=Aspekte der Medizinphilosophie, Bd. 10), Bochum/Freiburg 2012.

<sup>181</sup> Peschke, SCHRECK's Abteilung, S. 28. Über die Arbeit des Reservelazaretts Wiesloch ist bisher wenig bekannt, da nur wenige Akten erhalten geblieben sind, überwiegend psychiatrische oder neurologische Gutachten, in denen es darum ging, ob die betreffende Person etwa wegen „angeborenen Schwachsinn“ vom Vorwurf der Fahnenflucht bzw. der unerlaubten Entfernung von der Truppe freizusprechen sei. Unmittelbar nach Kriegsende wurde Alfred Schwenninger, Küttemeyers Vorgesetzter an der neurologischen Abteilung des Reservelazaretts, von dem amerikanischen Offizier Leo Alexander im Auftrag des *Combined Intelligence Objectives Sub-Committees* zu seiner Arbeit in Wiesloch befragt. Schwenninger gab an, dass er von den Euthanasieaktionen in Wiesloch gewusst habe, obwohl diese getarnt worden seien. Er habe mehrmals dagegen protestiert, bis er aus Angst vor einer KZ-Einweisung geschwiegen habe, vgl. den Bericht Leo Alexanders vom 19. August 1945, wiedergegeben auf einem von Stuart D. Stein zusammengestellten Portal des *Web Genocide Documentation Centre* der University of the West of England: (<http://www.phdn.org/archives/www.ess.uwe.ac.uk/genocide/alexrep6.htm#Alfred>, letzter Zugriff: 22.03.2017) sowie die Informationen Peschkes zur Wieslocher Gutachtertätigkeit Schwenningers: Peschke, Ökonomie, S. 453-459 sowie zu Schwenninger, der vom amerikanischen Militärgericht als unbelastet eingestuft wurde: Peschke, Ökonomie, S. 679f.



Auch wenn Küttemeyer Wiesloch später nicht explizit erwähnte, trieb ihn in seinen unmittelbar nach dem Krieg verfassten Schriften die Frage nach Krankheit und Schuld des Individuums ebenso wie „überindividueller Organismen“ um – eine Frage, die er an den Euthanasieverbrechen des Nationalsozialismus konkretisierte.<sup>182</sup> Bereits im Januar 1947, kurz nach Beginn der Nürnberger Ärzteprozesse, äußerte er sich in einem *Zeit*-Artikel mit dem Titel „Deutschland schuldig oder krank?“ dazu. Eine längere Ausarbeitung seiner Überlegungen erschien schließlich 1948 unter dem gleichen Titel in der von Dolf Sternberger herausgegebenen *Wandlung*.<sup>183</sup> Hier parallelisierte Küttemeyer individuelle und über-individuelle Pathologie insofern, als er sie auf das gleiche pathologische Muster zurückführte: die Gefühls-Anästhesie und den Verrat am eigenen Selbst, angelehnt an Kierkegaards Konzept der Krankheit zum Tode. Für Küttemeyer stand fest: Deutschland war schuldig *und* krank – eine ganz eigene Position in der von den Alliierten aufgeworfenen Debatte um die Kollektivschuld der Deutschen. Karl Jaspers, Küttemeyers Heidelberger Kollege, hatte diese Frage mit der Feststellung beantwortet, dass moralische Schuld immer individuell sei und dass jeder Einzelne, der in Deutschland geblieben sei, ohne mit seinem Leben gegen die Nationalsozialisten einzustehen, im moralischen Sinn schuldig geworden sei.<sup>184</sup>

Aus Sicht Küttemeyers hatte die „Krankheit“ Deutschlands begonnen, weil „Deutschland“ sich der Verzweiflung über die eigene Zerrissenheit nicht gestellt hatte. Diese Verzweiflung konnte nur um den Preis einer allgemeinen Gefühls-Anästhesie, also einer Unfähigkeit zu fühlen, verdrängt werden. Dass diese Gefühls-Anästhesie die Euthanasie und andere Verbrechen des nationalsozialistischen Deutschlands nicht nur möglich gemacht, sondern geradezu herausgefordert habe, verdeutlichte Küttemeyer anhand der Fallgeschichte eines männlichen Patienten, der mit einer beginnenden Psychose zu ihm gekommen war. Auch dieser Patient war nach der Diagnose Küttemeyers seit seiner Kindheit unfähig, eigener Trauer und fremdem Leid in der Situation selbst adäquat zu begegnen. Er habe das Leid anderer nur „neugierig“, mit quasi wissenschaftlichem Blick, beobachten können und so auch nichts als „Interesse“ für die Gefühle einer Reihe von Frauen empfinden können, die er erschoss, um der Panik auf einem Flüchtlingsschiff Herr zu werden. Um diese innere Leere zu füllen, habe der Patient nach Momenten der Gefahr und Bewährung gesucht. Und dies genau

---

<sup>182</sup> Wilhelm Küttemeyer, Deutschland schuldig oder krank?, in: Die Zeit 4 (23.01.1947), S. 3.

<sup>183</sup> Wilhelm Küttemeyer, Deutschland – schuldig oder krank?, in: Die Wandlung 2 (1948), S. 106-119.

<sup>184</sup> Karl Jaspers, Die Schuldfrage, Heidelberg 1946.

war in den Augen Kütemeyers der Punkt, an dem individuelle und über-individuelle Pathologie nicht nur parallel liefen, sondern die eine der anderen in die Hände arbeitete, denn:

„Kann es zum Beispiel für Menschen solcher Art einen glücklicheren Zustand geben als den Krieg? [...] Aber wohlgemerkt: nicht aus Opferbereitschaft, sondern weil sie sich auf dieser Erde nirgends zwar nicht schlechthin gut aufgehoben, aber für ihre Verhältnisse so gut aufgehoben fühlen wie in solcher Gefahr, die das äußere Abbild ist ihrer zerrissenen Seele [...] Mit der Entbindung all ihrer gegensätzlichen Kräfte finden sie die höchste Form ihres Lebens. Denn sie wissen ja nichts von dem, was sie eigentlich antreibt. Sie sind nur dunkel getrieben von der ihnen selbst verborgenen Zerrissenheit.“<sup>185</sup>

Existenzielle Angst und Verzweiflung konnten also soweit verdrängt werden, dass sie dem Bewusstsein nicht mehr zugänglich waren, indem sich das Selbst von sich abkehrte und den Zugang zu seinen eigenen Gefühlen verlor. Dieser Mechanismus erklärte in den Augen Kütemeyers sowohl die individuelle als auch die über-individuelle Psychose. Mit der Diagnose der Psychose als psychosomatischer Krankheit überschritt er den vorher gültigen Rahmen der Psychosomatik, die ihre Grenze in der Neurose gefunden hatte. In seiner Verschränkung von individueller und über-individueller Pathologie im Blick auf die nationalsozialistische Vergangenheit fanden Kütemeyers Forschungen in der gesellschaftlichen Diskussion Gehör. Sein Wort wurde insbesondere in den Kreisen gehört, die sich für eine politische und geistig-moralische Erneuerung Deutschlands einsetzten und zu denen neben dem bereits erwähnten Sternberger auch Karl Jaspers, Werner Kraus, Alfred Weber sowie Kütemeyers enger Freund Werner von Trott zu Solz gehörten.<sup>186</sup> Auch Margret Boveri, die wenig später ihre weit gefasste Auseinandersetzung mit dem Verrat als Signatur des 20. Jahrhunderts zur öffentlichen Diskussion stellte, beschäftigte sich intensiv mit Kütemeyers medizinisch-politischer Psychosomatik, die sie „als Chronistin und Betroffene brennend interessiert[e], weil es sich [bei Kütemeyers Fallgeschichten] um Situationen

<sup>185</sup> Kütemeyer, Deutschland – schuldig oder krank (Die Wandlung), S. 116. Kütemeyer kam in den folgenden Jahren immer wieder auf diese Frage der Krankheit Deutschlands zurück, die ihm immer mehr als Teil einer ganz Europa betreffenden Krankheit erschien, wie er es schließlich in seiner 1951 publizierten Essaysammlung darlegte, vgl. ders., Die Krankheit Europas. Beiträge zu einer Morphologie, Berlin/Frankfurt a.M. 1951.

<sup>186</sup> Mit Werner von Trott zu Solz, dessen Bruder Adam zum engeren Kreis um den Hitler-Attentäter Stauffenberg zählte, war Kütemeyer schon zu Beginn der 1930er Jahre befreundet.

handelt, in denen der Mensch gezwungen ist, zwischen verschiedenen Arten des Verrats zu wählen“.<sup>187</sup>

Diesen Verrat an sich selbst sah Küttemeyer schließlich auch untergründig bei seinen Krebspatienten am Werk. Allerdings geben Küttemeyers Notizen in der einzigen, erhalten gebliebenen Krankenakte einer von ihm behandelten Krebspatientin zunächst nur wenige Anhaltspunkte dafür, wie die klinische Praxis Küttemeyer zu dieser Erkenntnis geführt haben könnte. Denn in der bereits erwähnten Krankenakte von 1947 vermerkte er unter dem Punkt „Persönlich-Soziales“ über die zu diesem Zeitpunkt 55-jährige Patientin, die wegen einer schweren Bauchwassersucht ins Krankenhaus eingewiesen worden war, wo ihr weit fortgeschrittener Gebärmutterkrebs diagnostiziert wurde:

„Sie wurde zus. mit ihrem Bruder 1919 aus Lothringen ausgewiesen. Sie steht völlig allein u. arbeitet als Schneiderin. Mit ihren Nachbarn kommt sie sehr gut aus. Seit ihr Bruder gestorben sei, habe sie immer dessen Familie in Lothringen sehr unterstützt. Hier lebt ihre Schwägerin u. Nichte, welche auch immer nach ihr sehen. Mit ihrem Verdienst komme sie aus.“<sup>188</sup>

Aus ihrer von Küttemeyer aufgezeichneten Krankengeschichte geht jedoch hervor, dass sie ihre schwerwiegenden Symptome, ihren mangelnden Appetit bei zunehmender Leibesfülle sowie ihre immer größere körperliche Schwäche, erst sehr spät zum Arzt führten – was sie Küttemeyer gegenüber mit den von ihm notierten Worten erklärte: „es ist doch von allein gekommen, da wird es auch wieder von allein weggehen.“ Dass hinter dieser „naiven“ Einschätzung ihrer eigenen Lage möglicherweise auch eine nicht eingestandene Angst stand, hielt Küttemeyer ebenfalls in der Akte fest, indem er unter dem Datum des 19. Mai 1947 aufschrieb, dass die unverändert „matte“ Patientin immer wieder sage: „Wenn es nur kein Krebs ist, dann ist es ja gut.“<sup>189</sup>

Wie Küttemeyer diese Krankengeschichte psychosomatisch interpretiert hat, können wir nicht mit Sicherheit wissen, da er sie nicht als Fallgeschichte in einer seiner Publikationen erwähnt hat. Dass er allerdings die beiden hier zitierten Äußerungen seiner Patientin als einzige wörtliche Zitate in der Akte notiert hat, deutet darauf hin, dass er sie für wichtig und aufschlussreich hielt – noch dazu vor dem Hintergrund der Tatsache, dass Aussprüche der Patienten zu jener Zeit nur selten den Weg in die

<sup>187</sup> Margret Boveri, Körpergeschehen und Psychose. Eine Studie aus der Landschaft des Verrats, in: Merkur 8, 74 (1954), S. 371-378, hier S. 372. Diese Gedanken waren dann grundlegend für: Margret Boveri, Der Verrat im 20. Jahrhundert, 4 Bde, Hamburg 1956-60.

<sup>188</sup> Krankenakte Fräulein K.W., geb. 20.4.1892, UAH L-I Acc. 1/96 2029/47.

<sup>189</sup> Ibid.

Krankenakten der entsprechenden Heidelberger Station gefunden haben. Es ist vorstellbar, dass Küttemeyer beide Äußerungen ebenso wie die Klaglosigkeit der Patientin und ihren späten Weg zum Arzt als Folge einer Selbsttäuschung über ihr tatsächliches Befinden ansah, die in der Abspaltung von Angst ihren Ursprung hatte und sich auch in der Unauffälligkeit und scheinbaren Konfliktlosigkeit ihrer Existenz zeigte. Denn dies sind Merkmale, die Küttemeyer in der ersten 1956 publizierten Fallgeschichte einer Krebserkrankung aufgriff und die auch von anderen psychosomatisch orientierten Ärzten dieser Zeit erwähnt wurden.<sup>190</sup>

Bei dem in dieser detailreichen Fallgeschichte vorgestellten 34-jährigen Hodgkin-Patienten war allerdings das Element der Selbsttäuschung deutlich auffälliger. Denn er wusste um seine zu dieser Zeit vollkommen unheilbare Krankheit, sprach über seine Krankheit jedoch ohne jede sichtbare oder von ihm selbst geschilderte innere Beteiligung. Das Wissen um seine tödliche Krankheit, das „*an sich* kardinale Bedeutung für seine Existenz“ besaß, entbehrte nach Küttemeyers Beobachtung „*für ihn* jeder affektiven Valenz“.<sup>191</sup> Ähnlich wie bei dem 1953 thematisierten Psychose-Kranken fand Küttemeyer auch bei diesem Patienten eine allgemeine Gefühls-Anästhesie und Leere, die den Krieg „als schönste Zeit seines Lebens“ erscheinen ließ.<sup>192</sup> Dementsprechend hielt Küttemeyer die Krebserkrankung für einen „in die Struktur der Materie“ verlagerten Wahn, führte sie also auf das exakt gleiche pathologische Muster zurück wie die Psychose – nur mit dem Unterschied, dass die Pathologie sich nicht in der Sphäre des Geistigen, sondern des Somatischen ausdrückte.<sup>193</sup> Beides war nach Küttemeyers medizinischem Verständnis möglich, denn er war überzeugt (und berief sich dabei auf seine medizinische Erfahrung und Beobachtung), dass metaphysische und physiologische Ebene des Selbst durch die Psyche miteinander in Verbindung standen.<sup>194</sup>

---

<sup>190</sup> Küttemeyer, *Anthropologische Medizin*, u.a. S. 250f. Von einer ähnlichen Haltung ihrer Krebspatientinnen berichtete nur wenig später auch die Ärztin Charlotte Neumann, *Psychische Besonderheiten bei Krebs-Patientinnen*, in: *Zeitschrift für Psycho-somatische Medizin* 5, 2 (1959), S. 91-101.

<sup>191</sup> Küttemeyer, *Anthropologische Medizin*, S. 251 [Hervorhebungen im Original].

<sup>192</sup> Küttemeyer, *Anthropologische Medizin*, S. 252.

<sup>193</sup> Küttemeyer, *Anthropologische Medizin*, Fn. 6 auf S. 261.

<sup>194</sup> So schrieb Küttemeyer zum Abschluss der Fallgeschichte des Hodgkin-Patienten: „Die Verbindung von physiologischen und metaphysischen Akten ist eine eingreifende, die sich des Psychologischen nur bedient. Die stellvertretende Korrespondenz findet sich an jeder Stelle. Der Körper ist ein konstituierendes Element unserer Individuation, er ist unsere spezifische Vergangenheit.“, vgl. Küttemeyer, *Anthropologische Medizin*, S. 265.

Der Ursprung dieser verhängnisvollen Gefühls-Anästhesie lag aus Kütemeyers Sicht in einer existenziellen kindlichen Spaltung, in den Worten Boveris in einem Verrat an sich selbst. Der Patient habe ein sehr enges Verhältnis zu seiner Mutter gehabt, erläuterte Kütemeyer in seiner Fallgeschichte, während der Vater die Mutter betrogen und geschlagen habe. Irgendwann habe sich der Patient von der Mutter und damit von seiner eigenen Liebe abgewandt und sei ins „Lager der Gewalt“ übergegangen. Er habe begonnen, den Vater zu rechtfertigen und damit Autorität und Gehorsam zu den Grundfesten seines Lebens gemacht, während seine Gefühle nun „verödeten“, in den Worten Kütemeyers: „Das ist der Untergrund der reibungslosen Einordnung in das Getriebe des Lebens und der Gesellschaft, wie sie seiner begrabenen Kindheit folgt.“<sup>195</sup>

Unter der Oberfläche von Unauffälligkeit und Autoritätshörigkeit verbarg sich aus Kütemeyers Sicht also ein von sich selbst entfremdeter, gefühls-betäubter Mensch, dessen innere Zerrissenheit ebenso wie der daraus resultierende Hass sich selbst und anderen verborgen blieb und nur in der Krebskrankheit seinen Ausdruck finden konnte. Kütemeyer versuchte mit dieser Deutung einerseits zu erklären, wie der Nationalsozialismus überhaupt möglich werden konnte. Andererseits wollte er seinen Patienten keine persönliche moralische Schuld dafür zuschreiben, dass dieses pathologische Muster ihr Leben beherrschte. Das macht ein Vergleich deutlich, den er in einem Vortrag vom Juni 1965 benutzte und in dem er auf Schilderungen von Primo Levi und Jean Cayrol über ihre Konzentrationslager-Erfahrungen zurückgriff. In diesem Vortrag, den er auf der Vierten Internationalen Konferenz zur Psychosomatik der Krebskrankheit in Turin hielt, erklärte er, dass die Krebspatienten in ihrem Krankheitsmuster der Autoritätshörigkeit ebenso gefangen seien wie die befreiten KZ-Häftlinge in ihrer Vergangenheit der Unterwerfung unter die KZ-Aufseher: „he [der KZ-Häftling ebenso wie der autoritätshörige Krebspatient] remains at his master's feet, singing his favourite melodies with a feeble voice, in order to amuse and appease him.“<sup>196</sup>

---

<sup>195</sup> Kütemeyer, *Anthropologische Medizin*, S. 264.

<sup>196</sup> Kütemeyer, *Psychosocial Aspects*. Den Vergleich zu den KZ-Häftlingen zog Kütemeyer bereits in seinem Buch „Die Krankheit in ihrer Menschlichkeit“, in dem er auf die von Primo Levi beschriebene gemeinsame „innere Verödung“ von KZ-Häftlingen und -Aufsehern hinwies, die eine selbständige Befreiung aus dem Muster der Unterordnung nicht mehr zuließe, vgl. Kütemeyer, *Die Krankheit in ihrer Menschlichkeit*, Göttingen 1963, S. 183.

Dieser Vergleich ist in mehrfacher Hinsicht verwirrend, denn er stellte eine Analogie her zwischen KZ-Häftlingen und solchen Menschen, die – so machten es Küttemeyers Fallgeschichten deutlich – den NS-Krieg als glücklichste Zeit ihres Lebens bezeichneten. Beide Gruppen wurden hier über die Fallgeschichte der Krebserkrankung verbunden. Dennoch nahm in dieser Zeit niemand an dieser Form der historisch-psychologischen Deutung öffentlich Anstoß, da sie in vielfacher Hinsicht an die psychiatrische Diskussion über das Trauma als langfristige Folge der KZ-Haft anschließen konnte.<sup>197</sup> Zudem wollte Küttemeyer, wie er an anderer Stelle einräumte, mit dem Verweis auf die NS-Vergangenheit die Dringlichkeit der von ihm geforderten, grundsätzlichen Erneuerung der Medizin unterstreichen.<sup>198</sup>

Widerspruch erregte allerdings Küttemeyers „grenzenlose“ Psychologisierung des Somatischen ebenso wie die für seine Arbeit grundlegende Methode der Fallgeschichte – und dieser Widerspruch wurde besonders nachdrücklich von einem Heidelberger Kollegen Küttemeyers vorgetragen, den man auf den ersten Blick eher an Küttemeyers Seite vermutet hätte.

## ***2.6 Was ist Evidenz? Der Streit um die Wissenschaftlichkeit der psychosomatischen Krebsforschung***

Als Küttemeyer im Sommer 1965 in Turin seine Beobachtungen zur im Hintergrund der Krebserkrankung wirksamen pathologischen Struktur präsentierte, diskutierte die Heidelberger Medizin-Fakultät bereits sieben Jahre lang über die wissenschaftliche Leistung Küttemeyers. Im Vordergrund stand die Frage, ob er habilitiert werden oder doch zumindest eine Honorarprofessur erhalten sollte. Im Kern ging es dabei darum festzustellen, wie weit ins Somatische hinein die Psychosomatik gehen konnte und welche Form der Evidenz als wissenschaftlicher Standard zu gelten habe. Hauptkontrahent Küttemeyers war Alexander Mitscherlich (1908-1982), ebenfalls Schüler des mittlerweile verstorbenen Viktor von Weizsäcker, und damit ein Mann, der die bundesdeutsche Psychoanalyse und Psychosomatik ebenso wie die gesellschaftlichen

---

<sup>197</sup> So stand das Thema Trauma und Wiedergutmachung im Mittelpunkt der Vorträge auf der 77. Wanderversammlung Südwestdeutscher Neurologen und Psychiater in Baden-Baden 1961. Vgl. zur Bedeutung dieser Tagung: Svenja Goltermann, *Die Gesellschaft der Überlebenden. Deutsche Kriegsheimkehrer und ihre Gewalterfahrungen im Zweiten Weltkrieg*, München 2009, S. 312-319.

<sup>198</sup> Küttemeyer, *Krankheit in ihrer Menschlichkeit*, S. 184.

Auseinandersetzungen über den Umgang mit der NS-Vergangenheit nachhaltig prägen sollte.<sup>199</sup>

Bei diesem Streit spielte eine Rolle, dass die Psychosomatik zu diesem Zeitpunkt auf dem Weg war, sich als medizinische Praxis und als ernstzunehmende, gesellschaftlich relevante Wissenschaft zu etablieren. Bereits 1949 hatte die *Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin* auf ihrer ersten Nachkriegstagung die Psychosomatik zu einem ihrer Schwerpunktthemen gemacht. 1950 war wesentlich durch die Initiative Viktor von Weizsäckers die erste bundesdeutsche psychosomatische Klinik in Heidelberg gegründet worden, deren Leitung Alexander Mitscherlich übernahm. Finanzielle Unterstützung kam von der *Rockefeller Foundation*, die bereits zuvor in den USA die Entwicklung der Psychosomatik unterstützt hatte und in der Förderung der deutschen Psychosomatik einen Beitrag zur Demokratisierung von Medizin und Gesellschaft sah.<sup>200</sup> Die Psychosomatik als humane Alternative zur nationalsozialistischen Medizin zu profilieren, war ganz wesentlich Alexander Mitscherlich zuzuschreiben, der im Auftrag der Ärztekammer in der Presse über die Nürnberger Ärzteprozesse 1946/1947 berichtet hatte. Zunächst stießen Mitscherlichs Presseberichte in der breiten Öffentlichkeit auf wenig Resonanz. Fachöffentlichkeit allerdings war die Empörung über seine Berichterstattung groß. Eine Neuauflage dieser Berichte, die Mitscherlich zusammen mit Fred Mielke 1960 unter dem Titel „Medizin ohne Menschlichkeit“ veröffentlichte, entfachte dagegen eine lebhaftere öffentliche Diskussion.<sup>201</sup> Mitscherlich und Mielke schrieben hier die nationalsozialistischen Medizin-Verbrechen ausschließlich der sogenannten naturwissenschaftlichen Medizin zu, während die Psychosomatik als moralisch überlegen und gegen jeden Nazismus gefeit erschien. Da die psychosomatische Medizin nicht erwähnt wurde, vermittelte die Lektüre den Eindruck, als habe es im Nationalsozialismus keine psychosomatisch arbeitenden Ärzte gegeben oder doch

---

<sup>199</sup> Vgl. zu Biographie, Werk und Wirkung: Dehli, *Leben als Konflikt* sowie Freimüller, Mitscherlich.

<sup>200</sup> Allgemein zu den Förderprogrammen der *Rockefeller Foundation* in der Nachkriegszeit: Sabine Schleiermacher, *Die Rockefeller Foundation und ihr Engagement bei einer Neuorientierung von Medizin und Public Health in Deutschland in den 1950er Jahren*, in: *Medizinhistorisches Journal* 45, 1 (2010), S. 43-65.

<sup>201</sup> Insgesamt drei Mal berichtete Mitscherlich gemeinsam mit Fred Mielke über die Ärzteprozesse: dies., *Das Diktat der Menschenverachtung. Eine Dokumentation. Der Nürnberger Ärzteprozeß und seine Quellen*, Heidelberg 1947; dies., *Wissenschaft ohne Menschlichkeit. Medizinische und eugenische Irrwege unter Diktatur, Bürokratie und Krieg*, Heidelberg 1949 sowie schließlich dies., *Medizin ohne Menschlichkeit. Dokumente des Nürnberger Ärzteprozesses*, Frankfurt 1960.

zumindest keine, die das nationalsozialistische Menschenbild begrüßt, an Zwangssterilisationen mitgewirkt und möglicherweise sogar wissentlich Euthanasieverbrechen zugelassen hatten.<sup>202</sup>

Der Heidelberger Streit um Küttemeyer fiel also in eine Zeit, in der viele Psychosomatiker die Hoffnung hegten, ihr „Fach“ innerhalb und außerhalb der Medizin als Wissenschaft und als moralische Autorität zu etablieren. Dieses Bemühen konnte bereits erste Erfolge vorweisen, denn 1962 war ein erster Lehrstuhl für Psychosomatik an der Justus-Liebig Universität Gießen eingerichtet worden, auf den der Arzt, Psychoanalytiker und Philosoph Horst-Eberhard Richter berufen worden war. Küttemeyers Vision ging darüber hinaus. Sie zielte auf eine grundlegende Reform der Medizin und vor allem der klinischen Praxis. Diese Reform hätte die Psychosomatik ins Zentrum gestellt und die Psychotherapie zur Grundlage einer jeden Therapie gemacht. Wie er nur halb ironisch einräumte, hätte dies im Prinzip bedeutet, dass sich nicht mehr ein Stationsarzt um dreißig Patienten gekümmert hätte, sondern dreißig Ärzte um einen Patienten.<sup>203</sup> So ist es nicht verwunderlich, dass Küttemeyer selbst zunehmend Patienten neben dem Klinikbetrieb in privater Praxis behandelte – und aus dieser Praxis stammen wohl auch seine publizierten Fallgeschichten.

Zu Beginn der 1950er Jahre war das noch anders gewesen. Damals erklärte sich die Heidelberger Fakultät damit einverstanden, Küttemeyer als würdigem Schüler Weizsäckers eine eigene Station für anthropologische Medizin einzurichten. Eine Anschubfinanzierung wurde Küttemeyer 1954 von der *Deutschen Forschungsgemeinschaft* bewilligt.<sup>204</sup> Dieses Vorhaben wurde aber von Karl Matthes, dem 1952 neu berufenen Direktor der Krehl-Klinik, nicht entschieden unterstützt, da er Küttemeyers

---

<sup>202</sup> Vgl. äußerst kritisch zur Rolle Mitscherlichs (und auch Weizsäckers) bei der Diskussion um die Nürnberger Ärzteprozesse: Dehli, *Leben als Konflikt*, S. 145-175. Zu Recht weist Dehli darauf hin, dass die Psychosomatik (ähnlich wie die Psychoanalyse) durch Mitscherlichs Publikationen so nachhaltig von ihrer durchaus auch vorhandenen NS-Vergangenheit entlastet wurde, dass die Aufarbeitung dieser Geschichte erst 1991 mit der durchaus ernst gemeinten Frage begann: Gab es eine Psychosomatik im Nationalsozialismus?, vgl. Schultz-Venrath/Hermanns, *Gleichschaltung zur Ganzheit*.

<sup>203</sup> So referiert es Hans Stoffels, der Küttemeyer als dessen Student in Heidelberg kennenlernte. Ihm stand ein unveröffentlichtes Manuskript Küttemeyers von 1970 zur Verfügung, in dem Küttemeyer diese Utopie formuliert hatte. Vgl. Hans Stoffels, *Psychiatrie und Psychosomatik – Auf der Suche nach der Seelen-Medizin*, in: *Sozialpsychiatrische Informationen* 41, 3 (2011), S. 25-29, hier S. 27.

<sup>204</sup> Bericht der durch Beschluss der Medizinischen Fakultät der Universität Heidelberg vom 14. Oktober 1965 eingesetzten Kommission über die chronologische Entwicklung des sogen. Falles Dr. Wilhelm Küttemeyer anhand aller erreichbaren Aktenunterlagen, S. 1. UAH, PA 10389, Dr. Wilhelm Küttemeyer.



medizinische Kompetenz in Frage stellte.<sup>205</sup> Allerdings befürwortete Matthes eine Habilitation Kütemeyers, der 1958 „Die Krankheit in ihrer Menschlichkeit“ als Habilitationsschrift einreichte. Mitscherlich schloss sich 1962 dem Votum von Matthes an und erhob keine Einwände gegen Kütemeyers Habilitation.<sup>206</sup> 1964 von der Fakultät erneut um seine Einschätzung gebeten, kam Mitscherlich dagegen zu einem vernichtenden Urteil über Kütemeyers Arbeit. Er bezeichnete sie nun als „arbiträr und durch keinerlei methodische Anstrengungen“ gesichert. Damit kritisierte er Kütemeyers an Weizsäcker geschultes Vorgehen, eine einzelne Fallgeschichte in den Mittelpunkt seiner Theorie zu stellen. Um zu unterstreichen, wie methodisch rückständig Kütemeyer sei, behauptete Mitscherlich zudem, dass Kütemeyer international keine Beachtung fände.<sup>207</sup>

Zumindest Letzteres traf so nicht zu. Der Psychologe Claus Bahne Bahnson etwa, Professor am *Jefferson Medical College* in Philadelphia und damals einer der international einflussreichsten Krebs-Psychosomatiker, diskutierte Kütemeyers Ergebnisse noch 1979 in einem Artikel über die Krebskrankheit– und zwar an prominenter Stelle, denn dieser Artikel erschien in Thure von Uexkülls Lehrbuch der Psychosomatischen Medizin, einem der Standardwerke der Zeit. Außer Kütemeyer nannte Bahne Bahnson kaum eine andere deutsche Referenz.<sup>208</sup> Zudem schloss Bahne Bahnsons Komplementaritätshypothese an Kütemeyers Parallelisierung von Psychose und Krebs unmittelbar an.

---

<sup>205</sup> So die Stellungnahmen der von der Heidelberger Fakultät rückblickend befragten damaligen Assistenzärzte von Matthes, Hans Dengler und Hanns Gotthard Lasch, die beide zu diesem Zeitpunkt Professoren an der Gießener Universitätsklinik waren, die bis 1966 von Thure von Uexküll geleitet und gemeinsam mit Horst-Eberhard Richter zu einem Zentrum einer systemtheoretisch fundierten Psychosomatik ausgebaut worden war, vgl. Schreiben Hans Dengler an den Dekan der Medizinischen Fakultät der Universität Heidelberg 17.08.1968 und Schreiben H.G. Lasch an den Dekan und Prodekan der Medizinischen Fakultät der Universität Heidelberg. 16.08.1968. UAH PA 4711 Dr. Wilhelm Kütemeyer.

<sup>206</sup> Der Originalbrief Mitscherlichs ist nicht erhalten. Allerdings wird in einem Fakultätsbericht aus diesem Brief zitiert, vgl. Bericht der durch Beschluß der Medizinischen Fakultät der Universität Heidelberg vom 14. Oktober 1965 eingesetzten Kommission über die chronologische Entwicklung des sogen. Falles Dr. Wilhelm Kütemeyer anhand aller erreichbaren Aktenunterlagen, S. 8. UAH, PA 10389, Dr. Wilhelm Kütemeyer.

<sup>207</sup> In seinem Schreiben empfahl Mitscherlich nun nicht nur, Kütemeyers Habilitationsschrift nicht anzunehmen, sondern sprach sich auch gegen eine Honorarprofessur für Kütemeyer aus, deren Verleihung die Fakultät eigentlich bereits 1963 mit 16 Ja-, 6 Nein-Stimmen sowie 3 Enthaltungen beschlossen hatte. Mitscherlich schloss seinen Brief mit den Worten, er sähe sich nicht „in der Lage, mit Herrn Dr. K. im Falle seiner Aufnahme in die weitere Fakultät wissenschaftlich ersprießlich zusammenzuarbeiten.“ Schreiben von Alexander Mitscherlich an den Dekan der Medizinischen Fakultät, Prof. Dr. Friedrich-Wilhelm Brauss, 14. Januar 1964 sowie Bericht, S. 10. UAH, PA 10389, Dr. Wilhelm Kütemeyer.

<sup>208</sup> Claus Bahne Bahnson, Das Krebsproblem in psychosomatischer Dimension, in: Thure von Uexküll (Hg.), Lehrbuch der psychosomatischen Medizin, München 1979, S. 685-698, hier S. 688.

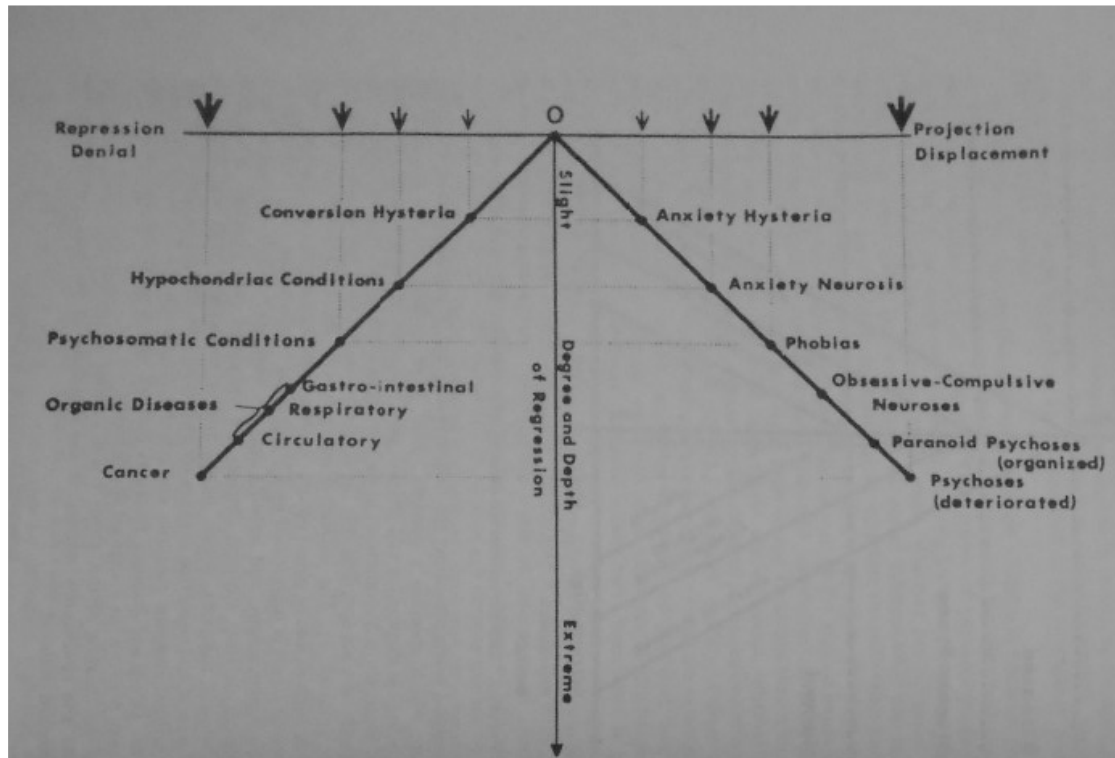


Abb. 9: Schaubild Bahne Bahnsons zur Komplementaritätshypothese

Für Mitscherlich ging es an dieser Stelle vermutlich mehr um seine eigene Profilierung als international vernetzter und angesehener Forscher. Denn genau zu dieser Zeit verhandelte er mit der Universität Heidelberg, dem Land Hessen sowie mit der *Rockefeller Foundation* darüber, ob diese weiterhin die Heidelberger Klinik für Psychosomatik unter seiner Leitung finanziell unterstützen würden. Dies erschien fraglich, weil er 1960 zusätzlich die Leitung des *Sigmund-Freud-Instituts* in Frankfurt am Main übernommen hatte, das er gemeinsam mit Max Horkheimer und Georg August Zinn gegründet hatte.<sup>209</sup> Mit der Positionierung gegen Kütemeyer wandte sich Mitscherlich jedoch auch ein Stück weit gegen seine eigene intellektuelle Vergangenheit, denn er grenzte sich damit gegen die biographische Medizin und Gestaltkreis-Theorie seines Lehrers Weizsäcker ab und wandte sich der Psychoanalyse zu.<sup>210</sup> Diese Abkehr hatte Mitscherlich bereits in den 1950er Jahren begonnen, als er in einem Aufsatz konstatierte, dass die psychosomatische Einheit des Menschen durch schwere

<sup>209</sup> Zu den Verhandlungen und wissenschaftspolitischen Schachzügen vgl. Dehli, *Leben als Konflikt*, S. 226-244 sowie Freimüller, Mitscherlich, S. 206-232.

<sup>210</sup> 1949 noch hatte Mitscherlich ganz im Sinne Weizsäckers gefragt: „Es ist ein methodisches Kernstück der psychosomatischen Medizin, von der manifesten Krankheit zurück zum *Sinn des Geschehens* zu fragen. Bei welchen Krankheiten aber ist dies erlaubt, wo ist die Grenze dieser Krankheitslehre? Um die Antwort vorweg zu nehmen: wir wissen es nicht.“ Vgl. Alexander Mitscherlich, *Über die Reichweite Psychosomatischen Denkens in der Medizin*, in: *Psyche* 3, 5 (1949), S. 342-358, hier S. 350 [Hervorhebung im Original].

organische Krankheiten zerrissen werden könne. Solche Krankheiten würden sich, so Mitscherlich, der seelischen Beeinflussung entziehen und eine sekundäre Autonomie gewinnen, selbst wenn sie ursprünglich nach dem von Mitscherlich entworfenen Modell der zweiphasigen Verdrängung entstanden sein sollten.<sup>211</sup> Mitscherlichs Standardbeispiel für einen solchen sekundär autonomen Krankheitszustand war seit den 1960er Jahren das Carcinom.<sup>212</sup> Damit setzte sich Mitscherlich gegen Vorwürfe zur Wehr, Ärzte und Psychotherapeuten seiner Klinik hätten zuvor die Wirksamkeit der psychotherapeutischen Behandlung organischer Krankheiten wie Krebs überschätzt und seien in einem Fall sogar für den Tod von medizinisch nicht adäquat behandelten Patienten verantwortlich.<sup>213</sup>

Zudem gestand er gegenüber anderen medizinischen Disziplinen die Begrenztheit der von ihm vertretenen Psychosomatik zu und verabschiedete sich so von Weizsäckers ganzheitlichem Anspruch an die gesamte Medizin. Genau dies kritisierte Küttemeyer in einer Rezension, in der er sich mit der von Mitscherlich und dessen Frau Margarete geschriebenen sozialpsychologischen Diagnose der Nachkriegsgesellschaft als einer zur Trauer über den Verlust des „Führers“ unfähigen Gesellschaft auseinandersetzte. Küttemeyer lehnte sozialpsychologische Deutungen keineswegs ab, im Gegenteil: Er selbst erforschte zu dieser Zeit gemeinsam mit Studenten der Heidelberger Universität die bis dato wenig thematisierte NS-Vergangenheit seiner Fakultät und hatte ebenfalls die Unfähigkeit zur Gefühlsempfindung in den Mittelpunkt seiner

---

<sup>211</sup> Alexander Mitscherlich, Zur psychoanalytischen Auffassung psychosomatischer Krankheitsentstehung, in: *Psyche* 7, 10 (1954), S. 561-578, hier S. 571. Das Modell der zweiphasigen Verdrängung stellt in gewisser Weise eine Brücke zwischen psychoanalytischer und der von Weizsäcker vertretenen biographischen Krankheitsdeutung dar (Dehli, *Leben als Konflikt*, S. 182). Dieses von Mitscherlich 1953 erstmals formulierte Modell besagt, dass starke Affekte (Mitscherlich spricht hier nicht mehr von Gefühlen, sondern orientiert sich hier auch sprachlich an der Psychoanalyse) in einer anhaltenden Belastungssituation psychisch abgewehrt, verdrängt werden und zu neurotischen Symptomen führen. Hält die Belastung weiter an, so erfolgt eine Verschiebung der Symptome ins Somatische. Die körperlichen Symptome sind hier das Affektäquivalent, sie allein werden vom Patienten wahrgenommen, vgl. Alexander Mitscherlich, *Contribution à la théorie psychanalytique des maladies psychosomatiques*, in: *Evolution psychiatrique* 3 (1953), S. 529-546.

<sup>212</sup> Alexander Mitscherlich, Anmerkungen über die Chronifizierung psychosomatischen Geschehens, in: *Psyche* 15, 1 (1962), S. 1-25, hier S. 5 und ders., Über die Behandlung psychosomatischer Krankheiten, in: *Psyche* 18, 11 (1965), S. 643-663, hier S. 644f.

<sup>213</sup> So nahm sich Mitscherlich 1953 sogar einen Rechtsbeistand, um sich gegen den – wie sich dann herausstellte – ungerechtfertigten Vorwurf des Freiburger Klinikdirektors Heilmeyer zur Wehr zu setzen, in Mitscherlichs Klinik sei ein Krebspatient so lange psychotherapeutisch behandelt worden, bis dieser rettungslos verloren gewesen sei. Auch der Internist Paul Martini kritisierte 1959 gegenüber Thure von Uexküll, mit dem gemeinsam Mitscherlich zeitweise eine psychosomatische Klinik hatte gründen wollen, die „krasse medizinische Unwissenheit“ Mitscherlichs. Vgl. Freimüller, Mitscherlich, S. 209 und S. 221f.

Diagnosen gestellt. In der Arbeit der Mitscherlichs bemängelte er jedoch die „Resignation gegenüber dem Schwergewicht der materiellen Prozesse in der Geschichte“, die dort als allein durch die „unmenschliche Mechanik jener materiellen Prozesse“ geprägt erschienen.<sup>214</sup>

Denn gerade diese von Gefühlen und Konflikten geprägte Materialität des Körpers rückte – Mitscherlichs Verdikt zum Trotz – in den 1960er Jahren zunehmend ins Zentrum der deutschen Psychosomatik, die erst jetzt die Krebserkrankung als „Krankheit der Seele“, wie *Der Spiegel* 1977 schließlich titelte, in den Blick nahm.<sup>215</sup>



Abb. 10: Titelblatt des *Spiegel* von 1977

Dass die Psychosomatik der Krebskrankheit zum *Spiegel*-Titel werden sollte, war Anfang der 1960er Jahre noch nicht absehbar. 1956 war ein erster Artikel zum Thema in der noch jungen *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin* erschienen – damals die

<sup>214</sup> Wilhelm Kütemeyer, Psychoanalyse der Geschichte? Zu Alexander Mitscherlichs Ideen über den Frieden, in: *Evangelische Kommentare* 11 (1969), S. 662-664, hier S. 664. Diese Rezension bezog sich auf: Alexander und Margarete Mitscherlich, *Die Unfähigkeit zu trauern. Grundlagen kollektiven Verhaltens*, München 1967. Zu Kütemeyers Engagement im Rahmen des Heidelberger Arbeitskreises „Medizin und Verbrechen“ finden sich Unterlagen in seiner Personalakte: UAH, PA 4711 Dr. Wilhelm Kütemeyer.

<sup>215</sup> Anonym, Krebs durch Seelenschmerz. Dieser Artikel war sogar Titelthema, angekündigt als: „Krebs – Krankheit der Seele?“.

einzig ihrer Art auf dem Markt der deutschen Medizinzeitschriften.<sup>216</sup> Auch in allgemeinärztlichen oder onkologischen Zeitschriften thematisierten in den 1950er Jahren nur einzelne Aufsätze vorsichtig die Frage, ob die Krebskrankheit nicht besonders häufig auftrete „bei einer Konstitution, deren *seelische* Seite eine [...] Verfassung [zur Verdrängung] enthält, die aber auch im Bereich des *Körperbaus* irgendwie charakterisiert ist.“<sup>217</sup> Hinter diesen Überlegungen traten eigene Beobachtungen und im klinischen Alltag vermitteltes Wissen zurück, wie es ja schon Ferdinand Sauerbruch an seine Mitarbeiter weitergegeben haben soll. Einige Ärzte zogen nun aber auch Forschungsergebnisse der Anthroposophischen Medizin in Betracht, wie sie insbesondere die beiden Schweizer Ärzte Werner Kaelin und Gerhard Suchantke seit den 1920er Jahren unter anderem in der renommierten *Zeitschrift für Krebsforschung* präsentiert hatten.<sup>218</sup>

Kaelin und Suchantke hatten eigentlich an einem Bluttest zur Früherkennung von Krebs gearbeitet. Dieser hatte auf der Annahme beruht, dass das Blut Krebskranker andere Fließeigenschaften habe als das Blut Gesunder und deshalb andere Formen ergebe, wenn es von einem Papier aufgesogen werde. Hinter ihren Laborexperimenten stand die Theorie, dass der Tumor nur das letzte Stadium einer Krebserkrankung sei, der ganze Körper also an Krebs erkrankt sei, lange bevor ein Tumor zu wachsen beginne. Gegen das in der Schulmedizin vorherrschende Paradigma, Krebs sei zunächst eine lokale Erkrankung, setzten die beiden die Überzeugung, dass Krebs von Anfang

---

<sup>216</sup> H. Petschke, Psycho-somatische Faktoren und Neoplasien, in: *Zeitschrift für Psycho-somatische Medizin* 3, 1 (1956/1957), S. 41-45. Das heute unter dem Titel *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie* erscheinende Fachorgan der *Deutschen Gesellschaft für Psycho-somatische Medizin und ärztliche Psychotherapie* war 1954 von Felix Boehm (Berlin), Annemarie Dührssen (Berlin) und Werner Schwidder (Göttingen) gegründet worden, nachdem Dührssen und Schwidder auf einem Hamburger Internistenkongress 1953 ein großes Interesse an der Psychosomatik hatten feststellen können. Zur Geschichte der Zeitschrift vgl. Gerd Rudolf/Ulrich Rüger, 50 Jahre Zeitschrift für Psychosomatische Medizin, in: *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie* 50, 1 (2004), S. 7-21.

<sup>217</sup> So der Wiener Krebsmediziner Johannes Kretz, der zugleich im Vorstand der *Österreichischen Krebsgesellschaft* saß, in einem gemeinsam mit seinem Kollegen, dem Neurologen und Psychiater Otto Pözl verfassten Artikel, in dem beide jedoch auch einschränkten, dass „solche Beziehungen zwischen seelischer und körperlicher Konstitution nur *ein statistisches Überwiegen* darstellen, und daß es grundsätzlich verfehlt und gefährlich wäre, für einen noch nicht genauer bekannten *Einzelfall* aus ihnen diagnostische oder gar psycho-therapeutische Folgerungen zu ziehen.“ J. Kretz/O. Pözl, Die Psyche des Krebskranken (Wien), in: *Der Krebsarzt* 1 (1946), S. 19-29, hier S. 24f. [Hervorhebungen im Original]. Vgl. außerdem: M. Hofstätter (Zürich), Kann der Krebs auch seelisch bedingt sein?, in: *Ars Medici* 38, 4 (1948), S. 231-238.

<sup>218</sup> Werner Kaelin, Versuche zu einer Frühdiagnose des Krebses aus dem Blut nach capillar-dynamischer Methode, in: *Zeitschrift für Krebsforschung* 34, 1 (1931), S. 457-72.

an eine systemische Erkrankung sei.<sup>219</sup> Wesentliches die Krankheit vorantreibendes Element sei die „Krebspsyche“. Eine solche könne sich entwickeln, wenn ein Kind in einer emotional kalten und ihm wenig zugewandten Umgebung aufgewachsen sei, so dass seine inneren Lebenskräfte nicht zur Entfaltung kommen konnten und die Harmonie der vier von der Anthroposophie angenommenen Lebenskräfte (physisch, ätherisch, seelisch und geistig) dauerhaft gestört sei.<sup>220</sup>

Dass diese Forschungen nun auch von Schulmedizinern wahrgenommen wurden, hatte mehrere Gründe. Angesichts der auch in den 1950er und 1960er Jahren noch äußerst begrenzten Heilerfolge, machte sich unter vielen Hoffnungs- und Ratlosigkeit breit: Würde diese Krankheit auf den von der Schulmedizin eingeschlagenen Wegen geheilt werden können, wenn mehrere Jahrzehnte Laborforschung nach „modernen“ wissenschaftlichen Standards die Heilungschancen kaum verbessert hatten? So gestand Karl Heinrich Bauer, anerkannter Krebschirurg und Rektor der Heidelberger Universität, Anfang der 1960er Jahre in einem internen Memorandum ein, dass nach wie vor über achtzig Prozent aller Krebskranken nicht geheilt werden könnten.<sup>221</sup> Trotz aller Bemühungen der *Deutschen Krebsgesellschaft*, mit ihren Früherkennungskampagnen ein hoffnungsvolleres Szenario zu entwerfen, meldeten sich auch in der medialen Öffentlichkeit zunehmend skeptische Stimmen gegenüber der etablierten Krebsforschung und -therapie zu Wort.<sup>222</sup>

Wie groß diese Skepsis war, zeigte sich in einem bayrischen Gerichtssaal: Im Juni und Juli 1961 fand vor dem Landgericht München II ein Prozess gegen den Arzt

---

<sup>219</sup> Kaelin und Suchantke arbeiteten beide am *anthroposophischen Klinisch-Therapeutischen Institut* im Schweizer Arlesheim. Die 1921 gegründete anthroposophische Privatklinik nannte sich später Ita-Wegmann-Klinik und fusionierte 2014 mit der seit 1963 bestehenden Lukasklinik für Tumorerkrankungen zur Klinik-Arlesheim. Bis heute gehört die Onkologie zu den Schwerpunkten der Klinik.

<sup>220</sup> Gerhard Suchantke, Zum Problem der Krebspsyche, in: *Natura* 4 (1929/30), S. 365-368 sowie ders., Wert und Unwert des Begriffs der Krebspsyche, in: *Beiträge zu einer Erweiterung der Heilkunst nach geisteswissenschaftlichen Erkenntnissen* 4 (1951), S. 145-156. Auch der bereits erwähnte Johannes Kretz bezog sich bereits in den 1940er Jahren auf dieses Modell der Krebspsyche: Johannes Kretz, Das Krebsleiden als Allgemeinerkrankung, in: *Zeitschrift für Krebsforschung* 51, 1 (1941), S. 6-35.

<sup>221</sup> Bauer ging es zwar in seiner Denkschrift um die Förderung des geplanten und 1964 auch gegründeten Heidelberger Krebsforschungszentrums – und im Blick darauf war die geringe Heilungsquote ein gutes Argument. Vor allem aber wollte Bauer zur Vorsicht mahnen, nicht mehr – wie sonst oft üblich – neue Therapien an unheilbar kranken Menschen zu erforschen, sondern nur an solchen, die man für heilbar hielt, damit das Krebsforschungszentrum auf eine höhere Heilungsziffer verweisen könnte – aus „psychologischen Gründen“, wie Bauer schrieb. Vgl. Senatskommission für das Krebsforschungszentrum an der Universität Heidelberg [DFG], Denkschrift betr. Anstalt für Geschwulstforschung und Geschwulstbehandlung an der Universität Heidelberg, gez. K.H. Bauer [o.D.]. BArch B 142/3434, Bl. 186-196, hier Bl. 190.

<sup>222</sup> Anonym, Gordischer Knoten.

Josef Issels (1907-1998) statt, über den sämtliche Medien der Bundesrepublik berichteten.<sup>223</sup> Issels war Chefarzt der privaten Ringberg-Klinik in Rottach-Eggern, die 1951 mit Hilfe von Spendengeldern gegründet worden war und die sich ausschließlich der Behandlung krebserkrankter Menschen widmete. Angeklagt wurde Issels unter anderem der fahrlässigen Tötung in vier Fällen. Er habe die betreffenden Patienten nach seiner Methode behandelt und nur unzureichend darüber aufgeklärt, dass sie aus schulmedizinischer Sicht noch mit Aussicht auf Erfolg hätten operiert werden können. Neben der Frage nach der Aufklärung über schulmedizinische Möglichkeiten wurde vor Gericht aber auch über den Vorwurf des Betrugs diskutiert: War die von Issels praktizierte Methode unwirksam und wenn ja, hatte Issels aus Gewinnstreben wider besseres Wissen an seiner Behandlung festgehalten? 77 Zeugen und 32 Sachverständige lud das Gericht in dem ersten Issels-Prozess 1961 sowie 1964 im Revisionsprozess 1964. In beiden Prozessen ebenso wie im Urteil des Bundesgerichtshofes über die Revision kam die Diskussion immer wieder auf die Frage zurück, ob Issels' Annahme zutraf, Krebs sei eine systemische Krankheit und müsse vor allem durch eine Stärkung des Immunsystems ganzheitlich bekämpft werden – etwa durch Diät, Zahn-sanierung und Fiebertherapie ebenso wie durch die Vermeidung von Stress.<sup>224</sup> Im ersten Prozess wurde Issels zu einer einjährigen Haft verurteilt, behielt aber seine ärztliche Approbation.<sup>225</sup> In der Revision 1964 wurde er jedoch in allen Punkten freigesprochen.<sup>226</sup>

---

<sup>223</sup> Eine historiographische Aufarbeitung der Geschichte der Ringberg-Klinik sowie der beiden Prozesse um Josef Issels 1961 und 1964 steht noch aus. Die Münchner Prozessunterlagen sind leider nicht aufbewahrt worden. Ein Bild des Prozessverlaufs ergibt sich aus der umfangreichen Presseberichterstattung. Hintergrundinformationen zu den Diskussionen derjenigen Mediziner, die Issels' Verurteilung wünschten, lassen sich der Korrespondenz von Karl Heinrich Bauer entnehmen, der im Revisionsprozess auch als Sachverständiger gehört wurde. In seinem Nachlass finden sich auch einige der dem Gericht vorgelegten Gutachten: UB Heidelberg Heid. Hs. 3923 (Nachlass Karl Heinrich Bauer), Nr. 75 + 76. Bauers Gutachten wurde in Auszügen publiziert in: K.H. Bauer, Der Prozeß gegen Dr. Josef Issels. Auszüge aus den Sachverständigen-Gutachten, in: Bayerisches Ärzteblatt 2 (1965), S. 98-114.

<sup>224</sup> Das Urteil zur Revisionszulassung wurde abgedruckt in: Anonym, Das Urteil des Bundesgerichtshofes in der Strafsache gegen Dr. Issels (03.05.1962), in: Bayerisches Ärzteblatt 7 (1962), 395-400, Sonderdruck. Universitätsbibliothek Heidelberg, Heid. Hs. 3923 (Nachlass Karl Heinrich Bauer), Nr. 75.

<sup>225</sup> Eine beglaubigte Abschrift des 71seitigen Urteils vom 31. Juli 1961 findet sich ebenfalls im Nachlass Bauer, Nr. 76.

<sup>226</sup> Issels durfte sowohl nach dem ersten Urteil als auch nach der vollständigen Revision weiter praktizieren, bekam also seine Befähigung und Zulassung als Arzt zu keinem Zeitpunkt abgesprochen. Die Ringberg-Klinik wurde 1965 wieder eröffnet, von 1975 bis 1985 praktizierte er in Bad Wiessee. Zu diesem Zeitpunkt war Issels bereits weit über die Grenzen der Bundesrepublik hinaus bekannt, so dass sich 1980 sogar der an einem Melanom erkrankte Bob Marley von ihm behandeln ließ. Er starb allerdings im März 1981 auf dem Rückflug nach Jamaika bei einer Zwischenlandung in

Dieser aufsehenerregende Prozess führte vielen Beobachtern vor Augen, dass Issels zwar wenig Beweise für die Wirksamkeit seiner Therapie vorbringen konnte, aber auch die schulmedizinischen Sachverständigen in vieler Hinsicht Antworten und Wirksamkeitsnachweise schuldig bleiben mussten.<sup>227</sup> Der Publizist und Historiker Sebastian Haffner kam in seiner wöchentlichen *Stern*-Kolumne zu einem schonungslosen Urteil über diesen Prozess, insbesondere aber über die Rolle der Schulmedizin. Unumwunden stellte er fest:

„Es ist allgemein bekannt, daß die Medizin dem Krebs bisher nicht beigegeben ist. Man weiß kaum mit Sicherheit, worin der Krankheitsvorgang eigentlich besteht; überhaupt nicht, was ihn verursacht oder auslöst. Man bekämpft Symptome, manchmal mit, manchmal ohne Erfolg. Im Grunde tappt man im dunkeln. [...] Ob die ‚Ganzheitstherapie‘, die Dr. Issels gegen den Krebs anwendet, erfolgreicher ist als die Lokalchirurgie der derzeitigen Schulmedizin, mag zweifelhaft sein. Vielleicht ist sie auch ein Irrweg. Nur: Wer selber den richtigen Weg nicht weiß, hat kein Recht, andere Wege gewaltsam zu blockieren – von denen einer sich vielleicht doch schließlich als der richtige erweisen könnte.“<sup>228</sup>

Die vom Staatsanwalt benannten medizinischen Sachverständigen waren sich allerdings sicher, dass die von Issels propagierten Therapien „unwissenschaftlich“ seien, da

---

Miami. Issels selbst ging 1985 in die USA, wo er zunächst in Florida, später in Kalifornien praktizierte.

<sup>227</sup> Vgl. zum Beispiel: Wolfgang Wehner, Sachverständige für und wider Issels, in: Süddeutsche Zeitung 289 (02.12.1964), S. 12. Auch in den Akten der Heidelberger Klinik finden sich Hinweise auf Patienten, die sich bei Issels behandeln ließen, vgl. Krankenakte Erhard S., geb. 01.01.1932, UAH, vorläufige Signatur: Acc. 11/02 (Chirurgische Klinik), 1969/70, Nr. 010132185. Wie groß die Unsicherheit im Hinblick auf die Anerkennung für Issels Methode war, zeigt noch 1968 die Anfrage eines bayrischen Landtagsabgeordneten, der als Reaktion auf einen Artikel über die Finanzierungsschwierigkeiten eines Issels-Patienten fragte, ob „die soziale Fürsorge und die soziale Krankenversicherung eine Heilbehandlung nach den heutigen bewährten wissenschaftlichen Methoden und Erkenntnissen sicherstellen“? Anfrage des Abgeordneten Dr. Rudolf Soennig, Bayerischer Landtag, Memmingen, 27.2.1968, BArch B 149/16777, Bl. 53. Vorausgegangen war die Publikation des Zeitungsartikels: Anonym, Muß er sterben, weil er arm ist? Krebskranker Familienvater setzt letzte Hoffnung auf Issels-Klinik - Doch es fehlen 6000 Mark, in: Allgäuer Zeitung 48 (27.2.1968).

<sup>228</sup> Sebastian Haffner, Woran sind die Deutschen krank?, in: Der Stern 48 (1964), S.174f. Sehr ähnlich äußerte sich etwa der Baseler Chirurg und Professor Rudolf Nissen, der wegen seiner vorsichtigen Äußerungen in einem Fernsehbericht über Issels von dem Gynäkologen Walther Koerting im Bayerischen Ärzteblatt angegriffen wurde. In einem persönlichen Brief an Körting schrieb Nissen: „Ihr Artikel zeichnet sich aus durch ein hohes Mass von Selbstzufriedenheit. Wir Aerzte, die wir täglich sehen, wie nicht selten durch unsere eigene Schuld Diagnosen des Krebses zu spät gestellt, wie unsere operativen Eingriffe sich als unzureichend erweisen, sollten auch gegenüber den Fehlern Anderer, die wir als Aussenseiter empfinden, Toleranz zeigen, es sei denn, es handelt sich um geldgierige Betrüger oder um verantwortungslose Ignoranten.“ Brief Rudolf Nissens an Walther Koerting. Basel, den 10.02.1965. UB Heidelberg, Heid. Hs. 3923 (Nachlass Karl Heinrich Bauer), Nr. 75.



ihr Erfolg nicht durch wissenschaftlich anerkannte Studien bewiesen worden sei.<sup>229</sup> Dennoch schloss auch die naturwissenschaftliche Forschung nicht mehr grundsätzlich aus, dass die Krebserkrankung eine Allgemeinerkrankung sei, deren Entstehung und Verlauf von einer ganzen Reihe nebeneinander wirkender Faktoren bestimmt sein könne, die in Stoffwechsel und Immunsystem eingriffen und schließlich zu deren „Dysregulation“ führten.<sup>230</sup> An dieser Stelle gewann auch die Psychosomatik mit ihrem Fokus auf die Gefühle als ein möglicher Faktor im Konzert anderer Faktoren an Bedeutung.

Voraussetzung dafür war jedoch, das hatte der Issels-Prozess gezeigt, dass die Psychosomatiker ihre Annahmen nach den gültigen Standards der wissenschaftlichen Forschung überprüfen lassen konnten. Die von Alexander Mitscherlich an die Arbeit Wilhelm Küttemeyers gestellte Frage nach der Evidenz war damit weit mehr als eine Formalie. Sie führte letztlich zu einer Umdefinition des Gefühls. Denn der tiefenpsychologische *und* biographische Ansatz Küttemeyers (ebenso wie der seines Lehrers Weizsäcker) entzog sich jeder Überprüfung im Labor. Er erschloss sich erst retrospektiv und konnte nicht mithilfe standardisierter Testverfahren, wie sie in der psychologischen Forschung immer üblicher wurden, überprüft werden. Nicht nur das: In seinem Beharren auf der biographischen Einmaligkeit widersprach er dem Wunsch nach Standardisierung auf einer grundsätzlichen Ebene. Die von Weizsäcker und Küttemeyer in ihren Publikationen benutzte Fallgeschichte war eben keineswegs nur ein Erzählgenre, mit dem die allgemeingültigen Muster einer Erkrankung besonders anschaulich wiedergegeben werden sollten. Sie war zentraler Bestandteil des Diagnoseverfahrens. Das Aufschreiben der Fallgeschichte war Analyse und Methode zugleich.<sup>231</sup>

Während in den Augen Weizäckers und Küttemeyers die Evidenz einer einzigen Fallgeschichte nicht in Frage stand, setzte sich international ein anderer wissen-

---

<sup>229</sup> Vgl. die im Nachlass Bauer teilweise aufbewahrten Gutachten: UB Heidelberg Heid. Hs. 3923 (Nachlass Karl Heinrich Bauer), Nr. 75 + 76. Die Diskussion darum, wie die Wirksamkeit medizinischer Therapien wissenschaftlich nachvollziehbar und exakt in klinischen Studien nachgewiesen werden könnte, wurde seit Mitte der 1960er Jahre neu diskutiert. Im Ergebnis wurde die sogenannte evidenzbasierte Medizin, kurz EBM genannt, zum neuen Goldstandard, vgl. dazu als kurzer Überblick: Cornelius Borck, *Medizinphilosophie zur Einführung*, Hamburg 2016, S. 146-150.

<sup>230</sup> Bevor es zum Prozess kam, standen viele Schulmediziner Issels offenbar auch deutlich weniger kritisch gegenüber. Manche, wie der Münchner Professor Georg Maurer, überwiesen Issels offenbar auch „hoffnungslose“ Krebspatienten, deren Behandlung in der Ringberg-Klinik in einigen Fällen sogar von der Krankenkasse bezahlt wurde, vgl. Ringberg-Klinik. Anonym, *Krebs-Krimi*, in: *Der Spiegel* 25 (14.06.1961), S. 30-33.

<sup>231</sup> Geisthövel, *Aktenführung und Autorschaft*.

schaftlicher Standard durch. So mahnte Pieter Cornelius Kuiper (1919-2002), Psychiatrie-Professor an der Universität Amsterdam, in seinem Kütemeyer-Gutachten, „daß wir mit verständlichen Begriffen arbeiten und Methoden entwickeln müssen, die zu verifizierbaren Resultaten in der Forschung und in der Therapie führen.“<sup>232</sup> „Verifizierbar“ bedeutete in dieser Sicht vor allem, dass die Ergebnisse statistisch relevant und experimentell nachprüfbar waren. Dazu war es notwendig, einen anderen Begriff vom Menschen zu entwickeln. Die stark existenzphilosophisch geprägte Psychosomatik der Heidelberger Schule hatte das Selbst des Individuums in den Mittelpunkt gestellt. Der neue Begriff sollte Verallgemeinerungen erlauben. Eine ähnliche Suche nach Verallgemeinerbarkeit war zeitgleich auch in anderen Wissenschaften zu beobachten, wie etwa in der Soziologie und Geschichtswissenschaft, deren Vertreter zunehmend die allgemeinen Strukturen und Prozesse hinter dem historischen Wandel zu erfassen versuchten.<sup>233</sup> Das Konzept der Persönlichkeit, das im deutschen Sprachraum an die Charakterologie von Ludwig Klages anschloss, erlaubte genau diese Form der Verallgemeinerung und wurde in unterschiedlichen Spielarten von der Psychosomatik jener Jahre aufgegriffen.<sup>234</sup>

Zweitens war auch ein gewandelter Gefühlsbegriff vonnöten. Dieser musste statistisch quantifizierbar und in seiner Wirkung auf den lebendigen Körper experimentell erfassbar sein – anders als der von der anthropologischen Medizin gebrauchte, der aus der biographisch einmaligen Innenschau des Individuums hervorging. In dieser Hinsicht spielte der zu dieser Zeit verhältnismäßig neue, aber immer einflussreichere Begriff „Stress“ eine zentrale Rolle. Er stieß die Tür zum Tierexperiment auf, das fundamentale Bedeutung in der medizinischen Forschung gewonnen hatte. Diese Tür

---

<sup>232</sup> Abschrift des Gutachtens von Prof. Dr. P.C. Kuiper an den Dekan der Medizinischen Fakultät Heidelberg. Amsterdam, 8. März 1964. UAH, PA 10389, Dr. Wilhelm Kütemeyer.

<sup>233</sup> Vgl. zur Entwicklung der Struktur- und Sozialgeschichte in der Bundesrepublik: Jürgen Kocka, Sozialgeschichte in Deutschland seit 1945. Aufstieg, Krise und Perspektiven (= Gesprächskreis Geschichte, Bd. 47), Bonn 2002 sowie Bettina Hitzer/Thomas Welskopp, Die „Bielefelder Schule“ der westdeutschen Sozialgeschichte. Karriere eines geplanten Paradigmas?, in: dies. (Hg.), Die Bielefelder Sozialgeschichte. Klassische Texte zu einem geschichtswissenschaftlichen Programm und seinen Kontroversen, Bielefeld 2010, S. 13-31 sowie allgemein zu diesem Trend in den Sozialwissenschaften: Raphael, Verwissenschaftlichung. Zu den Entwicklungen in der Emotionssoziologie: Flam, Transatlantic Element.

<sup>234</sup> Giovanni Pietro Lombardo/Renato Foschi, The Concept of Personality in 19th-Century France and 20th-Century American Psychology, in: History of Psychology 6, 2 (2003), S. 123-142. Helen Flanders Dunbar, eine der wichtigsten Pionierinnen der amerikanischen Psychosomatik, stellte die Frage nach der hinter einer Krankheit liegenden Persönlichkeit in den Mittelpunkt ihrer Theorie, vgl. Helen Flanders Dunbar, Emotions and Bodily Changes, New York 1935. Zu Ludwig Klages vgl.: Per Leo, Der Wille zum Wesen. Weltanschauungskultur, charakterologisches Denken und Judenfeindschaft in Deutschland 1890-1940, Berlin 2013.

war zuvor angesichts der komplexeren Gefühle und Konfliktmodelle der deutschen Psychosomatik verschlossen geblieben.

### **2.7 Von dominanten Müttern und gefühlstauben Töchtern: Krebs-Persönlichkeiten in der westlichen Nachkriegs-Psychosomatik**

Eine jüngere, in den 1930er Jahren geborene Generation von psychosomatisch interessierten Ärzten und Psychologen sah in der Psychosomatik die Chance für eine Erneuerung der Medizin. Zugleich wollten sich diese Psychosomatiker nicht mehr in Grundsatzgefechte mit der „naturwissenschaftlichen“ Medizin verstricken, wie sie besonders die frühe Nachkriegs-Psychosomatik in Heidelberg gekennzeichnet hatten. Sie wollten die Psychosomatik in den klinischen Alltag hineinbringen.<sup>235</sup> Der Blick über die Grenzen zeigte dieser Generation von Psychosomatikern Wege, wie die psychosomatische Erforschung der Krebserkrankung nach den Standards der modernen „wissenschaftlichen“ Psychologie funktionieren und die Therapie mit dem etablierten Protokoll aus Operation, Bestrahlung und später auch der Gabe von Chemotherapeutika kombiniert werden konnte.

In den USA, in denen die allgemeine Psychosomatik bereits in den 1930er Jahren größeres Gewicht gewonnen hatte, setzte diese Form der psychosomatischen Krebsforschung bereits in den späten 1940er Jahren ein.<sup>236</sup> Eine der einflussreichsten – und umstrittensten – Studien führten der Psychiater und Neurologe Milton Tarlau und der Psychologe Irwin Smalheiser am *New York City Cancer Institute* durch, einem Krankenhaus für Krebskranke im letzten Krankheitsstadium. Die Ergebnisse ihrer Studie veröffentlichten Tarlau und Smalheiser 1951 in der Zeitschrift *Psychosomatic Medicine*, dem offiziellen Organ der *American Psychosomatic Society*.<sup>237</sup>

<sup>235</sup> So schilderte die Neurologin und Psychosomatikerin Mechthilde Küttemeyer, eine Tochter Wilhelm Küttemeyers, die Situation, als sie 1974 die Arbeit in der von Dieter Janz, ehemals Assistenzarzt in Heidelberg, geleiteten neurologischen Abteilung an der Klinik Berlin-Charlottenburg aufnahm: „Zum Programm gehörte auch der implizite Vorsatz, nach außen weniger fundamentalistisch aufzutreten, vernichtende Kämpfe mit Vertretern rein naturwissenschaftlicher Medizin zu vermeiden, wie sie immer wieder in Heidelberg stattgefunden hatten, und versöhnungsfreudigere Formen der Auseinandersetzung zu finden.“ Vgl. Mechthilde Küttemeyer, *Neurologie und Psychosomatik. Erinnerungen an die Janz'sche Klinik*, in: Rainer-M. E. Jacobi/ Peter C: Claussen/Peter Wolf, *Die Wahrheit der Begegnung: anthropologische Perspektiven der Neurologie*, Würzburg 2001, S. 191-214.

<sup>236</sup> Hitzer/León-Sanz, *Feeling Body*, S. 83-87.

<sup>237</sup> Milton Tarlau/Irwin Smalheiser, *Personality Patterns in Patients with Malignant Tumors of the Breast and Cervix. An Exploratory Study*, in: *Psychosomatic Medicine* 13, 2 (1951), S. 117-121. Weitere Studien zum Zusammenhang von Persönlichkeit, Gefühlshaltungen und Krebsentstehung wurden in Kliniken in Chicago (in Zusammenarbeit mit dem einflussreichen *Chicago Institute for*

Ihre Studie zielte darauf zu erkennen, ob Patientinnen, die am gleichen Tumor der Geschlechtsorgane erkrankt waren, ähnliche Persönlichkeitsmuster aufwiesen. Zusätzlich wollten Tarlau und Smalheiser herausfinden, ob es eine Art allgemeiner Krebspersönlichkeit gebe oder ob je nach betroffenem Organ Unterschiede im Persönlichkeitsprofil der Patientinnen erkennbar seien.<sup>238</sup> Beide Forscher räumten jedoch bereits einleitend ein, dass im Rahmen einer solchen Studie kaum festzustellen sei, ob Persönlichkeitsprofile von Krebspatienten, die sich von denen gesunder Menschen unterschieden, Ursache oder Folge der Krebserkrankung waren. Ihrem Forschungsinteresse entsprechend befragten sie ausschließlich Krebspatientinnen: einerseits elf Brustkrebspatientinnen, andererseits elf Patientinnen mit Gebärmutterhalskrebs.

Dieses Versuchssetting basierte auf einer Reihe von Vorannahmen. Die Frage nach möglichen Persönlichkeitsunterschieden zwischen Patientinnen mit Brustkrebs einerseits, Patientinnen mit Gebärmutterhalskrebs andererseits ging auf eines der damals wichtigsten Paradigmen der amerikanischen Psychosomatik zurück: das sogenannte Prinzip der Spezifität. Dieses hatte der österreichische Emigrant Franz Alexander 1939 in der ersten Ausgabe der Zeitschrift *Psychosomatic Medicine* formuliert.<sup>239</sup> Ganz im Sinne der Psychophysiologie, wie sie der anfangs erwähnte Friedrich Kraus bereits zu Beginn des 20. Jahrhunderts vertreten hatte, ging Alexander davon aus, dass jedem Gefühl eine spezifische physiologische Reaktion entspreche (etwa der Angst das Herzrasen). Ein länger andauerndes Gefühl sowie spezifische emotionale Konfliktsituationen könnten demnach zu einer dauerhaften, auf ein bestimmtes Organ oder Körpersystem wirkenden Veränderung führen. Jede Krankheit geht also nach dieser Vorstellung über die ihm zugehörige physiologische Aktivierung auf ein spezifisches, oft nicht ausgelebtes oder verdrängtes und damit „chronisches“ Gefühl zurück. Alexander erkannte darin ein allgemein wirksames Krankheitsprinzip, das er jedoch besonders deutlich bei sieben Krankheiten am Werk sah: den später

---

*Psychoanalysis*), in Rochester, Houston und St. Louis durchgeführt, vgl. Jasen, *Malignant Histories*, S. 275.

<sup>238</sup> So formulierten sie als ihr Ziel: „This is a pilot study to determine whether there are similar underlying personality patterns in two groups of cancer patients: women with cancers of the breast and of the cervix uteri. The points of differentiation in the patterns of the two groups will be emphasized.” Tarlau/Smalheiser, *Personality Patterns*, S. 117.

<sup>239</sup> Franz Alexander, *Psychological Aspects of Medicine*, in: *Psychosomatic Medicine* 1, 1 (1939), S. 7-18.

sogenannten *Holy Seven* der Psychosomatik.<sup>240</sup> Diese Frage nach der Organspezifität veranlasste Tarlau und Smalheiser, als „Versuchsgruppen“ Patientinnen mit unterschiedlichen Krebslokalisationen auszuwählen.

Doch war auch die von ihnen getroffene Wahl der Krebslokalisation nicht zufällig. In ihrer Einleitung erklärten sie ihre Wahl andeutungsweise mit dem Hinweis, dass ein Großteil der Krebserkrankungen amerikanischer Frauen auf diese beiden Formen von Krebs zurückgehe. Ihre Fragen und die von ihnen durchgeführten Tests zeigen jedoch, dass hinter dieser Wahl weitere, nicht explizit formulierte Annahmen über weibliche Gefühle und weibliche Sexualität standen. Dieser Umstand wird dadurch unterstrichen, dass weder Tarlau und Smalheiser noch irgendein anderer der frühen amerikanischen Psychosomatiker vergleichbare Studien mit an Magen- oder Lungenkrebs erkrankten Männern durchgeführt hat, obwohl diese Krebserkrankungen unter Männern am weitesten verbreitet waren.<sup>241</sup> Wenn an Krebs erkrankte Männer dann doch einmal in den Fokus von Studien amerikanischer Psychosomatiker gerieten, wurde die Bedeutung von einschneidenden Lebensereignissen oft höher eingeschätzt als die bereits zuvor gebildete Persönlichkeitsstruktur dieser Männer.<sup>242</sup>

---

<sup>240</sup> Zu Alexanders *Holy Seven* gehörten: Magengeschwür, Asthma, Arthritis, Neurodermitis, Bluthochdruck, Schilddrüsenüberfunktion und Morbus Crohn, vgl. Franz Alexander, *Psychosomatic Medicine. Its Principles and Applications*, New York 1950.

<sup>241</sup> So führten Catherine Bacon vom *Chicago Institute of Psychoanalysis*, der Psychiater Richard Renneker und der Chirurg Max Cutler, Leiter des *Chicago Tumor Institute at Michael Reese Hospital* eine 1952 publizierte Studie durch, die ausschließlich Brustkrebspatientinnen in den Blick nahm. James Stephenson und William Grace vom *New York Hospital-Cornell Medical Center* verglichen die Persönlichkeit von Patientinnen mit Gebärmutterhalskrebs einerseits, Patientinnen mit einer Krebserkrankung außerhalb der Geschlechtsorgane andererseits. Die Ergebnisse wurden 1954 publiziert. 1955 veröffentlichten John I. Wheeler und Bettye McDonald Caldwell von der *Washington University School of Medicine* in St. Louis, Missouri, ihre auf Persönlichkeitstests beruhenden Erkenntnisse über die Persönlichkeiten von Brustkrebs- und Gebärmutterhalskrebspatientinnen im Vergleich mit einer Gruppe von nicht an Krebs erkrankten Patientinnen. Marvin Reznikoff, *American Cancer Society Research Fellow* in Yale, testete für seine ebenfalls 1955 veröffentlichte Studie Frauen, die mit dem Verdacht auf Brustkrebs zur weiteren Diagnose in die Klinik kamen. Vgl. Catherine L. Bacon/Richard Renneker/Max Cutler, *A Psychosomatic Survey of Cancer of the Breast*, in: *Psychosomatic Medicine* 14, 6 (1952), S. 453-460; James H. Stephenson/William J. Grace, *Life Stress and Cancer of the Cervix*, in: *Psychosomatic Medicine* 16, 4 (1954), S. 287-294; John I. Wheeler/Bettye McDonald Caldwell, *Psychological Evaluation of Women with Cancer of the Breast and of the Cervix*, in: *Psychosomatic Medicine* 17, 4 (1955), S. 256-268 sowie Marvin Reznikoff, *Psychological Factors in Breast Cancer. A Preliminary Study of Some Personality Trends in Patients with Cancer of the Breast*, in: *Psychosomatic Medicine* 17, 2 (1955), S. 96-108, hier S. 96.

<sup>242</sup> Dies zeigt die kanadische Historikerin Patricia Jasen insbesondere im Hinblick auf die Studien des in Rochester, New York, arbeitenden Psychiaters William Greene, der sowohl Frauen als auch Männer den gleichen psychologischen Testverfahren unterwarf, die z.T. ähnlichen Ergebnisse allerdings jeweils anders interpretierte, vgl. Jasen, *Malignant Histories*, S. 281f. Sie bezieht sich dabei u.a. auf folgende Studien: William A. Greene, Jr./Lawrence E. Young/Scott N. Swisher, *Psychological Factors and Reticuloendothelial Disease: Observations on a Group of Women with Lymphomas and Leukemias*, in: *Psychosomatic Medicine* 18, 4 (1956), S. 284-303 sowie William

Die Fragen, mit denen Tarlau und Smalheiser die zweiundzwanzig an Brust- oder Gebärmutterhalskrebs erkrankten Frauen in einem ein- bis zweistündigen Interview konfrontierten, zielten dagegen ausschließlich auf die „psychosexuelle“ Persönlichkeitsentwicklung dieser Frauen, die als krebsauslösender oder -fördernder Faktor unter Verdacht geraten war. Die frühkindliche Beziehung zu Vater und Mutter, das Alter der krebserkrankten Frau bei Tod oder Verlust eines Elternteils, sexuelle Aufklärung, die Reaktion auf das erste Auftreten der Menstruation sowie die Anpassung innerhalb der Ehe („marital adjustment“) standen hier im Zentrum des psychologischen Interesses. Die weiteren Testverfahren, die die Frauen absolvierten, sollten erkunden, inwiefern die Frauen in Konflikt mit ihrem weiblichen Selbst standen, wie stark sie als negativ verstandene Gefühle verdrängten, zuließen oder auslebten und inwiefern sie überhaupt auf emotionale Stimuli zu reagieren imstande waren. Dass das in der Kindheit geprägte Verhältnis zur eigenen Weiblichkeit, Sexualität und Emotionalität für die Krebserkrankung verantwortlich war, stand als einzige Hypothese hinter der Studie – und wurde aus Sicht der Studienautoren durch die Testergebnisse bestätigt. Tarlau und Smalheiser identifizierten hier einige grundlegende Gemeinsamkeiten: Alle Frauen lehnten ihre weibliche Rolle ab, da sie eine dominante Mutter gehabt hätten, die sich ihnen emotional nicht zugewandt habe. Aus diesem Grund hätten sie eine negative Einstellung zu ihrer eigenen Sexualität entwickelt, die sie deshalb nicht „normal“ und erfüllend hätten ausleben können. Während sich allerdings die Brustkrebspatientinnen oberflächlich angepasst hätten, eine stabile und nach außen glücklich erscheinende Ehe führten, sei die sexuelle Störung bei den Gebärmutterhalspatientinnen deutlicher sichtbar.<sup>243</sup> Als Beweis verwiesen Tarlau und Smalheiser darauf, dass diese Frauen voreheliche Beziehungen eingegangen seien, sehr früh geheiratet hätten und mit ihren Ehepartnern in Unfrieden lebten.

Damit belegten Tarlau und Smalheiser mit den damals anerkannten Mitteln der Psychologie die Verbindung zwischen einer nicht-ausgelebten oder in anderer Form fehlentwickelten weiblichen Sexualität und der Entstehung von Krebs – Annahmen, die bereits von den tiefenpsychologischen Fallgeschichten Georg Groddecks oder der

---

A. Greene, Psychological Factors and Reticuloendothelial Disease: Preliminary Observations on a Group of Males with Lymphomas and Leukemias, in: Psychosomatic Medicine 16, 3 (1954), S. 220-230.

<sup>243</sup> Im Hinblick auf die Brustkrebspatientinnen schrieben Tarlau und Smalheiser: „The stability of their marriages, however, is not to be interpreted as meaning a happy marriage. Their marriages were overtly stable because of the lack of demands by their partners.“ Tarlau/Smalheiser, Personality Patterns, S. 121.

Amerikanerin Elida Evans vor-geschrieben worden waren. Groddeck hatte diese Fehlentwicklung aus dem Leiden an gesellschaftlichen Rollenerwartungen abgeleitet. Tarlau und Smalheiser erschien es dagegen nicht als fraglich, ein bestimmtes Verständnis von Weiblichkeit und weiblicher Rolle als psychosomatisch „gesundes“ Ideal festzulegen und damit ihrerseits eine normative Erwartung zu formulieren. Indem sie jedoch zwei von außen gesehen geradezu diametral entgegengesetzte weibliche Krebs-Persönlichkeiten entwarfen, enthüllten sie, wie sehr dieses Verständnis der weiblichen Rolle durch die Erfahrungen der Kriegszeit in Bewegung geraten war. Denn in ihrer Analyse der Testergebnisse erschien weder die sexuell vor- oder außerehelich aktivere Frau noch die oberflächlich betrachtet den Rollenerwartungen entsprechende, in stabiler Ehe lebende Frau als gesund. Als entscheidend entpuppte sich ganz im Sinne des hydraulischen Gefühlsverständnisses der Psychoanalyse, was sich hinter der Fassade der Rolle an nicht ausgelebten, unterdrückten, verdrängten oder unzureichend entwickelten Gefühlen verbarg.<sup>244</sup>

Was sich aber insbesondere im Hinblick auf ältere gesellschaftliche Diskurse über Weiblichkeit (etwa die Sittlichkeitsbewegung des frühen 20. Jahrhunderts) vollkommen gewandelt hatte, war die Frage, welche weibliche Gefühlshaltung problematisiert wurde. Denn nicht mehr die in Gefühlsdingen unbeherrschte Frau, ihre schwerer zu kontrollierende Emotionalität galten als Problem. Keine der von Tarlau und Smalheiser gezeichneten Krebs-Persönlichkeiten war durch Leidenschaftlichkeit oder übermäßige Emotionalität gekennzeichnet. Im Gegenteil: Beiden Persönlichkeitstypen war der Weg zu ihren Gefühlen mehr oder weniger blockiert, ihr Problem bestand also in ihrer Unfähigkeit, „echt“ zu fühlen.

Schuld daran war in beiden Fällen die Mutter. Mit dieser eindeutigen Schuldzuweisung griffen Tarlau und Smalheiser eine Tendenz innerhalb von der psychoanalytisch beeinflussten angloamerikanischen Psychiatrie auf, die sich bereits in den 1940er Jahren angedeutet hatte und zum dominanten Paradigma von Nachkriegspsychologie und -psychiatrie in den USA und Westeuropa werden sollte. Viele der in der Nachkriegszeit geführten gesellschaftlichen Diskussionen darüber, wie Kinder zu

---

<sup>244</sup> Der Begriff „hydraulisches Gefühlsmodell“ wurde von der Historikerin Barbara Rosenwein geprägt, die mit diesem Begriff darauf aufmerksam machte, dass sich im Gefolge von Freuds Triebtheorie eine Vorstellung vom Gefühl etablierte, die Gefühle als eine Art von im Körper zirkulierenden Flüssigkeiten vorstellte, die zwecks Druckregulierung regelmäßig „abgelassen“ werden müssen, da sich ansonsten ein immer höherer Druck aufbaue, der dann schließlich zu einer gewaltsamen Entladung führen könne, vgl. Barbara H. Rosenwein, *Worrying About Emotions in History*, in: *American Historical Review* 107, 3 (2002), S. 821-845, hier S. 834.

mündigen, gesunden, psychisch wie physisch stabilen und produktiven Bürgern erzogen werden sollten und konnten, gingen direkt auf diesen Paradigmenwandel zurück.

Während die frühe Psychoanalyse Freuds die Triebe und deren Konflikte innerhalb des Individuums in den Mittelpunkt gestellt hatte, verstand eine in den 1930er Jahren neu auftretende Generation von Psychoanalytikern den Menschen und seine Gefühle zunehmend als ein von seinen Beziehungen und seiner Umwelt geformtes Wesen. Als zentrale Phase dieser Entwicklung galt die frühe Kindheit und hier insbesondere die Beziehung des Kindes zu seiner Mutter, so dass der britische Kinderarzt und -psychoanalytiker Donald Winnicott 1940 schließlich schrieb: „There is no such thing as an infant ... whenever one finds an infant one finds maternal care, and without maternal care there would be no infant.“<sup>245</sup> Viele britische Kinderärzte und -analytiker waren in den 1930er Jahren und vor allem im Zweiten Weltkrieg mit (zeitweilig) elternlosen Kindern konfrontiert: Kindern, die vor der Bombardierung der deutschen Luftwaffe aufs Land gebracht worden waren, nach Großbritannien verschickten jüdischen Kindern oder Kriegswaisen. Diese Erfahrungen rückten die Frage nach den Folgen des buchstäblichen oder emotionalen Mutter-Entzugs in den Mittelpunkt des Interesses.<sup>246</sup> Die Beobachtung, dass sich diese Kinder oft emotional und psychisch zurückentwickelten und körperlich labil wurden, griffen in den USA Psychoanalytiker wie der österreichische Emigrant René Spitz auf, die ähnliche Erfahrungen bei ihrer Arbeit in Kinderheimen gesammelt hatten.<sup>247</sup>

---

<sup>245</sup> Donald Woods Winnicott, *The Theory of Parent-Infant Relationship*, in: *International Journal of Psychoanalysis* 41, 6 (1960), S. 585-95, hier S. 587. Ein entscheidender Impuls ging von der sogenannten Objektbeziehungstheorie aus, wie sie zunächst von der österreichisch-britischen Kinderanalytikerin Melanie Klein (1882-1960) formuliert und dann auch von anderen, wie dem britischen Kinderarzt Donald Winnicott (1896-1971) sowie dem wie Klein nach Großbritannien emigrierten Ferenczi-Schüler Michael Balint (1896-1970) aufgegriffen und weiterentwickelt wurde. Eine wichtige Voraussetzung bzw. konzeptionelle Parallelenentwicklung bestand in der von Anna Freud (1895-1982) und anderen formulierten Ich-Psychologie, die die Entwicklungsstörungen der Ich-Entwicklung in den Blick nahm und dabei ebenfalls die frühkindliche Entwicklung zum zentralen Forschungsgegenstand machte.

<sup>246</sup> So z.B. Dorothy Burlingham/Anna Freud, *Young Children in War-Time in a Residential War Nursery*, London 1942.

<sup>247</sup> So zum Beispiel eine Studie von René Spitz, in der er die Entwicklung von Kindern in einem an ein Gefängnis angegliederten Kindergarten, in dem die Kinder regelmäßig Kontakt zu ihren inhaftierten Müttern hatten, mit der Entwicklung von Kindern verglich, die ohne mütterliche Bezugsperson in einem Kinderheim aufwuchsen: René A. Spitz, *The Role of Ecological Factors in Emotional Development in Infancy*, in: *Child Development* 20, 3 (1949), S. 145-155. Die Arbeiten von Spitz wurden von Claus Bahne Bahnsen intensiv rezipiert, wie die Verweise seiner Studien zeigen, z.B.: ders., *Psychophysiological*, S. 333.



Damit vollzog die Kinderpsychologie eine scharfe Kehrtwendung – weg von dem bis dato vorherrschenden Paradigma des Behaviorismus, der das Verhalten von Menschen als Summe zuvor gelernter Reiz-Reaktions-Schemata (Konditionierung) definierte und insbesondere die übermäßig behütende Mutter für Fehl-Konditionierungen verantwortlich machte, hin zu einer Psychoanalyse der frühen Kindheit, die die gefühlsmäßige Bindung an die Mutter sowie deren emotionale Erreichbarkeit und Zugewandtheit zur Grundlage einer jeden gesunden psychischen Entwicklung erklärte.<sup>248</sup> Politisch und gesellschaftlich weit über die Grenzen der USA und Großbritanniens einflussreich wurde dieses neue Theorem der Mutterliebe und -bindung mit John Bowlbys 1951 veröffentlichter Studie „Maternal Care and Mental Health“.<sup>249</sup>

Diese von der WHO beauftragte Studie basierte auf den Beobachtungen und Forschungen Bowlbys an der psychoanalytischen *Tavistock Clinic* in London, die auch Abteilungen für Kinder, Jugendliche und Familien beherbergte. Sie sollte das nach dem Zweiten Weltkrieg neu ins Leben gerufene UNO-Programm zum Wohle heimatloser Kinder konzeptionell begleiten. Bowlbys Bindungstheorie beeinflusste eine große Zahl Erziehungsratgeber. Seine Bücher erreichten hohe Auflagen und wurden auch von psychologischen „Laien“ viel gelesen.<sup>250</sup>

Dieses neue Modell der Bindungstheorie stellte nicht nur die Mütter im Hinblick auf ihre emotionale Hingabe und Verfügbarkeit unter einen hohen Erwartungsdruck, in dem die Möglichkeit des Versagens immer mitgedacht und ausdrücklich für alle

---

<sup>248</sup> Der Behaviorismus entwickelte sich aus der Tierpsychologie Pawlows, als ihr Begründer gilt John B. Watson, der im Hinblick auf die ideale Form der Kindererziehung 1930 schrieb: “I should like to step further now and say, ‘Give me a dozen healthy infants, well-formed, and my own specified world to bring them up in and I’ll guarantee to take any one at random and train him to become any type of specialist I might select – doctor, lawyer, artist, merchant-chief and, yes, even beggar-man and thief, regardless of his talents, penchants, tendencies, abilities, vocations, and race of his ancestors’“, vgl. Watson, Behaviorism, Chicago 1930, S. 82, außerdem Watson, Psychological Care of Infant and Child, New York 1928.

<sup>249</sup> John Bowlby, Maternal Care and Mental Health. A Report Prepared on Behalf of the World Health Organization as a Contribution to the United Nations Programme for the Welfare of Homeless Children (=Bulletin of the World Health Organization 3), Geneva 1951, S. 355-534. Dass Bowlby bereits in den 1930er Jahren Grundzüge dieser Theorie aufgrund seiner klinischen Erfahrungen und theoretischen Diskussionen mit anderen Psychoanalytikern entwickelte, zeigen: Frank C.P. van der Horst/René van der Veer, The Ontogeny of an Idea: John Bowlby and Contemporaries on Mother-Child Separation, in: History of Psychology 13, 1 (2010), S. 25-45.

<sup>250</sup> Eine 1953 publizierte Taschenbuchausgabe mit dem Titel Child Care and the Growth of Love wurde mehr als 400.000 Mal verkauft und in vierzehn Sprachen übersetzt. Eine überarbeitete Neuauflage erschien 1965. Vgl. dazu Uffa Jensen, Mrs Gaskell’s Anxiety, in: Ute Frevert et al., Learning How to Feel. Children’s Literature and Emotional Socialization, 1870-1970, Oxford 2014, S. 21-39, hier S. 33f. und Marga Vicedo, The Social Nature of the Mother’s Tie to Her Child: John Bowlby’s Theory of Attachment in Post-war America, in: British Journal for the History of Science 44, 3 (2011), S. 401-426.

möglichen kindlichen Fehlentwicklungen verantwortlich gemacht werden konnte. Das Idealbild der Mutter als Ursprung aller Bindungsfähigkeit und emotionalen Stabilität des Kindes hatte – wie Anne Harrington gezeigt hat – auch sein dunkles und sehr konkretes Schattenbild: das Bild der Mutter, die ihr Kind buchstäblich in den Wahnsinn trieb.<sup>251</sup> Denn in den Nachkriegsjahren vertraten immer mehr Psychologen und Psychiater die Ansicht, dass die Mütter verantwortlich waren, wenn ihr Kind an Schizophrenie erkrankte. Diese Erklärung griff in einem Maße um sich, dass für diese Erklärung sogar ein eigener englischer Begriff geprägt wurde: die *schizophrenogenic mother*. Dieser wurden zum Teil widersprüchliche Charakteristika zugeschrieben, unter denen sich fast immer ein übermäßiges Dominanzstreben, emotionale Zurückweisung des Kindes und ein Mangel an „echter“ Liebe befand.<sup>252</sup> In auffälliger Parallele zur Psychosomatik der Krebskrankheit wurde hier also eine psychische Erkrankung, die zuvor als durch materielle Einflüsse verursachte Schädigung des Gehirns erklärt worden war, neu interpretiert als Erkrankung, die auf eine fehlerhafte, da emotional nicht erfüllte und liebevolle Mutterbeziehung zurückgehe.<sup>253</sup> Diese Parallelisierung der bei Krebs und Schizophrenie gleichermaßen wirksamen pathologischen Muster konnte zumindest im Hinblick auf die Krebserkrankung auf die bereits von den tiefenpsychologischen Studien eines Küttemeyer angelegte und später von Claus Bahne Bahnsen aufgegriffene Parallelisierung von Psychose und Krebs zurückgreifen, so dass sich beide Entwicklungen gegenseitig beglaubigten.

Diese Verschiebung vom Materiellen zum Emotionalen bei der Benennung krankheitsverursachender Faktoren schreibt sich in einen größeren emotionshistorischen Kontext ein. Denn auch in anderen Wissenschaftsdisziplinen gerieten Emotionen nun zunehmend in Verdacht, gesellschaftliche Fehlentwicklungen und Pathologien zu verursachen. Insbesondere in den Sozial-, Politik- und Wirtschaftswissenschaften machte sich Misstrauen gegenüber Gefühlen breit. Denn waren es nicht Gefühle gewesen, die die Massen für den Faschismus gewonnen hatten, die Moral und Gesetz unter Hitler, im massenhaften Morden, in Krieg und Vertreibung außer Kraft gesetzt

---

<sup>251</sup> Anne Harrington, *Mother Love and Mental Illness: An Emotional History*, in: *Osiris* 31, 1 (2016), S. 94-115, hier S. 106-109.

<sup>252</sup> Vgl. z.B. Frieda Fromm-Reichmann, *Notes on the Development of Treatment of Schizophrenics by Psychoanalytic Theory*, in: *Psychiatry* 11, 3 (1948), S. 263-273.

<sup>253</sup> Für einen Rückblick auf vorher gültige Theorien der Schizophrenie vgl. Richard Noll, *Historical Review: Autointoxication and Focal Infection Theories of Dementia Praecox*, in: *World Journal of Biological Psychiatry* 5, 2 (2004), S. 66-72.

hatten?<sup>254</sup> Viele sozial- und politikwissenschaftliche Theorien der Nachkriegszeit zeichneten sich vor dem Hintergrund solcher Überlegungen durch das Bestreben aus, Gefühle aus Gesellschaft und Politik herauszuhalten und insbesondere Entscheidungsprozesse „rational“ und frei vom Einfluss der Gefühle zu gestalten.<sup>255</sup> Diese Tendenz setzte sich fort und gewann politische und militärische Relevanz in dem Versuch amerikanischer Wissenschaftler unterschiedlichster Couleur und disziplinärer Herkunft, im Kalten Krieg eine Form von Rationalität zu entwickeln, die sicherstellen sollte, dass Entscheidungsprozesse streng formalisiert und somit frei von „irrationalen“ Gefühlen und subjektiven „Verzerrungen“, schlicht: rational verliefen.<sup>256</sup>

Gefühle galten also als potentiell gefährlich. Während dies in vielen Sozialwissenschaften zu einer weitgehenden theoretischen und konzeptionellen „Ausschaltung“ von Gefühlen führte und Politiker und Politikstrategen den öffentlichen Raum von intensiven Gefühlsäußerungen freizuhalten suchten, wandten sich Teile der Medizin, Psychologie und Psychiatrie verstärkt der Erforschung von Gefühlen zu.<sup>257</sup> Das Gefühlskonzept, das diesen Forschungen zugrunde lag, war allerdings facettenreicher als die in den anderen Feldern dominierende Kennzeichnung des Gefühls als irrational. Denn in Bowlbys Bindungstheorie ebenso wie im Bild der *schizophrenogenic mother* oder der Krebspersönlichkeit standen gesunde und krankmachende Gefühle und Gefühlsbeziehungen nebeneinander. Es ging also weder um eine generelle Ausschaltung des Gefühls noch um die Vermeidung allzu intensiver Emotionen, wie die

---

<sup>254</sup> Auf diesen Hintergrund verweisen Frank Biess und Daniel Gross, unter anderem im Rückgriff auf die bereits 1940 von dem amerikanischen Soziologen Talcott Parsons vorgenommene Unterscheidung von amerikanischer Demokratie und deutschem Faschismus sowie auf die rückblickende Erklärung von Hans-Ulrich Wehler, der die Geringschätzung deutscher Nachkriegshistoriker gegenüber dem Gefühl als historisch wirksamer Kategorie damit begründete, dass diese Generation aufgrund ihrer Erfahrungen im Nationalsozialismus und während des Krieges die Kontrolle über Gefühle für eine unverzichtbare Vorbedingung des physischen und psychischen Überlebens hielt. Vgl. Frank Biess/Daniel M. Gross, Emotional Returns, in: dies, Science & Emotions, S. 1-38, hier S. 1-4 sowie Biess, Feelings in the Aftermath, S. 34f. Hans-Ulrich Wehler äußerte sich zur Bedeutung der Emotionen viele Jahre später in der Auseinandersetzung um die Alltagsgeschichte, vgl. ders., Königsweg zu neuen Ufern oder Irrgarten der Illusionen: Die westdeutsche Alltagsgeschichte „von innen“ und „von unten“, in: Jürgen Kocka/Franz Josef Brüggemeier (Hg.), Geschichte von unten, Geschichte von innen: Kontroversen um Alltagsgeschichte, Hagen 1985, S. 17-47, hier S. 30.

<sup>255</sup> Vgl. etwa die Aufsätze von Ute Frevert, Passions, Preferences, and Animal Spirits: How Does *Homo Oeconomicus* Cope with Emotions?, S. 300-317 und Flam, Transatlantic Element.

<sup>256</sup> Eine wissenschaftshistorische Rekonstruktion dieses Versuchs, zu dem u.a. die Spieltheorie und die rational-choice-Theorie beigetragen haben, bietet: Erickson u.a, Reason.

<sup>257</sup> Die These, die Gesellschaft der 1950er Jahre sei von einem Bemühen um Gefühlsbeherrschung und Anti-Intensität beherrscht worden, vertritt der amerikanische Emotionshistoriker Peter Stearns. Frank Biess hat diese These durch seine Arbeiten zu Kriegsheimkehrern und zur bundesdeutschen Politik der Zivilverteidigung gestützt, vgl. Stearns, American Cool; Biess, „Everybody Has a Chance“.

beiden unterschiedlichen, von Tarlau und Smalheiser konstruierten weiblichen Krebspersönlichkeitsprofile zeigten. Viel eher stand die Frage nach dem Zusammenhang von Autorität, Gehorsam und dem „authentischen“ Gefühl im Mittelpunkt dieser Forschungen. Insofern deutete sich hier bereits ein Diskurs an, der in den 1960er Jahren als Kritik am fassadenhaften „spießbürgerlichen“ Leben der Nachkriegszeit fortgeführt werden würde.<sup>258</sup> Zugleich kann diese Diskussion als eine Form der alternativen Auseinandersetzung mit der historischen Erfahrung von Faschismus und Weltkrieg gelesen werden.

In den 1950er und frühen 1960er Jahren erregten die Schlussfolgerungen Tarlaus und Smalheisers nur wenig Widerspruch, im Gegenteil: Viele Studien kamen zu ähnlichen Ergebnissen oder zitierten zustimmend deren Annahmen über mütterliche Dominanz, Gefühlstaubheit und Krebserkrankung.<sup>259</sup> In methodischer Hinsicht geriet die Tarlau/Smalheiser-Studie dagegen immer mehr in die Kritik. Dabei ging es nicht darum, dass die Studie auf Persönlichkeitstests beruhte, denn das galt als methodischer Standard, sondern darum, dass die Ergebnisse durch die Gestaltung der Testsituation, die Wahl der Kontrollgruppe sowie die grundlegenden Begriffe unzureichend abgesichert waren.

### ***2.8 Wie entsteht die Krebspersönlichkeit? Psychologische Testverfahren und das Problem der objektiven Messung von Subjektivität***

Das Verfahren, mit dem Tarlau und Smalheiser am *New York City Cancer Institute* die 22 Krebspatientinnen konfrontierten, etablierte in gewisser Weise für zwei Jahrzehnte den Prototyp einer Vielzahl von psychosomatischen Studien – bis hin zu der Heidelberger Studie Michael Holm-Hadullas, die dieses Kapitel eröffnet hat. Denn es war mehr oder weniger immer wieder die gleiche Batterie an Tests, die die Krebspatienten und -patientinnen durchlaufen mussten, wenn sich auch die Testbedingungen im Laufe der Zeit wandelten. Darum steht hier zunächst der Blick auf diese Tests, ihre Konzepte und Praktiken von Gefühl, Selbst und Persönlichkeit.

<sup>258</sup> Vgl. dazu die Ausführungen in diesem Kapitel im Abschnitt: Zeitdiagnosen. Die (Un-)Fähigkeit zu Trauer und Wut.

<sup>259</sup> Besonders erstaunlich ist es, dass auch solche Autoren, die das methodische Vorgehen von Tarlau/Smalheiser scharf kritisierten, in der Regel deren Ergebnisse nicht in Zweifel zogen, so dass davon ausgegangen werden muss, dass die von beiden entworfenen Persönlichkeitsprofile vor dem Hintergrund sowohl psychologischer als auch gesellschaftlicher Annahmen über Weiblichkeit, Sexualität und Gefühl außerordentlich plausibel erschienen, vgl. Jasen, *Malignant Histories*, S. 284.

Tarlau und Smalheiser kombinierten drei verschiedene psychologische Testverfahren, um die Persönlichkeit der Krebspatientinnen zu erschließen. Sie orientierten sich damit an einer damals wie heute in der Psychologie üblichen Praxis, die Ergebnisse psychologischer Tests gegeneinander zu lesen, um eine höhere Validität zu erzielen. So sollten die Krebspatientinnen im Rahmen eines ein- bis zweistündigen Gesprächs die bereits erwähnten Fragen zu ihrer persönlichen Biographie beantworten und wurden dann mit den anfangs vorgestellten Tintenklecksbildern des Rorschach-Testes konfrontiert. Zum Abschluss wurden sie aufgefordert, drei verschiedene menschliche Figuren zu zeichnen: einen Mann, eine Frau und schließlich sich selbst.<sup>260</sup> Alle „getesteten“ Frauen waren Patientinnen in einem Krankenhaus, das überwiegend Frauen im letzten Krankheitsstadium betreute, denen also von den Ärzten keine Heilungschance mehr eingeräumt wurde. Etwa zweieinhalb Jahre waren im Durchschnitt vergangen, seit diese Frauen ihre Krebsdiagnose erhalten hatten. Tarlau und Smalheiser legten jedoch Wert auf die Feststellung, dass sie Frauen im angesichts der Erkrankung bestmöglichen Gesundheitszustand ausgewählt hätten, die zum Aufbau affektiver Beziehungen noch imstande gewesen seien. Darüber hinaus seien die Tests durchgeführt worden, wenn die Frauen möglichst wenig unter dem Einfluss von Beruhigungs- und Schmerzmitteln gestanden hätten.<sup>261</sup> Mit diesen Auswahlkriterien wollten Tarlau und Smalheiser weitestgehend ausschließen, dass die Testergebnisse durch die Wirkung von Medikamenten oder durch zu große körperliche Schwäche verfälscht würden.

Im Vordergrund stand der Rorschach-Test. Den Ergebnissen dieses einen Tests widmeten Tarlau und Smalheiser den größten Teil ihrer Studienpräsentation. Sie bedienten sich damit eines Tests, der damals bereits zu den etablierten psychologischen Testverfahren gehörte und sowohl von klinischen als auch von anderen Psychologen

---

<sup>260</sup> Auch dies war ein bereits etablierter Test, der seit 1926 zunächst unter dem Namen *Goodenough Draw-a-Man Test*, später schlicht als *Draw-a-Person Test* eingesetzt wurde. Der Test wurde in der Regel benutzt, um die Intelligenz von Kindern zu messen. Karen Machover setzte den Test aber seit den 1940er Jahren als Persönlichkeitstest ein, der vor allem Aufschluss darüber bringen sollte, welchen Körperteilen oder -regionen eine Person zwiespältig oder mit negativen Gefühlen begegnete. In diesem Sinne verwandten auch Tarlau und Smalheiser den Test, vgl. Eleanor Holtz-Eakin/Ida Sue Baron, *Human Figure Drawing Tests*, in: Jeffrey Kreutzer/John De Luca/Bruce Caplan (Hg.), *Encyclopedia of Clinical Neuropsychology*, New York 2011, S. 1269-1271 sowie Karen Machover, *Personality Projection in the Drawing of the Human Figure: A Method of Personality Investigation*, Springfield 1949.

<sup>261</sup> Im Wortlaut schrieben Tarlau und Smalheiser: „[...] care was taken to study only those patients who were in the relatively best physical condition and able to form affective relationships. All testing was performed when the patients were under the least effect of sedation.“ Vgl. dies., *Personality Patterns*, S. 117.

für ein sehr breites Spektrum von Diagnosefragen eingesetzt wurde. Ursprünglich überwiegend in der Psychiatrie vor allem bei Verdacht auf Schizophrenie verwandt, wurde der Rorschach-Test im Zweiten Weltkrieg vom amerikanischen, britischen ebenso wie vom deutschen Militär im Rahmen von Eignungsprüfungen für besondere Aufgaben eingesetzt. Die nationalsozialistischen Besatzer nutzten ihn außerdem, um in den eroberten osteuropäischen Gebieten den vermeintlichen „Rasstyp“ zu bestimmen. In Gerichtsverfahren stützte der Rorschach-Test die Ergebnisse forensischer Gutachten und auch als Hinweis auf berufliche Eignung kam der Rorschach zum Einsatz.<sup>262</sup> Noch heute belegt der Rorschach-Test Rang zwei unter allen in der klinischen Psychologie eingesetzten Tests.<sup>263</sup>

Diese beispiellose Erfolgsgeschichte ist eng verknüpft mit der Geschichte des Selbst-Verständnisses, das heißt mit der Vorstellung darüber, was das Selbst, die Persönlichkeit, ausmacht und konstituiert. Gleichzeitig verbindet dieser Test ein für das 20. Jahrhundert spezifisches Verständnis vom Selbst mit einem Konzept und einer Technologie wissenschaftlicher Objektivität, die den Test für viele psychoanalytische und psychologische Schulen anschlussfähig machte.<sup>264</sup> Hermann Rorschach, Schüler von Eugen Bleuler und damals Psychiater an der Heil- und Pflege-Anstalt im schweizerischen Herisau, entwarf die bis heute gebräuchlichen zehn Tintenklicks-Tafeln und publizierte sie zusammen mit einer ausführlichen methodischen Anleitung 1921 unter dem Titel „Psychodiagnostik“.<sup>265</sup> Anders als zuvor entwickelte Tintenklicks-Tests wollte Rorschach mit seinem Test nicht isolierte Fähigkeiten einer Person, etwa die Phantasie oder das Vorstellungsvermögen, testen. Ihm ging es darum, den „Erlebnistypus“ einer Person quasi auszumessen.<sup>266</sup> Hinter diesem Begriff stand – wie Peter Galison gezeigt hat – ein spezifisches Verständnis des Selbst. Galt das Selbst zuvor als

<sup>262</sup> Auf die breite militärische Nutzung verweist zum Beispiel: Captain James A. Brussel/Private Kenneth S. Hitch, *The Rorschach Method and Its Uses in Military Psychiatry*, in: *Psychiatric Quarterly* 16, 1 (1942), S. 3-29. Brussel und Kenneth benannten als wesentliche Ziele der militärischen Anwendung: „1. To weed out the emotionally unstable from positions of responsibility. 2. To supplement intelligence test scores. 3. To differentiate between the malingering and the individual with a genuine functional or organic disease. 4. To supplement shell shock diagnosis.“ Ibid., S. 3f.

<sup>263</sup> Peter Galison, *Image of Self*, in: Lorraine Daston (Hg.), *Things That Talk: Object Lessons from Art and Science*, New York 2004, S. 257-294, hier S. 290 sowie Joni L. Mihura/Gregory J. Meyer, *Rorschach Inkblot Test*, in: Robert L. Cautin/Scott O. Lilienfeld (Hg.), *Encyclopedia of Clinical Psychology*, Chichester 2015, S. 2491-2496, hier S. 2491.

<sup>264</sup> Galison, *Image of Self*, S. 292.

<sup>265</sup> Hermann Rorschach, *Psychodiagnostik. Methodik und Ergebnisse eines wahrnehmungsdiagnostischen Experiments (Deutenlassen von Zufallsformen)*, Bern 1921.

<sup>266</sup> Rorschach, *Psychodiagnostik. Methodik und Ergebnisse eines wahrnehmungsdiagnostischen Experiments (Deutenlassen von Zufallsformen)*, hg. von Walter Morgenthaler, 10. unveränderte Auflage, Bern/Stuttgart/Wien 1983, S. 113f.

Summe seiner Fähigkeiten, wollte Rorschach das Selbst durch die Art und Weise erfassen, wie es Erlebnisse wahrnahm und verarbeitete. In diesem Prozess wirkten unterschiedliche kognitive und affektive Fähigkeiten zusammen, konnten also nicht als einzelne Elemente verstanden werden.<sup>267</sup> Indem der Test für sich genommen bedeutungslose Tintenklecks-Bilder präsentierte und danach fragte, was diese Bilder bedeuten könnten, „zwang“ er die Probanden dazu, den Bildern in ihrer Wahrnehmung eine Bedeutung zu verleihen. Er gab damit die Strukturen des jeweiligen Erlebnistypus im Prozess der Verarbeitung dem Blick des Testers preis. Der Test beruhte also weder auf der Introspektion des Probanden noch auf einer psychoanalytischen Theorie des Unbewussten. Stattdessen basierte er auf einer der Gestaltpsychologie nahestehenden Annahme über das Selbst, das sich erst in der Wahrnehmung und Verarbeitung des Erlebnisses konstituiert und enthüllt.

Verschiedene Aspekte der Antwort (oder Nicht-Antwort) lagen der anschließenden Auswertung des Tests und damit der Erschließung des Erlebnistypus zugrunde: Aspekte, die der Tester in zwei aufeinanderfolgenden Testphasen notiert hatte. Während der ersten Phase interpretierte der Proband zunächst jedes Bild, um dann in einem zweiten Durchlauf zu erklären, welche Aspekte des Bildes seine Deutung veranlasst hatten. Was die meisten getesteten Personen erstaunt haben dürfte (und was weder vor noch nach dem Test mitgeteilt werden sollte), ist die Tatsache, dass der Inhalt ihrer Antwort für sich genommen keine große Rolle spielte. Es war also von absolut untergeordneter Bedeutung, ob die Probanden im farbigen Tintenklecks-Bild der zehnten Tafel eine Spinne, eine Krabbe oder einen Hummer erkannten.<sup>268</sup> Entscheidend waren andere Faktoren. Diese sollte sich der hinter der Testperson (manchmal auch ihr gegenüber) sitzende Psychologe unauffällig notieren. Zu diesen Faktoren zählte, ob sich die Antworten überwiegend auf die ganzen Bilder, nur auf einige Teile oder aber auf kleine Details bezogen. Eine große Rolle spielte auch, ob die Deutung der Bilder in der Regel auf deren Form beruhte oder stärker die Farbe oder mögliche Bewegung des

---

<sup>267</sup> Galison, *Image of Self*, S. 276f.

<sup>268</sup> So einige der üblichen Antworten, wie sie der kanadische Arzt James Heilman 2009 im entsprechenden Wikipedia-Artikel ins Netz stellte und damit heftige Kritik insbesondere seitens amerikanischer Psychologen provozierte, die befürchteten, dass der ganze Test unbrauchbar würde, wenn zukünftige Probanden nicht nur die zuvor einem breiteren Laienpublikum wenig bekannten Bilder, sondern auch mögliche „gute“ Antworten kennen würden. Heilman wollte allerdings genau dies erreichen: einen aus seiner Sicht nutzlosen bzw. irreführenden Test entmystifizieren, vgl. Noam Cohen, *A Rorschach Cheat Sheet on Wikipedia?*, in: *The New York Times* (28.07.2009), Onlineversion ([http://www.nytimes.com/2009/07/29/technology/internet/29inkblot.html?scp=1&sq=Heilman%20&st=cse&\\_r=0](http://www.nytimes.com/2009/07/29/technology/internet/29inkblot.html?scp=1&sq=Heilman%20&st=cse&_r=0), letzter Zugriff 22.03.2017).

Dargestellten in Erwägung zog. Außerdem wurde ausgezählt, wie oft die befragte Person in den Tintenkleckschen einen Menschen, ein Tier oder ein Ding erkannte, ob die Antworten den im Testdurchschnitt üblichen Antworten entsprachen oder seltene beziehungsweise einzigartige Antworten präsentierten. Auch die Zahl der Antworten, ob also aus den Bildern jeweils nur eine, mehrere oder manchmal gar keine Bedeutung herausgelesen wurden, floss in die Auswertung ein. Ebenso wurde die Reaktionszeit gemessen, um zu erschließen, ob bestimmte Bilder zunächst einen Schock auslösten und dementsprechend verzögert (oder gar nicht) interpretiert würden.<sup>269</sup>

Der Psychologe oder die Psychiaterin, die den Rorschachtest durchführten, notierten all diese Parameter und trugen sie in eine Tabelle ein, die es erlaubte, ein Profil der Persönlichkeit im Prozess der miteinander verknüpften kognitiven und affektiven Erlebnisverarbeitung zu erstellen – und nicht etwa nur einzelner Fähigkeiten, wie es die zuvor weitverbreiteten Intelligenztests versprochen hatten.<sup>270</sup> Welches Parameter für welche Persönlichkeitseigenschaft stand, war Ergebnis der Rorschach-Geschichte: Erste Interpretationen hatte bereits Hermann Rorschach vorgegeben. Diese waren im Zuge der millionenfachen Anwendung und der Erstellung immer neuer Persönlichkeitsprofile, die den Ergebnissen anderer Test- oder Diagnoseverfahren gegenübergestellt worden waren, immer mehr verfeinert worden. So versprach der Rorschach-Test Aufklärung darüber, ob Testgruppen wie etwa die Brust- oder Gebärmutterhalskrebspatientinnen über gemeinsame Persönlichkeitseigenschaften verfügten und ob diese signifikant von den Persönlichkeitseigenschaften anderer Gruppen bzw. einer „Normalgruppe“ abwichen. Der Rorschach bot damit aus der Perspektive seiner Anwender ein objektives Maß, dem Röntgenbild vergleichbar, um die gesamte Persönlichkeit verschiedenster Gruppen zu quantifizieren und zu vergleichen – und zwar genau in jenem Augenblick, in dem sich Innen und Außen der Person in der subjektiven Verarbeitung vorgegebener Reize trafen.<sup>271</sup>

---

<sup>269</sup> Eine genaue Anweisung, welche Elemente der Antworten warum wichtig sind, gab Hermann Rorschach selbst. Weitere Auswertungselemente wurden später ergänzt, vgl. Rorschach, *Psychodiagnostik*, 1983, S. 19-46.

<sup>270</sup> Zu der eng verflochtenen Geschichte von Intelligenztests, anthropologischer Forschung und (Anti-)Rassismus vgl. Alexa Geisthövel, *Intelligenz und Rasse: Franz Boas' psychologischer Antirassismus zwischen Amerika und Deutschland, 1920-1942*, Bielefeld 2013.

<sup>271</sup> Auf diese Verknüpfung einer Geschichte der Objektivität mit den wechselnden Annahmen über die Natur der Subjektivität in der Rorschach-Technologie machte bereits Peter Galison aufmerksam, vgl. ders., *Image of Self*, S. 292. Der Vergleich zum Röntgenbild wurde schon zeitgenössisch gezogen, so vor allem in einem Aufsatz des einflussreichen amerikanischen Soziologen Lawrence K. Frank, mit dem er den Rorschach-Test als projektiven Test, d.h. als auf der Projektion des Individuums beruhenden Test, etablierte. Er sah insofern eine Parallele zum Röntgenbild, als dieses



Tarlau und Smalheiser bezogen die Daten ihrer „Normal“-Gruppe aus einer fremden Studie. Vor dem Hintergrund dieser Daten ergab sich für Tarlau und Smalheiser folgendes Bild: Beide Patientinnengruppen gaben im Vergleich zur Normalgruppe ausgesprochen wenig Antworten und bezogen sich in ihren Antworten überwiegend auf die ganzen Bilder, fast nie auf Teile oder Details. Daraus schlossen Tarlau und Smalheiser auf eine allgemeine innere Verarmung ihrer Patientinnen sowie deren mangelnde Kritikfähigkeit. Da die Patientinnen nur selten Menschen, fast nie Menschen in Bewegung auf den Bildern erkannten, charakterisierten Tarlau und Smalheiser ihre Patientinnen als Menschen, die sich selbst, ihre inneren Wünsche und Träume nicht akzeptieren könnten, insgesamt also wenig gereifte und labile Persönlichkeiten seien. Wenn die Patientinnen allerdings Menschen sahen, dann waren es vorwiegend Männer. Daraus schlossen die Tester, dass die Frauen ihre weibliche Rolle ablehnten und eher „maskuline Gefühle“ hegten. Unter den Tierantworten (die für die Akzeptanz des eigenen Trieblebens standen) dominierten bei den Brustkrebspatientinnen „schwache“ Tiere wie Schmetterlinge oder Fledermäuse – ein Zeichen, dass ihr Triebleben kaum entwickelt sei. Auf die farbigen Rorschach-Karten reagierten die Krebspatientinnen kaum anders als auf die Schwarz-Weiß-Kleckse. Daraus folgerten Tarlau und Smalheiser, dass die Brustkrebspatientinnen kaum in der Lage seien, auf äußere Stimuli emotional zu reagieren.<sup>272</sup> Die Gebärmutterhalskrebspatientinnen fielen demgegenüber dadurch auf, dass sie oft unbelebte Dinge und Schatten auf den Bildern erkannten – ein Indikator für Angst und innere Spannung. Die Brustkrebspatientinnen orientierten sich dagegen überproportional an der Form der Kleckse und hätten auf diese Weise ihr hohes Maß an innerer Kontrolle und Starrheit verraten.

Es mag überraschen, dass die freie Assoziation über die Bedeutung von zehn Tintenklecksbildern zu derart weitreichenden Schlussfolgerungen über die Persönlichkeit von Menschen, ja sogar über den möglichen Zusammenhang zwischen ihrer Persönlichkeit und der Krankheit, an der sie litten und bald sterben würden, geführt hat. Seit einigen Jahren wird dies von Psychologen selbst kritisiert und es mehren sich

---

es ebenso wie der Rorschach-Test erlaube, die Struktur des Ganzen im Zusammenhang und in seiner dynamischen Funktion zu erkennen, ohne das Ganze in seine Teile zu zerlegen und damit eben diesen Zusammenhang zu zerstören. Dies schien Frank als Weg, die die häufigen Fehlschlüsse einer mechanischen Objektivität zu vermeiden: ders., *Projective Methods for the Study of Personality*, in: *The Journal of Psychology* 8, 2 (1939), S. 389-413, S. 397f.

<sup>272</sup> Die Auswertung inklusive der entsprechenden Tabellen findet sich in Tarlau/Smalheiser, *Personality Patterns*, S. 118-120.

skeptische Stimmen, die bezweifeln, ob es legitim sei, auf der Grundlage dieses Tests Einschätzungen und Entscheidungen von großer Tragweite für das Leben Einzelner zu fällen.<sup>273</sup>

Doch als Tarlau und Smalheiser 1951 ihre Studie veröffentlichten, erschien das Testverfahren einer Mehrzahl von Psychologen und Psychiatern als plausibel und vielversprechend, weil es im Gegensatz zu anderen psychometrischen Verfahren zu erlauben schien, die Persönlichkeit in ihrer Ganzheit und Dynamik zu erfassen und zu objektivieren – eine Art psychologisches Pendant zu bereits existierenden naturwissenschaftlichen Technologien wie dem Röntgenbild oder dem Einsatz von polarisiertem Licht, die die prozessuale Ganzheit der Dinge erkennbar machten. Darüber hinaus ebnete es einer Psychologisierung vieler Bereiche außerhalb der klinischen Psychologie den Weg. Im Zuge dieser Entwicklung wurde der Rorschach-Test zum Bestandteil der Alltagskultur. Er tauchte in Filmen auf und Andy Warhol fertigte sogar eine ganze Bildserie an, zu der ihn der Test inspirierte.<sup>274</sup>

Dennoch wurde die Tarlau/Smalheiser-Studie auch kritisiert. Im Fokus der Kritik standen allerdings methodische Schwächen, die die Testsituation, die „Normal“-Gruppe sowie die statistische Auswertung der Daten betrafen. Bereits 1955 listete eine in der *Psychosomatic Medicine* publizierte Nachfolgestudie einige der augenfälligsten methodischen Mängel auf und entzog damit im Prinzip den Ergebnissen Tarlaus und Smalheisers die Grundlage. So konnten die beiden Autoren John Wheeler und Bettye McDonald Caldwell zeigen, dass die Daten der von Tarlau und Smalheiser präsentierten „Normal“-Gruppe aus einer amerikanischen militärpsychiatrischen Studie von 1942 stammten. Mithin wurden von Tarlau und Smalheiser die Rorschach-

---

<sup>273</sup> Einen Überblick über die kontroverse Geschichte des Rorschach-Testes aus amerikanischer Perspektive zusammen mit einem eindeutigen Plädoyer für die Abschaffung dieses Tests bietet: James M. Wood/M. Teresa Nezworski/Scott O. Lilienfeld/Howard N. Garb, *What's Wrong with the Rorschach? Science Confronts the Controversial Inkblot Test*, San Francisco 2003. Wie viele Psychologen aber bis heute am Rorschach-Test festhalten, zeigt die Kontroverse um die Wikipedia-Ergänzungen James Heilmans, vgl. Noam Cohen, *A Rorschach Cheat*. Auch die renommierte *Encyclopedia of Clinical Research* kommt noch 2015 auf der Grundlage einer einzigen reliability-Studie zu der Einschätzung, dass der Rorschach-Test in der Regel verlässlich ist und dass Meta-Analysen zudem nahelegen, dass „at least some Rorschach indices possess meaningful validity“. Vgl. Mihura/Meyer, *Rorschach Inkblot Test*, S. 2494.

<sup>274</sup> Eine wichtige Rolle spielt der Rorschach-Test etwa in Robert Siodmaks Film noir aus dem Jahr 1946 „Der schwarze Spiegel“. 2009 gab Zack Snyder seinem Verbrecherjäger im Film „Watchmen“ den Namen Rorschach. Dessen Gesicht ist zum Teil von einer Maske bedeckt, die sich ständig verändert und an die Muster des Rorschach-Testes erinnert. Vgl. Daniel Hermsdorf, *Filmbild und Körperwelt. Anthropomorphismus in Naturphilosophie, Ästhetik und Medientheorie der Moderne*, Würzburg 2011, S. 156f. Andy Warhol malte die Serie zum Teil gigantischer *Rorschach Paintings* 1984.

Daten von fünfzig Soldaten im Alter von 18 bis 33 Jahren, die wegen diverser psychiatrischer Probleme auf die neuropsychiatrische Station des *Fort Dix Station Hospital* aufgenommen worden waren, als Parameter des Normalen benutzt.<sup>275</sup> Dabei handelte es sich also weder um ein „normales“ Sample noch um eine nach damaligen Kriterien adäquate Kontrollgruppe, die mit den Krebspatientinnen im Hinblick auf alle Kriterien mit Ausnahme der Krankheit hätte übereinstimmen müssen. Zudem bezweifelten Wheeler und Caldwell, dass die Rorschach-Antworten einer Gruppe von schwerkranken Frauen unter dem Einfluss von Beruhigungs- und Schmerzmitteln Rückschluss auf den ursprünglichen Erlebnistypus dieser Frauen zuließen. Auch die Interpretation des *Draw-a-Person-Tests*, der die Tarlau/Smalheiser-Studie komplettierte, stellten sie in Frage. Denn die Tatsache, dass die Brustkrebspatientinnen nur „primitive“ Figuren ohne Kleidung und andere Details gezeichnet hatten, ließe überhaupt keine Rückschlüsse auf deren Persönlichkeit zu, da die Patientinnen durch die vorangegangene Brustamputation und den oft im Anschluss auftretenden Lymphstau in den Armen vermutlich nur mühsam und unter Schmerzen hätten zeichnen können – eine unter Krebsärzten wohlbekannte und gefürchtete Nebenwirkung der in den USA besonders radikal vorgenommenen Brustamputation.<sup>276</sup>

Angesichts dieser methodischen Unzulänglichkeiten entschlossen sich Wheeler und Caldwell, die Studie zu wiederholen – dieses Mal aber auf methodisch stabilerem Grund. So testeten sie neben den Brustkrebs- und Gebärmutterhalskrebspatientinnen auch eine Kontrollgruppe, die aus Frauen mit dem gleichen Durchschnittsalter, einem ähnlichen sozioökonomischen Hintergrund und Familienstatus bestand. Diese Frauen waren wegen anderer Beschwerden in die Klinik gekommen und niemals zuvor an Krebs erkrankt. Die Krebspatientinnen waren alle in ambulanter Behandlung. Sie litten nicht unter schweren Schmerzen und erhielten dementsprechend kaum Schmerzmittel. Sowohl der Rorschach-Test als auch der *Draw-a-Person-Test* ließ in den Augen von Wheeler und Caldwell nur wenige Unterschiede zwischen den drei Gruppen erkennen. Dennoch ließen sie die Frage nach spezifischen Persönlichkeitsmerkmalen von Krebspatientinnen offen und schlussfolgerten vorsichtig: „the relationship between these group tendencies and the neoplastic transformation remains an unsettled issue.“<sup>277</sup> Ihre Empfehlung lautete: weiter forschen.

---

<sup>275</sup> Brussel/Hitch, *The Rorschach Method*.

<sup>276</sup> Wheeler/Caldwell, *Psychological Evaluation*, S. 258 und 262.

<sup>277</sup> Wheeler/Caldwell, *Psychological Evaluation*, S. 267.

Dieser Empfehlung folgten im darauf folgenden Jahrzehnt viele Studien in den USA, Kanada und Europa. Im Laufe der 1960er Jahre machte sich jedoch in den USA eine immer größere Skepsis gegenüber dieser Form der psychosomatischen Erklärung der Krebsentstehung breit.<sup>278</sup> Dazu trug unter anderem eine weitere Veröffentlichung in der Zeitschrift *Psychosomatic Medicine* bei, die viel deutlicher als die Wheeler/Caldwell-Studie die methodischen Probleme und Vorannahmen der publizierten Studien benannte.<sup>279</sup> Zumindest ein Teil der psychosomatischen Krebsforschung versuchte dieser Kritik zu begegnen und initiierte methodisch weniger angreifbare prospektive Studien. Dafür wurden Frauen und Männer getestet, die wegen eines Krebsverdachts in die Klinik kamen, aber noch nicht wussten, ob sie an Krebs erkrankt waren. So sollte ausgeschlossen werden, dass das Persönlichkeitsprofil durch die Erfahrung, an einer schweren Krankheit zu leiden, verändert worden war.<sup>280</sup> Für andere verlagerte sich das Interesse nun stärker auf die früher schon gestellte Frage, durch welche im Körper wirksamen und experimentell nachweisbaren Mechanismen Gefühle die Krebsentstehung beeinflussen könnten. Eine zentrale Rolle spielte in dieser Frage der relativ junge Begriff Stress.<sup>281</sup>

## **2.9 Stress um die Persönlichkeit: Die Psychosomatik der 1960er und 1970er Jahre**

Die von der Persönlichkeitspsychologie beeinflusste, stark angloamerikanisch geprägte Psychosomatik der Krebskrankheit kam in Deutschland – West und Ost – erst zu

---

<sup>278</sup> Parallel dazu verliert die psychosomatische Erklärung des Magengeschwürs an Bedeutung. Robert Aronowitz führt diesen Niedergang auf mehrere Faktoren zurück: die Entdeckung effektiverer Therapien mittels Steroidgabe, während zugleich psychotherapeutische Verfahren wenig Behandlungserfolge zeitigten, ein allgemeinerer Trend hin zu immunologischen Erklärungen, eine Umorientierung amerikanischer Psychiater, die weniger nach psychoanalytischen oder psychosomatischen Erklärungen fragten – dies zeigte sich deutlich bei der Herausgabe des überarbeiteten Diagnosehandbuchs der *American Psychiatric Association* DSM III im Jahr 1980. Vgl. Robert A. Aronowitz, *The Rise and Fall of the Psychosomatic Hypothesis in Ulcerative Colitis*, in: ders., *Making Sense of Illness*, S. 39-56, hier S. 48-52.

<sup>279</sup> George M. Perrin/Irene R. Pierce, *Psychosomatic Aspects of Cancer*, in: *Psychosomatic Medicine* 21, 5 (1959), S. 397-412, hier S. 411.

<sup>280</sup> So zum Beispiel die von der *American Cancer Society* geförderte, viel zitierte Studie: Arthur M. Schmale/Howard P. Iker, *The Affect of Hopelessness and the Development of Cancer. I. Identification of Uterine Cervical Cancer in Women with Atypical Cytology*, in: *Psychosomatic Medicine* 28, 5 (1966), S. 714-721.

<sup>281</sup> Dafür trat zum Beispiel Roy Grinker auf einer 1965 von der *New York Academy of Science* zum Thema „Psychophysiological Aspects of Cancer“ ausgerichteten Tagung ein. Grinker hatte in seiner Zeit als Militärpsychiater selber Stressforschung betrieben. Vgl. Roy R. Grinker Sr., *Psychosomatic Aspects of the Cancer Problem*, in: *Annals of the New York Academy of Science* 125 (1966), S. 876-882.

Beginn der 1960er Jahre wirklich an.<sup>282</sup> Sie schien das zu bieten, was Alexander Mitscherlich an den Schriften Wilhelm Küttemeyers genau zu jener Zeit so vehement kritisierte: Evidenz, Repräsentativität, eine unter naturwissenschaftlich orientierten Psychologen und Psychiatern anerkannte Methode und Anschluss an internationale Forschung. Die Skepsis gegenüber den etablierten schulmedizinischen Krebstherapien, wie sie sich beim Issels-Prozess deutlich zeigte, trug dazu bei, dass alternative Erklärungen, die gleichwohl das Prädikat der Wissenschaftlichkeit für sich in Anspruch nehmen konnten, von Krebsmedizinern nun mit offenerem Blick wahrgenommen wurden.

So trafen in diesem Augenblick zwei in gewisser Weise gegenläufige Entwicklungen zusammen. Während in den USA und in Großbritannien Krebs-Psychosomatiker zum Teil scharfer Kritik ausgesetzt waren und sich nach internationalen Allianzen umzusehen begannen, wuchs das Interesse einiger deutscher Ärzte und Psychologen, einem bisher in Deutschland wenig beachteten Ansatz mit internationaler Unterstützung mehr Geltung zu verschaffen. Unmittelbare Folge davon war die Gründung der sogenannten *International Psychosomatic Cancer Study Group* im Jahr 1960, die sich als Diskussionsforum für psychosomatisch interessierte Ärzte, Psychologen, Soziologen, Biologen und Kulturanthropologen verstand. Gründungsväter waren zwei in der Krebs-Psychosomatik international bekannte Forscher und ein bis dato völlig unbekannter deutscher Psychologe.

Für das internationale Gewicht dieser Gruppe standen David M. Kissen (*Department of Psychological Medicine, Glasgow*) und Lawrence LeShan (*Institute of Applied Biology, New York*). LeShan hatte bereits kurz zuvor den Psychosomatik-Kritikern im *Journal of the National Cancer Institute* den Kampf angesagt, indem er alle zuvor kritisierten Studien entschieden als Arbeiten eines neuen, mit einem modernen Methodenarsenal ausgerüsteten Wissenschaftlertyps verteidigte.<sup>283</sup> Darüber hinaus griff LeShan George Perrin und Irene Pierce, die die Front der Kritiker anführten, in einem offenen Brief an die Herausgeber der *Psychosomatic Medicine* direkt an. In seinem Schreiben argumentierte er damit, dass die neue Krebs-Psychosomatik

---

<sup>282</sup> In den 1950er Jahren waren nur sehr vereinzelt Aufsätze zu diesem Thema erschienen, etwa: Petschke, Psycho-somatische Faktoren sowie A. Schulz van Treeck, Krebs und körpereigene Abwehr, in: Zeitschrift für Laryngologie-Rhinologie-Otologie und ihre Grenzgebiete 33, 7/8 (1954), S. 385-396.

<sup>283</sup> Lawrence LeShan, Psychological States as Factors in the Development of Malignant Disease: A Critical Review, in: *Journal of the National Cancer Institute* 22, 1 (1959), S. 1-18, S. 1 und 4. Vgl. dazu auch Jasen, *Malignant Histories*, S. 284f.

eine jahrhundertalte Tradition sei und ein entsprechend altehrwürdiges Wissen wiederentdeckt habe. Dass diese frühere Psychosomatik ganz andere Vorstellungen von Gefühlen und deren körperlichen Wirkungsmechanismen hatte, stellte diesen Versuch der Traditionsbildung für LeShan offenbar nicht in Frage.<sup>284</sup>

Auf bundesdeutscher Seite zeichnete Hans-Joachim F. Baltrusch für die *Psychosomatic Cancer Study Group* verantwortlich, ein zu diesem Zeitpunkt 33-jähriger klinischer Psychologe aus Oldenburg. Auf den ersten Blick mag es erstaunen, dass ein beruflich noch keineswegs etablierter Psychologe 1960 zusammen mit zwei international bekannten Krebs-Psychosomatikern eine Arbeitsgruppe gründete und zugleich mit einer ganzen Reihe von fundierten, ausführlichen Überblicksartikeln das Feld der Krebs-Psychosomatik in der Bundesrepublik bekannt zu machen begann.<sup>285</sup> Doch ein Blick auf einen 1957 von Baltrusch selbst verfassten Lebenslauf lässt erkennen, dass es weniger überraschend als vermutet war, dass er sich an der Gründung dieser Arbeitsgruppe an prominenter Stelle beteiligte.<sup>286</sup> Denn in seiner Biographie laufen geradezu exemplarisch einige Fäden zusammen, die für die weitere Geschichte der deutschen Krebspsychosomatik kennzeichnend sein sollten.

Baltrusch, der mit seinen Eltern im Sommer 1945 aus Stettin in die sowjetisch besetzte Zone floh und 1946 weiter nach Oldenburg zog, machte dort kriegsbedingt verspätet Abitur und besuchte dann die nächstgelegene Hochschule in Bremen. Dort begann er zwischen 1947 und 1949 ein Medizinstudium, in dessen Verlauf vor allem die psychologischen und philosophischen Kurse sein Interesse weckten. Darum unterbrach er 1949 sein Bremer Medizinstudium und ging für ein Jahr an das gerade neu gegründete *Institut für Psychotherapie und Tiefenpsychologie* in Stuttgart. Dieses schulenübergreifende Institut, dessen Gründung unter anderem von Viktor von

---

<sup>284</sup> Co-Autor war Marvin Reznikoff, vgl. Lawrence LeShan/Marvin Reznikoff, Letter to the Editor, in: *Psychosomatic Medicine* 23, 3 (1961), S. 259. Eine Replik von Perrin und Pierce wurde ebenfalls veröffentlicht: George Perrin/Irene Pierce, Letter to the Editor, in: *Psychosomatic Medicine* 23, 3 (1961), S. 262.

<sup>285</sup> Baltrusch hatte 1960 – wie schon die Jahre zuvor – mehrere auf wenige Monate oder Wochen befristete Verträge als klinischer Psychologe am Oldenburger Elisabeth-Kinderkrankenhaus. Er wurde bezahlt über eine zu diesem Zeitpunkt unbesetzte Volontärarztstelle, die er offenbar in Nebentätigkeit ausübte – vermutlich neben einem zu diesem Zeitpunkt noch nicht abgeschlossenen Medizinstudium. Personalakte von Hans-Joachim Baltrusch, Best. 113, Nr. 83, Stadtarchiv Oldenburg.

<sup>286</sup> Lebenslauf, gezeichnet Oldenburg (Oldb), den 25.8.1957, Hans-Joachim F. Baltrusch. Personalakte von Hans-Joachim Baltrusch, Best. 113, Nr. 83, Stadtarchiv Oldenburg. Dort auch die im Folgenden referierten Informationen. Weitere Informationen zum Lebenslauf verdanke ich der Tochter Katharina Baltrusch (Hamburg), der ich an dieser Stelle für ihre Unterstützung herzlich danken möchte.

Weizsäcker angeregt worden war, bildete ärztliche Psychotherapeuten und Heilpädagogen aus. Die zum Institut gehörige Erziehungsberatungsstelle und Elternschule zeigte die Nähe zu den von Melanie Klein, Anna Freud und John Bowlby repräsentierten kinderpsychotherapeutischen Ansätzen.<sup>287</sup> Wahrscheinlich besuchte Baltrusch in Stuttgart überwiegend Kurse aus dem Bereich der Heilpädagogik, da er für die medizinisch-psychotherapeutische Ausbildung zu diesem Zeitpunkt nicht die notwendigen Voraussetzungen, das Medizinerexamen, mitbrachte.<sup>288</sup> Hier kam Baltrusch in Berührung mit der von Weizsäcker vertretenen medizinischen Anthropologie ebenso wie mit der Objektbeziehungstheorie und Bindungspsychologie anglo-amerikanischer Prägung. Von Stuttgart aus führte Baltruschs Weg an die schwedische Universität Lund, wo er von 1951 bis zu seinem Examen 1954 Psychologie studierte.<sup>289</sup> Damit setzte Baltrusch nicht nur seinen Weg zur klinischen Psychologie fort, sondern wählte sich auch eine der Psychologie-Fakultäten in Europa, die besonders stark von der angloamerikanischen Persönlichkeitspsychologie geprägt war.<sup>290</sup>

Gudmund Smith, einer der akademischen Lehrer Baltruschs in Lund, hatte während des Zweiten Weltkriegs für das schwedische Militär gearbeitet und sich dort intensiv mit Psychometrie und Persönlichkeitstests beschäftigt. Unmittelbar im Anschluss an Baltruschs Examen ging Smith für ein Jahr als Gast-Professor an die *New York University* – das heißt also in jene Stadt, in der sowohl Tarlau und Smalheiser kurz zuvor ihre einflussreiche Studie durchgeführt hatten als auch Lawrence LeShan am *Institute of Applied Biology* arbeitete. Baltrusch hingegen kehrte nach seinem Studienabschluss zurück nach Oldenburg und fand sofort eine Anstellung als klinischer

---

<sup>287</sup> Baltrusch schrieb den Vorsitz dieses Instituts in seinem Lebenslauf Viktor von Weizsäcker zu. Tatsächlich war Weizsäcker an der eigentlichen Gründung des Instituts nicht direkt beteiligt, allerdings hatte er 1949 gemeinsam mit Alexander Mitscherlich, Wilhelm Bittner und Tobias Brocher die *Deutsche Gesellschaft für Psychotherapie und Tiefenpsychologie* gegründet, die die Gründung und frühe Phase des Instituts in Weizsäckers Stuttgarter Heimat begleitete. Dass Baltrusch hier Weizsäcker als federführenden Mediziner nennt, deutet daraufhin, dass Weizsäcker für ihn große Bedeutung hatte. Vgl. Lebenslauf, S. 2.

<sup>288</sup> Dafür spricht auch, dass in der späteren Korrespondenz des Oldenburger Elisabeth-Krankenhauses mit dem Personalamt der Stadt Oldenburgs Baltruschs Arbeit als „heilpädagogisch“ bezeichnet wird. Vgl. Brief des Personalamts der Stadt Oldenburg an den Oberstadtdirektor, Aktenz.: 1130. Oldenburg, den 2.9.1957. Personalakte von Hans-Joachim Baltrusch, Best. 113, Nr. 83, Stadtarchiv Oldenburg.

<sup>289</sup> Möglicherweise verfiel Baltrusch auch auf Schweden, weil 1951 der *World Congress of Psychology* in Stockholm stattfand.

<sup>290</sup> Institutionell verstanden gibt es die Psychologie in Schweden erst 1945, denn erst zu diesem Zeitpunkt wurden die ersten Psychologie-Lehrstühle eingerichtet. Konzeptionell orientierte man sich dabei stark an der amerikanischen Psychologie, vgl. Ingvar Lundberg, *Zeitgeist, Ortgeist, and Personalities in the Development of Scandinavian Psychology*, in: *International Journal of Psychology* 36, 6 (2001), S. 356-362.

Psychologe an der Inneren Abteilung des dortigen Evangelischen Krankenhauses.<sup>291</sup> Sein Chef war der Krehl-Schüler Helmut Bohnenkamp, der in den 1930er Jahren den Lehrstuhl für Innere Medizin in Freiburg innegehabt hatte und eine der zentralen akademischen Figuren in Wilhelm Küttemeyers Freiburger Studienzeit gewesen war.<sup>292</sup>

Hier trafen sich also in der intellektuellen Biographie eines jungen, ambitionierten und reformwilligen klinischen Psychologen die Einflüsse einer älteren, an der einzigartigen Biographie orientierten Psychosomatik mit den Anregungen einer auf die Psychodynamik der Persönlichkeit ausgerichteten Psychosomatik vorwiegend angloamerikanischer Prägung. Wie Bohnenkamps Arbeitszeugnis deutlich macht, verknüpfte Baltrusch diese Konzepte sowohl in seiner klinischen Arbeit als auch in seinen frühen Forschungsprojekten, die sich mit dem Zusammenhang von Persönlichkeitsstruktur, emotionalen Faktoren und Erkrankung beschäftigten.<sup>293</sup> Ende 1957 wechselte Baltrusch an das Elisabeth-Kinderkrankenhaus und bereits ein Jahr später schickte Baltrusch ein Manuskript über die Rolle emotionaler und sozialer Faktoren bei der Entstehung von Leukämien an Helen Flanders Dunbar, eine der zu diesem Zeitpunkt einflussreichsten Figuren der amerikanischen Psychosomatik, die 1935 mit *Emotions and Bodily Changes* die erste große Zusammenschau der damals relevanten Literatur und Forschung vorgelegt hatte.<sup>294</sup> Damit fand Baltrusch das Thema, das ihn in seiner klinischen Arbeit ebenso wie in seiner Forschung jahrelang umtreiben sollte: die Frage

<sup>291</sup> Helmut Bohnenkamp schrieb auch Baltruschs erstes Arbeitszeugnis für Baltruschs Bewerbung um eine befristete Anstellung am St. Elisabeth-Kinderkrankenhaus in Oldenburg. Zeugnis, verf. Prof. Dr. H. Bohnenkamp. Oldenburg (Oldb.), den 5.3.1955. Personalakte von Hans-Joachim Baltrusch, Best. 113, Nr. 83, Stadtarchiv Oldenburg.

<sup>292</sup> Den Freiburger Lehrstuhl für Innere Medizin hatte Bohnenkamp von 1934 bis 1945 inne. Im Mai 1945 wurde er festgenommen und interniert. Ihm wurde wegen seiner „harten“ Begutachtungspraxis in der Frage der Frontverwendung von verletzten Soldaten sowie dem ihm vorgeworfenen „militaristischen“ Führungsstil schließlich gekündigt. Von 1950 bis 1961 leitete er die Innere Abteilung des Evangelischen Krankenhauses in Oldenburg und konnte nach jahrelangen Prozessen gegen die Freiburger Fakultät erreichen, dass er ordnungsgemäß emeritiert wurde. Vgl. Eduard Seidler, Die medizinische Fakultät der Albert-Ludwig-Fakultät Freiburg im Breisgau. Grundlagen und Entwicklungen, korrigierter Nachdruck, Berlin u.a. 1993, S. 394 und 502.

<sup>293</sup> Aus seiner Arbeit an der Inneren Abteilung resultierten zwei Aufsätze, die er an renommierter Stelle veröffentlichen konnte: ders., Eine besondere Eigenart in der Persönlichkeitsstruktur des Asthmakranken, in: Münchener Medizinische Wochenschrift 97 (1955), S. 896-898 und ders., Persönlichkeitsstruktur und Erkrankung. Die Rolle emotionaler Faktoren im Krankheitsgeschehen, in: Medizinische Klinik 34, 3 (1956), S. 69-75.

<sup>294</sup> Auf dieses unpublizierte, an Helen Flanders Dunbar gesandte Manuskript verwies Baltrusch in einem seiner Überblicksaufsätze. Dort gab er das Manuskript mit folgendem Titel an: The Role of Emotional and Social Factors in Blood Dyskrasias. Communication to Flanders Dunbar, New York, Oct. 1958, unpublished data. Vgl. ders., Leukämien und andere maligne Erkrankungen des haematopoetischen, lymphatischen und reticulo-endothelialen Systems in psycho-somatischer Hinsicht. Teil II (Schluß), in: Zeitschrift für Psycho-somatische Medizin 8, 1 (1962), S. 12-23, hier S. 21, Anm. 33b.



nach der Rolle von psychosomatischen Faktoren im Prozess der Entstehung von Leukämie bei Kindern.

Auch in der amerikanischen Psychosomatik dieser Zeit gehörte die Leukämieerkrankung – neben Brust- und Gebärmutterhalskrebs – zu den bevorzugten Studienobjekten.<sup>295</sup> Dass gerade die Leukämie in den Fokus der Psychosomatik geriet, hatte verschiedene Gründe, denn sie gehörte – anders als Brust- oder Gebärmutterkrebs – nicht zu den häufigsten Krebserkrankungen. Aber sie war eine der am meisten gefürchteten Krebserkrankungen, denn es gab zu diesem Zeitpunkt keine einzige Therapie, die auch nur eine minimale Aussicht auf Heilung versprochen hätte. Lediglich verzögern konnten die Ärzte den Verlauf dieser Krankheit.<sup>296</sup> Trotz der Hoffnung, in naher Zukunft ein wirksames Chemotherapeutikum gegen die Leukämie zu finden, bereitete die Erfolglosigkeit aller bisherigen Versuche den Weg für alternative Erklärungen und Therapien.

Zudem ist die Leukämie als Krankheit des blutbildenden Systems – anders als ein solides Carcinom – leichter als Störung der physiologischen Regulationsmechanismen des Körpers denkbar und eignet sich somit besser für eine Betrachtung als systemische Krankheit. Im Hinblick auf die Form der Psychosomatik, wie sie in den 1960er Jahren im Gefolge von Objektbeziehungstheorie und Ich-Psychologie entworfen worden war, verfügte die Leukämie über eine weitere „Besonderheit“: Sowohl Erwachsene als auch Kinder erkrankten an Leukämie.

Diese Tatsache hatte in psychosomatischer Lesart zwei Konsequenzen. Die Frage nach der psychosexuellen Entwicklung, die oft auf den älteren tiefenpsychologischen Modellen aufbaute, rückte in den Hintergrund. Dagegen gewann die Erforschung der emotionalen Entwicklung des Kindes, insbesondere der Rolle der Mutter, an Gewicht. Das Bild, das Baltrusch und andere von leukämiekranken Kindern entwarfen, war das eines unsicher gebundenen Kindes, dessen Mutterbeziehung deshalb labil war, weil die Mutter ihr Kind nicht „richtig“ liebte. Sie hatte es verwöhnt oder übermäßig behütet, es war vielleicht ein Einzelkind oder Nachzügler. Nicht mangelnde

---

<sup>295</sup> Vgl. vor allem die Studien des an der Rochester University beheimateten William A. Greene, zum Beispiel als frühe Studie: Greene, Reticuloendothelial Disease, S. 221. Später publizierte auch Greene eine ganze Reihe von Studien zur Leukämie bei Kindern.

<sup>296</sup> 1947 gelang es dem Harvard-Pathologen Sidney Farber erstmals, mit dem Chemotherapeutikum Aminopterin bedeutende Verbesserungen des Blutbildes leukämiekranker Kinder zu erzielen, so dass erstmals die Hoffnung auf Heilung greifbar schien. Allerdings hielten die Remissionen nicht lange an – alle von Farber behandelten Kinder starben schließlich. Erst Ende der 1970er Jahre gelang es durch die Kombination von Chemo- und Strahlentherapie deutlich länger andauernde Remissionen zu erreichen. Zu Farbers Forschung vgl. Mukherjee, *The Emperor*, S. 122-127.

Liebe oder ein Zuviel an Liebe waren dafür verantwortlich. Durch Befragungen der Mutter kamen die Forscher zu dem Schluss, dass die Mutter des kranken Kindes von ihrer Mutter nicht ausreichend Zuwendung und Liebe erfahren hatte und deshalb Schwierigkeiten hatte, eine stabile Bindung zum eigenen Kind aufzubauen.<sup>297</sup> In der Auseinandersetzung um diese historische „Erblinie“ unzureichender Mutterliebe kamen vermutlich nicht nur die historischen Erfahrungen realer Mutterlosigkeit zur Sprache, sondern möglicherweise auch Erfahrungen einer durch Krieg, Flucht und Vertreibung emotional belasteten Mutterschaft, wie sie in anderen gesellschaftlichen Foren zu dieser Zeit kaum offen diskutiert wurden.<sup>298</sup>

Doch die unsichere Mutterbindung allein verursachte nach den Beobachtungen der Psychosomatiker keine Krebserkrankung. Sie prägte die Persönlichkeit und deren Fähigkeit, mit starken belastenden Gefühlen umzugehen, kurz: emotionalen Stress so zu verarbeiten, dass der Mensch nicht krank wurde.<sup>299</sup> Mit dieser Annahme betrat ein Konzept die Bühne der psychosomatischen Theoriebildung, das vielfältige Anschlussmöglichkeiten bot und möglicherweise gerade in seiner Vagheit eine in unterschiedlichen wissenschaftlichen und gesellschaftlichen Feldern überzeugende Verbindung zwischen Körper und Gefühl schuf.<sup>300</sup> Denn Stress konnte den Körper auf unterschiedlichen Kanälen aus dem Gleichgewicht bringen und zu einer in der Krankheit

<sup>297</sup> Baltrusch, Leukämien, S. 17f.

<sup>298</sup> So wurde auch diskutiert, ob die Krebserkrankungsrate infolge der Kriegserfahrungen gestiegen sei, vgl. Petschke, Psycho-somatische Faktoren. Die Marburger Radiologin Else Pulvermacher bezeichnete 1947 die Auswanderung und Ausweisung aus dem Osten als „Massenexperiment“, das es erlaube danach zu fragen, wie sich die „Zermürbung der körperlichen und seelischen Widerstandskraft“ auf die Krebsentstehung auswirke. Ihr Fazit aufgrund eigener klinischer Beobachtungen: Die Krankheitsverläufe seien bei Ostflüchtlingen ungünstiger als im Durchschnitt, Spätmetastasen und -rezidive treten deutlich häufiger auf, vgl. dies., Über Einflüsse der Umwelt auf die Entstehung und den Ablauf der Krebskrankheit, in: Strahlentherapie 76, 4 (1947), S. 556-561.

<sup>299</sup> Baltrusch, Leukämien, S. 17 unter Bezug auf seinen Vortrag bei der ersten Konferenz der *International Psychosomatic Cancer Study Group* 1960.

<sup>300</sup> Insofern entspricht das historische Phänomen Stress dem von Ilana Löwy entworfenen *boundary concept*, das aufgrund seiner Unschärfe Verbindungen und Allianzen zwischen verschiedenen Feldern und professionellen Gruppen schafft, vgl. Ilana Löwy, Unschärfe Begriffe und föderative Experimentalstrategien, in: Hans Jörg Rheinberger/Michael Hagner, Die Experimentalisierung des Lebens. Experimentalsysteme in den biologischen Wissenschaften 1850-1950, Berlin 1993, S. 188-206, hier S. 189f. Darauf haben bereits Lea Haller, Sabine Höhler und Heiko Stoff hingewiesen: dies., Stress – Konjunkturen eines Konzepts, in: Zeithistorische Forschungen/Studies in Contemporary History 11, 3 (2014), S. 359-381. Zur komplexen Geschichte des Stress-Konzepts und -Begriffs, der sowohl das von Claude Bernard im 19. Jahrhundert geprägte Konzept des *milieu intérieur* als auch die von Walter B. Cannon zu Beginn des 20. Jahrhunderts entwickelte Vorstellung eines flexiblen, immer neu austarierten Gleichgewichts im Körper, der sogenannten *Homöostase*, aufnahm, sind in den letzten Jahren einige wichtige historische Studien erschienen: Mark Jackson, *The Age of Stress*, Oxford 2013; David Cantor/Edmund Ramsden (Hg.), *Stress, Shock, and Adaptation in the Twentieth Century*, Rochester, N.Y. 2012 und Patrick Kury, *Der überforderte Mensch: Eine Wissensgeschichte vom Stress zum Burnout*, Frankfurt a.M. 2012.

mündenden Neu-Anpassung zwingen: endokrinologisch, das heißt über die Hormone der inneren Sekretion wie etwa das Adrenalin, über das Nervensystem und schließlich auch durch seinen Einfluss auf das Immunsystem.<sup>301</sup> Damit ließen sich im Stress-Konzept historisch unterschiedlich alte Wissensbestände der Krebs-Psychosomatik zusammenführen. Erstens ergab sich eine Anschlussmöglichkeit an die aus dem 19. Jahrhundert stammende Idee der nervlichen Überlastung, die in der vor-psychoanalytischen, nun als Tradition wiederentdeckten Psychosomatik eine Rolle gespielt hatte. Diese Tradition stellte aber auch eine Beziehung her zu neueren tierpsychologischen Experimenten, die in der Nachfolge Pawlows die höhere Nerventätigkeit erforschten. Zweitens konnte mit dem Stress-Konzept die endokrinologische Lesart der Psychophysiologie integriert werden, die im Rahmen von Laborexperimenten seit den 1930er Jahren die Wirkung von Vitaminen und Hormonen auf die Krebsentstehung erforscht hatte. Und drittens konnte Stress auch als immunologisch wirksam konzipiert werden. Darum konnte die psychosomatische Stressforschung auch an Studien anknüpfen, die zu dieser Zeit in den Laboren als „heiße“ Spur galten und die Bedeutung des Immunsystems für Entstehung und Heilung der Krebskrankheit zu erschließen suchten. Dass diese drei Körpersysteme nicht nur in sich als Systeme eines flexiblen Gleichgewichts gedacht wurden, sondern auch als drei miteinander in Verbindung stehende Regelkreise, machte aus der Krebs-Psychosomatik quasi ein kybernetisches System dritter Ordnung und integrierte damit einen weiteren populären Wissenstrend jener Zeit.<sup>302</sup>

Mit dem Einzug des Stress-Begriffs in die Krebs-Psychosomatik gingen jedoch noch zwei andere bedeutsame Veränderungen einher: Nun konnte man abrücken von der Alles-oder-Nichts-Frage. Stress konnte intra-psychisch sein, genauso gut aber aus der sozialen oder natürlichen Umwelt der Person stammen. So betonte etwa der ehemalige Militärpsychiater Roy Grinker, der in den USA wesentlich zur Implementation des Stress-Begriffs in die Psychiatrie und Psychologie beitrug: „We have to search in the environmental family, school, work, social, and other areas to determine

---

<sup>301</sup> Vgl. die zusammenfassende Darstellung der möglichen „psychophysiologischen Verbindungsglieder“ im bundesdeutschen Standard-Lehrbuch der Psychosomatik: Bahnson, *Das Krebsproblem*, S. 692-695. Die zentrale Bedeutung des Stress-Konzepts für die bundesdeutsche Krebs-Psychosomatik zwischen ca. 1965 und 1980 wird auch dadurch unterstrichen, dass Hans Selye, der „Erfinder“ des Stresskonzepts, das Vorwort zu dem ersten, diesem Thema gewidmeten Lehrbuch schrieb: Kurt Bammer, *Krebs und Psychosomatik*, Stuttgart 1981.

<sup>302</sup> Bahnson etwa nahm eine Art Kettenreaktion der drei Systeme an, vgl. ders., *Das Krebsproblem*, S. 694. Vgl. allgemein zur Geschichte der Kybernetik als Konzept: Michael Hagner/Erich Hörl (Hg.), *Die Transformation des Humanen. Beiträge zur Kulturgeschichte der Kybernetik*, Frankfurt a.M. 2008.

what has been significant in evoking an unhealthy response in a particular subject.“<sup>303</sup>  
 Und Stress musste nicht einmal die eigentliche Ursache darstellen, sondern konnte lediglich ein Faktor unter vielen anderen sein.<sup>304</sup>

Damit läutete der Stress-Begriff auch in der Krebs-Psychosomatik eine Entwicklung ein, die für die Psychosomatik der 1960er Jahre allgemein kennzeichnend war: weg von der Frage nach der einen Ursache, hin zur Frage nach Korrelationen.<sup>305</sup> Gerade diese Zurücknahme des Absolutheitsanspruchs der Psychosomatik erleichterte die Eingliederung in die klinische Praxis, wie sie dann auch tatsächlich schrittweise erfolgen sollte – allerdings unter Verzicht auf eine grundlegende Reform der Klinik. Zugleich erlaubte es der Stress-Begriff, das Gefühl so zu konzeptualisieren, dass es durch Veränderungen der inneren Sekretion nachweisbar und (tier-)experimentell überprüfbar wurde. Wenn auch das Nagetier damit nicht wieder zum Maß aller Dinge wurde, wie Erwin Liek zu Beginn der 1930er Jahre beklagt hatte, verlor das Gefühlswesen Mensch doch in gewisser Weise seine Sonderstellung. Mäuse und Menschen konnten nun etwa in der weit verbreiteten Zeitschrift *Psychologie heute* wieder problemlos auf einer psychologischen Evolutionsstufe nebeneinander Platz finden.<sup>306</sup>

Denn ein Haupteinwand der experimentellen Krebsforschung ebenso wie der schulmedizinischen Krebsmedizin gegenüber der Psychosomatik war der Befund gewesen, dass keineswegs nur Menschen an Krebs erkrankten, sondern auch Tiere und Pflanzen: Wenn Krebs die Antwort des Körpers auf die Trauer um ein versagtes (Geistes-)Kind oder das Ergebnis einer komplexen Lebensgeschichte der Abwendung von der mütterlichen Liebe und der Selbst-Auslieferung an die väterliche, gefühlseleerte Autorität war – wie und warum erkrankten dann auch Mäuse oder sogar Pflanzen an Krebs? Wenn aber diese tiefenpsychologisch erschlossenen Gefühlsgeschichten in

---

<sup>303</sup> Roy R. Grinker/Fred P. Robbins, *Psychosomatic Case Book*, New York 1954, S. 331. Grinker hatte sich während des Zweiten Weltkrieges mit der Frage beschäftigt, wie die Belastungsgrenze von psychisch gesunden Soldaten bei extrem fordernden Einsätzen bemessen werden kann, insbesondere im Hinblick auf den Einsatz von Fliegern. Diese militärpsychiatrischen Forschungen standen nicht in Verbindung mit den zeitgleichen Experimenten Hans Selyes in Kanada, der als „Erfinder“ des Stress-Begriffs gilt, vgl. u.a. Roy R. Grinker/John P. Spiegel, *Men Under Stress*, Philadelphia 1945. Vgl. dazu auch Patrick Kury, Vom physiologischen Stress zum Prinzip „Lebensqualität“: Lennart Levi und der Wandel des Stresskonzepts um 1970, in: *Body Politics* 1, 1 (2013), S. 119-137, hier S. 122.

<sup>304</sup> So fuhr Grinker fort: „Whether the vulnerability of the patient or the more stressful environment is the crucial or most recent factor in etiology, the response is a multiple series of interactions within the patient and his environment.“; Grinker/Robbins, *Psychosomatic Case Book*, S. 331.

<sup>305</sup> So die These in: Mizrachi, *From Causation to Correlation*.

<sup>306</sup> Kurt Bammer/Jürgen Wagner, Von Mäusen und Menschen, in: *Psychologie heute* 6 (1978), S. 40-43.

all ihrer Komplexität nur *einer* von möglicherweise mehreren Stressoren waren, denen ein Lebewesen gleich ob Mensch, Tier oder Pflanze im Verlauf seiner Lebensgeschichte ausgesetzt war, verlor diese Grundsatzfrage ihre Berechtigung.<sup>307</sup> Wie wichtig gerade diese Antwortfunktion des Stress-Begriffs für die Krebs-Psychosomatik war, wird bei einem Blick auf die ersten Tagungsprogramme der *International Psychosomatic Cancer Study Group* deutlich, in deren Vortragstiteln sich nicht nur der Begriff Stress regelmäßig findet, sondern auch im Hinblick auf Tierexperimente verwandt wird.<sup>308</sup>

Insbesondere diese Möglichkeit, Stress als Reiz in Tierexperimenten einzusetzen, erlaubte es auch Krebsforschern in der DDR, in die psychosomatische Forschung einzusteigen. Denn eine solche Forschung geriet nicht in Widerspruch mit den ideologischen Vorgaben der DDR-Regierung. Diese hatte in den 1950er Jahren zunächst sehr dezidiert gegen die „bürgerliche“ Psychoanalyse Stellung genommen. Stattdessen hatte die Staatsregierung versucht, die Orientierung an Pawlow als Repräsentanten sowjetischer Wissenschaftlichkeit durchzusetzen, so wie es auch in der Sowjetunion selbst erzwungen wurde.<sup>309</sup> In der DDR federführend für die Übernahme des sogenannten Pawlowismus war der Psychiater und Neurologe Dietfried Müller-Hegemann.<sup>310</sup> Müller-Hegemann hatte zwar in den 1930er Jahren am von Matthias Göring geleiteten *Deutschen Institut für Psychologische Forschung und Psychotherapie* mit tiefenanalytischen Methoden gearbeitet, wandte sich nun aber entsprechend der

---

<sup>307</sup> Hans Selye, der bei seinen Forschungen zunächst die Anpassungsleistung des Körpers in den Mittelpunkt stellte, nahm nach dem Krieg zunehmend die auf den Körper wirkenden äußeren Einflüsse in den Blick, die er nun als Stressoren bezeichnete, vgl. ders., *The Physiology and Pathology of Exposure to Stress*, Montreal 1950, S. 27.

<sup>308</sup> Die erste Tagung in Amsterdam 1960 widmete sich gleich in ihrer ersten Sektion den „psychologischen Bindegliedern zwischen psychosozialen Stressfaktoren und der Entwicklung neoplastischer Affektionen“, vgl. H.J. Baltrusch, *Psychosomatik, Psychobiologie und Soziologie neoplastischer Erkrankungen*. 1. und 2. Konferenz der International Psychosomatic Cancer Study Group, Amsterdam, 10. bis 13. August 1960 und Paris, 27. bis 29. August 1961, in: *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin* 9, 4 (1963), S. 295f. Auf der zweiten Tagung 1961 referierte Theodor Matthes zum Thema „Emotional Stress and Tumor Growth in the Animal Experiment“, vgl. Tagungsprogramm *Second International Conference on Psychosomatic Aspects of Neoplastic Disease*; August, 27-29, 1961, Paris, France, (<http://industrydocuments.library.ucsf.edu/tobacco/docs/pzvw0215>, letzter Zugriff: 22.03.2017).

<sup>309</sup> Zur Pawlowismus-Diskussion vgl. Stefan Busse, „Von der Sowjetwissenschaft lernen“: Pawlowismus und Psychologie, in: *Psychologie und Geschichte* 8, 1/2 (1998), S. 150-173 sowie als Versuch, Entwicklungen in der DDR-Psychiatrie/Psychotherapie mit westlichen Entwicklungen zu vergleichen, wenn auch mit anderem Schwerpunkt: J. Thormann/H. Himmerich/Holger Steinberg, *Depressionsforschung in der DDR – historische Entwicklungslinien und Therapieansätze*, in: *Fortschritte der Neurologie. Psychiatrie* 82, 2 (2014), S. 68-77.

<sup>310</sup> Vgl. dazu und zum Folgenden: Doreen Scholtz/Holger Steinberg, *Die Theorie und Praxis der Pawlow'schen Schlaftherapie in der DDR*, in: *Psychiatrische Praxis* 38, 7 (2011), S. 323-328.

Parteilinie vollkommen von der Psychoanalyse ab. Er übernahm 1950 eine Oberarztstelle an der *Psychiatrischen und Nervenlinik* in Leipzig, deren kommissarischer Leiter er 1952 wurde, bevor er 1957 die Position des Chefarztes bekam. In Leipzig behandelte er Patienten mit Erschöpfungszuständen, Neurosen, anderen Funktionsstörungen, Psychosen und Psychopathien mit einer sogenannten Schlaftherapie, die sich an Pawlows Annahmen über die höhere Nerventätigkeit und die Entstehung bedingt-reflektorischer Reize orientierte. Konkret bedeutete dies, dass Müller-Hegemann seine Patienten, unterstützt von Medikamenten und akustischen sowie Lichtreizen, einem bestimmten Schlafrhythmus unterwarf. In ihren wenigen wachen Stunden nahmen die Patienten an Einzel-, Musik- und Gruppentherapiesitzungen teil und erlernten die Technik des autogenen Trainings. Diese Therapie wurde von ihm als Modell einer „rationalen Psychotherapie“ dargestellt und galt in der DDR der 1950er Jahre offiziell als psychotherapeutischer Standard, an dem sich alle zu orientieren hatten.

Seit Stalins Tod 1953 wurde der von der SED ausgeübte Druck, Psychotherapie ausschließlich im Sinne des Pawlowismus zu praktizieren, allerdings geringer.<sup>311</sup> Die Pawlowismus-Vorgabe wurde schließlich mit der Gründung der *Gesellschaft für Ärztliche Psychotherapie der DDR* 1960 zurückgenommen, so dass auch andere psychotherapeutische Modelle anwendbar wurden. Die Anknüpfung an psychoanalytische Konzepte blieb aber weiterhin problematisch, der Begriff Psychosomatik lange noch unerwünscht.<sup>312</sup> Obwohl sich nun also langsam in der DDR eine psychotherapeutische Methodenvielfalt etablieren konnte, blieben die Psychotherapeuten doch unter staatlicher Beobachtung und einem nicht unerheblichen politisch-ideologischen Druck. 1971 unternahm die Parteiführung der SED den Versuch, wieder stärker ideologische und politische Vorgaben innerhalb der Psychotherapie und Psychiatrie durchzusetzen und berief im Februar 1971 eine von der Abteilung Gesundheitspolitik des ZK der SED geleitete Konferenz ein, an der 300 Ärzte und Psychotherapeuten, darunter viele Chefarzte und Professoren, teilnahmen. Die Mehrzahl der Teilnehmer, von denen viele

---

<sup>311</sup> Diese Umorientierung wurde auch dadurch vorangetrieben, dass einer von Müller-Hegemanns Schlaftherapie-Patienten 1962 infolge der ihm verabreichten Medikamente starb. Müller-Hegemann brach daraufhin alle Schlaftherapie-Versuche ab und trat 1964 von seinen Ämtern zurück. Vgl. Scholtz/Steinberg, *Die Theorie und Praxis der Pawlow'schen Schlaftherapie*, S. 324 und S. 326.

<sup>312</sup> Zum Psychosomatik-Begriff: Helmut Röhrborn, *Psychotherapie im peripheren Versorgungskrankenhaus – Die Erlabrunner Psychosomatik*, in: Michael Geyer (Hg.), *Psychotherapie in Ostdeutschland. Geschichte und Geschichten 1945-1995*, Göttingen 2011, S. 815-818, hier S. 815 sowie als knapper Überblick: Marion Sonnenmoser, *Psychotherapie in der DDR: Versunkene Welt*, in: *Deutsches Ärzteblatt* PP 3 (2009), S. 115f.

selbst der SED angehörten, beharrte gegenüber dem Ansinnen der Partei darauf, dass die Psychotherapeuten sich und ihre Arbeit als unpolitisch ansehen und aus medizinischen Gründen darauf bestehen würden, an der internationalen und damit vor allem auch westlich geprägten Forschungsdiskussion zu partizipieren.<sup>313</sup> Tatsächlich unterließ die SED daraufhin weitere Versuche, politisch oder ideologisch direkt auf die DDR-Psychotherapie Einfluss zu nehmen.<sup>314</sup>

Obwohl sich infolgedessen die Psychotherapie in der DDR auf vielen Gebieten der bundesdeutschen Psychotherapie annäherte, blieben einige auffällige Unterschiede bestehen. Zu diesen Unterschieden zählt die Tatsache, dass die psychotherapeutisch orientierten Ärzte in der DDR keine persönlichkeitspsychologisch fundierten Studien zur Krebserkrankung durchführten. Dies ist umso auffälliger, als seit den späten 1960er Jahren sehr wohl Studien in der DDR durchgeführt wurden, die auf der Grundlage von Persönlichkeitstests wie dem *MMPI* die psychosomatischen Zusammenhänge von Krankheiten aufklären sollten. Doch blieben diese Studien auf die Krankheiten beschränkt, die auch in der internationalen Forschung seit mehr als zwei Jahrzehnten als psychosomatische Krankheiten verstanden worden waren, vor allem Herz-Kreislaufkrankungen, Hautekzeme und Asthma.<sup>315</sup> Anders als in der Bundesrepublik wurde die Grenze zur Krebskrankheit von den Psychotherapeuten in der DDR nicht überschritten. Dies hatte vermutlich mehrere Ursachen:<sup>316</sup> Erstens waren die den Psychotherapeuten in der DDR zur Verfügung stehenden Ressourcen deutlich knapper.

---

<sup>313</sup> Vgl. Michael Geyer, Ostdeutsche Psychotherapiechronik 1970-1979, in: ders. (Hg.), Psychotherapie, S. 245-256, hier S. 245f.

<sup>314</sup> Sonja Süß, Politisch mißbraucht? Psychiatrie und Staatssicherheit in der DDR, Berlin 1998, S. 327.

<sup>315</sup> So wurde der Psychiater und Neurologe Michael Geyer, der seit 1968 an der Nervenklinik der Medizinischen Akademie Erfurt arbeitete, mit einer epidemiologischen Studie über herzinferktgefährdete Männer habilitiert, in deren Rahmen er auch psychologische Testverfahren einsetzte (ders., Psychosoziale Merkmale bei Herzinfarktgefährdeten – Untersuchung in einer großstädtischen Population 49- bis 59jähriger Männer. Med. Habilitationsschrift, Medizinische Akademie Erfurt). Bereits 1965 waren im Rahmen eines aufwändigen, von Kurt Höck und Helga Hess (*Haus der Gesundheit*) geleiteten Forschungsprojektes die Ursachen und Therapiemöglichkeiten von Asthma und Hautekzemen untersucht worden. Zu diesem Zweck war ein ganzes Team von Forschern und Begleitpersonal mit 450 Asthma- und Ekzempatienten in See gestochen und hatte einige Zeit im Gebiet der Azoren und kanarischen Inseln verbracht. Während der Schiffsreise waren auch Persönlichkeitstests durchgeführt worden. Vgl. die Zusammenfassung des Forschungsprojektes: K. Linser/H. Kleinsorge, Die Hochseeklimatur. Grundlagen, Probleme und klinische und psychologische Ergebnisse bei endogenem Ekzem und Asthma bronchiale, Leipzig 1969. Vgl. außerdem die Beiträge zu verschiedenen, als psychosomatisch angesehenen Erkrankungen sowie zu den Forschungsmethoden: Kurt Höck/Manfred Vorweg (Hg.), Psychosomatik, Teil 1 (= Psychotherapie und Grenzgebiete, Bd. 7), Leipzig 1986 und Kurt Höck/Manfred Vorweg (Hg.), Psychosomatik, Teil 2 (= Psychotherapie und Grenzgebiete, Bd. 8), Leipzig 1987.

<sup>316</sup> Ich danke Michael Geyer (*Akademie für Psychotherapie*, Erfurt) für seine wertvollen Hinweise zur Ursachendiskussion.

Es gab weniger Stellen und weniger Mittel. Dementsprechend konzentrierte man sich auf die Erforschung von Krankheiten, bei denen eine psychosomatische Komponente plausibler erschien. Dabei spielte, zweitens, auch eine Rolle, dass die DDR-Gesundheitspolitik angesichts der Ressourcenknappheit den Akzent auf die Erforschung konkret umsetzbarer Mittel zur Prophylaxe und Heilung legte. Auch aus dieser Perspektive erschien die psychosomatische Erforschung der Krebskrankheit auf kürzere Zeit gesehen nicht vielversprechend. Drittens gab es für Psychotherapeuten in der DDR nur wenige wissenschaftlich anerkannte Publikationsmöglichkeiten. Dazu zählten etwa die *Zeitschrift für Neurologie, Psychiatrie und klinische Psychologie* sowie die *Zeitschrift für Klinische Medizin*. Beide legten eher eng verstandene Maßstäbe von Wissenschaftlichkeit und Methodenkompetenz zugrunde, so dass Studien zur Psychosomatik der Krebskrankheit vermutlich nur wenig Chancen auf Veröffentlichung gehabt hätten. Ein letzter Grund ist aller Wahrscheinlichkeit nach die Politisierung der Krebs-Psychosomatik, wie sie sich in der Bundesrepublik fachintern bereits im Verlauf der 1960er Jahre, öffentlich erst in den späten 1960er Jahren abzuzeichnen begann. Krebs als Ergebnis der fehlenden oder übermäßigen Mutterliebe, der Unterdrückung oder mangelnden Ausdrucksfähigkeit als negativ wahrgenommener Gefühle und schließlich als Kritik einer allzu bürgerlichen Gesellschaft – das passte nicht gut zur gesellschaftlichen Realität in der DDR, noch viel weniger zu den von der SED propagierten gesellschaftlichen Leitbildern.

Das Stress-Konzept kollidierte dagegen weder mit dem in der DDR verbreiteten Wissenschafts- und Methodenverständnis noch mit den vorherrschenden gesellschaftlichen Leitbildern und Gefühlskonzepten. Denn die subjektive Dimension, das heißt das innerpsychische Erleben und Erzählen der eigenen Lebensgeschichte, die für die anthropologische Medizin eines Weizsäcker wesentlich gewesen war, fiel in der (tier-)experimentellen Erforschung von emotionalem Stress weg. Das Gefühl wurde in dieser Perspektive zu einer erwartbaren, evolutionshistorisch festgelegten Reaktion auf einen bestimmten Stimulus. Theodor Matthes, Chefarzt und Chirurg an der Robert-Rössle-Klinik in Berlin-Buch, konstruierte im Labor eine quasi darwinistische Situation der Angst: Er platzierte Ratten, Kaninchen oder Hähne sechsmal täglich für jeweils fünfzehn Minuten in einen Frettchen-Käfig – allerdings so, dass die Frettchen die Versuchstiere nicht verletzen konnten. Dass die Versuchstiere zusammenkrochen, las Matthes als Zeichen ihrer Angst. Die regelmäßig geängstigten Tiere wurden ebenso wie eine Kontrollgruppe von Tieren, die diesen wiederholten Angst-Situationen nicht



ausgesetzt wurden, mit anerkannt karzinogenen Substanzen behandelt. Im Ergebnis zeigte sich, dass die periodisch geängstigten Tiere bessere Überlebenschancen hatten: sie bekamen seltener Tumore, ihre Tumore waren kleiner und wuchsen langsamer.<sup>317</sup> Dieses Ergebnis, dass also emotionaler Stress bei den betreffenden Tieren ein Tumorstadium verhinderte oder zumindest hemmte, macht deutlich, dass die Wirkung von Stress nach dem von Hans Selye entwickelten Modell nicht per se negativ sein musste, sondern von der Verarbeitungsmöglichkeit des Individuums ebenso wie von der Natur des Stresserlebnisses abhing.

So führte Howard B. Andervont, Direktor des Forschungslabors des amerikanischen *National Cancer Institute*, Versuche mit genetisch gleichen Mäusen durch, die eine besondere genetische Disposition für Brustkrebs hatten. Zunächst hielt Andervont die Mäuse in Gruppenkäfigen. Nachdem er sie allerdings in Einzelkäfige ohne Kontakt zu anderen Mäusen gesetzt hatte, stieg die Tumorratenrate insbesondere unter schwangeren bzw. noch jungfräulichen Mäusen statistisch signifikant an.<sup>318</sup> Die Erklärung dafür, warum emotionaler Stress bei diesem Experiment eine genau gegenteilige Wirkung hatte, lautete nicht, dass Angst anders wirke als Gefühle der Einsamkeit und Isolation. Der entscheidende Unterschied lag nach Meinung der Krebsforscher darin, dass die Angst-Versuche von Matthes in Intervallen erfolgt waren, so dass die Versuchstiere zwischendurch zu ihrem normalen Leben, ihrem emotionalen Gleichgewicht, hatten zurückfinden können. Der Stress hatte ihnen zwar, im Sinne Selyes, eine Anpassungsleistung abverlangt, diese Anpassungsleistung konnte aber nach Abschluss der Angst-Episode wieder zurückgefahren werden und wirkte sogar insofern präventiv gegenüber einer Krebserkrankung, als er die hormonalen Reserven im Abwehrkampf gegen die Frettchen mobilisierte. Den Mäusen Andervonts war dagegen keine Stress-Pause gegönnt worden – sie waren ohne Unterlass mit ihrer Situation der emotionalen Isolation konfrontiert worden, so dass die Anpassung aus Sicht der Experimentatoren schließlich pathologisch wurde und in gewisser Weise auch als eine Form der Neurotisierung der Mäuse verstanden werden konnte.

---

<sup>317</sup> Theodor H. Matthes, *Experimental Contribution to the Question of Emotional Stress Reactions on the Growth of Tumors in Animals*, in: *Acta/Unio Internationalis Contra Cancrum* 20 (1964), S. 1608-1610 sowie die Überblicksdarstellung in: Hans-Joachim F. Baltrusch/Kristen Austerheim, *Psyche – Nervensystem – Neoplastischer Prozess. Ein altes Problem mit neuer Aktualität*, in: *Zeitschrift für Psycho-somatische Medizin* 9, 4 (1963), S. 229-245, hier S. 242.

<sup>318</sup> Howard B. Andervont, *Influence of Environment on Mammary Cancer in Mice*, in: *Journal of the National Cancer Institute* 4, 6 (1944), S. 579-581.

Unterstützung fand dieses Modell durch sowjetische Tierexperimente. In der Nachfolge Pawlows, der die Konditionierung des höheren Nervensystems in den Mittelpunkt seiner Forschungen gestellt hatte, versuchten die sowjetischen Forscher die Versuchstiere neurotisch zu konditionieren, indem ihnen immer wieder ein Stimulus präsentiert, die Erfüllung aber versagt wurde – etwa indem die Mäuse Nahrung konstant sehen und riechen konnten, ohne an diese herankommen zu können. Auch diese Mäuse entwickelten die chemisch induzierten Tumoren früher und häufiger als eine Kontrollgruppe von Mäusen, die genauso viel Nahrung bekam, aber nicht ständig unerreichbare Nahrung vor Augen hatte.<sup>319</sup>

Damit zeigte sich aus Sicht der psychosomatischen Krebsforscher im Tierexperiment genau das gleiche Muster, das die klinischen Psychologen bereits in den 1950er Jahren aufgrund der Ergebnisse von Rorschach- und anderen Persönlichkeits-Tests an menschlichen Patienten erschlossen hatten: Erst das Zusammenspiel von neurotisierte Persönlichkeit und emotionalem Stress förderte das Tumorwachstum, ein Karzinogen oder eine genetische Disposition trat unter Umständen noch erschwerend hinzu.<sup>320</sup> Damit fand der Stressbegriff bereits in den frühen 1960er Jahren Eingang in die deutsche onkologische Psychosomatik-Forschung sowohl west- als auch ostdeutscher Provenienz.<sup>321</sup> Eine Rolle mögen dabei auch die schwedischen Verbindungen Hans-Joachim Baltruschs gespielt haben, denn am Stockholmer Karolinska Institut war 1959 das erste europäische Stressforschungsinstitut gegründet worden, dessen noch sehr junger Leiter, der Endokrinologe Lennart Levi, für viele Jahrzehnte einer der weltweit führenden Stressforscher werden sollte.<sup>322</sup> Die psychosomatische Krebsforschung ist damit möglicherweise ein frühes und bislang eher übersehenes Einfallstor für den Stress-Begriff, dessen bundesdeutsche Rezeption in der Regel auf die 1970er Jahre datiert wurde, da das auf dem Modell der Erschöpfung und Überreizung beruhende,

---

<sup>319</sup> Vgl. den Bericht über die Forschungen des sowjetischen Physiologen O.S. Esyutina bei Baltrusch/Austarheim, *Psyche*, S. 244.

<sup>320</sup> So etwa die Schlussfolgerung in einem von Baltrusch gemeinsam mit dem norwegischen Forscher Kristen Austarheim verfassten Überblicksartikel über die psychosomatische Tumorforschung, vgl. dies., *Psyche*, S. 243.

<sup>321</sup> Auf westdeutscher Seite steht dafür besonders prominent Hans-Joachim Baltrusch, auf ostdeutscher Seite der bereits erwähnte Theodor Matthes sowie Winfried Herberger, Direktor der Hufeland-Klinik in Wittenberg. Alle drei trugen regelmäßig auf den Tagungen der *International Psychosomatic Cancer Study Group* vor.

<sup>322</sup> Levi legte noch im gleichen Jahr eine kurze Überblicksdarstellung zur psychosomatischen Stressforschung vor, die 1964 auf Deutsch unter dem Titel „Stress. Körper, Seele und Krankheit. Eine Einführung in die psycho-somatische Medizin“ (Göttingen 1964) veröffentlicht wurde. Zu Levi vgl. Kury, *Vom physiologischen Stress*, S. 127-130.

spezifisch bundesdeutsche Konzept der Managerkrankheit eine frühere Rezeption verhindert habe.<sup>323</sup> Im Fall der Krebs-Psychosomatik sah die Situation anders aus: Nicht nur existierte kein anerkanntes Alternativmodell, das die Thematisierung bestimmter Zeit-Erfahrungen erlaubt hatte, wie es mit der Managerkrankheit im Hinblick auf Herzprobleme zur Verfügung stand. Erst der Stressbegriff gab der psychosomatischen Krebsforschung eine breiter anerkannte wissenschaftliche Glaubwürdigkeit. Denn die angenommene krebsfördernde Wirkung von Gefühlen und Persönlichkeitsstrukturen wurde durch das Stress-Konzept experimentell umsetzbar und machte die Psychosomatik dadurch für die wissenschaftliche Krebsforschung anschlussfähig.

### **2.10 Zeitdiagnosen: Die (Un-)Fähigkeit zu Trauer, Wut und Zorn**

Darüber hinaus konnte die Krebs-Psychosomatik in dieser Form eine Sprache anbieten, um über zeitgenössische Verlusterfahrungen und den Umgang mit Trauer zu sprechen. Dies zeigte sich in der breiteren medialen Rezeption, die insbesondere in der Bundesrepublik im Anschluss an die zweite Tagung der *New York Academy of Science* zum Thema „Psychophysiological Aspects of Cancer“ im Mai 1968 einsetzte.<sup>324</sup> *Der Spiegel* suchte etwa das „Band des Schicksals“ zu entwirren, das in der „Unfähigkeit, Gefühlen Ausdruck zu geben“, frühkindliche Erfahrungen mangelnder emotionaler Resonanz mit späteren Krebserkrankungen verband. Auch Dr. med. Fabian gab in seiner wöchentlichen *Bunte*-Kolumne seinen Leserinnen und Lesern einen ungewohnten Rat. Er zeigte ihnen das Foto einer Frau, die grübelnd am Küchentisch saß. Auf dem Boden lagen Scherben – eine Bild-Ikone des Ehestreits. Aber Dr. med. Fabian wollte mit diesem Bild nicht vor den desaströsen Folgen ehelichen Unfriedens warnen, wie der Rat in den 1950er Jahren vermutlich gelautet hätte. Stattdessen konnten die Leserinnen und Leser den lapidaren Kommentar lesen: „Porzellan zerschlagen, Ärger abreagiert.“ Und Krebs besiegt? Fast zumindest, denn das Fazit Dr. med. Fabians lautete: „Frißt also ein Mensch seinen Alltagsärger in sich hinein, dann unterbricht er die Abwehrreaktion des Körpers gegen den Krebs, so daß bei einem solchen

---

<sup>323</sup> Patrick Kury, Vom physiologischen Stress, S. 123f. und Hans-Georg Hofer, Labor, Klinik und Gesellschaft. Stress und die westdeutsche Universitätsmedizin (1950-1980), in: *Zeithistorische Forschungen/Studies in Contemporary History* 11, 3 (2014), S. 382-405.

<sup>324</sup> Die Tagung wurde von Claus Bahne Bahnson geleitet, der zu diesem Zeitpunkt am *Jefferson Medical College* in Philadelphia arbeitete. Vgl. ders., Section of Biological and Medical Sciences and Division of Psychology. Second Conference on Psychophysiological Aspects of Cancer, in: *Transactions of the New York Academy of Sciences* 30, 8 (II) (1968), S. 1201-1207.

‚introvertierten‘ Menschen die Krebsgeschwulst leichter Fuß fassen und sich ausbreiten kann.“<sup>325</sup>



Abb. 11: „Porzellan zerschlagen, Ärger abreagiert“, *Die Bunte* (1968)

Mehr noch als der unterdrückte Ärger stand jedoch in den Jahren zwischen etwa 1965 und 1980 die verdrängte Trauer und Angst im Mittelpunkt der Diskussion um Krebs und Gefühle, die sich nun einreihete in einen allgemeinen psychosomatischen Diskurs, der die Unfähigkeit, eigene Gefühle zu erkennen und auszudrücken als Grundprinzip psychosomatischer Erkrankung erkannte.<sup>326</sup> Besonders in dieser Zuspitzung wurde die Diskussion um die Entstehung von Krebs zum wichtigen Medium gesellschaftlicher Auseinandersetzung. Das führte ein *Spiegel*-Artikel von 1977 sehr deutlich vor Augen. Unter dem Titel „Krebs durch Seelenschmerz und soziale Qual?“ wählte der ungenannte Autor drei Fotos aus, um mögliche „Psychostreß-Faktoren“ zu illustrieren.

<sup>325</sup> Fabian, Zum Teufel.

<sup>326</sup> Dieses Syndrom wird fachsprachlich als Alexithymie bezeichnet. Vgl. als Überblick über die Geschichte der Alexithymie-Konzepte und ihrer gesellschaftlichen Bedeutung: Monica Greco, Homo Vacuus. Alexithymie und das neoliberale Gebot des Selbstseins, in: Ulrich Bröckling/Susanne Krasmann/Thomas Lemke (Hg.), *Gouvernementalität der Gegenwart. Studien zur Ökonomisierung des Sozialen*, Frankfurt a.M. 2000, S. 265-285.

Zwei Fotos waren Bilder der Trauer, von denen eines auf Kriegs-, Flucht- und Besatzungserfahrungen verwies.



Abb. 12 und 13: Illustrationen zum Artikel „Krebs durch Seelenschmerz und soziale Qual?“ (1977)

Das erste Foto zeigte einen Soldaten, der sich einer Frau zuwendet, die sich mit einem Taschentuch ihre Tränen abwischt – offensichtlich eine Abschiedsszene, wie auch die Bildunterschrift „Trennung“ unterstrich: Einerseits eine Szene, die für alle Soldatenabschiede im Zweiten Weltkrieg stehen konnte und aus heutiger Sicht wohl auch so von den meisten gelesen werden würde. Ob die Leserinnen und Leser von 1977 diese Szene auch so gelesen haben, ist fraglich. Denn zumindest die Generation der um 1930

und früher Geborenen dürfte das gut erkennbare Rangabzeichen des Mannes identifiziert haben: Dieser Soldat war eindeutig kein Soldat der Wehrmacht. Er trug einen nach oben zeigenden, leicht geschwungenen Winkel auf seinem linken Ärmel und wies sich so als amerikanischer Soldat aus. Auch wenn möglicherweise nicht jeder der älteren *Spiegel*-Leser sofort entziffern konnte, dass es sich bei diesem Soldaten um einen *Technician Fifth Grade* gehandelt haben muss, seine Zugehörigkeit zur amerikanischen Armee war unübersehbar.<sup>327</sup>

Damit verwies dieses Foto also nicht primär auf die Trauer einer deutschen Frau angesichts der Trennung von ihrem Mann, Verlobten oder Freund während des Weltkriegs. Abgebildet wurde hier die problembehaftete Beziehung einer deutschen Frau zu einem amerikanischen Besatzungssoldaten. Unabhängig von der Persönlichkeit der Frau und ihrer Fähigkeit, ihre eigenen Gefühle wahrzunehmen und zu verarbeiten, evozierte dieses Bild damit eine Situation, in der es geraten schien, die mögliche Trauer über den Abschied zu verstecken und zu verdrängen. Denn die „Fräuleins“ der amerikanischen GIs galten in der westdeutschen Nachkriegsgesellschaft als moralisch zweifelhafte Personen, die sich für ihre Liebesbeziehung zu schämen hatten, so wie es auch eine Reihe von populären Filmen, wenn auch manchmal in komödiantischer Brechung, darstellte.<sup>328</sup>

Das zweite Foto zeigte einen Leichenzug, wie er Mitte der 1970er Jahre wohl nur noch auf dem katholisch geprägten Land zu finden gewesen sein wird. Damit wählte der Verfasser des Artikels ein Bild, das sich in seiner Traditionalität leicht als Situation von Tod und Trauer entziffern ließ. Aber Tod und Trauer wurden hier in einer sehr spezifischen Weise thematisiert: Indem der Trauerzug durch eine seltsam kahle, leere, winterliche Landschaft zieht, vermittelte es eine Atmosphäre der Gefühlsleere

<sup>327</sup> Der Doppelwinkel mit dem „T“ wurde zwischen 1942 und 1948 von den *Technicians Fifth Grade* getragen. Vgl. Andrew Mollo, *The Armed Forces of World War II. Uniforms, Insignia and Organization*, London 2002, S. 239. Einzig das Barett des Soldaten mag die Zuordnung etwas erschwert haben, denn offiziell trugen Soldaten der *US Army* zu diesem Zeitpunkt keine Barette. Vielfach liehen oder schenkten britische Soldaten jedoch während der Kriegs- und Besatzungszeit Barette an amerikanische Soldaten, so dass das Tragen von Barettchen auch in der *US Army* schließlich üblich und ab 1961 zunächst bei den *Special Forces* offiziell autorisiert wurde. Vgl. Rod Powers, *U.S. Military Beret History*, (<http://usmilitary.about.com/cs/generalinfo/a/berethistory.htm>, letzter Zugriff: 22.03.2017)

<sup>328</sup> Einer der bekanntesten Filme ist sicher „A Foreign Affair“ des amerikanischen Regisseurs Billy Wilder (1948). Aber auch deutsche Filme thematisierten die deutsch-amerikanischen Liebesbeziehungen, etwa „Hallo Fräulein!“ (R: Rudolf Jugert, 1949) oder „Schwarzer Kies“ (R: Helmut Käutner, 1961). Vgl. dazu Annette Brauerhoch, *Fräuleins und GIs*, Frankfurt a.M./Basel 2006 sowie dies., „Sentimental Re-Education“? Das „Fräulein“ und der G.I. im Nachkriegsfilm – Samuel Fullers *Verboten!* (1958/59), in: Harro Segeberg (Hg.), *Mediale Mobilmachung*, Bd. 2: Hollywood, Exil und Nachkrieg, Paderborn/München 2006, S. 324-348.

und -kälte, die dadurch unterstrichen wurde, dass die Menschen des Trauerzuges zwar gemeinsam dem Sarg folgen, auf dem Bild aber keine Geste der Zuwendung oder des Trostes zu erkennen ist. Nicht ein „lauter“ Ausbruch der Verzweiflung wurde gezeigt, sondern eher die stille Seite der Trauer in emotionaler Isolation.

Beide Fotos schlossen an eine Reihe in der Bundesrepublik geführter Diskurse über Vergangenheit und Gegenwart an, die im Moment der psychoanalytisch und sozialpsychologisch interpretierten Verdrängung zusammenfielen. Auch hier spielte der Name Mitscherlich eine zentrale Rolle. 1967 hatte Margarete Mitscherlich gemeinsam mit ihrem Mann Alexander die deutsche „Unfähigkeit zu trauern“ beklagt und damit die kollektiv verdrängte Trauer um den Verlust des „Führers“ gemeint. 1979 betonte sie dagegen die individuelle „Notwendigkeit zu trauern“ und schrieb sich damit in Diskussionen über die Verdrängung von Tod und Trauer in der rationalisierten modernen Gesellschaft ein, wie sie der Soziologe Norbert Elias nur wenig später mit seiner Schrift „Über die Einsamkeit der Sterbenden in unseren Tagen“ zusammenfasste.<sup>329</sup> Beiden Diskursen gemeinsam war der sozialkritische Impetus gegenüber einer Gesellschaft, die als fassadenhaft freundlich, wohlstandig und gefühlsefremdet beschrieben wurde, da sie sich ihren unangenehmen und verstörenden Gefühlen und Erfahrungen nicht stellen wollte oder konnte.

Krebs wurde damit die Krankheit, die den Preis für diese selbst zugemutete spießbürgerliche Fassade der Freundlichkeit forderte:

„Scheinbar frei von Angst und ohne Furcht vor Streß; unfähig, feindselige Gefühle oder Aggressivität zu empfinden; bereit, die Autorität des Staats und der Konventionen klaglos hinzunehmen. Dazu religiös im weiteren Sinne, mit Hang zu sozialem Engagement – ein guter Mensch, wer wär's nicht gern?

Doch wer so ist, der hat den Text seines Totenscheins vielleicht schon entworfen: gestorben an Krebs, weit vor der Zeit und als Opfer seiner eigenen Seele.

Denn hinter der Fassade des braven Bürgers, treuen Ehemannes und zuverlässigen Arbeitnehmers verbergen sich oft Einsamkeit und emotionale Isolation,

---

<sup>329</sup> Mitscherlich/Mitscherlich, Die Unfähigkeit; Margarete Mitscherlich-Nielsen, Die Notwendigkeit zu trauern, in: Psyche 33, 11 (1979), S. 981-990 sowie Norbert Elias, Über die Einsamkeit der Sterbenden in unseren Tagen, Frankfurt a.M. 1982. Tobias Freimüller weist darauf hin, dass sich die Rezeption des vielfach aufgelegten Buches der Mitscherlichs im Laufe der Jahre verschob: weg von der ursprünglich beschriebenen Unfähigkeit, um den „Führer“ zu trauern, hin zur Annahme, dass das Buch die Unfähigkeit der Deutschen beschreibe, um die Opfer der nationalsozialistischen Herrschaft zu trauern, vgl. Tobias Freimüller, Der versäumte Abschied von der Volksgemeinschaft. Psychoanalyse und „Vergangenheitsbewältigung“, in: Jürgen Danyel/Jan Holger Kirsch/Martin Sabrow (Hg.), 50 Klassiker der Zeitgeschichte, Göttingen 2007, S. 66-70.

tief ins Unbewußte der Seele verdrängte Konflikte. Über kurz oder lang, meinen nun etliche Mediziner, bringe das den Menschen um.“<sup>330</sup>

Trauer, Angst und Zorn zu empfinden, sich mit diesen Gefühlen intensiv und öffentlich auseinanderzusetzen, erschien in dieser Perspektive als vielversprechender Weg, gesund zu bleiben, so wie es ebenfalls die stetig wachsende Flut von Psycho-Ratgebern nahelegte und mit verschiedenen Techniken der Selbstbearbeitung möglich machen sollte.<sup>331</sup> Zugleich wurden diese Gefühle aber auch zum Signum der persönlichen Authentizität, politischen Integrität und Kritikfähigkeit erklärt. Diese Denkfigur des Emotionalen begegnet einem allenthalben in den Auseinandersetzungen der neuen Bürgerbewegungen der späten 1960er und 1970er Jahre: vom Loblied des alternativen Milieus auf ein Klima der emotionalen „Wärme“, über die Politisierung und Selbst-Authentifizierung des Gefühls im Rahmen der Friedensbewegung bis hin zu Hans Jonas' Heuristik der Furcht, die eben gerade nicht mehr als gefährliches irrationales Gefühl verstanden wurde, sondern als eines, das angesichts neuer, schwer beherrschbarer technischer Risiken Leitstern einer ethisch verantworteten Zukunftsplanung sein sollte.<sup>332</sup>

Dass in diesem politisierten Verständnis von Psychosomatik die Trauer zunehmend vom Zorn als starker und handlungsaktivierender Emotion überlagert wurde, zeigt vor allem ein Buch, das den Gott des Krieges zum Titelhelden ernannte: Mars. Dieser kraftvolle Titel für ein eher schmales Buch ging mit einem ebenso sprechenden Autorennamen einher, Fritz Zorn, der eigentlich Fritz Angst hieß und bereits mit der Wahl seines Pseudonyms bekräftigte, dass es darum ging, die Angst in Zorn zu verwandeln. Die Angst war die Angst vor dem Krebs, die den wenig über 30-jährigen Schweizer befiel, als er erfuhr, dass er im Halsbereich an einem malignen Lymphom

<sup>330</sup> Anonym, Krebs durch Seelenschmerz, S. 102.

<sup>331</sup> In diese Richtung wies auch das dritte zur Illustration des *Spiegel*-Artikels gewählte Foto, das eine Szene aus der Fernsehserie „Ehen vor Gericht“ zeigte. Vgl. zu dieser spezifischen Form der Therapeutisierung in der Bundesrepublik: Maik Tändler, Das therapeutische Jahrzehnt. Der Psychoboom in den siebziger Jahren, Göttingen 2016.

<sup>332</sup> Vgl. Hans Jonas, Das Prinzip Verantwortung: Versuch einer Ethik für die technologische Zivilisation, Frankfurt a.M. 1979. Vgl. zur emotionalen Expressivität der 1970er Jahre: Biess, Sensibilisierung des Subjekts sowie als Überblick zur Geschichte des Authentizitätsbegriffs und deren Kritik: Achim Saupe, Authentizität, Version: 3.0, in: Docupedia-Zeitgeschichte, 25.08.2015, ([http://docupedia.de/zg/saupe\\_authentizitaet\\_v3\\_de\\_2015](http://docupedia.de/zg/saupe_authentizitaet_v3_de_2015), letzter Zugriff am 17.02.2017). Zur Verwendung und Bedeutung des Begriffs im linksalternativen Milieu: Sven Reichardt, Authentizität und Gemeinschaft. Linksalternatives Leben in den siebziger und frühen achtziger Jahren, Berlin 2014 sowie Detlef Siegfried, Authentizität und politische Moral in linken Subkulturen, in: Habbo Knoch (Hg.), Bürgersinn mit Weltgefühl. Politische Moral und solidarischer Protest in den sechziger und siebziger Jahren, Göttingen 2007, S. 251-268.



mit schlechter Prognose litt. Diese Angst verschwand zwar nicht völlig, denn sie war ja „normal“, wie Fritz Angst einräumte.<sup>333</sup> Viel stärker aber war das Gefühl des Zorns, das ihn ergriff, als er begann, seine Krebserkrankung als Folge seiner gefühlskalten, gut bürgerlichen Erziehung zu begreifen, in der Gefühle keinen Raum bekommen hatten, da es immer nur um den Schein des Erfolgs und der Wohlanständigkeit gegangen sei:

„Das bedeutete etwa soviel, wie wenn alle Tränen, die ich in meinem Leben nicht geweint hatte und nicht hatte weinen wollen, sich in meinem Hals angesammelt und diesen Tumor gebildet hätten, weil ihre wahre Bestimmung, nämlich geweint zu werden, sich nicht hatte erfüllen können. Rein medizinisch gesehen trifft diese poetisch klingende Diagnose natürlich nicht zu; aber auf den ganzen Menschen bezogen, sagt sie die Wahrheit aus: Das ganze angestaute Leid, das ich jahrelang in mich hineingefressen hatte, ließ sich auf einmal nicht mehr in meinem Inneren komprimieren; es explodierte aufgrund seines Überdruckes und zerstörte bei dieser Explosion den Körper.“<sup>334</sup>

Der Schriftsteller und Literaturwissenschaftler Adolf Muschg, der das Manuskript des sterbenden Fritz Angst durch Vermittlung eines befreundeten Buchhändlers kennenlernte, lieferte in seinem Vorwort eine Deutung dieses in seiner Selbstbefragung und intimen Anklage der eigenen Eltern für viele Leser zunächst verstörenden Buches, indem er schrieb:

„Aber der Widerstand, der *Zorn* des unerbittlich Sterbenden ... richtet sich nicht nur gegen das transzendente Absurde. Er spekuliert nicht minder kühn gegen das Konkret-Absurde unserer gesellschaftlichen Einrichtungen an, gegen das Heillose der eigenen familiären und sozialen Herkunft. ... Er [Fritz Zorn, d.V.] sieht seinen Tod – oder seinen wütenden Lebensrest – als revolutionären Angriff auf das Bestehende ... Es ist sein Tod als solcher, der das Tödliche dieser Gesellschaft herausarbeiten soll, indem er es einsehbar und unabweislich macht.“<sup>335</sup>

Damit wurde nicht nur das Private politisch, wie es ein Schlagwort der 1970er Jahre wollte, sondern auch potentiell tödlich. Die vorher gezogene, weithin akzeptierte Grenze zwischen Innen und Außen wurde quasi aufgehoben. Denn nicht nur war das Private Reflex des Öffentlichen und Politischen, wurde bis in die intimsten Momente als gesellschaftlich geprägt und seinerseits prägend verstanden. Auch die auf Descartes zurückgehende dichotomische Trennung von Körper und Geist/Gefühl wurde in diesem Denken aufgehoben. Der neue psychosomatische Mensch sah sich in einer Welt

<sup>333</sup> Fritz Zorn, Mars. „Ich bin jung und reich und gebildet; und ich bin unglücklich, neurotisch und allein...“, München 1977, S. 164.

<sup>334</sup> Zorn, Mars, S. 132.

<sup>335</sup> Adolf Muschg, Geschichte eines Manuskripts, in: Fritz Zorn, Mars, München 1977, S. 7-22, S. 19f.

platziert, die unmittelbar in ihn hineingriff – als soziale ebenso wie als „natürliche“, vom Menschen verschmutzte Umwelt. Die Krebskrankheit erschien damit als mächtiger konkret-existentieller wie metaphorischer Ausdruck dieser künstlich zerteilten und mechanisch kontrollierten Ganzheit. Gegen diese Zerteilung sich aufzulehnen wurde zur individuellen wie gesellschaftlichen Überlebensfrage.

Dies erklärt nicht nur den Erfolg von „Mars“, das in allen wichtigen Zeitungen und Zeitschriften der Bundesrepublik rezensiert wurde, bereits 1979 in zweiter Auflage erschien und zu einem Kultbuch der neuen Bürgerbewegungen der 1980er Jahre wurde.<sup>336</sup> Es erklärt auch, warum ein Oswald Kolle in der *Bunten* Berichte über Krebs schrieb, bevor er sich wenig später mit großer gesellschaftlicher Resonanz der Sexualaufklärung zuwandte.<sup>337</sup> Es macht auch verständlich, warum die Schauspielerin Hildegard Knef 1975 mit ihrer autobiographischen, zunächst im *Stern* und dann als eigenständiges Buch publizierten Anklage des medizinischen Establishments und der „verschämten“ Gesellschaft Furore machte und gemeinsam mit „Mars“ das deutsch-

---

<sup>336</sup> Heute ist das Buch in der 25. Auflage erhältlich. 1978 wurde „Mars“ ins Schwedische, Holländische und Dänische übersetzt, 1980 ins Französische, 1982 schließlich ins Amerikanische. 1988 erschien ein von den Brüdern Alex und Daniel Varenne gezeichneter Comic mit dem Titel „Angoisse et Colère“, der Zorns Buch als Vorlage benutzte und interessanterweise die Angst gleichberechtigt neben den Zorn stellte. Bis heute wird „Mars“ als Vorlage für Theateraufführungen benutzt – besonderes Aufsehen erregte ein von Hans Kresnik 1993 am Theater Basel inszenierter *Pas de deux* nach „Mars“. Als zwei Beispiele von vielen weiteren zeitgenössischen Rezensionen vgl. Hellmuth Karasek, „Mars“: Ein dreißigjähriger Krieg im Frieden, in: *Der Spiegel* 15 (1977), S. 219 und Hugo Leber, *Der Zorn des Fritz Zorn*, in: *Die Zeit* 23 (03.06.1977).

<sup>337</sup> 1966 veröffentlichte die *Bunte* eine achteilige Serie, die sich mit den neuesten Ergebnissen der Krebsforschung und –therapie beschäftigte. Die ersten fünf Teile schrieb Oswald Kolle, die letzten drei Peter Schmidberger, vgl. Oswald Kolle/Peter Schmidberger, Millionen werden nicht an Krebs sterben, wenn..., in: *Die Bunte* 32 (1966), S. 28f., 53f.; *Die Bunte* 33 (1966), S. 56-58, 60-62; *Die Bunte* 34 (1966), S. 44-47; *Die Bunte* 35 (1966), S. 28-30, 32, 62; *Die Bunte* 36 (1966), S. 62-68; *Die Bunte* 37 (1966), S. 66f, 69f, 72f; *Die Bunte* 38 (1966), S. 90-95, 97; *Die Bunte* 39 (1966), S. 92-96, 98.

sprachige Genre einer bis heute unüberschaubar gewordenen Zahl an Selbsterkundungen und (Er-)Leidensgeschichten eröffnete.<sup>338</sup> Es erhellt schließlich, warum die Krebskrankheit sogar Eingang in die Popkultur fand, wovon Joe Jacksons 1982 veröffentlichter Song „Everything gives you cancer“ eingängig Zeugnis ablegte.<sup>339</sup>

Zur gleichen Zeit meldete sich jedoch auch Kritik an dieser umfassenden Deutung von Krebs zu Wort, die die Ursachen der Krebskrankheit in den innersten Winkeln des persönlichen Gefühls ebenso wie in den äußersten Winkeln des Universums aufzufinden meinte. Ihre wortmächtigste Stimme fand diese Kritik in der amerikanischen Publizistin Susan Sontag, die 1978 mit ihrem Buch „Krankheit als Metapher“ gegen den Gebrauch der Krebskrankheit als politische Metapher antrat. Sie war aufgrund ihrer eigenen Krankheitserfahrung zu der Überzeugung gelangt, „daß Krankheit *keine* Metapher ist und daß die ehrlichste Weise, sich mit ihr auseinanderzusetzen – und die gesündeste Weise, krank zu sein – darin besteht, sich so weit wie möglich von metaphorischem Denken zu lösen.“<sup>340</sup>

<sup>338</sup> Hildegard Knef veröffentlichte ihre autobiographische Schilderung unter dem Titel: *Das Urteil oder der Gegenmensch*, Wien/München/Zürich 1975; sie wurde nicht nur in der Bundesrepublik viel beachtet, sondern auch in Amerika ein Bestseller. Flankiert wurde die Veröffentlichung von einer neunteiligen, viel bebilderten *Stern*-Serie, in der Teile des Buches vorab erschienen und die mit einem Interview eröffnet wurde, das mit dem Knef-Zitat „Ich will mich nicht bedauern“ überschrieben worden war, vgl. Eva Windmüller, „Ich will mich nicht bedauern“. Eva Windmüller interviewt Hildegard Knef, in: *Der Stern* 19 (1975), S. 67-72; Hildegard Knef, *Das Urteil*, in: *Der Stern* 19 (1975), S. 73f, 76, 78, 80; dies., *Das Urteil II.*, in: *Der Stern* 20 (1975), S. 72-74, 76, 78, 80; dies., *Das Urteil III.*, in: *Der Stern* 21 (1975), S. 84-86, 88, 90, 92; dies., *Das Urteil IV.*, in: *Der Stern* 22 (1975), S. 80, 82f, 85, 87-89; Dies., *Das Urteil V.*, in: *Der Stern* 23 (1975), S. 74, 76, 78, 80, 82; dies., „*Das Urteil VI.*“, in: *Der Stern* 24 (1975), S. 66, 68, 70, 72; dies., „*Das Urteil VII.*“, in: *Der Stern* 25 (1975), S. 105f., 108, 110-112; dies., *Das Urteil VIII.*, in: *Der Stern* 26 (1975), S. 98, 100, 102, 107f.; dies., *Das Urteil IX.*, in: *Der Stern* 27 (1975), S. 62, 64, 66, 86-70. Zum auch von Schriftstellern aufgegriffenen Trend, Krebs als Symptom einer „kranken“ Gesellschaft ebenso wie als Aufforderung zur persönlich-politischen Selbsterkundung zu lesen, vgl. Moamai, *Krebs schreiben* sowie Eckart, *Krebs*. Zum Kontext der literarischen Auseinandersetzung mit Krankheit: *Anz, Gesund oder krank?*

<sup>339</sup> Joe Jacksons Song *Cancer* von 1982 thematisierte sowohl die Angst vor allen möglichen kanzergen Stoffen in der Umwelt, als auch die Angst davor, durch Stress und jede Art von Gefühlen krebskrank zu werden: *Everything/ Everything gives you cancer/ Everything/ Everything gives you cancer/ There's no cure, there's no answer/ Everything gives you cancer/ Don't touch that dial/ Don't try to smile/ Just take this pill/ It's in your file/ Don't work hard/ Don't play hard/ Don't plan for the graveyard/ Remember/ [Refrain] Don't work by night/ Don't sleep by day/ You'll feel all right/ But you will pay/ No caffeine/ No protein/ No booze or/ Nicotine/ Remember/ [Refrain]*.

<sup>340</sup> Susan Sontag, *Krankheit als Metapher*, Frankfurt a.M. 1981, S. 5 [Hervorhebung im Original]. Die amerikanische Originalausgabe erschien 1978 unter dem Titel „*Illness as Metaphor*“. Als wichtige Stellungnahme, die betont hat, dass Orientierung in der Welt ohne den Gebrauch von Metaphern nicht möglich sei: George Lakoff/Mark Johnson, *Metaphors We Live By*, Chicago 1980. In diesen Kontext gehört auch die Diskussion um die Frage der Stigmatisierung durch Krankheit, wie sie insbesondere durch die fünfzehn Jahre früher erschienenen Arbeiten des amerikanischen Soziologen Erving Goffman im Hinblick auf die Stigmatisierung psychisch kranker Menschen angestoßen wurde (vgl. ders., *Stigma. Über Techniken der Bewältigung beschädigter Identität*, Frankfurt a.M. 1967; engl. Original 1963). Diese sowie nachfolgende soziologische Studien etwa von Thomas Scheff (ders., *Being Mentally Ill: A Sociological Theory*, Chicago 1966) trugen zur

Ob ein Denken über Krankheit und Körper abseits von metaphorischen Begriffen, mit denen wir die Vorgänge in unserem Körper zu erfassen und visualisieren suchen, überhaupt möglich ist, wird bis heute diskutiert und gerade im Hinblick auf die wissenschaftliche Modellbildung von der Wissenschaftsgeschichte und -theorie hinterfragt.<sup>341</sup> Sontags Kritik richtete sich jedoch nicht gegen die Metaphorisierung der Krebskrankheit allein, sondern vor allem auch gegen die damit verbundenen Wertungen und Schuldzuweisungen, die sie besonders durch die psychosomatische Forschung und deren Theorien vertreten sah, denn:

„Psychologische Krankheitstheorien sind machtvolle Instrumente, um die Schande auf die Kranken abzuwälzen. Patienten, die darüber belehrt werden, daß sie ihre Krankheit unwissentlich selbst verursacht haben, läßt man zugleich fühlen, daß sie sie verdient haben. [...] Die Anschauung vom Krebs als einer Krankheit aus Mangel an Ausdrucksfähigkeit verurteilt den Krebspatienten: Sie drückt Mitleid aus, läßt jedoch auch Verachtung spüren.“<sup>342</sup>

Die Kritik Sontags wurde auch in der Bundesrepublik aufgegriffen, das zeigen nicht zuletzt die hohen Auflagen ihres vielfach neu gedruckten Essays.<sup>343</sup> Im Rahmen der neuen Bürgerbewegungen, insbesondere auch der Frauenbewegung, wurde der mögliche stigmatisierende und kulpabilisierende Effekt psychosomatischer Theorien als ein Ausdruck des männlich dominierten, paternalistischen Medizinbetriebs diskutiert. Dabei wurden vor allem auch die im Konzept der Krebspersönlichkeit dominierenden misogynen Bilder kritisiert, die allerdings in der amerikanischen Forschung der 1950er

---

Entstehung der sogenannten Antipsychiatriebewegung bei, die in der Bundesrepublik etwa seit Mitte der 1970er Jahre dafür eintrat, psychisch Kranke aus den geschlossenen Anstalten herauszunehmen und in die Gesellschaft zu integrieren. Auch in diesem Zusammenhang wurde die Suche nach den psychischen Wurzeln von Schizophrenie als stigmatisierend verstanden und abgelehnt. Vgl. zur Antipsychiatriebewegung in der Bundesrepublik: Cornelia Brink, (Anti-)Psychiatrie und Politik. Über das Sozialistische Patientenkollektiv Heidelberg, in: Richard Faber/Erhard Stölting (Hg.), *Die Phantasie an die Macht? 1968 – Versuch einer Bilanz*, Berlin 2002, S. 125-156. Zum gesellschaftshistorischen Kontext vor allem mit Blick auf die USA: Michael E. Staub, *Madness Is Civilization. When the Diagnosis Was Social, 1948-1980*, Chicago 2011.

<sup>341</sup> Als Überblick über die Diskussion, welche Funktion der Metapher im wissenschaftlichen Erkenntnisprozess zukommt vgl. Christina Brandt, *Metapher*, in: Roland Borgards/Harald Neumeyer/Nicolas Pethes/Yvonne Wübben (Hg.), *Literatur und Wissen: Ein interdisziplinäres Handbuch*, Stuttgart 2013, S. 21-28, hier S. 25-27. Die Bedeutsamkeit der Metaphern für die wissenschaftliche Theoriebildung und deren Experimentalsysteme analysierte Christina von Braun in: dies., *Metapher und Experiment. Von der Virusforschung zum genetischen Code*, Göttingen 2004.

<sup>342</sup> Sontag, *Krankheit*, S. 68 u. S. 58.

<sup>343</sup> 1989 veröffentlichte Sontag eine grundlegend überarbeitete und erweiterte Ausgabe ihres Essays, der nun auch die Krankheit Aids berücksichtigte. In dieser Neuauflage konzedierte Sontag, dass es unmöglich sei, über Krankheit und den Körper zu sprechen, ohne auf Metaphern zurückzugreifen, vgl. dies., *Illness as Metaphor and Aids and Its Metaphors*, London 1991, S. 91: „Of course, one cannot think without metaphors. But that does not mean there aren't some metaphors we might well abstain from or try to retire. As, of course, all thinking is interpretation. But that does not mean it isn't sometimes correct to be 'against' interpretation.“

und frühen 1960er Jahre verbreiteter waren als in der west- wie ostdeutschen Psychosomatik. Denn diese führte seltener Persönlichkeitsstudien an Frauen mit Brust- und Gebärmutterhalskrebs durch. Zudem stand hier aber auch eine andere, nämlich medizinisch-anthropologische Tradition der Psychosomatik im Hintergrund, die weniger stark auf Vorstellungen sexueller Triebkräfte zurückgriff und die soziale Komponente der psychosomatischen Krebsentstehung stärker im Kontext von Schuld und Bürgertumskritik verstanden hatte. Auch die Psychosomatik selbst nahm diese Kritik auf und gestand durchaus ihre Berechtigung zu, allerdings nicht selten, indem sie die misogynen und schuldzuweisenden Elemente als Resultat „simplifizierender“ Forschung oder eines durch Publikumsmedien verbreiteten „simplifizierenden“ Verständnisses der psychosomatischen Studien darstellte.<sup>344</sup>

Grundsätzlich hinterfragt wurde der Zusammenhang zwischen einem bestimmten Persönlichkeitsprofil, dem eine mangelnde Wahrnehmung und Ausdrucksfähigkeit eigener Gefühle zugeschrieben wurde, und der Konfrontation mit „Psycho-Stress-Faktoren“ wie der Trauer nur von wenigen. Im Gegenteil: Die Leser der Zeitschrift *Psychologie heute*, die seit 1974 das gesellschaftlich immer höher geschätzte Psychowissen an einen stetig wachsenden Kreis interessierter Laien vermitteln half, wurden 1983 sogar zu einem Selbsttest aufgefordert. Dieser sollte Aufschluss darüber geben, wie gesund sie lebten und wie wahrscheinlich es war, dass sie in näherer Zukunft schwer erkranken würden. Gleich der erste Fragekomplex des zweiseitigen Testbogens umkreiste die Fähigkeit, Gefühle auszudrücken und wahrzunehmen.<sup>345</sup>

---

<sup>344</sup> Vgl. zum Beispiel Magda Henle, *Ist Krebs eine weibliche Krankheit?*, in: *Psychologie heute* 4 (1982), S. 54-60, hier S. 56.

<sup>345</sup> Der Fragebogen ebenso wie der begleitende Artikel waren ein Vorabdruck von: Frauke Teegen, *Ganzheitliche Gesundheit – Der sanfte Umgang mit uns selbst*, Reinbek bei Hamburg 1983.

**1. Wahrnehmen und Ausdrücken von Gefühlen**

- Wenn ich mit etwas nicht einverstanden bin, kann ich das ausdrücken.
- Meist ist mir bewußt, was ich gerade fühle und empfinde.
- Ich fühle mich frei, anderen meine Gefühle mitzuteilen.
- Für mich ist es in Ordnung, sowohl heiter und fröhlich als auch ängstlich, traurig und ärgerlich zu sein.
- Ich kann anderen verständlich machen, was ich empfinde.
- Es beunruhigt mich nicht, wenn ich manchmal auch heftige Gefühle habe.
- Ich freue mich über Zuwendung, Anerkennung und Lob von anderen.
- Wenn ich traurig bin, gestatte ich es mir, zu weinen.
- Ich nehme es wahr, wenn andere bedrückt sind.
- Meine Ansichten und Interessen kann ich auch Menschen gegenüber vertreten, die sehr sicher auftreten.
- Ich kann Sexualität und Intimität genießen.
- Wenn ich Hilfe brauche, suche ich sie bei Freunden oder Fachleuten.
- Für mich haben Gefühle eine Bedeutung – auch wenn sie mich manchmal daran hindern, die Dinge „nüchtern“ zu betrachten.
- Wenn ich ärgerlich oder zornig bin, fresse ich das nicht in mich hinein, sondern drücke meine Gefühle aus.
- Ich weiche Auseinandersetzungen nicht „um des lieben Friedens willen“ aus.

Abb. 14: Fragebogen der *Psychologie heute* (1983)

Dieser Fragebogen der Hamburger Psychologin und Psychotherapeutin Frauke Teegen zeigt, dass mangelnde Gefühlswahrnehmung und -ausdrucksfähigkeit auch weiterhin als entscheidender Krankheitsfaktor angesehen wurde – und zwar nicht nur im Hinblick auf die Krebserkrankung, sondern auch auf eine ganze Reihe anderer chronischer Erkrankungen. Doch der Fragebogen weist zugleich auf zwei bedeutende Verschiebungen hin. Erstens: Gefühle und Gefühlshaltungen wurden zunehmend als Risikofaktoren verstanden, die Menschen nicht nur für eine bestimmte Form der seelischen Auseinandersetzung mit Stress prädisponierten, sondern auch für ein bestimmtes Risikoverhalten. Darum erfragte der Gesundheitstest eine Reihe anderer Verhaltensformen wie Schlaf-, Arbeits-, Entspannungs- und Freizeitverhalten sowie Ernährungsgewohnheiten. Zweitens war dies keine retrospektive Befragung bereits an Krebs erkrankter Menschen, die die Ursache der Krankheit klären und den Heilungsprozess steuern sollte. Ziel dieses Tests war die Bestimmung des individuellen Krankheitsrisikos mit dem Ziel der Selbstaufklärung über individuell beeinflussbare Faktoren der *Gesunderhaltung*. Diese zweifache Akzentverschiebung – hin zum Risikoverhalten ebenso wie hin zur Gesunderhaltung, der *Salutogenese* – ist eine für die

allgemeine Medizin ebenso wie für die Krebsmedizin seit den 1980er Jahren bedeutende Entwicklung.<sup>346</sup>

### **2.11 Streit um Risikofaktoren und die Risiken eines Skandals**

Diese Entwicklung soll nun abschließend kurz skizziert werden und dafür müssen wir zurückgehen nach Heidelberg, an den Ort, an dem dieses Kapitel auf den Spuren der jungen Frau S. in den 1970er Jahren begonnen hat.

Dort hatte sich mittlerweile ein Institut etabliert, in dem viele der zuvor dargestellten Fäden zusammenliefen: das Institut für Sozial- und Arbeitsmedizin der Ruprechts-Karl-Universität. Dieses Institut war 1962 als eine Art bundesdeutsche Antwort auf die erste großangelegte epidemiologische Studie chronischer (Herz-)Krankheiten gegründet worden, die sogenannte Framingham-Studie. Der Startschuss für diese Studie war 1948 gefallen, als über 5000 Bewohner und Bewohnerinnen der Stadt Framingham in Massachusetts/USA als Studienteilnehmer ausgewählt wurden unter der Bedingung, dass sie zu diesem Zeitpunkt nicht an einer Herzkrankheit litten. In den folgenden Jahren wurden Daten über ihr Verhalten, insbesondere ihre Exposition gegenüber einer Reihe von vermuteten Risikofaktoren wie dem Rauchen, erhoben. Ziel war es, statistisch Zusammenhänge zwischen diesen Faktoren und im Laufe der Studie auftretenden Herzerkrankungen zu ermitteln. Erste Ergebnisse wurden in den 1950er Jahren veröffentlicht. Die Studie wird auch heute noch fortgeführt und umfasst inzwischen auch die Enkel der ursprünglichen Studienteilnehmer.<sup>347</sup>

Die Framingham-Studie brachte den Durchbruch für das Konzept, nach dem Risikofaktoren bei der Entstehung chronischer Krankheiten eine entscheidende Rolle spielen – Risikofaktoren, die vom individuellen Verhalten abhängig sind und deshalb durch Verhaltensintervention und Medikamentation präventiv beeinflusst werden

---

<sup>346</sup> Das Konzept der Salutogenese wurde von dem israelisch-amerikanischen Medizinsoziologen Aaron Antonovsky in den 1980er Jahren entwickelt. Antonovsky legte Wert darauf, Gesundheit nicht einfach als einen Zustand zu verstehen, der solange da ist, bis ein Mensch krank wird, sondern als Ergebnis eines kontinuierlichen, teilweise selbst gesteuerten Prozesses, in dem *stress* und *coping* zentrale Kategorien sind und der darauf abzielt, immer aufs Neue einen Sinn für die eigene Kohärenz herzustellen. Da dieses Konzept den Blick von der Krankheit weg auf die Gesundheit richtet, gehört es in den Kontext einer immer stärker präventiv ausgerichteten Gesundheitspolitik und Medizin, vgl. Antonovskys erste wichtige Veröffentlichung zum Thema: ders., *Health, Stress and Coping*, San Francisco 1979. Vgl. zur historischen Einordnung: Hitzer, *Therapeutisierung*.

<sup>347</sup> Gerald M. Oppenheimer, *Becoming the Framingham Study, 1947-1950*, in: *American Journal of Public Health* 95, 4 (2005), S. 602-610.

können.<sup>348</sup> Erster Direktor des Instituts für Sozial- und Arbeitsmedizin wurde Hans Schaefer, der zuvor bereits den Physiologie-Lehrstuhl der Heidelberger medizinischen Fakultät innegehabt hatte und der zu den Wegbereitern des Stresskonzeptes in der Bundesrepublik zählte.<sup>349</sup> Ähnlich wie der Hannoveraner Manfred Pflanz, der zweite einflussreiche Sozialmediziner der Bundesrepublik, bezog auch Schaefer psychologische Erklärungsmodelle im Sinne von Psychostress-Faktoren in seine Forschungen mit ein.<sup>350</sup>

Schaefer und seine Stellvertreterin und spätere Nachfolgerin Maria Blohmke bekamen 1967 von der Volkswagen-Stiftung eine halbe Million DM bewilligt, um eine Art bundesdeutsches Pendant zur Framingham-Studie in kleinerem Maßstab durchzuführen.<sup>351</sup> In dem von Schaefer und Blohmke entwickelten Modell der Risikofaktoren spielten Umwelteinflüsse, genetische Dispositionen und Persönlichkeitsmerkmale zusammen und wirkten vermittelt über Gefühle, Stress und risikobehaftetes Verhalten auf den Körper.<sup>352</sup> Dieses Modell wurde wegweisend für das bundesdeutsche Verständnis von psychosozialen Stress und knüpfte konzeptionell an Modelle an, wie sie in der amerikanischen psychosomatischen Krebsforschung verwandt wurden.<sup>353</sup>

---

<sup>348</sup> Vgl. dazu: 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 und William G. Rothstein, *Public Health and the Risk Factor: A History of an Uneven Medical Revolution*, Rochester 2003.

<sup>349</sup> Carsten Timmermann, *Appropriating Risk Factors: The Reception of an American Approach to Chronic Disease in the two German States, c. 1950-1990*, in: *Social History of Medicine* 25, 1 (2012), S. 157-174, hier S. 167 und Hofer, *Labor*, S. 396.

<sup>350</sup> Timmermann, *Appropriating*, S. 168.

<sup>351</sup> Zu Maria Blohmke, die 1975 die Nachfolge Schaefer's antrat, vgl. Timmermann, *Appropriating*, S. 158f.

<sup>352</sup> Ein erster Kurzbericht über Vorgehensweise und Teilnehmer der Studie in: M. Blohmke/H. Schaefer, *Erste Ergebnisse der Herzkreislaufstudie*, in: Bernhard Schlegel (Hg.), *Vierundsiebzigster Kongress, gehalten zu Wiesbaden vom 22. April - 25. April 1968, Berlin/Heidelberg 1968*, S. 1004-1006. Die endgültige Auswertung ist erschienen in: Hans Schaefer/Maria Blohmke, *Herzkrank durch psychosozialen Stress*, Heidelberg 1977. Zum Institut vgl. Maria Blohmke, *Institut für Sozial- und Arbeitsmedizin*, in: Gotthard Schettler (Hg.), *Das Klinikum der Universität Heidelberg und seine Institute*, Berlin/Heidelberg u.a. 1986, S. 220-223.

<sup>353</sup> Zum Einfluss auf bundesdeutsche Stresskonzepte vgl. Kury, *Der überforderte Mensch*, S. 229f.



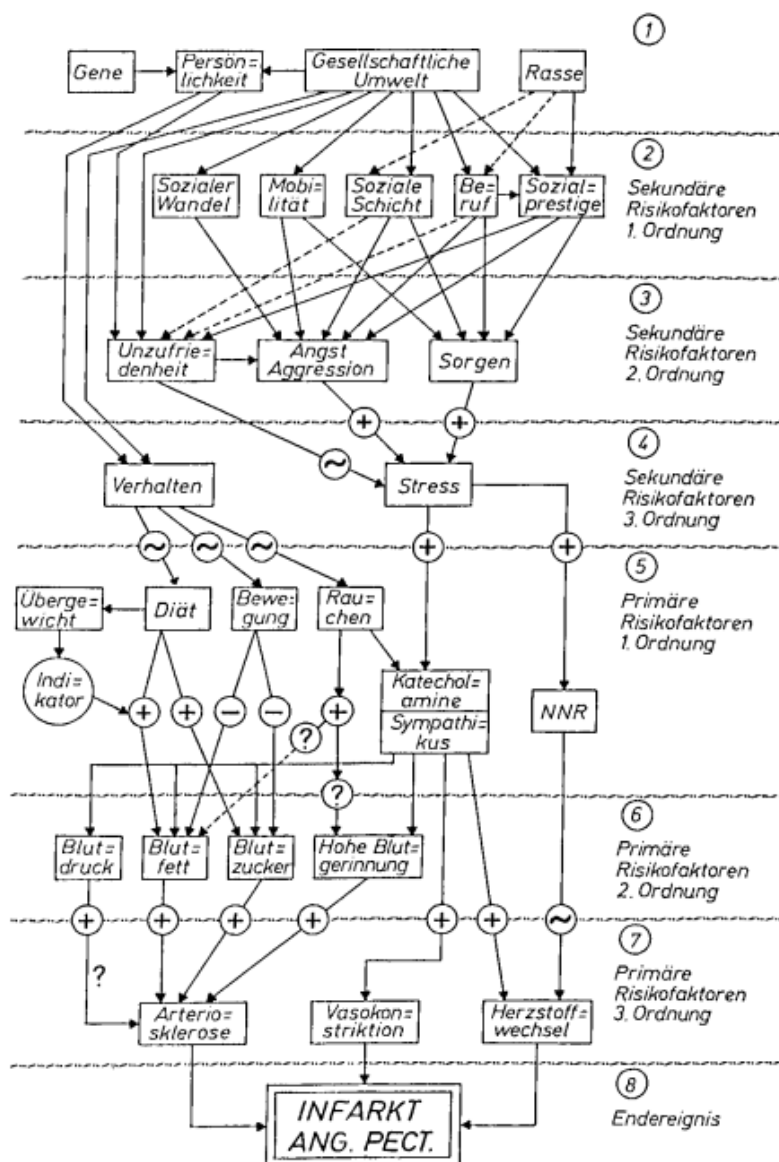


Abb. 15: Schema: Hierarchie der Risikofaktoren für den Herzinfarkt nach Schaefer/Blohmke

Während sich Schaefers Forschungen überwiegend auf die Erschließung von Risikofaktoren für Herzerkrankungen richteten, entwickelte Blohmke schon bald ein Interesse an den möglichen Risikofaktoren bei der Genese von Krebs. Genau zur gleichen Zeit, als der Doktorand Michael Holm-Hadulla die an Gebärmutterhalskrebs erkrankte Frau S. in der Heidelberger Frauenklinik einer Reihe von Persönlichkeitstests unterzog, führte Maria Blohmke im Rahmen eines am Institut für Sozial- und Arbeitsmedizin angesiedelten, von der DFG finanzierten Sonderforschungsbereichs gemeinsam mit Claus Bahne Bahnson und Heinrich Scherg eine Studie durch, für die sie achtzig an Brustkrebs erkrankte Frauen bat, einen von M.B. Bahnson entwickelten psychosozialen

Fragebogen zu beantworten.<sup>354</sup> Auch hier stand die Frage nach einem Persönlichkeitsprofil im Vordergrund, das durch die mangelnde Fähigkeit, Emotionen auszuleben und abzubauen, sowie durch eine Tendenz zu Autorität, Religiosität und sozialer Konformität gekennzeichnet war.<sup>355</sup>

Dieses Interesse Blohmkes war der Grund, warum sich ein Mann an sie wandte, der in den folgenden Jahren einerseits die Aufmerksamkeit von Medien und Selbsthilfegruppen auf dieses Thema lenken sollte, andererseits dazu beitragen sollte, psychosomatische Modelle der Krebsentstehung ins Zwielicht zu bringen: Ronald Grossarth-Maticsek hatte in Belgrad studiert und kam Anfang der 1970er Jahre in die Bundesrepublik, wo er 1973 von der Heidelberger soziologischen Fakultät promoviert wurde.<sup>356</sup> Im Frühjahr 1977 reichte er an der psychologischen Fakultät eine Habilitationsschrift ein, die auf den Daten einer von ihm in Jugoslawien durchgeführten prädiktiven Studie beruhte. Mit dieser Studie hatte er also methodisch auf die Kritik reagiert, dass die meisten der bis dato durchgeführten Studien retrospektiv das psychologische Profil bereits an Krebs erkrankter Menschen zu erschließen suchten.

Für seine Studie hatte Grossarth-Maticsek die Daten von 1353 Menschen erhoben, die in dem kleinen serbischen Ort Crvenka lebten.<sup>357</sup> Alle Studienteilnehmer hatten einen von ihm selbst entwickelten 88-Punkte-Fragebogen ausfüllen müssen, in dessen Zentrum Fragen nach der Reaktion auf Stress sowie nach der Fähigkeit, psychische Bedürfnisse auszudrücken, standen. Nach Auswertung der Fragebögen hatte Grossarth-Maticsek eine Voraussage darüber getroffen, welche der Studienteilnehmer im Laufe

---

<sup>354</sup> Blohmke, Bahnson und Scherg waren die Studienleiter, daneben gab es noch eine Reihe weiterer Mitarbeiter, vgl. Irmgard Cramer/Maria Blohmke/C.B. Bahnson/M.B. Bahnson/H. Scherg/M. Weinhold, Psychosoziale Faktoren und Krebs. Untersuchung von 80 Frauen mit einem psychosozialen Fragebogen, in: MMW – Münchener Medizinische Wochenschrift 119, 43 (1977), S. 1387-1392.

<sup>355</sup> Zu dem von M.B. Bahnson entwickelten Fragebogen vgl. M.B. Bahnson, Development of a Psychological Questionnaire for Cancer, in: Cancer Detection and Prevention, Amsterdam 2 (1979), S. 295-305. Auch Michael Wirsching, von 1973-77 zunächst Assistenzarzt an der Heidelberger Psychosomatischen Klinik, 1977-1981 Oberarzt an der Abteilung für Psychoanalytische Grundlagenforschung und Familientherapie, führte zu diesem Zeitpunkt ebenfalls eine Studie zur psychosomatischen Krebsentstehung durch – ebenso wie Hans Becker, Professor für Psychosomatische Medizin und Psychoanalyse an der Heidelberger Universität. Vgl. u.a. Michael Wirsching, Zur Psychosomatik des Brustkrebses – Stand der Forschung und neuere Entwicklungen, in: Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychoanalyse 25, 3 (1979), S. 240-250 und Hans Becker, Lebensgeschichte und Krankheitsverlauf bei Mamma-Karzinom-Patientinnen. Arbeitstagung „Psychosoziale Einflüsse auf Entstehung und Verlauf von Krebserkrankungen“, Heidelberg 1981.

<sup>356</sup> Vgl. Roderick D. Buchanan, Playing With Fire. The Controversial Career of Hans J. Eysenck, Oxford 2010, S. 378f.

<sup>357</sup> Vgl. dazu und zum Folgenden: Buchanan, Playing, S. 379f.

der nächsten zehn Jahre welche Art von Krankheit entwickeln würden. Bei 38 Personen hatte Grossarth-Maticek angenommen, sie würden an Krebs erkranken – tatsächlich waren bei der zehn Jahre später erfolgten Kontrollerhebung 37 der 38 Personen an Krebs verstorben, Grossarth-Maticek hatte also in 97,3 % seiner Voraussagen Recht behalten. Die Habilitationskommission mochte an eine so treffsichere Prognose nicht glauben, zumal nicht alle Daten der Studien vorlagen. Sie bat darum Grossarth-Maticek, sämtliche Daten und Vorhersagen einer weiteren, in Heidelberg 1973 begonnenen Studie an der psychologischen Fakultät registrieren zu lassen. Dieser Aufforderung kam Grossarth-Maticek zwar nach, aber erst nachdem er eine erste Kontrollerhebung durchgeführt hatte. Zudem fehlte eine Reihe von Erhebungsdaten. Die Fakultät lehnte es daraufhin ab, die Habilitationsschrift anzuerkennen und Grossarth-Maticek zog das Manuskript zurück.<sup>358</sup> Er führte jedoch seine bereits begonnene Heidelberger Studie mit 33.854 Teilnehmern bis 1978 fort, eine Anschlussstudie folgte zwischen 1988 und 1996.<sup>359</sup>

Grossarth-Maticek hatte zwei intellektuelle Mentoren, die mit ihrem eigenen hohen Ansehen auch ihm Anerkennung innerhalb der Wissenschaft verschafften. Der eine dieser beiden Mentoren, Helm Stierlin, war erst 1974 auf den neu eingerichteten Lehrstuhl für Psychoanalytische Grundlagenforschung und Familientherapie an der Heidelberger Psychosomatischen Universitätsklinik berufen worden und war damit unmittelbarer Kollege von Holm-Hadullas Doktorvater Walter Bräutigam. Der andere, der erst um 1980 mit Grossarth-Maticek in persönlichen Kontakt trat, war der einflussreiche, nach Großbritannien emigrierte Psychologe Hans J. Eysenck, der besonders auf dem Gebiet der Persönlichkeits- und Intelligenzforschung hohes Ansehen genoss und dessen *Maudsley Personality Inventory* (MPI) zu den auch in der psychosomatischen Krebsforschung viel benutzten Persönlichkeitstests gehörte.<sup>360</sup>

---

<sup>358</sup> Aus diesem Grund gibt es keine an der Fakultät aufbewahrte Kopie des Manuskriptes. Der Psychologe Manfred Amelang, der Mitglied der Habilitationskommission war, behielt allerdings sein Exemplar mit dem Argument, das er dieses annotiert habe. Buchanans Informationen fußen im Wesentlichen auf den Angaben Amelangs, vgl. Buchanan, *Playing*, S. 379.

<sup>359</sup> Vgl. die Angaben Grossarth-Maticeks in: Helm Stierlin/Ronald Grossarth-Maticek, *Krebsrisiken – Überlebenschancen. Wie Körper, Seele und soziale Umwelt zusammenwirken*, Heidelberg 1998, S. 18. Dort erwähnt Grossarth-Maticek auch noch eine weitere, zwischen 1971/2 und 1996 in Heidelberg durchgeführte Studie.

<sup>360</sup> Zur Biographie Eysencks, der nicht nur mit seiner Forschung zu Intelligenz, „Rasse“ und Persönlichkeit eine Reihe von wissenschaftlichen Kontroversen verursachte, sondern auch mit seinen Veröffentlichungen in der rechten bis rechtsextremen Presse wie der deutschen *National Zeitung*: Buchanan, *Playing with Fire*.

Stierlin (\*1926) hatte 1945 in Heidelberg ein Doppelstudium der Medizin und Philosophie aufgenommen, das er 1950 bei Karl Jaspers mit einer philosophischen Dissertation zum Begriff der Verantwortung und 1955 mit einer medizinischen Dissertation zum Umgang mit gewalttätigen Patienten in der Psychiatrie abschloss. Er hatte also genau jene Jahre der Auseinandersetzung um die politische, historische und gesellschaftliche Rolle der Medizin von innen heraus mitbekommen, in denen Viktor von Weizsäcker, Alexander Mitscherlich und Wilhelm Küttemeyer eine zentrale Rolle gespielt hatten. Im Anschluss war er in die USA gegangen und hatte sich dort überwiegend mit der Behandlung der Schizophrenie im Rahmen familientherapeutischer Ansätze beschäftigt – also im bereits zuvor dargestellten Kontext der kinder- und familientherapeutischen Ansätze, die auch für die amerikanische Psychosomatik der Krebserkrankung von Bedeutung waren. Nach knapp neun Jahren als Leiter der familientherapeutischen Abteilung am *National Institute of Mental Health* in Bethesda, Maryland, kehrte Stierlin schließlich 1974 nach Heidelberg zurück.<sup>361</sup> Wieder in Heidelberg blieb er zwar weiterhin in der Psychose- und vor allem Schizophrenieforschung engagiert, wandte sich nun aber auch zunehmend der Psychosomatik zu. Gemeinsam mit seinem ersten Assistenz- und späteren Oberarzt Michael Wirsching spielte dabei die Erforschung der Krebskrankheit aus psychosomatischer Perspektive eine zentrale Rolle.<sup>362</sup> Zwar führte Stierlin mit seinem Ärzte- und Psychologenteam eigene Studien durch, doch teilte sein Forschungskonzept mit dem Grossarth-Maticek einige methodische Grundüberlegungen, die dazu führten, dass beide 1998 schließlich die Ergebnisse ihrer Studien gemeinsam publizierten.<sup>363</sup> Beide verstanden ihren Ansatz als systemischen Ansatz und kombinierten Ursachen- mit Therapieforchung, indem sie sogenannte prädiktive Interventionsstudien durchführten, das heißt, die Studienteilnehmer wurden nicht nur aufgrund der Tests und Befragungen unterschiedlichen Persönlichkeits- und Verhaltenstypen mit jeweils anderen Krankheitsrisiken zugeteilt, sondern zugleich je nach Persönlichkeitstyp und Krankheitsrisiko präventiv therapeutisch behandelt. Durch spätere Kontrolluntersuchungen sollte dann

---

<sup>361</sup> Stierlin/Grossarth-Maticek, Krebsrisiken, S. 19.

<sup>362</sup> Vgl. etwa Michael Wirsching/Helm Stierlin, Krankheit und Familie. Konzepte, Forschungsergebnisse, Therapie, Stuttgart 1982 sowie Michael Wirsching, Krebs im Kontext. Patient – Familie und Behandlungssystem, Stuttgart 1988.

<sup>363</sup> Stierlin/Grossarth-Maticek, Krebsrisiken.

überprüft werden, inwieweit die therapeutischen Interventionen zu Verhaltensänderungen geführt hatten sowie ob und wie diese mit Ausbruch oder Nicht-Ausbruch bzw. Heilung/Nicht-Heilung einer Krankheit in Korrelation standen.

Als Grossarth-Maticsek 1998 seine Studienergebnisse zusammen mit Helm Stierlin veröffentlichte, war sein anderer Förderer, Hans J. Eysenck (1916-1997), bereits gestorben. Beide hatten wenige Jahre zuvor eine grundlegende Infragestellung ihrer Arbeit hinnehmen müssen – ein Skandal, der zwar in der Welt der Krebs-Psychosomatiker hohe Wellen schlug, von dem jedoch nur wenig in die breitere Öffentlichkeit drang und der erst kürzlich von dem australischen Historiker Roderick D. Buchanan aufgearbeitet worden ist.<sup>364</sup> Eysenck hatte sich bereits seit den frühen 1960er Jahren mit dem vermuteten Zusammenhang von Rauchen und der Entwicklung von Lungenkrebs beschäftigt. Dabei war er zu dem Schluss gekommen, dass nicht das Rauchen der eigentliche Risikofaktor sei, sondern die sich exponierende, extrovertierte, Stress schlecht verarbeitende Persönlichkeit einiger Raucher.<sup>365</sup> Um diese These zu stützen, hatte Eysenck unter anderem mit dem Glasgower Psychosomatiker David M. Kissen gemeinsam veröffentlicht, der seine psychosomatische Forschung ganz auf Lungenkrebspatienten konzentrierte.<sup>366</sup> Kissen und Eysenck kamen 1962 zu dem Ergebnis, dass:

„The available evidence suggests that lung cancer patients have personality features distinct from (1) the general cigarette smoking population, (2) non-cancer patients with a history of commonly accepted psychosomatic disorders, and possibly (3) patients with cancer in other sites.“<sup>367</sup>

Kissen starb 1969. Im gleichen Jahr akzeptierte Eysenck ein Angebot des amerikanischen *Council of Tobacco Research*, seine psychosomatische Lungenkrebsforschung finanziell zu unterstützen. Die ursprünglich *Tobacco Industry Research Council* genannte Stiftung war 1954 von fünf der sechs amerikanischen Tabakfirmen gegründet

<sup>364</sup> Buchanan, *Playing*, S. 361-408.

<sup>365</sup> So zum Beispiel in: Hans J. Eysenck, *Smoking, Health and Personality*, New Brunswick 1965. Zur Auseinandersetzung um die krebserregende Wirkung des Rauchens: Colin Talley/Howard I. Kushner/Claire E. Sterk, *Lung Cancer, Chronic Disease Epidemiology, and Medicine, 1948-1964*, in: *Journal of the History of Medicine and Allied Sciences* 59, 3 (2004), S. 329-374, speziell zur Debatte in Großbritannien: Carsten Timmermann, *As Depressing as It Was Predictable? Lung Cancer, Clinical Trials, and the Medical Research Council in Postwar Britain*, in: *Bulletin of the History of Medicine* 81, 1 (2007), S. 312-334.

<sup>366</sup> Vgl. David M. Kissen/Hans J. Eysenck, *Personality and Lung Cancer*, in: *British Medical Journal* 15, 1 (1961), S. 1107 und David M. Kissen/Hans J. Eysenck, *Personality in Male Lung Cancer Patients*, in: *Journal of Psychosomatic Research* 6, 2 (1962), S. 123-127.

<sup>367</sup> Kissen/Eysenck, *Personality in Male Lung Cancer Patients*, S. 127.

worden – ein Versuch, den epidemiologischen Studien zur Kanzerogenität von Tabak mit dem Mittel wissenschaftlicher Forschung zu begegnen.<sup>368</sup> In den folgenden Jahren stellte Eysenck wiederholt Anträge an den *Council of Tobacco Research*, um Gelder für seine Forschungen einzuwerben. Obwohl Eysenck sich selbst überzeugt gab, dass er sich durch diese Form der Unterstützung weder in Abhängigkeit begab, noch seine Forschungsergebnisse den Erwartungen der Tabakindustrie anpasste, legte er diese Finanzierungsquelle nicht offen.<sup>369</sup> Seine erste größere, vom *Council of Tobacco Research* mit-finanzierte Studien veröffentlichte er 1980 unter dem Titel „The Causes and Effects of Smoking“.<sup>370</sup> Eysenck betonte hier einerseits die Rolle der Genetik, andererseits die Bedeutung der Persönlichkeit bei der Entstehung von Lungenkrebs. Die wissenschaftliche Kritik war in ihrer Mehrheit vernichtend.<sup>371</sup> In dieser Situation lernte Eysenck Grossarth-Maticsek kennen, der mit seinen Studien konkrete Daten zur Verfügung stellen konnte, die die von Eysenck angenommene Verbindung von Persönlichkeit, Stressmanagement und Lungenkrebsentstehung zu stützen schienen.

In der Folgezeit arbeiteten Eysenck und Grossarth-Maticsek zusammen, wobei Grossarth-Maticsek weiterhin die Studien leitete und die Daten zur Verfügung stellte, während Eysenck seine Londoner Statistiker sowie den Heidelberger Hermann Vetter mit der statistischen Auswertung der Daten beauftragte. Außerdem beeinflusste er die konzeptionelle Deutung insofern, als er das Konzept der Persönlichkeitstypen stärker in den Vordergrund stellte.<sup>372</sup> Die Daten Grossarth-Maticseks stießen jedoch fast überall auf Misstrauen. Selbst der Heidelberger Statistiker Hermann Vetter formulierte schließlich wissenschaftsöffentlich seine Zweifel an den Daten – und zwar nicht nur im Sinne eines möglichen Versehens, das angesichts der großen Datenmengen und der Tatsache, dass Grossarth-Maticsek kein ausgebildeter Statistiker war, noch hätte

---

<sup>368</sup> Buchanan, *Playing*, S. 369f.

<sup>369</sup> Buchanan, *Playing*, S. 371 und 374.

<sup>370</sup> Hans J. Eysenck, *The Causes and Effects of Smoking*, Beverly Hills 1980.

<sup>371</sup> Buchanan, *Playing*, S. 376.

<sup>372</sup> Im Hinblick auf Krebs war das vor allem die Theorie der „Type C Personality“, die von der amerikanischen Psychologin Lydia Temoshok vertreten wurde (und wird), nach der Menschen, die zu Passivität, Verharmlosung und Verdrängung von Ärger und anderen negativen Emotionen neigen, ein erhöhtes Risiko haben, an Krebs zu erkranken, vgl. etwa ihr späteres Buch: dies., *The Type C Connection: The Behavioral Links to Cancer and Your Health*, New York 1992. Diese konzeptionelle Verschiebung, auf die auch Buchanan aufmerksam macht, zeigte sich z.B. in: Hans J. Eysenck, *Personality as a Predictor of Cancer and Cardiovascular Disease, and the Application of Behaviour Therapy in Prophylaxis*, in: *European Journal of Psychiatry* 1 (1987), S. 29-41 sowie Buchanan, *Playing*, S. 385f.

verzeihlich erscheinen können. Stattdessen unterstellte Vetter mehr oder weniger explizit, dass Grossarth-Maticek und seine Mitarbeiter Daten, die nicht „passten“, als Fehler dargestellt und ausgesondert hätten.<sup>373</sup>

Auch die von der amerikanischen Tabakindustrie beauftragten Wissenschaftler waren von Anfang an gegenüber den allzu passenden Daten Grossarth-Maticeks skeptisch gewesen. Der *Council of Tobacco Research* hatte einer Förderung auf die Bitte Eysencks hin nur unter der Bedingung zugestimmt, dass Grossarth-Maticek seine Daten an ein Expertenteam übergeben müsse und diese Daten dort erneut analysiert würden. Diesem Expertenteam gehörten der Psychologe Charles D. Spielberger (University of South Florida/Tampa), der Psychologe und frühere Mitarbeiter des *National Cancer Institute* Bernard Fox (Boston University) sowie Henk van der Ploeg (Universität Amsterdam) an.<sup>374</sup> Obwohl alle drei Psychologen selbst an Fragen der psychosozialen Verursachung von Krebs bzw. an den körperlichen Folgen von Stress und Angst forschten, kamen sie zu einem äußerst skeptischen Urteil über die Studiendaten Grossarth-Maticeks. Bernard Fox veröffentlichte als erster 1988 eine äußerst kritische Stellungnahme.<sup>375</sup> Unmittelbar danach stellte der *Council of Tobacco Research* seine finanzielle Förderung von Grossarth-Maticek ein.<sup>376</sup> 1991 schließlich fand sich eine Gruppe namhafter Psychologen und Ärzte zusammen, um ihre Kritik und ihre Zweifel zu formulieren.

---

<sup>373</sup> Zwei der wesentlichen Vorwürfe lauteten: 1. Dass Grossarth-Maticek nicht wie verabredet sämtliche Testdaten von 1972/3, die der Vorhersage von Krankheitsrisiken dienen sollten, bis 1982 der Heidelberger Universität übersandt habe, sondern erst 1987 die vollständigen Daten aus den anfänglichen Tests vorlagen, während gleichzeitig bereits Krankheitsdaten erhoben worden seien. Grossarth-Maticek habe auf Veters Protest erwidert, er habe selbst diese Daten schon 1972/3 erhoben und nun erst weitergeben können. Später habe er dann erklärt, diese in ihrer Vorhersagekraft ausgesprochen „zutreffenden“ Daten seien von einem zwischenzeitlich verstorbenen Interviewer fälschlich erhoben worden, obwohl dieser bereits Krankheitsdaten gekannt habe. 2. Habe Grossarth-Maticek das komplette Versagen der anfänglich erhobenen Daten im Hinblick auf die Vorhersage von nach 1982 auftretenden Krankheiten damit erklärt, dass die an die Testpersonen vergebenen Codenummern zur Anonymisierung der Daten nach 1982 vertauscht worden seien, so dass die Daten nicht mehr aufeinander bezogen werden könnten. Vgl. Hermann Vetter, *Some Observations on Grossarth-Maticek's Data Base*, in: *Psychological Inquiry* 2, 3 (1991), S. 286-287.

<sup>374</sup> Charles D. Spielberger und Henk van der Ploeg gehörten zusammen mit Ralf Schwarzer zu den Gründungsvätern der seit 1980 existierenden *Stress and Anxiety Research Society* (<http://www.star-society.org/html/history.html>, letzter Zugriff: 17.02.2017). Bernard Fox veröffentlichte 1976 gemeinsam mit J.W. Cullen und R.N. Isom eines der wichtigen und frühen Standardwerke der Psychoonkologie: *Cancer: The Behavioral Dimension*, Bethesda 1976.

<sup>375</sup> Bernard H. Fox, *Psychogenic Factors in Cancer, especially Its Incidence*, in: Stan Maes/Charles D. Spielberger/Peter B. Defares/Irwin G. Sarason (Hg.) *Topics in Health Psychology*, Chichester 1988, S. 37-55.

<sup>376</sup> Gegenüber Eysenck wurde als Grund angegeben, dass sie ihre Forschung neu ausrichten wollten. Vgl. Buchanan, *Playing*, S. 387.

Ein ganzes Themenheft der Zeitschrift *Psychological Inquiry* war diesem Problem gewidmet. Zunächst erhielt Eysenck die Gelegenheit, in einem einleitenden Aufsatz seine Forschungsperspektive darzustellen. Im Anschluss setzten sich weitere achtzehn Artikel minutiös insbesondere mit der Verlässlichkeit der von Grossarth-Maticek vorgelegten Daten auseinander. Nicht nur Fox, Vetter und van der Ploeg formulierten offen ihre sehr ernsthaften Zweifel an der Seriosität der Studien Grossarth-Maticeks, auch der bereits erwähnte Heidelberger Psychologe Manfred Amelang stellte die empirische Basis der „Tales from Crvenka and Heidelberg“ – so sein Titel – in Frage.<sup>377</sup> Sekundiert wurde diese Kritik von der amerikanischen Psychologin Lydia Temoshok, die mit ihrem Konzept einer *Type C*-Persönlichkeit zu diesem Zeitpunkt zu den einflussreichen Protagonisten einer Krebs-Psychosomatik zählte.<sup>378</sup> Einzig der Epidemiologe Rainer Frentzel-Beyme, der zu diesem Zeitpunkt für das Deutsche Krebsforschungszentrum in Heidelberg arbeitete, verteidigte Grossarth-Maticek, indem er hervorhob, wie schwierig und darum fehleranfällig größere epidemiologische Studien seien. Stattdessen griff er die Kritiker Grossarth-Maticeks frontal an und warf ihnen vor, Replikationsstudien versäumt zu haben. In seinem Fazit schrieb er: „the attacks apparently reflect a mix of frustration with envy and fear of the consequences of the results, if they were true.“<sup>379</sup>

Doch die Kritik brach nicht ab. Die beiden britischen Psychiater Tony Pelosi und Louis Appleby veröffentlichten ein Jahr später im *British Medical Journal* einen Aufsatz, der aufgrund einer eigenen Auswertung der Daten darauf hinwies, dass die von Eysenck und Grossarth-Maticek benannten Risikofaktoren bei weitem die höchsten seien, die jemals auf dem Feld der Epidemiologie chronischer Krankheiten identifiziert worden seien. Danach habe der von Grossarth-Maticek und Eysenck als Typ I bezeichnete Persönlichkeitstyp eine 121mal höhere Wahrscheinlichkeit, an Krebs zu erkranken, als andere Persönlichkeitstypen. Außerdem stellten sie in Frage, dass Grossarth-Maticek die von ihm angegebene therapeutische Intervention bei der Vielzahl der Studienteilnehmer zeitlich hätte bewältigen können.<sup>380</sup>

<sup>377</sup> Manfred Amelang, Tales From Crvenka and Heidelberg: What About the Empirical Basis?, in: *Psychological Inquiry* 2, 3 (1991), S. 233-236.

<sup>378</sup> Lydia Temoshok, Assessing the Assessment of Psychosocial Factors, in: *Psychological Inquiry* 2, 3 (1991), S. 276-280.

<sup>379</sup> Rainer Frentzel-Beyme, Levels of Interest in an Epidemiological Approach of Identifying Psychomental Risk Factors for Cancer, in: *Psychological Inquiry*, 2, 3 (1991), S. 290-293, hier S. 292.

<sup>380</sup> A.J. Pelosi/L. Appleby, Psychological Influences on Cancer and Ischaemic Heart Disease, in: *British Medical Journal* 304 (1992), S. 1295-1298.



Erstaunlicherweise wurde dieser medizinische Skandal – im Gegensatz zum Issels-Prozess oder der Kontroverse um Julius Hackethal Ende der 1970er Jahre – in den Publikumsmedien mehr oder weniger ignoriert.<sup>381</sup> Buchanan vermutet, dass der „Fall“ einfach zu kompliziert gewesen sei, als dass er in das Format eines Publikumsmediums gepasst habe.<sup>382</sup> Möglich ist aber auch, dass Grossarth-Maticeks Kritiker fürchteten, der Skandal könne die Psychosomatik der Krebskrankheit grundsätzlich vor den Augen der Öffentlichkeit diskreditieren. Denn schließlich war Grossarth-Maticek in der Konzeption seiner Studien keineswegs der „pseudowissenschaftliche“ Außenseiter, als der er im Blick zurück von 1991 manchen Psychologen und Ärzten erschienen sein mag.

### ***2.12 Ein Ausblick: Psychoonkologie und Psychoneuroimmunologie***

Grossarth-Maticeks Modell begriff psychische Faktoren und vor allem den Umgang mit „negativen“ Gefühlen als einen unter mehreren Risikofaktoren. Dazu gehörte die genetische Disposition ebenso wie mögliche krebserregende Stoffe – er räumte allerdings den psychischen Faktoren den ersten Rang ein.<sup>383</sup> Er bettete diese psychischen Faktoren in den Stressbegriff ein und vollzog damit eine Verschiebung, nach der es dann nicht mehr um die Entschlüsselung von Verdrängung und frühkindlichen Beziehungsmustern ging, sondern in erster Linie um Formen der Selbstregulation in Stresssituationen. Auf seiner Agenda stand also nicht mehr die Suche nach den verborgenen, „wahren“ inneren Gefühlen, sondern nach den im Verhalten ausgelebten und modulierten Gefühlen. In dieser Sicht konnte Verleugnung durchaus positive Effekte haben, denn die bewusste Entscheidung, „negative“ Gefühle wie Hoffnungslosigkeit aus seinem Leben auszusperrn und stattdessen sich selbst, seinen Gefühlen und Beziehungen positiv gegenüberzutreten, schien Grossarth-Maticek als Faktor der Heilung.<sup>384</sup>

<sup>381</sup> Die Auseinandersetzungen um Julius Hackethals Infragestellung der Früherkennungsuntersuchungen sind im dritten Kapitel Thema.

<sup>382</sup> Buchanan, *Playing*, S. 396f. Erst Jahre später erschien ein Artikel im *Spiegel*: Felix Kurz, *Akademisches Schattenreich*, in: *Der Spiegel* 37 (2002), S. 166.

<sup>383</sup> So auch noch 1998: Stierlin/Grossarth-Maticek, *Krebsrisiken*, S. 87.

<sup>384</sup> Vgl. z.B. R. Grossarth-Maticek, *Wer sich exponiert, ist gefährdet*, in: *Psychologie heute* 6 (1978), S. 32-39: „Der Verleugnungsprozeß nach der Erkrankung scheint für die Mobilisierung der psychischen Energie im Kampf gegen die Krankheit nützlich zu sein. Menschen, die auch nach der Erkrankung keine psychische Abwehr aufbauen können, haben eine schlechtere Prognose für den Krankheitsverlauf, das heißt sie sterben nach der Diagnose schneller als Personen, die nach ihrer Erkrankung die Hoffnungslosigkeit verneinen. Idealisieren, Verneinen, Verdrängen sind als Folge der Krebserkrankung anzusehen.“ (S. 37).

Diese Kehrt-Wendung im Gefühlskonzept ist aber keineswegs eine Eigenart Grossarth-Maticeks allein, sondern steht im Kontext des Aufstiegs der positiven Psychologie, wie sie unter anderem von dem Psychologen Martin Seligman vertreten wurde und wird, der für das Jahr 1998 mit großer Mehrheit zum Präsidenten der *American Psychological Association* gewählt wurde.<sup>385</sup> An dieser Wende beteiligt war auch der amerikanische Psychologe Daniel Goleman, der hierzulande mit seinem Buch „EQ. Emotionale Intelligenz“ bekannt wurde. Goleman hatte zuvor im Dialog mit der tibetanischen Philosophie die potentiellen Heilkräfte des Gefühls unter dem Rubrum der Achtsamkeit erforscht.<sup>386</sup> Nicht zufällig titelte die populäre *Psychologie heute* 1989 frohgemut „Machen Sie sich ruhig Illusionen!“ und erklärte: „Verdrängung und Verleugnung, die häufigsten negativen Taktiken im Umgang mit einer unangenehmen Wirklichkeit, verändern und verdrehen diese Wirklichkeit – Illusionen dagegen sind lediglich Neubewertungen und Interpretationen dieser Fakten in einem möglichst günstigen Licht.“<sup>387</sup> Gerade der Verlust dieser Illusionen – und damit der „notwendigen“ Selbstüberschätzung, sein Leben unter Kontrolle zu haben – sei dagegen ein Anzeichen für den Verlust psychischer und körperlicher Gesundheit.

Schließlich ging es Grossarth-Maticek zwar auch um mögliche Erklärungen der Krebsentstehung, in erster Linie zeigte er sich aber an der Identifizierung gesundheitsfördernder und heilsamer Faktoren im Licht des neuen Konzepts der Salutogenese interessiert.<sup>388</sup> Ein Schwergewicht setzte er denn auch in seinen Studien auf eine Art von pragmatischer therapeutischer Intervention, die weniger auf eine tiefgreifende Persönlichkeitsänderung im Sinne einer „großen“ Psychotherapie, denn auf eine Verhaltens- und Beziehungsänderung abzielte, die sich am subjektiven Wohlbefinden der Patientinnen und Patienten orientierte. Auch diese Wendung der Psychosomatik weg von der Suche nach Erklärung hin zur begleitenden, an Begriffen wie „Coping“ und „Lebensqualität“ orientierten Therapie war Teil einer breiteren Bewegung, die die neue

---

<sup>385</sup> Martin Seligman, *Learned Optimism*, New York 1990. Zur Rolle der positiven Psychologie im größeren Kontext einer Hinwendung zum Emotionalen vgl. Gammerl/Hitzer, *Wohin mit den Gefühlen*.

<sup>386</sup> Daniel Goleman, *Die heilende Kraft der Gefühle: Gespräche mit dem Dalai Lama über Achtsamkeit, Emotion und Gesundheit*, München 1998 [amerikan. Original: *Healing Emotions. Conversations with the Dalai Lama on Mindfulness, Emotions and Health*, Boston/London 1997] sowie ders., *EQ. Emotionale Intelligenz*, übers. von Friedrich Griesse, München/Wien 1996 [amerikan. Original: 1995].

<sup>387</sup> Heiko Ernst, *Machen Sie sich ruhig Illusionen*, in: *Psychologie heute*, 9 (1989), S. 20-28, hier S. 27.

<sup>388</sup> In seinem 1998 gemeinsam mit Helm Stierlin veröffentlichten Buch nahmen die Autoren schließlich auch explizit auf das Konzept der Salutogenese Bezug, vgl. Stierlin/Grossarth-Maticek, *Krebsrisiken*, S. 91f.

Disziplin der Psychoonkologie etablieren half – eine medizinische Fachrichtung, die die therapeutische Begleitung und Unterstützung von Krebspatienten in den Mittelpunkt stellt.<sup>389</sup>

So hatte Lawrence LeShan bereits 1960 eingestanden, dass die psychosomatische Erforschung der Krebskrankheit auch „Nebenwirkungen“ haben konnte, die zunächst nicht geplant oder gewollt waren. Denn wenn ein Arzt oder klinischer Psychologe einer Krebspatientin gegenübertrat – so wie anfänglich der Doktorand Michael Holm-Hadulla der Patientin Frau S. -, um eine Serie von Interviews und Tests durchzuführen, die deren Lebensgeschichte, Beziehungen und Gefühle erkundeten, hatte diese Begegnung einen Effekt auf beiden Seiten. LeShan schrieb dazu:

„If techniques are used which suggest to the patient that psychic factors are important in the disease process, he must not be left with a helpless feeling that he should be doing something about his emotions in order to reverse the development of the malignancy. ... Thus if a relationship is built up in a series of interviews or in exploratory psychotherapy, it cannot be dropped when the patient becomes physically worse. To do so leaves the patient with the feeling that he has been abandoned (probably through his own fault) and is almost certain to precipitate or increase strongly depressive feelings. Once the psychotherapist starts the process, he must continue it to the very end.“<sup>390</sup>

Die psychosomatische Forschung lenkte also den Blick von Arzt und Patient auf die Gefühle der Kranken und etablierte eine neue, psychologische oder psychotherapeutische Form, über diese Gefühle zu sprechen und sie therapeutisch aufzuwerten. Zugleich konnte dadurch ein Gefühl der Verantwortung auf Seiten des Psychologen oder Arztes hervorgerufen werden. Und das galt unter Umständen nicht nur für die unmittelbar an der psychosomatischen Forschung beteiligten Psychologen und Ärzte. So resümierte George Engel 1954 auf der jährlichen Tagung der *American School of Psychosomatic Medicine* die Antworten auf einen Fragebogen, der zuvor an amerikanische Ärzte verschickt worden war: „Many emphatically said that they were not interested in any discussion of psychogenesis or psychological triggering mechanisms, but felt that a consideration of psychological reactions to cancer might be worthwhile.“<sup>391</sup> In Deutschland West wie Ost setzte diese Entwicklung hin zur Psychoonkologie später als

<sup>389</sup> Einen breiten Überblick über Themen- und Praxisfelder der Psychoonkologie um 1990 gibt: Jimmie C. Holland/Julia H. Rowland (Hg.), *Handbook of Psycho-Oncology. Psychological Care of the Patient With Cancer*, New York/Oxford 1989.

<sup>390</sup> Lawrence LeShan, *Some Methodological Problems in the Study of the Psychosomatic Aspects of Cancer*, in: *The Journal of General Psychology* 63 (1960), S. 309-317, S. 313f.

<sup>391</sup> Zitiert nach: Dorothy Levenson, *Mind, Body, and Medicine. A History of the American Psychosomatic Society*, Baltimore 1994, S. 130.

in den USA ein, war aber in den 1980er Jahren, als Eysenck und Grossarth-Maticsek ihre Studienergebnisse veröffentlichten, bereits in vollem Gange.<sup>392</sup>

Doch auch im Rahmen der Psychoonkologie geht die psychosomatische Forschung weiter. Allerdings gilt es den meisten Forschern, die nach einer möglichen Verbindung zwischen Psyche und Krebs suchen, heute als ausgemacht, dass psychische Faktoren nicht Auslöser einer Krebserkrankung sein können. Stattdessen steht die Frage im Vordergrund, ob und wie die Psyche den Verlauf der Krebskrankheit beeinflussen kann, und zwar sowohl ausgehend von einzelnen Krebszellen bis hin zur manifesten Erkrankung als auch im therapeutischen Prozess. Ein Großteil dieser Forschung konzentriert sich nun auf das Feld der sogenannten Psychoneuroimmunologie, das sich in gewisser Weise aus der hier bereits dargestellten Stressforschung entwickelt hat.<sup>393</sup> Psychoneuroimmunologische Forschungen beruhen auf der Annahme, dass Stress, Gefühle und psychische Dispositionen die hormonalen Steuerungen des Nervensystems verändern können und dass dadurch wiederum Funktionen des Immunsystems, das zumindest teilweise vom Nervensystem gesteuert wird, geschwächt oder außer Kraft gesetzt werden könnten. Diese Funktionsstörungen könnten sich auf das Wachstum von Tumoren ebenso wie auf die Wahrscheinlichkeit, dass ein Tumor metastasiert, auswirken.

Voraussetzung dafür, solche Annahmen zu treffen und experimentell zu überprüfen, war und ist ein tieferes Verständnis des (oder eigentlich der) Immunsystem(e). Dieses wird nun nicht mehr als ausschließlich autonomes und selbstregulatorisches System verstanden. Viele Zellen und Mechanismen des Immunsystems wurden erst in den 1980er Jahren entdeckt und beschrieben und bis heute ist die Forschung weit von einem auch nur annähernd vollständigen Wissen über die komplexen,

---

<sup>392</sup> Rolf Verres/Monika Hasenbring (Hg.), *Psychosoziale Onkologie*, Berlin 1989. Zur unterschiedlichen Entwicklung in Deutschland und den USA vgl. Hitzer/ León-Sanz, *The Feeling Body*.

<sup>393</sup> Die Psychoneuroimmunologie wird in der Regel auf eine Reihe von Experimenten zurückgeführt, die der Psychologe Robert Ader und der Immunologe Nicholas Cohen 1975 mit Ratten durchführten. Sie konditionierten die Ratten (im Sinne der Pawlowschen Konditionierung), indem sie die Ratten gleichzeitig mit gesüßtem Wasser und einem Medikament fütterten, das die Immunabwehr herabsetzte. Als sie später den Ratten das gesüßte Wasser allein gaben, stellten sie fest, dass die zuvor konditionierten dennoch anfälliger waren und häufiger starben. Ihre Immunabwehr war offenbar herabgesetzt. Nach einer Reihe weiterer Versuche kamen Ader und Cohen zu dem Ergebnis, dass die Immunabwehr offenbar über das Nervensystem (in diesem Fall den Geschmackssinn) beeinflusst werden konnte, vgl. Robert Ader/Nicholas Cohen, *Behaviorally Conditioned Immunosuppression*, in: *Psychosomatic Medicine* 37, 4 (1975), S. 333-340. Als Theorie hatte bereits George F. Solomon das Konzept der Psychoneuroimmunologie vorformuliert: ders./R.H. Moos, *Emotions, Immunity, and Disease. A Speculative Theoretical Integration*, in: *Archives of General Psychiatry* 11, 6 (1964), S. 657-674.

an der Immunabwehr beteiligten Prozesse entfernt.<sup>394</sup> Bereits in den 1970er wurde in vielen Laboren an Gewebekulturen und im Tierexperiment daran gearbeitet herauszufinden, wie das Gegen-Spiel von Immunabwehr und Tumorwachstum auf zellulärer Ebene funktionierte. In diesen Jahren stand mit der „Wunderdroge“ Interferon allerdings nur ein immunologisch vergleichsweise unspezifisch wirkendes Medikament zur Verfügung. In den seitdem vergangenen Jahren wurden immer mehr immunologische Mechanismen entdeckt und erforscht, die Tumorzellen identifizieren und ausschalten können.<sup>395</sup> Als breiteres Forschungsfeld etablierte sich die Psychoneuroimmunologie der Krebskrankheit allerdings erst gegen Ende der 1980er Jahre.<sup>396</sup>

In Deutschland führte eine erste Tagung 1990 auf Einladung der Deutschen Krebshilfe einige der wichtigsten Protagonisten der „älteren“ Psychosomatik wie Claus Bahne Bahnsen und Thure von Uexküll mit Pionieren der Psychoneuroimmunologie wie dem amerikanischen Psychologen George F. Solomon zusammen.<sup>397</sup> Seitdem wird auch in der deutschen Krebsforschung verstärkt an psychoneuroimmunologischen Fragen gearbeitet. In gewisser Weise ist die Psychosomatik damit im Zentrum dessen angekommen, was aus heutiger Sicht als die wissenschaftliche Avantgarde der Krebsforschung erscheint.<sup>398</sup> Dass es also eine Verbindung zwischen Gefühlen und dem Wachstum eines Tumors durch die Vermittlung des Immunsystems gibt, halten heute die wenigsten Ärzte und Forscher grundsätzlich für fraglich.<sup>399</sup> Dass diese

<sup>394</sup> Seit 1987 gibt es eine wissenschaftliche Zeitschrift, die sich ganz diesem Thema verschrieben hat: *Brain, Behavior, and Immunity*. Sie fungiert inzwischen als das offizielle Organ der 1993 gegründeten *PsychoNeuroImmunology Research Society* (PNIRS).

<sup>395</sup> Das Konzept der immunologischen Überwachung geht zurück auf Forschungen von Lewis Thomas und Mac Farlane Burnet aus den 1950er Jahren, die eine solche Form der Abwehrreaktion als evolutionäre Notwendigkeit ansahen. Vgl. u.a. F.M. Burnet, *The Concept of Immunological Surveillance*, in: *Progress in Experimental Tumor Research* 13 (1970), S. 1-27. Burnet hatte allerdings bereits in den 1950er Jahren an immunologischen Antworten auf das Krebswachstum gearbeitet.

<sup>396</sup> Das erste Standardwerk, das das Feld der Psychoneuroimmunologie als wichtiges Forschungsfeld etablieren half, ist die zweite Auflage von: Robert Ader/David L. Felten/Nicholas Cohen (Hg.), *Psychoneuroimmunology*, 2. überarbeitete Auflage, San Diego 1991.

<sup>397</sup> Deutsche Krebshilfe, Workshop „Psychoneuroimmunology in Relation to Cancer“ vom 3.-7. Juni 1990 in Tutzing, in: *Onkologie* 13, 5 (1990), S. 393. Auf diese Tagung bezog sich auch der Psychologe Rolf Verres in einem *Spiegel*-Artikel, in dem er gegen ältere Theorien der Krebs-Psychosomatik Stellung bezog: ders., *Ursache verschluckte Tränen?*, in: *Der Spiegel* 3 (1991), S. 86-90. Dieser Artikel war ein Auszug aus Verres' Buch: *Die Kunst zu leben. Krebsrisiko und Psyche*, München 1991.

<sup>398</sup> Als verhältnismäßig neuer Überblick über die Forschung: J. Hefner/H. Csef, *Psychoneuroimmunologie und Krebs. Neue Ergebnisse zu psychosozialen Einflüssen auf Tumorerkrankungen*, in: *Best Practice Onkologie* 7, 1 (2012), S. 18-33. Als allgemeinverständliche Einführung vgl. Martin Bleif, *Krebs. Die unsterbliche Krankheit*, Stuttgart 2013, S. 158-189.

<sup>399</sup> Wie anerkannt dieses Wissen heute ist, zeigt nicht zuletzt die Tatsache, dass es inzwischen auch wieder Eingang in die Konversationslexika gefunden hat, vgl. etwa „Krebs“, in: *Brockhaus-Enzyklopädie*, 19. völlig neu bearbeitete Aufl., Mannheim 1990, S. 453-456.

Verbindung weder besonders simpel noch besonders eindeutig ist, gehört allerdings ebenso zum heutigen *Common Sense*. George F. Solomon schrieb gegen Ende seines Lebens eine Liste der Weisheiten auf, die er im Laufe seines Lebens als Mensch und Forscher gelernt habe. Eine dieser Weisheiten lautete: „Be wary of simple answers to complex questions.“<sup>400</sup>

---

<sup>400</sup> George Freeman Solomon, *From Psyche to Soma and Back. Tales of Biopsychosocial Medicine*, Bloomington 2000, S. 276.



### **3 Krebs erkennen**

*Sie hatte an diesem Tag so schön und strahlend ausgesehen wie immer, wenn sie auf Sendung war. Einzig der schrill pinkfarbene Blazer gehörte sonst nicht zu ihren bevorzugten Kleidungsstücken. Das war ein Tribut an den Anlass gewesen: die Pink Initiative. Schließlich sollte sie ein Vorbild sein, lächelnde Frontfrau der Brustkrebs-Früherkennung im jährlichen Kampagnenmonat. Es war der 1. Oktober 2013 und dieser Tag sollte mit einem Paukenschlag die Früherkennungskampagne ins Bewusstsein aller Amerikanerinnen bringen: die Vorankündigung hatte die erste live im Fernsehen übertragene Mammographie versprochen.*

*Eigentlich hatte sie das nicht gewollt. Sie hatte gerade ein ernsteres Thema auf ihrer Agenda: sie wollte in Erfahrung bringen, wie es der Witwe des Mannes ging, der sieben Jahre zuvor fünf Mädchen in einer Schule der Amish People erschossen hatte, um sich an Gott für den Tod seiner eigenen Tochter zu rächen, die zu früh geboren war und nur wenige Minuten gelebt hatte: Wie hatte eine solche Tragödie, wie hatte Trauer und vielleicht auch Schuldgefühl das Leben eines Menschen verändert?*

*Als die Produzenten des Fernsehsenders ABC sie anriefen, während sie mit Marie Monville, der Witwe, sprach, hatte sie unwillkürlich gedacht: Warum ich? Ich bin doch noch jung, Anfang 40, niemand in meiner Familie ist an Krebs gestorben, ich ernähre mich gesund, bewege mich regelmäßig, habe zwei Kinder geboren. Keiner der Krebs-Risikofaktoren trifft auf mich zu. Aber vermutlich war es genau darum gegangen, dass auch jemand, der nicht gefährdet war, eine Mammographie machen ließ, und dass es gut ausging.*

*Überzeugt hatte sie schließlich ihre Freundin und Kollegin Robin Roberts, die eine Krebs-Therapie hinter sich hatte und ihr sagte: Wenn Du mit dieser Aktion das Leben einer einzigen Frau retten kannst, weil sie – angeregt durch Dein Vorbild – eine Mammographie machen lässt, bei der ein Krebsknoten entdeckt wird, dann hat es sich gelohnt.*

*Also hatte sie an diesem 1. Oktober den pinkfarbenen Blazer angezogen und war zum Times Square gefahren, wo der während der Kampagnen eingesetzte Mammographie-Wagen, das Mobile Breast Imaging Center, stand. Dort am Times Square hatte sich bereits eine große Menge von Frauen mit selbst geschriebenen Kampagnenplakaten und rosa Schleifen eingefunden. Auch Robin Roberts war dort, in einem kurzen und eng geschnittenen ebenso pinkfarbenen Kleid, das ihre große,*



*schlanke und sportliche Erscheinung betonte. Sie hatten vor dem Mikrofon kurz darüber gesprochen, warum eine Mammographie für Frauen ab 40 so wichtig war, dass sie die Untersuchung seit einem Jahr vor sich her geschoben hatte, weil nie die Zeit dafür gewesen war und sie es – ehrlich gesagt – auch nicht für besonders akut hielt. In der vorher aufgezeichneten Talkrunde von „Good Morning America“ hatte Robin gesagt: „Das ist wahrer Einsatz. Und wir zeigen Ihnen, was Sie tun können, um zu erfahren, dass Sie gesund und in Form sind.“ Robin hatte nicht gesagt, „ob“, sondern „dass“.*

*Als sie den Mammographie-Wagen betrat, jubelten ihr die Frauen wie einem Popstar zu. Die eigentliche Mammographie wurde selbstverständlich nicht live übertragen. Man zeigte sie nur einen Moment lang vor dem Gerät. Sie hatte noch eine rosa Untersuchungsbluse an. Die Kamera nahm sie dann erst wieder in den Blick, als es vorbei war, die Menge jubelte und ihre Kollegin sie in den Arm nahm, als habe sie eine kleine Mutprobe bestanden. Robin sagte lächelnd: „Ich kann Euch sagen, sie war heute Morgen so nervös und jetzt ist sie so glücklich.“ Ja, so hatte es sich angefühlt. Erleichtert, dass der unangenehmere Teil der Veranstaltung (und so unangenehm war es eigentlich nicht, wie sie dem Publikum gleich mitteilte) vorbei war, kicherten Robin und sie ins Mikrofon. So leicht war das also und nun fühlte sie sich gut und glücklich, denn obwohl sie ja die Ergebnisse noch nicht kannte, war die Sache damit in ihren Augen vorbei. Dass das Ergebnis positiv ausfallen könnte, glaubte sie keine Sekunde. Überstanden also!*

*Am 11. November 2013 saß sie, die eigentlich eine der Moderatorinnen von „Good Morning America“ war, wieder als Gast dort in einer Talkrunde. Dieses Mal saß ihr Mann an ihrer Seite, der während der Live-Übertragung der Mammographie auf Reisen gewesen war – so sicher waren sie sich damals gewesen. Ein Irrtum, wie sie jetzt den Fernsehzuschauern erklärte. Bei der Mammographie war ein Krebsknoten entdeckt worden. Sie würde operiert werden und beide Brüste verlieren. Ob eine Chemotherapie notwendig sein würde, wusste sie noch nicht.*

Diese Geschichte könnte aus dem Skript einer amerikanischen Fernsehserie stammen, in deren Mittelpunkt eine schöne und erfolgreiche Fernsehjournalistin stehen würde. Auch die erst kurz vor diesen Ereignissen im Sommer 2013 beendete, zwischen Tragik und Komik schwankende amerikanische Serie „The Big C“ hatte sich um eine hübsche Frau gedreht: Cathy Jamison, deren Leben mit der Diagnose „Malignes Melanom“ eine

tiefgreifende Wendung erfahren hatte. Die hier erzählte Geschichte ist jedoch *nicht* die Story einer kunstvoll ersonnenen TV-Figur, sondern das Schicksal einer realen Frau. Ihr Name ist Amy Robach. Millionen Zuschauer der äußerst populären Nachrichtensendung „Good Morning America“ sahen zu, als sie lächelnd aus dem Mammographie-Wagen kam – so wie wiederum Millionen zusahen, als sie in der Talkrunde einen Monat später ihre Diagnose preisgab. Seit dieser Talkrunde stehen Aufzeichnungen und Zusammenschnitte beider Sendungen im Netz und können auch heute noch abgerufen werden.<sup>1</sup> Amy Robach arbeitete während ihrer Therapie mit Unterbrechungen als Frontfrau des Senders ABC weiter – trotz doppelter Brustamputation, einer nachfolgenden Chemotherapie in acht Sitzungen, Bestrahlung und schließlich Brust-Rekonstruktion. Sie sprach im Fernsehen darüber, wie es ihr dabei ging, enthüllte gemeinsam mit ihrem Mann, einem aus der Serie „Melrose Place“ bekannten Schauspieler, wie sehr die Krebsdiagnose und vor allem die nachfolgende Therapie ihre Ehe belastet habe, und veröffentlichte schließlich im September 2015 ein Buch mit dem Titel „Better“, in dem sie über ihre Erfahrungen und die Lehren, die sie aus ihrer Krebserkrankung gezogen hatte, berichtete.<sup>2</sup>

Diese Geschichte ist ohne jeden Zweifel dezidiert amerikanisch. Vermutlich gibt es kein Land auf dieser Welt, in dem so oft und öffentlich insbesondere über Brustkrebs gesprochen wird – und mit Sicherheit gibt es kein Land, in dem das Mammographie-Screening derart offensiv und massiv als Früherkennungsmaßnahme beworben wird, unterstützt und organisiert von Selbsthilfegruppen und *Breast Cancer Survivors*, die Pink zu ihrer Erkennungsfarbe gemacht haben. Es ist kaum vorstellbar, dass sich eine vergleichbare Szene im deutschen Fernsehen abgespielt hätte. Denn obwohl es seit 2002 auf Beschluss des Deutschen Bundestages auch in Deutschland ein Mammographie-Screening-Programm gibt, das allen Frauen zwischen 50 und 69 Jahren als freiwilliges, von den Krankenkassen bezahltes Angebot offen steht, wird

---

<sup>1</sup> So z.B. auf YouTube der Mitschnitt von „ABC News‘ Amy Robach Reveals Breast Cancer After On Air Mammogram“, (<https://www.youtube.com/watch?v=K2g6OzkEkKQ>, hochgeladen von Good Morning America News am 12.11.2013, letzter Zugriff: 27.03.2017) oder der Mitschnitt „BREAST CANCER: Good Morning America Reporter Amy Robach Diagnosed After On Air Mammogram“, (<https://www.youtube.com/watch?v=Qy9jXuT7J5E>, hochgeladen von NewsBreaker am 11.11.2013, letzter Zugriff: 27.03.2017). Auch auf der Seite von ABCNews findet sich ein Zusammenschnitt mit dem Titel: „Amy Robach Diagnosed with Breast Cancer“, (<http://abcnews.go.com/GMA/video/amy-robach-breast-cancer-diagnosis-mammogram-air-change-20848609>, letzter Zugriff: 27.03.2017). Die anfangs vorgestellte Szene basiert auf diesen Zusammenschnitten ebenso wie aus Informationen, die Amy Robach in späteren Interviews gab.

<sup>2</sup> Amy Robach, *Better, How I Let Go of Control, Held on to Hope, and Found Joy in My Darkest Hour*, Ballantine Books 2015.

dieses Angebot nicht annähernd in gleicher Weise genutzt wie in den USA.<sup>3</sup> Im Gegenteil: die Stimmen der Skeptiker, die den Nutzen der Mammographie als Früherkennungsuntersuchung grundsätzlich bezweifeln, sind zahlreich und unüberhörbar.<sup>4</sup> Dennoch führt Amy Robachs Geschichte einen Trend vor Augen, der in weniger deutlicher Ausprägung auch die Gegenwart der Krebs-Früherkennungskampagnen in Deutschland kennzeichnet und dessen Genealogie in diesem Kapitel freigelegt werden soll: Dies ist zum einen die Geschichte des immer weiteren Ausgreifens des Konzepts der Früherkennung. Dieses wurde zu Beginn des 20. Jahrhunderts gegen viele Widerstände als Versuch begonnen, Menschen dazu zu erziehen, bestimmte für die Krebserkrankung typische, aber zugleich höchst unspezifische Symptome zu registrieren, ernst zu nehmen und vom Arzt abklären zu lassen. Der französische Historiker Patrice Pinell hat dies als den Versuch der Erschaffung eines Wächter-Patienten gekennzeichnet.<sup>5</sup> Mit den neuen, in der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts erfundenen Früherkennungstechniken, allen voran dem Pap-Test zur Diagnose von Gebärmutterhalskrebs, ist das Erziehungsziel „Wächter-Patient“ zunehmend durch ein anderes Ideal ersetzt worden: das neuartige Präventionssubjekt sollte sich bereits *vor* dem Auftreten von Symptomen regelmäßigen „Check-Ups“ unterziehen und verschiedene Techniken der Selbstbeobachtung und präventiven Gesundheitspflege erlernen.<sup>6</sup>

Zum anderen ist dies die Geschichte der Gefühle, mit denen dieses Erziehungsziel erreicht werden sollte, ebenso wie der Gefühle, die Menschen gegenüber ihrem immer mehr als Risikoobjekt behandelten Körper empfunden haben. In der für diese Geschichte typischen Begriffsverwirrung zwischen Früherkennung und Vorsorge

---

<sup>3</sup> Vgl. die von der Kooperationsgemeinschaft Mammographie in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung GbR eingerichtete Webseite: „10 Schritte der Brustkrebs-Früherkennung“, (<http://www.mammo-programm.de/>, letzter Zugriff: 27.03.2017).

<sup>4</sup> Vgl. zum Beispiel die Meta-Analyse von Mammographie-Studien: P.C. Gøtzsche/K.J. Jørgensen, Screening for Breast Cancer with Mammography, in: Cochrane Database of Systematic Reviews 6 (2013), doi: 10.1002/14651858.CD001877.pub5 sowie die Arbeiten der Forschungsgruppe um Gerd Gigerenzer am Max-Planck-Institut für Bildungsforschung sowie am Harding-Zentrum für Risikokompetenz, die insbesondere die unzureichende Information der Patienten über den statistisch erwartbaren Nutzen des Screenings beklagen, u.a.: Gerd Gigerenzer, Towards a Paradigm Shift in Cancer Screening: Informed Citizens Instead of Greater Participation. Germany Aims to Stop Nudging the Public on Screening, in: British Medical Journal 350, 2175 (2015).

<sup>5</sup> Zur von Patrice Pinell so benannten Figur des „patient sentinelle“ vgl. ders., Naissance d'un fléau. Histoire de la lutte contre le cancer en France (1890-1940), Paris 1992, S. 301.

<sup>6</sup> Vgl. dazu als historischer Überblick: Martin Lengwiler/Jeannette Madarász, Präventionsgeschichte als Kulturgeschichte der Gesundheitspolitik, in: dies. (Hg.), Das präventive Selbst. Eine Kulturgeschichte moderner Gesundheitspolitik, Bielefeld 2010, S. 11-28 sowie zum Konzept aus soziologischer Sicht: Ulrich Bröckling, Dispositive der Vorbeugung: Gefahrenabwehr, Resilienz, Precaution, in: Christopher Daase/Philipp Offermann/Valentin Rauer (Hg.), Sicherheitskultur. Soziale und politische Praktiken der Gefahrenabwehr, Frankfurt a.M./New York 2012, S. 93-108.

erscheint die Früherkennungsuntersuchung damit oft als Akt der Vorsorge und verheißt als solcher bereits ein gutes Gefühl.<sup>7</sup> So wie Amy Robachs Freundin Robin Roberts den Zuschauern die Mammographie als Mittel anpries, gesund und in Form zu bleiben, gerät fast in Vergessenheit, dass nicht die Untersuchung an sich die Herausforderung ist, sondern das mögliche Ergebnis: die Diagnose der Erkrankung. Darum ist Amy Robach glücklich, als sie die Mammographie hinter sich gebracht hat und hält die Prozedur für abgeschlossen – auch wenn sie betont, dass es darum gehe, das Leben von Menschen zu retten. Und genau dies ist die Gefühlshaltung, die viele Früherkennungskampagnen heute auch in Deutschland zu vermitteln versuchen.

Ein besonders einprägsames Beispiel sind die Kampagnen der *Felix-Burda-Stiftung*, die seit 2001 die Darmspiegelung als probates Mittel der Früherkennung propagieren und sich offensichtlich an amerikanischen Vorbildern orientieren.<sup>8</sup> Die in den Jahren 2008 und 2009 geschaltete Kampagne „I Feel Good“ setzte die zufrieden und dynamisch wirkende Erscheinung Prominenter in Szene, im TV-Spot tanzend zu James Browns Soulklassiker „I Feel Good“. Der auf den Plakaten abgedruckte Text machte jedoch die Ambivalenz dieser Botschaft deutlich. Dort war etwa unter dem Bild Günter Netzers zu lesen: „Fühlen Sie sich auch gut? Sie könnten trotzdem Darmkrebs haben. Weil man ihn erst spürt, wenn es zu spät ist. Wird er aber früh entdeckt, ist er zu hundert Prozent heilbar. Gehen Sie zur Darmkrebsvorsorge – wie ich. Danach fühlt man sich besser.“

---

<sup>7</sup> Dies hat auch mit der weiter gefassten Bedeutung des englischen Wortes „prevention“ zu tun, das 1957 von der *U.S. Commission on Chronic Illness* ganz offiziell in drei verschiedene Stufen eingeteilt wurde, die sowohl die Bedeutung des deutschen Wortes „Früherkennung“ als auch von „Vorsorge“ umfassen. Danach zielt die *primary prevention* darauf, das Erkrankungsrisiko zu minimieren; *secondary prevention* entspricht der Früherkennung von Krankheiten mit dem Ziel, ihr Fortschreiten zu verhindern oder aufzuhalten, *tertiary prevention* soll Folgeschäden oder Rückfälle im Anschluss an die Behandlung einer Krankheit verhindern. Vgl. David Cantor, Introduction, in: ders. (Hg.), *Cancer*, S. 1-38, hier S. 29.

<sup>8</sup> Ein kurzer Überblick zur Kampagnenhistorie auf der stiftungseigenen Homepage, (<https://www.felix-burda-stiftung.de/ueber-uns/historie>, letzter Zugriff: 27.03.2017), dort auch Plakate der nachfolgend thematisierten Feel-Good-Kampagne. Ein anderes Beispiel ist die Kampagne, mit der die Medizintechnik-Firma IMACO 2007 ihren PSA-Schnelltest bewarb und auf deren Plakate ein entspannt zurückgelehnter, gut aussehender älterer Mann mit einem breiten Lächeln zu sehen war.

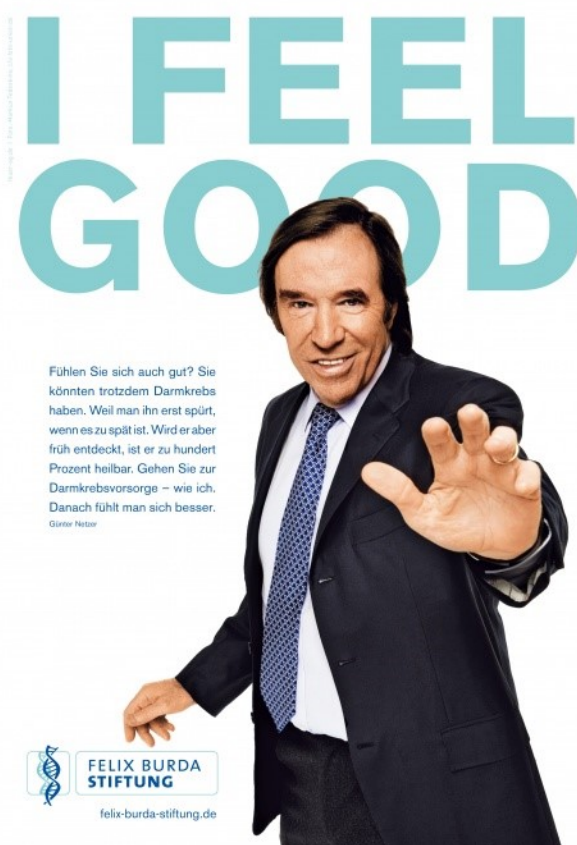


Abb. 16: Werbekampagne der *Felix-Burda-Stiftung* (2009)

Das Sich-gut-fühlen hat also zwei Seiten: Als „intuitives“ Körpergefühl ist es trügerisch und muss voller Skepsis betrachtet werden. Ein Verständnis von Gesundheit als „Leben im Schweigen der Organe“, so wie es der französische Philosoph und Arzt Georges Canguilhem einst definiert hat, erscheint als inakzeptabel und risikoreich.<sup>9</sup> Nur als Ergebnis eigenen Vorsorgehandelns ist das Sich-gut-fühlen berechtigt und belastbar. Aber: Ob es einem danach wirklich besser geht, ist letztlich vom Ergebnis abhängig. Denn auch wenn die Heilungschancen – wie es das Kampagnenplakat verspricht – gut sind, wird sich wohl kaum jemand „gut fühlen“, wenn er oder sie die Diagnose Krebs bekommt. Dass dies von der Kampagne sehr bewusst ausgeblendet wird und zumindest bei einigen, die Früherkennungsangebote wahrnehmen, auch in dieser Weise funktioniert, zeigt die Geschichte Amy Robachs.

Mit welchen Gefühlen Menschen ihren Körper betrachten sollten, dass sie ihn überhaupt beachten sollten, und welche Gefühle es brauchte, um Menschen unterschiedlichen Geschlechts und unterschiedlicher sozialer Herkunft eine „angemessene“

<sup>9</sup> Georges Canguilhem, Neue Überlegungen zum Normalen und Pathologischen, in: ders. (Hg.), *Das Normale und das Pathologische* Frankfurt a.M. 1977, S. 157-202, S. 157f.

Haltung gegenüber ihrem Körper beizubringen – dies waren Fragen, die die Krebs-Kampagnen seit ihren Anfängen vor etwas mehr als hundert Jahren begleiteten. Jedoch: die fundamentale Voraussetzung all jener Kampagnen war zunächst eine ganz simpel erscheinende und doch existentielle Entwicklung: die Annahme, dass Krebs heilbar sei, dass es also Grund zur Hoffnung geben könnte.<sup>10</sup>

### 3.1 *Hoffnung – wer mag daran glauben? Das ausgehende 19. Jahrhundert und die Erfindung einer heilbaren Krankheit*

»Carcinoma!« sprach es in mir; es durchfuhr mich; wie kam das Entsetzliche zu meinem noch so jungen Weibe? Das Leiden galt derzeit in der Wissenschaft für absolut unheilbar; nach leis heranschleichenden, alles Menschliche überbietenden Qualen war stets der Tod das Ende. Ich kannte diese Krankheit sehr genau; und mit Schauern gedachte ich des letzten grauenhaften Stadiums derselben.<sup>11</sup>

Diese Gedanken durchfuhren einen Arzt, von dem die Leser lediglich den Vornamen erfahren: Franz. Er hatte seine geliebte Frau wegen unklarer Beschwerden untersucht und meinte, einen Gebärmutterkrebs zu ertasten. Sein Verdacht bestätigte sich, aber er war angesichts dieser Krankheit vollkommen hilflos – weder konnte er etwas zur Heilung beitragen noch die furchtbaren, anfallsweise auftretenden Schmerzen seiner Frau soweit lindern, dass sie erträglich schienen. Schließlich gab er ihrem Bitten nach und ließ sie eine nicht näher präzierte Flüssigkeit trinken, die sie tötete.

Hoffnungslosigkeit, Verzweiflung und Liebe haben diesen Arzt dazu getrieben, seine Frau und Patientin zu töten, eine Hoffnungslosigkeit, die sich sowohl auf die ärztliche Erfahrung des Mannes als auch auf die Autorität medizinischer Wissenschaft gründete. So steht es in einer Novelle Theodor Storms, die dieser 1887 schrieb und veröffentlichte.<sup>12</sup> Storm datierte diese Geschichte sehr präzise auf die frühen 1850er

<sup>10</sup> Barron H. Lerner benannte ein Kapitel seiner Geschichte der Brustkrebs-Behandlung „Inventing a Curable Disease“. Er datierte diese Erfindung allerdings – zumindest im Blick auf die USA – auf die Zeit nach dem Zweiten Weltkrieg, als die Bemühungen der *American Cancer Society*, die Früherkennung von Brustkrebs zu propagieren, intensiviert und professionalisiert wurden. Tatsächlich fand diese „Erfindung“ der Heilbarkeit von Krebs bereits Ende des 19. Jahrhunderts statt, wie im Folgenden gezeigt wird, und zwar keineswegs nur in Deutschland, sondern ebenso in den USA und anderen westlichen Ländern. Lerner, *Breast Cancer Wars*, S. 41-68.

<sup>11</sup> Theodor Storm, *Ein Bekenntnis*. Novella Medici. Kommentierte Novellenedition mit Quellenmaterialien, Briefdokumenten, Reiseskizzen, Zeittafel, Bibliographie und zahlreichen Abbildungen, hg. von Walter Zimorski, Hamburg 2017, S. 37.

<sup>12</sup> Die Novelle wurde erstmals im Oktober 1887 in *Westermanns Illustrierten Deutschen Monatsheften* veröffentlicht, vgl. Yahya Elsaghe, „Die Krankheit unserer Marschen“. Zur Verdrängung der Krebsangst in Theodor Storms Novelle „Ein Bekenntnis“, in: *Zeitschrift für Germanistik*. Neue Folge 20, 3 (2010), S. 508-521, hier S. 508.

Jahre. Aber „Das Bekenntnis“ des Arztes Franz, das dieser 1856 seinem Freund Hans ablegte, endete nicht mit dem Eingeständnis, im Widerspruch zum ärztlichen Eid Heilung nicht versucht, sondern Tod gebracht zu haben. Denn der Arzt Franz erzählte weiter, dass er nur wenig später an das Krankenbett einer anderen Frau gerufen worden sei, die ebenfalls an Gebärmutterkrebs litt. Die ärztliche Aufgabe holte den Arzt Franz aus der Erstarrung seiner Trauer zurück. Er las erneut medizinische Fachzeitschriften, die die jüngsten therapeutischen Errungenschaften der Medizin ausbreiteten. Dort entdeckte er einen Artikel über die „Abdominalkrankheiten“ der Frau und die Novelle fuhr fort:

„Dann kam ein Satz, und wie mit glühenden Lettern hat er sich mir eingebrannt: ›Man hat bisher‹ – so las ich zwei- und dreimal wieder –, ›dies Leiden für absolut tödlich gehalten; ich aber bin imstande, in Nachstehendem ein Verfahren mitzuteilen, wodurch es mir möglich wurde, von fünf Frauen drei dem Leben und ihrer Familie wiederzugeben.‹“<sup>13</sup>

Mit dem Einverständnis der erkrankten Patientin führte der Arzt Franz die lebensgefährliche Operation durch: die Frau überlebte nicht nur die Operation, sondern der Arzt konnte schließlich ihrer Tochter mitteilen, dass er die Frau für vollkommen geheilt halte. So stand am Ende des Bekenntnisses die bittere Einsicht des Arztes, sich der Hoffnungslosigkeit zu früh und ohne Grund hingegeben zu haben. Denn nur weil er hoffnungslos und verzweifelt war, hatte er es aufgegeben, als Mediziner zu handeln, und hatte so die Nachricht über die mögliche rettende Operation nicht gelesen – eine Nachricht, die schon zu Lebzeiten seiner Frau publiziert worden war. Seine Schuld, die er nun mit einem Leben in selbstaufgelegter persönlicher Einsamkeit und absoluter Hingabe an den Beruf des Mediziners zu sühnen versuchte, war die Schuld desjenigen, der die Hoffnung auf die Wissenschaft hatte fahren lassen.

Storm formulierte diese außerordentlich berührende Anklage der Hoffnungslosigkeit im Angesicht der Krebskrankheit zu einem Zeitpunkt, als diese Frage für ihn selbst eine existentielle Bedeutung hatte. Denn Anfang 1887 hatte er die Diagnose Magenkrebs gestellt bekommen. Er war über diese Diagnose derart verzweifelt und hoffnungslos, dass sein Bruder, ein Arzt, gemeinsam mit einem Kollegen schließlich eine zweite Meinung einholte, die dann – absprachegemäß – zu dem Ergebnis kam, es handele sich um eine Fehldiagnose, Storm leide in Wirklichkeit an einer zwar ebenfalls lebensgefährlichen, aber eben nicht „hoffnungslosen“ Erweiterung der Bauchaorta.

---

<sup>13</sup> Storm, Ein Bekenntnis, S. 48.

Genau in diesem halben Jahr zwischen Erst- und Zweitdiagnose arbeitete Storm am „Bekenntnis“. Die Krankheit der Arztfrau bekam allerdings erst nach Storms zweiter, aus seiner Sicht beruhigenden Diagnose ihren Namen („Carcinoma“).<sup>14</sup>

Storm legte offenbar großen Wert darauf, die therapeutische Hoffnung, die den inneren Wendepunkt der Novelle darstellte, auch außerliterarisch so glaubwürdig wie möglich zu gestalten. Zum einen waren die Passagen, die sein Protagonist Franz in der medizinischen Fachzeitschrift las, fast wörtliche Zitate aus einem Artikel, den der Straßburger Gynäkologieprofessor Wilhelm Alexander Freund über „Eine neue Methode der Exstirpation des ganzen Uterus“ veröffentlicht hatte.<sup>15</sup> Zum anderen aber gab Storm dieser neuen Methode wider besseres Wissen eine „falsche“ Anciennität, die dieser Hoffnung in den Augen der Leser größeres Gewicht verleihen sollte. Denn nicht in den frühen 1850er Jahren hatte der Gynäkologe Freund zum ersten Mal die Gebärmutter einer an Krebs erkrankten Frau mithilfe einer Bauchschnitt-Operation entfernt, sondern mehr als zwanzig Jahre später im Jahr 1878. Aus der Gegenwart des Jahres 1887 betrachtet, dem Jahr, in dem die Novelle erschien, war die Operationsmethode nach Freund also keine zehn Jahre alt. Sie war immer noch mit enormen Risiken behaftet. Viele Patientinnen verstarben während der Operation oder wenige Tage danach. Wie effektiv die Operation im Hinblick auf ihr Ziel, die Heilung des Gebärmutterhalskrebses, war, konnte nach einer so kurzen Zeit und noch geringen Fallzahlen kaum erschlossen werden.

Dennoch war das letzte Drittel des 19. Jahrhunderts für viele Krebschirurgen eine Zeit des Aufbruchs und der Hoffnung. Zwar hatten Ärzte auch schon in der Frühen Neuzeit Krebs-, insbesondere Brustkrebsoperationen durchgeführt. Aber diese Operationen waren in vieler Hinsicht Ausnahmetherapien, die sich keinesfalls als

---

<sup>14</sup> Elsaghe, Die Krankheit unserer Marschen, S. 517-521. Über das „Täuschungsmanöver“ des Bruders äußerte sich Thomas Mann 1930 voller Dankbarkeit, da er glaubte, nur die Täuschung und die dadurch wieder gewonnene Hoffnung habe es Storm erlaubt, seine letzte große Novelle, den Schimmelreiter, vor seinem Tod 1888 fertigzustellen, vgl. Thomas Mann, Gesammelte Werke, Bd. 9, 2. Auflage, Frankfurt a.M. 1974, S. 266.

<sup>15</sup> Wilhelm Alexander Freund, Eine neue Methode der Exstirpation des ganzen Uterus, in: Sammlung klinischer Vorträge in Verbindung mit deutschen Klinikern 133, Gynäkologie H. 41 (1878), S. 911-924 sowie ders., Eine neue Methode der Exstirpation des ganzen Uterus, in: Berliner Klinische Wochenschrift (1878), S. 417f. Vgl. dazu auch Elsaghe, Die Krankheit unserer Marschen, S. 512.



Standardbehandlung für Krebspatienten jeden Alters und jeder sozialen Herkunft anboten.<sup>16</sup> Möglich waren sie überhaupt nur für Menschen, die über einen gewissen Wohlstand verfügten, da die Operationen in Privathäusern durchgeführt wurden und im Anschluss daran Pflegerinnen eingestellt werden mussten, um die frisch Operierte zu Hause während des langwierigen Heilungsprozesses zu betreuen.

Zu einer Zeit, da weder starke Narkosemittel zur Verfügung standen noch die Grundzüge der aseptischen Operation bekannt waren, bedeutete eine Krebsoperation eine unvorstellbare Tortur und war mit einem ausgesprochen hohen Risiko verbunden, während der Operation oder kurze Zeit später an einer Wundinfektion zu versterben. Größere Bauchoperationen waren schlichtweg nicht möglich. Und wer all dies überlebte, starb doch meist in kürzerer Zeit an Rezidiven oder Metastasen der Krebserkrankung. Äußerst wenige Menschen konnten so bis Mitte des 19. Jahrhunderts mit den Mitteln der anerkannten Medizin vom Krebs geheilt werden. Dies ist auch der Grund, warum solche „Fälle“ große Aufmerksamkeit auf sich zogen. So etwa die Geschichte der erfolgreichen englischen Schriftstellerin und ehemaligen Hofdame Frances („Fanny“) Burney, die sich 1811 im Alter von 58 Jahren nach langem Zögern und immer unerträglicher werdenden Schmerzen entschied, ihre von einem Krebstumor befallene Brust amputieren zu lassen. Sie erlebte diese von sieben Ärzten durchgeführte Operation bei vollem Bewusstsein. Drei Monate später schilderte sie dieses traumatische Erlebnis in einem langen und sehr detailreichen Brief an ihre Schwester. Aber sie überlebte und starb erst 29 Jahre später. Postum wurden ihre Briefe zwischen 1842 und 1846 veröffentlicht, so dass die Einzelheiten ihrer Erkrankung ebenso wie der Operation und Heilung einem größeren, des Englischen mächtigen Publikum auch im deutschsprachigen Raum bekannt gewesen sein dürften.<sup>17</sup>

Beim Verdacht auf Krebs frühzeitig einen Arzt aufzusuchen, erschien vor diesem Hintergrund nur bedingt sinnvoll. Wer dies tat, wurde – wie auch das Beispiel von Frances Burney zeigt – eher mit ätzenden Umschlägen und Stärkungsmitteln behandelt, da auch die Ärzte nur in seltenen Fällen angesichts der Risiken zur Operation geraten

---

<sup>16</sup> Vgl. zur frühneuzeitlichen Krebsbehandlung und -erfahrung u.a. Moscoso, *Exquisite and Lingering Pains*, S. 16-35. Zur Krebsbehandlung im 18. Jahrhundert: Kaartinen: *Breast Cancer in the Eighteenth Century*. Ich danke Fanny Hernandez-Brotons für den Einblick in das Manuskript ihrer Doktorarbeit, das sie im Sommer 2017 an der Universität Madrid einreichen wird: dies., *The Experience of Spanish Cancer Sufferers in the Second Half of the Nineteenth Century*, hier vgl. Kapitel 1.2.

<sup>17</sup> Der Brief an die Schwester Esther ist abgedruckt in: *The Journals and Letters of Fanny Burney (Madame D'Arblay)*, Bd. 6: France 1803-1812, Letters 550-631, hg. von Joyce Hemlow, Oxford 1975, S. 596-616.

haben dürften. Dies begann sich gerade zu der Zeit langsam zu ändern, als Storm seine Novelle schrieb, die genau diesen Umschwung von der ärztlichen Hoffnungslosigkeit zur medizinischen Hoffnung in den Blick nahm.

Voraussetzung dafür waren Fortschritte in der Schmerzausschaltung und Operationstechnik. 1847 wurde in Deutschland die erste Äthernarkose durchgeführt. Diese Methode verbreitete sich rasch. Erst diese bald immer weiter modifizierte Narkosetechnik erlaubte eingreifendere längere Operationen – Frances Burneys Brustamputation hatte „nur“ zwanzig Minuten gedauert.<sup>18</sup> Das gefürchtete Risiko der Wundinfektion konnte aber erst einigermaßen unter Kontrolle gebracht werden, nachdem Louis Pasteur und Joseph Lister entdeckt hatten, dass Bakterien allgegenwärtig waren. Sie und andere hatten daraufhin Methoden entwickelt, mit denen Operationsbesteck und -feld desinfiziert werden konnten, die sogenannte Anti- bzw. Asepsis (1864/7). Auch diese Entdeckung fand sehr schnell Eingang in die international gut vernetzte und hoch angesehene deutschsprachige Medizin.

Dementsprechend konnten im späten 19. Jahrhundert Krebserkrankungen erstmals operiert werden, die vorher als inoperabel galten (wie etwa Magenkrebs). Außerdem wurden Operationsverfahren für einige der häufigsten Krebserkrankungen entwickelt, die als „Standardprotokoll“ in Lehrbücher Eingang fanden und im Medizinstudium zum Teil bis heute in modifizierter Form vermittelt werden.<sup>19</sup> All diese Operationstechniken basierten auf der Annahme, dass sich ein Krebstumor aus einigen wenigen „entarteten“ Körperzellen entwickelt und dass er zu einem nicht genauer zu bestimmenden späteren Zeitpunkt über die Lymph- oder Blutbahnen metastasiert. Darum versuchte man so früh und „radikal“ wie möglich zu operieren, das heißt, dass im Zweifelsfall auch alle benachbarten Lymphknoten herausoperiert werden sollten. Diesem Prinzip folgte etwa die von dem Wiener Chirurgen Ernst Wertheim 1898 durchgeführte Operation des Gebärmutterhalskrebses, bei der im Unterschied zur von Wilhelm Alexander Freund entwickelten Methode auch die Lymphknoten entfernt wurden. Trotz der anfänglich extrem hohen Operationssterblichkeit setzte sie sich wegen ihrer besseren langfristigen Heilerfolge gegenüber der Freund-Methode genauso

---

<sup>18</sup> Vgl. als Überblick zur Geschichte der Anästhesie in Deutschland: Witte, Prämedikation sowie ders., Unerhörte Leiden.

<sup>19</sup> Als Überblick zur Geschichte der Krebsoperationen: Atzl/Helms, Geschichte, S. 19-22; Erwin H. Ackerknecht, Zur Geschichte der Krebsbehandlung, in: Gesnerus 37, 3/4 (1980), S. 189-195; Michael Schmiedebach, Geschichte der operativen Chirurgie, Bd. 1, Heidelberg 2000, vgl. v.a. S. 157-226.

wie gegenüber einer anderen, von Friedrich Schauta eingeführten, weniger invasiven Technik durch.<sup>20</sup> Der amerikanische Chirurg William Stewart Halsted entwickelte wenige Jahre früher eine äußerst weitreichende Brustkrebsoperation, bei der nicht nur die Brust amputiert, sondern auch die Brustmuskulatur und die Achsellymphknoten entfernt wurden. Diese fast ein Jahrhundert lang in den USA fast ausschließlich verwandte Halsted-Technik wurde auch im deutschsprachigen Raum benutzt.<sup>21</sup> Allerdings kamen hier – wie noch zu zeigen sein wird – öfter auch weniger weitreichende Techniken zum Einsatz.<sup>22</sup> Theodor Billroth, einer der bekanntesten deutschen Chirurgen seiner Zeit, führte zwei neue Techniken für die Operation von Speiseröhren- und Kehlkopfkrebs ein (1871/3), erregte aber vor allem mit der ersten, von einem Patienten überlebten Operation eines Magentumors Aufsehen (1881). Die sogenannte Billroth I bzw. II hat sich seit dieser Zeit in der ganzen Welt als Standardoperation für Magenkrebs durchgesetzt.<sup>23</sup>

Erst in diesem Augenblick, als die Vision der Heilbarkeit in den Augen einer Elite von Chirurgen Gestalt gewann, konnte Früherkennung überhaupt zum erstrebenswerten Ziel erklärt werden.<sup>24</sup> Die Hoffnung darauf, zuvor einem qualvollen Tod überantwortete Patienten retten zu können, verband sich hier mit der Faszination dafür, wie weit der Mensch mit dem Messer in den lebenden Körper eindringen und ihn „umgestalten“ konnte, so wie es besonders Billroths Magenoperation zeigte, die in ihrer zweiten Form der Magen-Darm-Passage eine andere Ordnung gab. Darum bedeutete die Werbung dafür, bei ersten Symptomen einen Arzt aufzusuchen, einerseits das Ringen um größere Heilungschancen für den Patienten, andererseits aber auch die Suche nach „Probanden“ für einen Heilungsversuch, dessen Folgen bei eher ungewissem Ausgang gravierend waren. Denn ob die Operation überhaupt Heilung oder

---

<sup>20</sup> Ernst Wertheim, *Die operative Behandlung des Prolapses mittelst Interposition und Suspension des Uterus*, Berlin 1919. Die Wertheim-Methode wird bis heute in einer von Joe Vincent Meigs modifizierten Form durchgeführt.

<sup>21</sup> Zu den in den USA praktizierten Operationsmethoden vgl. Aronowitz, *Unnatural History* und Lerner, *Breast Cancer Wars*.

<sup>22</sup> Vgl. dazu die Ausführungen in Kapitel 5.

<sup>23</sup> Atzl/Helms, *Geschichte*, S. 20. Allerdings verstarb Billroths erster Patient schon vier Monate nach der Operation an einem Rezidiv. Billroth I und II bestehen beide in einer teilweisen Entfernung des Magens, dessen Rest entweder neu mit dem Zwölffingerdarm (Billroth I) oder direkt mit dem Dünndarm verbunden wird (Billroth II). Zur Biographie Billroths, der neben seiner Erfolge als Operateur als Antisemit in Erscheinung trat: Leopold Schönbauer, Christian Albert Theodor Billroth, in: *Neue Deutsche Biographie*, Bd. 2, Berlin 1955, S. 239 f. sowie Felicitas Seebacher, „Der operierte Chirurg“. Theodor Billroths Deutschnationalismus und akademischer Antisemitismus, in: *Zeitschrift für Geschichtswissenschaft* 54, 4 (2006), S. 317-338.

<sup>24</sup> G. Winter, *Die Bekämpfung des Krebses im Königreich Preussen*, in: *Zeitschrift für Krebsforschung* 10, 3 (1911), S. 343-364, hier S. 343.

zumindest ein längeres Leben im Vergleich mit denjenigen Patienten brachte, die sich nicht operieren ließen, war zunächst und auch auf längere Sicht keineswegs eindeutig zu beantworten.<sup>25</sup>

Die „Aufbruchstimmung“ der Chirurgen wurde befeuert durch den Optimismus, der die gesamte Medizin des späten 19. Jahrhunderts beflügelte. Gerade erst waren die Bakterien als Krankheitserreger entdeckt und unter dem Mikroskop sicht- und nachweisbar gemacht worden, so dass Übertragungswege erforscht und gezielt Impfstoffe entwickelt werden konnten. Als Ergebnis dieser Bestrebungen wurden einige der zuvor tödlichsten Krankheiten wie Diphtherie, Milzbrand, Tollwut und Wundstarrkrampf zu vermeidbaren Krankheiten. Die Ausbreitung anderer Krankheiten, etwa der Cholera, konnte nun durch Hygienemaßnahmen verhindert werden.<sup>26</sup>

Diese Entdeckungen gaben der Idee der Krankheitsprävention enormen Auftrieb. Zwar hatte bereits zuvor auch die Sozialhygiene präventiv wirken wollen, indem sie gesunde Lebensverhältnisse durch ausreichende Ernährung, saubere, gut belichtete und angemessen belüftete Wohnungen in Städten mit Grünflächen und Kanalisation hatte schaffen wollen. Nun aber zielte die Prävention darauf ab, die Übertragung und Entstehung ganz bestimmter Krankheiten zu verhindern, indem die je spezifischen Übertragungswege aufgeklärt und die Menschen über dementsprechende Verhaltensänderungen in Kenntnis gesetzt wurden. Die ersten Präventionskampagnen dieser neuen Art richteten sich gegen weit verbreitete Krankheiten, gegen die zu diesem Zeitpunkt weder Impfstoffe noch sicher wirksame Medikamente hatten gefunden werden können: gegen die Geschlechtskrankheiten wie Gonorrhöe und Syphilis sowie gegen die Tuberkulose.<sup>27</sup>

---

<sup>25</sup> Eine detailliertere Diskussion folgt in Kapitel 4. Vgl. dazu insbesondere auch die Ausführungen von Aronowitz über William Halsted, der den Erfolg seiner Operation daran bemaß, dass seine Patientinnen längere Zeit ohne das Auftreten lokaler Rezidive lebten – wohl wissend, dass die große Mehrheit unter ihnen an Metastasen starb, vgl. Aronowitz, *Unnatural History*, S. 96f.

<sup>26</sup> Als Überblick zur deutschen Geschichte der Bakteriologie vgl. Berger, *Bakterien*.

<sup>27</sup> Zwar gab es gegen diese Krankheiten Medikamente und Therapien, so etwa das Salvarsan gegen Syphilis, aber die Therapien waren langwierig, nebenwirkungsreich und nicht immer erfolgreich. Vgl. als Überblick über die Therapien und Abwehrstrategien gegen Geschlechtskrankheiten: Lutz Sauerteig, *Geschlechtskrankheiten, Gesundheitspolitik und Medizin im 20. Jahrhundert: Europäische Entwicklungen im Überblick*, in: *Sexologie. Zeitschrift für Sexualmedizin, Sexualtherapie und Sexualwissenschaft* 19, 3/4 (2012), S. 111-118 sowie ders., *Krankheit, Sexualität, Gesellschaft. Geschlechtskrankheiten und Gesundheitspolitik im 19. und frühen 20. Jahrhundert*, Stuttgart 1999. Als Forschungsüberblick zur Geschichte der Aufklärungskampagnen: Anja Laukötter, *Medien der Sexualaufklärung: Forschungsstand und Forschungsperspektiven*, in: *NTM: Zeitschrift für Geschichte der Wissenschaften, Technik und Medizin* 20, 3 (2012), S. 225-232.

Insbesondere die Kampagnen gegen Tuberkulose galten denjenigen als vorbildhaft, die sich am 18. Februar 1900 in Berlin zusammenfanden, um das *Comité für Sammelforschung auf dem Gebiete der Krebsforschung* zu gründen.<sup>28</sup> Zu den wesentlichen Zielen des *Comités* gehörte es, die bisher nur von einer kleinen Schar von Chirurgen und einigen wenigen Radiologen genährte Hoffnung, die Krebskrankheit heilen zu können, einem größeren Laienpublikum glaubwürdig erscheinen zu lassen sowie Möglichkeiten der frühzeitigen Erkennung von Krebs zu schaffen und publik zu machen.

Doch die Hoffnung, die die im *Comité* versammelten Pioniere der Krebsmedizin wecken wollten, hatte eine spezifische Gestalt. Es ging ihnen nicht um die verzweifelte Hoffnung, die Patienten mit weit fortgeschrittenen Tumoren nach jedem möglichen und damit unter anderem auch nach dem „schulmedizinischen“ Strohhalm greifen ließ. So wurde die Ehefrau des lungenkrebskranken Oberpostsekretärs Carl M. aus Hannover, die sich nach der Lektüre einer Zeitungsnachricht am 30. März 1901 hoffnungsvoll an das *Comité* wandte und darum bat, ihren Mann von Mitgliedern des *Comités* in Berlin behandeln zu lassen, mit den Worten beschieden, dass es für den Lungenkrebs ihres Mannes keine Hoffnung auf Heilung (mehr) gebe.<sup>29</sup> Diese verzweifelte letzte Hoffnung hatten Ärzte auch in den Jahrhunderten zuvor oft verkörpert. Nun ging es jedoch darum, Hoffnung mit einer ganz speziellen Temporalität zu verknüpfen und ihr eine spezifische Richtung zu geben: Es gab nur ein kleines Zeitfenster für die Hoffnung bei Krebs und es gab nur einen einzigen Hoffnungsträger.<sup>30</sup>

Dementsprechend benannte bereits der Sonder-Katalog der Gruppe Krebs der wissenschaftlichen Abteilung der Internationalen Hygiene-Ausstellung in Dresden 1911 als Ziel, „darauf hinzuweisen, daß der Krebs, wenn er rechtzeitig erkannt und operiert wird, heilbar ist“. Vinzenz Czerny sekundierte mit der Mahnung an die Besucher, sich nicht um den Zeitraum betrügen zu lassen, „in dem ärztliche Kunst noch

---

<sup>28</sup> Atzl/Helms, Geschichte, S. 14f. und Matthias Kaiser, Zur Geschichte des Deutschen Zentralkomitees zur Erforschung und Bekämpfung der Krebskrankheit (1900-1933), Greifswald 1988.

<sup>29</sup> Bevor die Frau des Oberpostsekretärs diese Antwort erhielt, hatte sich das *Comité* bei dem Arzt des Mannes erkundigt, ob dieser tatsächlich an Lungenkrebs litt, wie der Krebs diagnostiziert worden sei und wie weit fortgeschritten er war. Vgl. Brief der Frau Oberpostsekretär M., Hannover, Linden 30. März 1901 sowie Bericht des Regierungs- und Geheimen Medicinalraths Dr. Guertler an den Minister der geistlichen, Unterrichts- und Medicinal-Angelegenheiten. Hannover, den 3. Juni 1901. GStA PK, Nr. 3846, Bl. 266-269.

<sup>30</sup> Der Königsberger Gynäkologe Georg Winter, der die erste Krebsaufklärungskampagne des Deutschen Reiches in Ostpreußen konzipierte, formulierte das Ziel, dass alle Frauen spätestens einen Monat nach dem Auftreten der ersten Symptome eines Gebärmutterhalskrebses operiert werden sollten, vgl. Winter, Bekämpfung, S. 347.

heilen kann“.<sup>31</sup> Dieses „Rechtzeitig erkannt, heilbar“ wurde geradezu zum Mantra eines Jahrhunderts der Krebsfrüherkennung. Es findet sich auf unzähligen Plakaten und Merkblättern der entsprechenden Kampagnen. Dennoch stecken hinter diesen drei schlichten Worten historisch wandelbare Vorstellungen darüber, was „rechtzeitig“ bedeutet, wie und was man als Krebs erkennen kann und schließlich auch, was als Heilung gelten kann. Vor allem aber veränderten sich die Annahmen darüber, was der rechtzeitigen Diagnose im Weg stand und wie man diese Hindernisse ausräumen und die von Krebs bedrohten Menschen dazu bringen könnte, den einzigen Weg der Hoffnung zu beschreiten: den Weg zum qualifizierten Arzt.

### **3.2 *Das medizinische Wissen, Vertrauen und Angst: erste Kampagnen im Vorfeld des Ersten Weltkrieges***

Als die *Internationale Hygiene-Ausstellung* am 6. Mai 1911 in Dresden ihre Pforten öffnete, strömten unzählige Besucher auf das weitläufige Ausstellungsgelände, um einen Blick auf das „Welt-Wissen“ über Körper und Hygiene zu werfen. So hatte es ihnen das große Auge am blauen Firmament auf dem von Willi Petzold gestalteten Plakat verheißen. Auch das Wissen über die Krebskrankheit gehörte zu dieser Bestandsaufnahme. Immerhin drei der elf ausländischen Pavillons, nämlich diejenigen von Österreich, Großbritannien und der Schweiz, widmeten der Krebskrankheit eine eigene Abteilung.<sup>32</sup>

Die Ausstellung gab den Startschuss für die erste größere Kampagne des *Deutschen Zentralkomitees für Krebsforschung*, wie es nun hieß. Zugleich zeigte die Ausstellung, dass es dem *Zentralkomitee* in den ersten zehn Jahren seines Bestehens bereits gelungen war, das Thema „Krebs“ auf die Agenda der Gesundheitspolitik zu rücken: Die Krebskrankheit war von den deutschen Gastgebern der Ausstellung mit einer eigenen Abteilung bedacht worden – neben den „älteren“, zuvor bereits viel beachteten „Volkskrankheiten“ wie der Tuberkulose und den Geschlechtskrankheiten. Damit war aber nur ein erster, begrenzter Erfolg erreicht: Denn weder erhielt die

---

<sup>31</sup> Sonder-Katalog der Gruppe Krebs der wissenschaftlichen Abteilung der Internationalen Hygiene-Ausstellung in Dresden 1911, Dresden 1911, S. 5 sowie Professor Czerny, Vinzenz, Hygienische Zeitfragen : I. Krebsforschung, in: Illustrierte Zeitung. Hygiene Nummer, herausgegeben anlässlich der internationalen Hygiene-Ausstellung Dresden 1911, S. 18f. Hauptstaatsarchiv Dresden [HSTA D] 13658, Nr. Z 1, Bl. 19.

<sup>32</sup> Internationale Hygiene-Ausstellung Dresden 1911, Mai bis Oktober [Broschüre: Ausstellungsübersicht], S. 10-12. HSTA D, 10736, Nr. 15392, Bl. 6.

Krebsforschung aus Sicht der Komiteemitglieder eine angemessene staatliche Unterstützung, noch war es gelungen, das „Wissen“ über das kurze Zeitfenster der Heilbarkeit weiten Kreisen der Bevölkerung zu vermitteln.

Damit zielte die Sonder-Abteilung Krebs im Rahmen der *Internationalen Hygiene-Ausstellung* 1911 in erster Linie darauf, Krebs zum öffentlichen Gesprächsthema zu machen. So sollte Druck auf die politisch Verantwortlichen aufgebaut werden. Sie sollten weniger „menschenmordende ‚Dreadnoughts‘“ [Kriegsschiffe] bauen – wie Czerny es formulierte – und dafür mehr Geld in die Krebsforschung stecken.<sup>33</sup> Statistische Tafeln belegten zu diesem Zweck die zunehmende Verbreitung der Krebskrankheit und verwiesen auf die hohen Kosten, die Behandlung und Pflege von Krebskranken verursachte. Ebenso wurde auf die Produktivitätsausfälle durch vorzeitig aus dem Beruf scheidende Arbeitskräfte hingewiesen.<sup>34</sup> Die Krebskrankheit erschien so als wesentliches Problem der „Menschen-Ökonomie“. Dies war ein zentraler Begriff für Karl August Lingner, den Initiator des *Hygiene-Museums*, der damit ein Konzept des Soziologen Rudolf Goldscheid übernahm und daraus eine Forderung an den Staat ebenso wie eine Verpflichtung für jeden einzelnen Bürger ableitete.<sup>35</sup> Mit der Ausstellung sollte die Krankheit Krebs zudem aus dem privaten Raum geholt werden, um mehr Aufmerksamkeit für die Verbreitung dieser Krankheit zu wecken und ein

<sup>33</sup> *HMS Dreadnought* war der Name eines 1906 gebauten britischen Schlachtschiffs, das zum Prototyp eines neuartigen Kriegsschiffes wurde, das im Gegensatz zu den vorherigen Typen ausschließlich über Waffen schweren Kalibers verfügte. Dieses neue Modell überzeugte sämtliche europäische Großmächte und führte dazu, dass alle ihre Kriegsmarine mit neu gebauten *Dreadnoughts* auszurüsten suchten – insbesondere auch das Deutsche Reich, das im Flottenwettrüsten mit Großbritannien den Anschluss nicht verlieren wollte, aber sehr schnell an die Grenzen seiner finanziellen Möglichkeiten geriet, so dass Czerny hier auf die öffentlich höchst umstrittene Frage der Flottenfinanzierung anspielte und diese zu seinen Zwecken zu nutzen versuchte, vgl. zur Flottenpolitik: Rolf Hobson, *Maritimer Imperialismus. Seemachtideologie, seestrategisches Denken und der Tirpitzplan 1875 bis 1914*, München 2004. Das Czerny-Zitat entstammt einer anlässlich der *Hygiene-Ausstellung* herausgegebenen Sondernummer der weit verbreiteten *Illustrierten Zeitung*: Czerny, *Hygienische Zeitfragen*, S. 19.

<sup>34</sup> Vgl. die kurzen Beschreibungen der entsprechenden statistischen Darstellungen in: Gruppe Krebs, *Sonder-Katalog*, 1911, S. 7f.

<sup>35</sup> Vgl. etwa: Anonym, *Das Deutsche Hygiene Museum in Gefahr*, in: *Dresdner Neueste Nachrichten* 289 (10.12.1922), dazu auch Martin Roth, *Menschenökonomie oder der Mensch als technisches und künstlerisches Meisterwerk*, in: Rosmarie Beier/Martin Roth (Hg.), *Der Gläserne Mensch – Eine Sensation. Zur Kulturgeschichte eines Ausstellungsobjekts*, Stuttgart 1990, S. 39-67, hier S. 59-64. Zu Goldscheids im gleichen Jahr 1911 formulierten Begriff der Menschenökonomie als „Lehre vom organischen Kapital, von jenem Teil des Besitzes also, den die Bevölkerung selber darstellt“: Jochen Fleischhacker, *Menschen- und Güterökonomie. Anmerkungen zu Rudolf Goldscheids demoökonomischen Gesellschaftsentwurf*, in: Mitchell G. Ash/Christian H. Stifter (Hg.), *Wissenschaft, Politik und Öffentlichkeit. Von der Wiener Moderne bis zur Gegenwart*, Wien 2002, S. 207-229, hier S. 216.

öffentliches, versachlichtes Sprechen über Krebs zu etablieren, das dazu führen sollte, den möglichen Krebsverdacht auch gegenüber dem Arzt frühzeitig zu formulieren.

In der Ausstellung stand demgemäß der Aspekt der Enthüllung und Versachlichung im Vordergrund. Damit wurde der medizinisch-wissenschaftliche Blick sowie die entsprechende Sprache als einzig angemessener und kompetenter Zugang vorgeführt. Dieser Gestus folgte der allgemeinen Konzeption der *Hygiene-Ausstellung*, die der Ausstellungsführer mit den Worten erklärte:

„Der Besucher soll hier einmal eine klare Vorstellung über die Beschaffenheit des menschlichen Körpers und die Aufgaben der einzelnen Organe empfangen. Es soll ihm vorgeführt werden, welche Gefahren den Körper bedrohen, inwieweit er dazu beitragen kann, diese Gefahren abzuwenden, und wie es möglich ist, den eigenen Gesundheits- und Kräftezustand zu erhalten und eventuell zu erhöhen.“<sup>36</sup>

Das Anschauen der ausgestellten Präparate, Moulagen, Installationen oder Tafeln wurde damit schon als ein performativer Akt verstanden: Sich Wissen über den Körper und seine Gefährdungen anzueignen, zog in dieser Sicht geradezu zwangsläufig Erkenntnis und Handeln nach sich. Doch das zur Schau gestellte Körperwissen wurde in einer spezifischen Art und Weise visuell inszeniert: als Aufdeckung der Geheimnisse des Körpers, als Sichtbarmachung des eigentlich Verborgenen durch die neuen Techniken der Wissenschaft. So sollte die Neugierde der Besucher geweckt, ihre Faszination für die Funktionsweisen des Körpers angeregt und sie in die Ausstellung gelockt werden.<sup>37</sup>

Dementsprechend stand für die Kuratoren der Sonder-Abteilung Krebs das in den medizinischen Laboren hergestellte Wissensobjekt im Vordergrund.<sup>38</sup> Geradezu enzyklopädisch wurde das von der Wissenschaft zusammengetragene Wissen über Krebs ausgestellt, ohne es auf die Handlungsmaxime „Früherkennung“ zuzuspitzen. So befand sich unter den 488 ausgestellten Objekten eine Vielzahl anatomischer Präparate. Auch Wachsmodelle (Moulagen), die direkt am lebenden Modell hergestellt worden waren und deshalb besonders lebensecht wirkten, wurden den Blicken der Besucher

<sup>36</sup> Internationale Hygiene-Ausstellung Dresden 1911. Mai bis Oktober [Broschüre: Ausstellungsübersicht], S. 10-12, Hauptstaatsarchiv Dresden [HSTA D], 10736, Nr. 15392, Bl. 6.

<sup>37</sup> Sybilla Nikolow, „Wissenschaftliche Stilleben“ des Körpers im 20. Jahrhundert, in: dies. (Hg.), *Erkenne Dich selbst! Strategien der Sichtbarmachung des Körpers im 20. Jahrhundert*, Köln/Weimar/Wien 2015, S. 11-43, S. 15.

<sup>38</sup> Der Begriff des Wissensobjektes verweist auf die doppelte Bedeutung dieser Exponate als Verdinglichung/Verbildlichung von Wissen einerseits, als Mittel zur Kommunikation dieses Wissens andererseits, vgl. Ludmilla Jordanova, *Objects of Knowledge. A Historical Perspective on Museums*, in: Peter Vergo (Hg.), *The New Museology*, London 1989, S. 22-40.



dargeboten. Daneben gab es Abbildungen mikroskopischer Präparate (Mikrophotogramme) zu sehen, die eine Fülle unterschiedlich lokalisierter bösartiger Geschwülste bei Mensch, (Versuchs-)Tier und Pflanze zeigten und Aufschluss über die experimentelle Praxis im Labor gaben, das heißt am Wissensobjekt selbst Einblick in die Praktiken der Produktion von Krebswissen gewährten.<sup>39</sup> Diese Objekte verifizierten das Argument, dass Krebs in Mensch-, Tier- und Pflanzenwelt gleichermaßen verbreitet war.

Die Objekte präsentierten weit fortgeschrittene Geschwülste – Präparate, die aus heutiger Sicht beängstigend, abstoßend oder ekelerregend wirken könnten. Die Kuratoren haben diese mögliche Wirkung aber offensichtlich nicht als bedenklich angesehen, denn sie benutzten keine Gegenstrategien. In späteren Ausstellungen wurden solche Präparate nur noch benutzt, wenn ihnen eine Abbildung gegenübergestellt werden konnte, die Heilung zeigte. Solche Bildfolgen wurden zwar auch 1911 benutzt, insbesondere um die Heilerfolge der Bestrahlung zu illustrieren, aber nicht in einem nennenswerten Ausmaß. Offensichtlich hielt man die mögliche Krebsangst an dieser Stelle für unproblematisch. Das Zeigen dieser Objekte zielte auf die Vermittlung eines anderen Wissens mit einer anderen emotionalen Kodierung: nämlich darauf, die weitreichenden Forschungen und Entdeckungen der wissenschaftlichen Medizin klar und anschaulich vor Augen zu führen und auf diese Weise Bewunderung für und Vertrauen in die Kompetenz der Medizin zu wecken sowie den Blick auf die Krebsgeschwulst öffentlich zu machen.

Flankiert wurde dies von einem kleineren Ausstellungsteil, der die erste lokal begrenzte, aber von der Anlage her umfassende Kampagne zur Früherkennung des Gebärmutterhalskrebses dokumentierte. Diese war zwischen 1903 und 1907/8 durch den Königsberger Gynäkologieprofessor Georg Winter für die Provinz Ostpreußen konzipiert und organisiert worden. Der Erfolg dieser Kampagne wurde mit Tabellen, Kurven und Graphen belegt, die darüber Auskunft gaben, wie nach Beginn der Informationskampagne die Zahl derjenigen Frauen gestiegen sei, die kurz nach Auftreten der ersten Symptome den Arzt aufgesucht hatten. Komplizierte Berechnungen sollten nachweisen, wie viele Frauen durch die Früherkennungskampagne und eine dadurch

---

<sup>39</sup> Sonder-Katalog, 1911. Zur Geschichte und Technik der Krankheits-Moulagen: Thomas Schnalke, *Diseases in Wax – The History of the Medical Moulage*, Berlin 1995 sowie Elfriede Walther/Susanne Hahn/Albrecht Scholz, *Moulagen. Krankheitsbilder in Wachs*, Dresden 1993.

veranlasste Frühoperation gerettet worden seien.<sup>40</sup> Diese statistischen Tafeln suggerierten einen eindeutigen Zusammenhang zwischen Früherkennung, Frühoperation und Heilung, so als ob jede Frau, deren Gebärmutterhalskrebs früh erkannt und operiert wurde, auch gerettet würde. Georg Winter wusste sehr genau, dass das so nicht zutraf. Ebenso räumte er an anderer Stelle ein, dass viele andere Krebserkrankungen erst so spät Symptome verursachten, dass nur die Hälfte der Fälle trotz Früherkennung noch operiert werden konnten. Der Gebärmutterhalskrebs taugte also nur bedingt als allgemeingültiges Modell für Krebsfrüherkennungs-Kampagnen, so wie es die Platzierung der Kampagne innerhalb der Ausstellung nahelegen sollte.<sup>41</sup>

Diese Modellfunktion wurde auch vom *Zentralkomitee* übernommen, auf dessen Einladung Georg Winter am 10. März 1911 seine Kampagne detailliert vorstellte.<sup>42</sup> Aufgrund seiner früheren Erfahrungen als Oberarzt an der Berliner Universitäts-Frauenklinik hatte Winter drei Hindernisse auf dem Weg zu einer effektiven Früherkennung von Gebärmutterhalskrebs identifiziert. Dazu zählte erstens die mangelnde Kompetenz niedergelassener Ärzte, einen Gebärmutterhalskrebs zu diagnostizieren. Denn viele verzichteten auf eine „innere“ gynäkologische Untersuchung mithilfe eines Spekulum („Scheidenspiegel“), obwohl die Abklärung möglicher Frühsymptome nur so zuverlässig erfolgen könne. Zweitens ging Winter davon aus, dass viele Frauen nicht wüssten, dass diese häufig auftretenden und meist harmlosen Symptome auch einen beginnenden Gebärmutter(hals-)tumor anzeigen könnten. Dementsprechend würden die Frauen den Symptomen lange Zeit keine Beachtung

---

<sup>40</sup> Sonder-Katalog, 1911, S. 14. Eine statistisch noch angreifbarere Berechnung präsentierte Georg Winter in einem ebenfalls 1911 gehaltenen Vortrag vor dem *Zentralkomitee*, der in der *Zeitschrift für Krebsforschung* abgedruckt wurde. Auf Grundlage der preußischen Krebsstatistik von 1908 berechnete Winter hier, wie viele an Krebs erkrankte Menschen durch Aufklärung, Früherkennung und Frühoperation vor dem Tod gerettet werden könnten, indem er von der Zahl der tatsächlich an Krebs Verstorbenen die Zahl derjenigen abzog, die aufgrund der Tumor-Lokalisation für die Aufklärung „unerreichbar“ wäre, weil der jeweilige Tumor erst in einem weit fortgeschrittenen Stadium Symptome verursachte. Aufgrund dieser Berechnung kam Winter zu dem Schluss, dass 14.750 der 25.600 im Jahr 1908 in Preußen an Krebs verstorbenen Menschen durch Aufklärung hätten gerettet werden können. Zugleich räumte Winter allerdings ein, dass seine Berechnungen statistisch nicht belastbar seien und damit bis zu einem gewissen Punkt spekulativ bleiben müssten, vgl. Winter, *Bekämpfung*, S. 349f.

<sup>41</sup> Winter, *Bekämpfung*, S. 349, nennt den Prozentsatz der Idealoperabilität, den er für Magenkrebs mit 50%, für Brustkrebs dagegen mit 90% angab. Bestimmte Krebserkrankungen wie der Lungenkrebs kämen, so Winter, überhaupt nicht für Aufklärungskampagnen in Betracht, da sie erst viel zu spät entdeckt würden oder gänzlich inoperabel seien.

<sup>42</sup> Laut Auskunft Winters hatten sich auch verschiedene Krebsgesellschaften anderer Länder für seine Kampagne interessiert und zum Teil zum Vorbild genommen. Explizit erwähnt Winter Österreich-Ungarn, Frankreich, Großbritannien, die Schweiz, die Niederlande, Belgien, Russland, Dänemark, Norwegen, Schweden, Italien und die USA, vgl. Winter, *Bekämpfung*, S. 347.

schenken. Und drittens nahm Winter an, dass diejenigen Frauen, die einen Krebsverdacht hegten, oft erst spät zum Arzt gingen, weil sie dem Arzt in punkto Krebsbehandlung weniger zutrauten als den „Kurpfuschern“ oder weil sie generell annahmen, dass Krebs nicht heilbar sei.<sup>43</sup>

Darum zielte Winters Kampagne auf zwei Gruppen: auf die niedergelassenen Ärzte, die besser in den Methoden der Krebs-Frühd Diagnose ausgebildet werden sollten, sowie auf das Laienpublikum, das er über die Krebs-Frühsymptome ebenso wie über die Aussicht auf Heilung durch Frühoperation aufklären wollte. Eine dritte Gruppe waren aus Sicht Winters die Hebammen und anderes Krankenpflegepersonal, das er miteinbeziehen wollte, weil er festgestellt hatte, dass es von Frauen aus dem Kleinbürgertum und der Unterschicht eher zu Rate gezogen wurden als Ärzte. Ihre Aufgabe sollte in einer Art Wegweiserfunktion bestehen. Sie sollten über Frühsymptome Bescheid wissen, damit sie Frauen dazu drängen konnten, bei verdächtigen Anzeichen sofort zum Arzt zu gehen. Vor der „Selbstüberschätzung“, diese Symptome selbst beurteilen zu können, sollten sie allerdings nachdrücklich gewarnt und eventuell sogar mit Strafverfolgung bedroht werden.<sup>44</sup>

Im Hinblick auf Ärzte und Pflegepersonal stand also Fortbildung und Wissensvermittlung im Vordergrund. Mögliche andere Barrieren, etwa die Frage, ob auch außer-medizinische Gründe dafür verantwortlich waren, dass die Ärzte so selten mit dem Spekulum untersuchten, thematisierte Winter nicht oder nur ganz am Rande. Im Hinblick auf das Publikum, die „Menschheit“, sinnierte er jedoch: „Ist es überhaupt denkbar, liegt es überhaupt im Bereich der Möglichkeit, einen Einfluss auf dieselbe zu gewinnen?“<sup>45</sup> 1911 war diese Frage für ihn bereits eine rhetorische geworden, denn Winter *hatte* ja bereits eine mehrjährige Kampagne durchgeführt und deren Effekte durch Befragungen der Ärzte nach Abschluss der Kampagne evaluiert. Insofern antwortete er mit einem deutlichen „Ja“.

Allerdings war er auch auf Kritik gestoßen. Ihm wurde vorgeworfen, er schüre mit seiner großangelegten, auf die Tagespresse gestützten und durch die Verteilung eines Merkblattes in 150.000 Exemplaren beförderten Kampagne die Krebsangst der Bevölkerung.<sup>46</sup> Im Kern ging es bei diesem Vorwurf um die Frage, mit welchen

---

<sup>43</sup> Winter, *Bekämpfung*, S. 344, 346 u. 353.

<sup>44</sup> Winter, *Bekämpfung*, S. 355-357.

<sup>45</sup> Winter, *Bekämpfung*, S. 357.

<sup>46</sup> Winter, *Bekämpfung*, S. 351.

Gefühlen und welcher Haltung die Menschen ihrem Körper begegnen sollten. Sollten sie ihn als komplexes, schützenswertes Wunderwerk ansehen und darum die Notwendigkeit erkennen, ihren Körper zu pflegen, zu stärken und durch Vermeidung bestimmter Gefahren vor Ansteckung mit Tuberkulose oder Geschlechtskrankheiten zu schützen? Sollten sie ihrem subjektiven Gefühl von Gesundheit vertrauen, „stark“ sein und nicht über jedes „Zipperlein“ klagen? Dem hätte die Mehrzahl der Mediziner und Gesundheitspolitiker um 1911 zugestimmt. Eine solche Haltung entsprach der von der Sozialhygiene vertretenen Auffassung, die über die erforderlichen Wege, nicht aber über dieses Ziel stritt.

Die Kampagnen der Krebs-Aufklärung liefen jedoch auf etwas Anderes hinaus. Hier ging es gerade darum, die Menschen dazu zu erziehen, dass sie bestimmte „Zipperlein“ ernst nahmen, auch wenn sie sich subjektiv wohl und gesund fühlten. Sie sollten also ein gewisses Bewusstsein für die in ihrem scheinbar gesunden Körper verborgene existentielle Bedrohung entwickeln und lernen, dementsprechend „achtsam“ gegenüber ihrem Körper zu sein.<sup>47</sup> Diese Haltung der Achtsamkeit gegenüber harmlos erscheinenden Symptomen wollte Winter mit seiner Kampagne erzeugen, nicht jedoch eine unablässige Selbstbeobachtung und -untersuchung, die den Körper niemals im Zustand der Gesundheit schweigen ließe, um Canguilhems Formulierung aufzugreifen. Dementsprechend schrieb er:

„Der Grundgedanke dieser Aufklärung ist der, dass der Kranke die Möglichkeit einer Krebsentwicklung stets im Auge haben soll, wenn Symptome oder Befunde der genannten Art sich bei ihm einstellen. Er soll keineswegs durch Furcht vor einem Krebs zu einem beständigen Untersuchen auf Knoten und zu einem argwöhnischen Beobachten aller körperlichen Funktionen veranlasst werden, er soll nur diese ihm sich anbietenden Störungen beachten und dem Arzt zur Beurteilung vorlegen.“<sup>48</sup>

Winter hegte keinen Zweifel, dass eine solche quasi auf den Punkt gebrachte Angst vor Krebs zu erzeugen möglich sein würde. Denn er hielt die psychisch gesunden Menschen für viel zu robust in ihrer Haltung zu ihrem Körper, als dass sie zu einer quälend angstvollen ständigen Selbstbeobachtung neigen würden. Eher müsse man feststellen, dass sie ihrem Körper in „indolentem Stumpsinn“ überhaupt keine Beachtung schenkten oder vor lauter alltäglicher Not und Verpflichtung keine Zeit fänden, um sich

---

<sup>47</sup> Den Begriff der Achtsamkeit benutzte das erste, 1911 im Auftrag des *Zentralkomitees* von dem Berliner Arzt Alfred Pinkuß entworfene „Krebs-Merkblatt zur Aufklärung des Volkes über die Krebskrankheit“. Bundesarchiv Berlin-Lichterfelde BArch R 86 / 850.

<sup>48</sup> Winter, *Bekämpfung*, S. 359.

um ihren Körper zu kümmern.<sup>49</sup> Aufgrund dieser Einschätzung erkannte Winter in der Angst, die einem in die Glieder fuhr, sobald man ein mögliches Frühsymptom an sich feststellte, einen wichtigen Bundesgenossen, der diese Widerstände überwinden helfen und die Menschen schnell zum Arzt treiben könnte. Angst, für die es eine Handlungsoption gab, erschien ihm von daher als eine absolut unproblematische Emotion. Denn der gesunde und über die Heilungschancen informierte Mensch würde auf die Angst mit einem vollständig „rationalen“ Muster reagieren: sprich zum Arzt gehen und dessen Diagnose erfragen. Und ebenso wenig zweifelhaft erschien es Winter aufgrund seiner Erfahrungen als Leiter der Königsberger Frauenklinik, dass die Angst sofort wieder verschwand, wenn der Arzt feststellte, dass kein Krebs vorlag.<sup>50</sup>

Damit folgte Winter einem Verständnis von Angst, das im späten 19. Jahrhundert dominant gewesen war. Dieses konzipierte Angst als ein in Maßen angemessenes oder sogar sinnvolles, da handlungsmotivierendes Gefühl, das aber bei entsprechender Erziehung von jedem gesunden Menschen überwunden werden konnte. Angst wirkte also nicht langfristig verstörend oder, wie es später heißen sollte: traumatisierend. Sowohl Erziehungsratgeber als auch Kinder- und Jugendliteratur dieser Zeit erwähnten Angst, ohne ihr Auftreten per se als moralisch negativ zu kennzeichnen. Auch der Innensicht auf die Angst wurde wenig Raum gegeben. Entscheidend war, dass die Angst überwunden wurde – und dafür boten die Geschichten Vorbilder und gaben die Ratgeber Hinweise.<sup>51</sup> Auch in der Emotionspsychologie dieser Zeit, wie sie etwa von Wilhelm Wundt oder William James vorangetrieben wurde, hatte die Angst einen evolutionshistorisch erklärbaren Sinn: sie sollte auf Gefahren aufmerksam machen und den Körper zu Flucht oder Angriff mobilisieren.<sup>52</sup>

Mit der Wende zum 20. Jahrhundert mehrten sich allerdings auch Stimmen, die Angst für problematischer hielten. Insbesondere in Erziehungsratgebern sowie der

---

<sup>49</sup> Winter, *Bekämpfung*, S. 358.

<sup>50</sup> Winter, *Bekämpfung*, S. 351f.

<sup>51</sup> Hitzer, *Jim Button's Fear*, S. 174f., 186; Stearns/Haggerty, *Role of Fear* sowie Bakker, *Meaning of Fear*.

<sup>52</sup> Bereits Charles Darwin hatte sich mit der evolutionshistorischen Rolle von Emotionen und ihren Ausdrucksformen bei Mensch und Tier beschäftigt. Wilhelm Wundt und William James stellten die Frage in den Vordergrund ihrer Forschung, wie Emotionen und physiologische Vorgänge im Körper zusammenwirken und ob die Emotion erst das Ergebnis der peripheren physiologischen Reaktion auf eine bestimmte Situation war: Charles Darwin, *The Expression of Emotions in Man and Animals*, London 1872. Zur Emotionspsychologie der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts, vgl. Claudia Wassmann, *The Science of Emotion: Studying Emotions in Germany, France, and the United States, 1860-1920*, Ph.D. Diss., Chicago 2005.

Kinder- und Jugendliteratur wurde nun ausführlicher beschrieben, wie nachhaltig verstörend Angst wirken könne. Einige Ratgeber räumten ein, dass die von Eltern erwartete und durch „Testsituationen“ wie das Alleinlassen im Keller forcierte Überwindung der Angst scheitern und die kindliche Seele in ihrer Entwicklung zu emotionaler Stärke hemmen könne. Die Einsicht in dieses psychische Innenwirken der Angst verdankte sich dabei auch der Psychoanalyse, die zu dieser Zeit ihren wissenschaftlichen Aufstieg begann.<sup>53</sup>

Genau diese Frontstellung der beiden Angstbegriffe kennzeichnete auch die Debatte um das erste Krebs-Informationsblatt des *Zentralkomitees*, das der Berliner Arzt Dr. Alfred Pinkuß entworfen hatte und das 1911 in erster Auflage in ganz Preußen verteilt wurde.<sup>54</sup> Wohlgemerkt: Die Diskussion entzündete sich nicht an der Aufmachung des Faltblattes, das gänzlich auf das geschriebene Wort setzte, noch primär an der Auswahl der Informationen. Stattdessen richtete sich die Kritik auf die Zumutung, Frauen und Männer mit dem Wissen um eine potentielle, noch verborgene Krebskrankheit zu belasten und ihnen Skepsis gegenüber ihrem intuitiven Gefühl des Wohlsens beizubringen, so dass sie bei kleinsten Symptomen das Schlimmste befürchten würden. So warnte etwa Dr. Kroenig, Oberhebarzt für die Kreise Freiburg, Lörrach und Waldshut, in einem Schreiben an das Badische Innenministerium davor, das Merkblatt zu übernehmen:

„[...] nach meiner persönlichen Überzeugung wird ein derartiges Merkblatt nur den einen Erfolg haben, ein Heer von Hypochondern zu erzeugen und an und für sich ängstliche Individuen nur noch zu weiterer Beobachtung aufpeitschen. Wer künstlich in solche Krebsfurcht hineingetrieben wird, verliert die Lust am Leben und an der Arbeit, es wird dadurch mehr Unheil am Volksleben erzeugt, als durch die etwas frühere ärztliche Beratung genützt werden kann.“<sup>55</sup>

Der für die Geburtshilfe verantwortliche Gynäkologe Kroenig wollte also nicht glauben, dass die Krebsangst auf den einen Moment begrenzt werden könne, in dem tat-

<sup>53</sup> Hitzer, Jim Button's Fear, S. 176f. sowie zur Geschichte der Erziehungsratgeber: Jensen, Mrs. Gaskell's Anxiety und Miriam Gebhardt, Die Angst vor dem kindlichen Tyrannen. Eine Geschichte der Erziehung im 20. Jahrhundert, München 2009.

<sup>54</sup> Krebs-Merkblatt zur Aufklärung des Volkes über die Krebskrankheit, bearbeitet von Dr. Alfred Pinkuß, Berlin, hg. vom Deutschen Zentralkomitee zur Erforschung und Bekämpfung der Krebskrankheit e.V., Berlin 1911. Bundesarchiv Berlin-Lichterfelde BArch R 86 / 850. Eine zweite Auflage erschien bereits 1911. 1921 wurde es erneut, nun aber mit deutlichen Veränderungen wieder aufgelegt, BArch R 1501/111968, Bl. 38-41.

<sup>55</sup> Bernhard Kroenig, Gr. Oberhebarzt für die Kreise Freiburg, Lörrach und Waldshut, Schreiben an das Gr. Ministerium des Innern in Karlsruhe. Freiburg, den 18. Februar 1913. BArch R 1501/111967, Bl. 190-192.

sächlich Symptome auftraten. Angst war in seiner Sicht ein eher paralyisierendes Gefühl: Es trieb zwar möglicherweise den Hypochonder zum Arzt, dafür aber dringte es quasi unaufhaltsam in alle Lebensbereiche ein und bringe die innere Lebensenergie zum Erlöschen. Nach seiner Überzeugung waren die „Normalsterblichen“ dem Wissen um die permanent vorhandene Bedrohung ihres Lebens durch einen in ihrem Körper vielleicht schon im Verborgenen wachsenden Tumor nicht gewachsen. Auch teilte er den Optimismus des *Zentralkomitees* im Hinblick auf die durch Früherkennung deutlich steigenden Heilungschancen nicht und warf dem Merkblatt-Verfasser Pinkuß vor, unberechtigte Hoffnungen zu wecken, deren vorauszusehende Enttäuschung das Vertrauen in die Ärzteschaft untergraben werde.<sup>56</sup>

Sowohl die Mitglieder des *Zentralkomitees* als auch die zuständigen Mitarbeiter des Kaiserlichen Gesundheitsamtes nahmen diese von Kroenig und anderen geäußerten Bedenken ernst.<sup>57</sup> Sie bestritten nicht, dass das Merkblatt Angst erzeugen könne. Allerdings bewerteten sie den erwünschten Effekt, die frühere Diagnose und Behandlung von Krebs, höher als die Belastung der Bevölkerung durch Krebsangst, deren Auswirkungen man für weniger dramatisch hielt, als Kroenig es voraussagte.<sup>58</sup> Mit dieser Einschätzung schlug die deutsche Gesundheitspolitik einen anderen Weg ein, als ihn etwa Großbritannien und die Niederlande verfolgen sollten. Beide Länder führten aus den von Kroenig angeführten Gründen bis in die 1950er Jahre keine an das Laienpublikum gerichteten Früherkennungskampagnen durch. Sie beschränkten sich stattdessen auf Informationskampagnen für Ärzte, Hebammen und Gemeindefrauen, die ihre Patientinnen im Blick behalten und aufmerksam auf Klagen über mögliche Frühsymptome achten sollten, um erst in diesem Fall auf eine Untersuchung zu drängen.<sup>59</sup> In Frankreich und den USA teilte man dagegen das bei den Verantwortlichen im Deutschen Reich überwiegende Vertrauen in die emotionale Robustheit der

---

<sup>56</sup> Ibid.

<sup>57</sup> Zur institutionellen Bedeutung und Funktionsweise des 1876 gegründeten Kaiserlichen Gesundheitsamtes, das in der Weimarer Republik als Reichsgesundheitsamt fortgeführt wurde, vgl. Axel C. Hüntelmann, *Hygiene im Namen des Staates. Das Reichsgesundheitsamt 1876-1933*, Göttingen 2008.

<sup>58</sup> Der Präsident des Kaiserlichen Gesundheitsamtes, Berichterstatter Dr. Hamel, Schreiben: betrifft Krebsmerkblatt. Berlin, den 21. Mai 1913. BAArch R 1501/111967, Bl. 208-212.

<sup>59</sup> Vgl. zu Großbritannien: Toon, *Cancer as the General Population Knows It* (2007) sowie zu den Niederlanden: Snelders/Mejiman/Pieters, *Cancer Health Communication*.

Bevölkerung gegenüber der Krebsangst und konzipierte ähnliche Früherkennungskampagnen, für die die Aktion Georg Winters sogar als Vorbild herangezogen wurde.<sup>60</sup> Allerdings unterschied sich die Haltung in den USA insofern von der deutschen, als man hier schon früh spezielle Kliniken und Sprechstunden für krebskranke Menschen einrichtete, die man auch offen so benannte, während man im Deutschen Reich Kliniken und Beratungsstellen möglichst „neutral“ benannte, um den Patienten gegenüber zu verbergen, dass sie an Krebs litten.<sup>61</sup>

### ***3.3 Emotionale Resonanzen: Wissensvermittlung zwischen Scham und Ekel in der Zwischenkriegszeit***

Der Erste Weltkrieg bedeutete im Hinblick auf die Früherkennungskampagnen keinen fundamentalen Bruch. Allerdings änderten sich in den 1920er Jahren die ökonomischen Bedingungen für die Gesundheitspolitik im Allgemeinen, besonders aber für die Krebsforschung und -behandlung. Dies hatte durchaus Effekte auf die Früherkennungskampagnen. Daneben hatte nun der Film seinen großen Auftritt und schließlich wandelten sich in dieser Zeit (medien-)psychologische Vorstellungen davon, wie die Bevölkerung belehrt und beeinflusst werden konnte. In dieser Zeit setzte eine intensive Reflexion darüber ein, mit welchen Strategien, Emotionen und daran geknüpften Narrativen Gesundheitswissen langfristig wirksam vermittelt werden könne. Damit traten Fragen der Verantwortlichkeit und moralischen Verpflichtung, die an gesundheitspolitische Imperative gebunden wurden, stärker in den Vordergrund.

Die Jahre der Inflation und der Währungsreform von 1923 waren im Hinblick auf die Versorgung der Bevölkerung mit Nahrung und Wohnraum eine Zeit der Not für viele. Auch die Krankenversorgung musste auf den überall herrschenden Mangel reagieren. Die Bettenausstattung mancher Krankenhäuser lag zeitweise dramatisch unter dem tatsächlichen Bedarf, so dass die Verwaltungen nach Möglichkeiten suchten, Patienten schnell wieder aus dem Krankenhaus zu entlassen.<sup>62</sup> Dies waren schwierige Bedingungen, um eine angemessene Behandlung von Krebskranken durchzusetzen, die

---

<sup>60</sup> Winter selbst nennt noch eine Reihe anderer Staaten wie Österreich-Ungarn, die Schweiz, Belgien, Russland, Dänemark, Norwegen, Schweden und Italien, die seine Kampagnen als Vorbild herangezogen hätten; auch Großbritannien und die Niederlande hätten sich teilweise an seiner an die Ärzte und Hebammen gerichteten Kampagne orientiert, vgl. Winter, *Bekämpfung*, S. 347.

<sup>61</sup> Vgl. dazu die Ausführungen in Kapitel 4 sowie Czerny, *Hygienische Zeitfragen*, S. 19.

<sup>62</sup> Punkt 2: Bericht über die Sitzung des Ausschusses zur Linderung der Bettennot. Auszug aus dem Direktions-Sitzungsprotokoll [des Krankenhauses Moabit] vom 22.10.1925. LAB A Rep. 003-04-03, Nr. 115, Bl. 14.



in der Regel langwierig, pflegeaufwendig und oft nicht erfolgreich im Sinne einer definitiven Heilung war.<sup>63</sup> So waren die Krebsbaracken der Berliner Charité ebenso wie das dazugehörige Krebsforschungsinstitut derart unterfinanziert, dass sie ohne private Spenden und vor allem ohne erhebliche Zuschüsse aus dem Privatvermögen des Direktors Ferdinand Blumenthal kaum hätten weiterbestehen können.<sup>64</sup>

Aber auch für Finanzierung und Erfolg der Früherkennungskampagnen war dies eine schwere Zeit. In den Jahrzehnten vorher war Krebs oft als Alterskrankheit dargestellt worden – die Zunahme der Krebserkrankungen wurde mit einem Anstieg der Lebenserwartung begründet. Darum fiel es nun in Zeiten knapper Kassen nicht leicht, öffentliche und private Gelder zu mobilisieren, während zugleich andere „Volkskrankheiten“ wie Syphilis und Tuberkulose, die überwiegend jüngere Menschen betrafen, weit oben auf der gesundheitspolitischen Agenda standen. Außerdem war eine Krebsbehandlung kostspielig, insbesondere wenn Radium zum Einsatz kam, das mangels eigener Vorkommen teuer auf dem Weltmarkt erworben werden musste.<sup>65</sup> Zwar bezahlten die Krankenkassen eine solche Behandlung, aber Angehörige der sogenannten freien Berufe wie zum Beispiel Anwälte waren ebenso wenig krankenversichert wie Selbständige.<sup>66</sup> Aus diesem Grund waren die Personenkreise, die gesundheitspolitischen Kampagnen sonst aufgeschlossen gegenüberstanden, in der Frage der Krebs-Früherkennung zurückhaltend, da sie nur schwer die Kosten einer Radiumbehandlung aufbringen konnten. Das hielt, wie Ärzte durch Gespräche mit

---

<sup>63</sup> Mit dem Argument, dass die Betten knapp seien und damit nicht für die Behandlung unheilbarer oder pflegebedürftiger Krebspatienten zur Verfügung stehen sollten, versuchte die Kommunalverwaltung Druck auf die Krankenhäuser auszuüben, Krebspatienten möglichst schnell nach Hause oder in Hospitäler zu verlegen, die allerdings in keinster Weise auf die Pflege von Krebskranken vorbereitet waren, vgl. z.B. Schreiben des Berliner Oberbürgermeisters an die zentral verwalteten Krankenhäuser und Krankenstationen. Berlin, den 11. November 1931. Landesarchiv Berlin [LAB] A Rep. 003-04-03, Nr. 60, Bl. 169/170.

<sup>64</sup> Vgl. dazu auch Voswinckel, Erinnerungsort Krebsbaracke, S. 75-81. Im Jahresbericht des Berliner Instituts von 1920 teilte Blumenthal mit, dass er 100.000 Mark aus seinem Privatvermögen ins Institut gesteckt hatte, vgl. Bericht Blumenthals über die Lage des Instituts für Krebsforschung an den Minister für Wissenschaft, Kunst und Volksbildung. Berlin, den 14. Juni 1920. HU Archiv Charité-Direktion, 951, Bl. 24f. Nachdem Blumenthal von den Nationalsozialisten entlassen worden war, führte sein Nachfolger Hans Auler aus, dass die Gehälter der Ärzte zuvor entweder von Blumenthal privat bezahlt worden waren oder diese gar kein Gehalt erhielten – darum, so folgerte der von Blumenthal ebenfalls viele Jahre lang geförderte und unterstützte Auler zynisch und in antisemitischem Duktus, habe es überwiegend jüdische Ärzte am Krebsforschungsinstitut gegeben, vgl. Schreiben Aulers an die Charitédirektion. Berlin, 18.12.1933. HU Archiv, Charité-Direktion, 2574, Bl. 56.

<sup>65</sup> Vgl. dazu Kapitel 4.

<sup>66</sup> Ferdinand Blumenthal, Bericht über das Institut für Krebsforschung. Berlin, den 27. Oktober 1922. HU Archiv Charité-Direktion, 951, Bl. 124 und 126-130, hier Bl. 129.

Patienten herausfanden, nicht wenige davon ab, bei Krebsverdacht den Arzt aufzusuchen.<sup>67</sup>

Dieser Hintergrund erklärt, warum in den Kampagnen der 1920er Jahre betont wurde, dass auch Menschen zwischen dreißig und sechzig Jahren an Krebs erkrankten und dass insbesondere der Gebärmutterhalskrebs, der schon wegen seiner leichteren Diagnostizierbarkeit im Vordergrund der frühen Kampagnen gestanden hatte, nun noch mehr in den Mittelpunkt gestellt wurde. Denn tatsächlich erkrankten überwiegend Frauen dieser Altersspanne an Gebärmutterhalskrebs – in einem Alter also, in dem sie als Mütter und Arbeitskräfte gebraucht wurden und unersetzlich waren.<sup>68</sup> Ähnliches traf für den Magenkrebs zu, an dem überwiegend Männer im fünften und sechsten Lebensjahrzehnt erkrankten, während sie also noch einer Erwerbsarbeit nachgingen.<sup>69</sup> Andere, nur schwer frühzeitig zu entdeckende und überwiegend ältere Menschen betreffende Krebserkrankungen blieben dagegen in den Kampagnen meist unerwähnt.<sup>70</sup>

In den vom Dresdner *Hygiene-Museum* verantworteten Ausstellungen und Kampagnen der 1920er und frühen 1930er Jahre wurde weiterhin der Vermittlung von Wissen über Frühsymptome und Frühbehandlung großes Gewicht beigemessen. Aber das Vertrauen in die handlungsstimulierende Wirkung von Wissen allein schwand

<sup>67</sup> Bericht Blumenthals über die Lage des Instituts für Krebsforschung an den Minister für Wissenschaft, Kunst und Volksbildung. Berlin, den 14. Juni 1920. HU Archiv Charité-Direktion, 951, Bl. 24f. sowie Ferdinand Blumenthal, Die Organisation des Kampfes gegen den Krebs in Deutschland. Vortrag, gehalten auf dem internationalen Symposium on Cancer Control, veranstaltet von der Society for Control of Cancer N.Y.U.S.A. in Lake-Mohonk am 22. September 1926, in: Zeitschrift für Krebsforschung 24, 5 (1927), S. 459-464. BArch R 86/2592.

<sup>68</sup> So noch 1932 die Argumentation in der Debatte um ein Krebsgesetz. So führte der Kieler Professor Schröder aus: „Etwa 50-60% der an Unterleibskrebs erkrankten Frauen stürben im 35. - 50. Lebensjahr an Krebs, also in einem Alter, in dem sie als Mütter für die Aufzucht der Kinder von unersetzlichem Wert seien. Die Familienerhaltung sei zweifellos ein sehr wichtiges Motiv für gesetzgeberische Maßnahmen. 12-15000 Frauen gingen in Deutschland jährlich an Unterleibskrebs zugrunde.“ Niederschrift über die Sitzung des Präsidiums des Reichsausschusses für Krebsbekämpfung am 30. Januar 1932 in Berlin. BArch B142/412, Bl. 256-266. Eine Tafel der vom *Hygiene-Museum* Dresden verantworteten Wanderausstellung „Kampf dem Krebs“ (1931) wies mit einer anschaulichen Grafik die Zeit zwischen dem 45. und dem 60. Lebensjahr als Haupt-Erkrankungszeit aus: DHMD 2001/247.65.

<sup>69</sup> Ferdinand Blumenthal, Krebsleiden. Ursachen, Verhütung und Bekämpfung, Dresden o.J. [1919], S. 8. BArch R 86/2592.

<sup>70</sup> So beschränkte sich die 1921 herausgegebene Neuauflage des von Pinkuß ausgearbeiteten Krebs-Merkblattes auf Krebse der Verdauungsorgane (Lippe, Mundhöhle, Zunge, Speiseröhre, Magen, Darm), auf Krebs der weiblichen Geschlechtsorgane (Gebärmutter, Scheide, Brust) sowie auf Hautkrebs. 1911 bzw. 1912 war noch hingewiesen worden auf Leberkrebs, Eierstockkrebs, Hoden-, Nieren- und Blasenkrebs sowie Rachen-, Kehlkopf- und Luftröhrenkrebs. Vgl. Krebs-Merkblatt zur Aufklärung des Volkes über die Krebskrankheit, bearbeitet von Dr. Alfred Pinkuß, Berlin, hg. vom Deutschen Zentralkomitee zur Erforschung und Bekämpfung der Krebskrankheit e.V., Berlin 1911. BArch R 86 / 850 sowie Krebs-Merkblatt zur Aufklärung des Volkes über die Krebskrankheit, hg. vom Deutschen Zentralkomitee zur Erforschung und Bekämpfung der Krebskrankheit e.V., Berlin 1921. BArch R 1501/111968, Bl. 38-41.

deutlich. Ein Grund dafür war, dass die an der Konzeption von Ausstellungen und Kampagnen beteiligten Ärzte feststellten, dass es oft nicht Unkenntnis über Frühsymptome und Therapien war, die die Menschen davon abhielt, im Falle eines Krebsverdachts den Arzt aufzusuchen. Vielmehr berichteten die Patienten, die erst in einem späten Stadium der Krebskrankheit in Behandlung kamen, dass sie sich trotz ihres eigenen Krebsverdachts gegen eine frühe Behandlung entschieden hätten. Manchmal hatten sie diese Entscheidung sogar nach der Konsultation ihres Hausarztes oder Gynäkologen getroffen, da auch dieser die Möglichkeit einer Krebs-Heilung bezweifelt und damit ihre bereits vorhandene Skepsis gegenüber einer schulmedizinischen Behandlung bestärkt habe.<sup>71</sup> Die Kampagnenmacher führten diese „Hoffnungslosigkeit“ der niedergelassenen Ärzte auf eine durch deren Alltagserfahrungen verursachte statistische Verzerrung der Heilungsraten zurück. Denn die niedergelassenen Ärzte würden meist nur die erfolglos behandelten, sterbenden Krebspatienten zurücküberwiesen bekommen, während geheilte Patienten unter Umständen erst Jahre später in den Praxen wieder auftauchen würden.<sup>72</sup> Dennoch mussten auch die auf Krebsstationen bzw. in der Chirurgie oder Radiologie beschäftigten Ärzte eingestehen, dass bis zu achtzig Prozent der Patienten von vorneherein als nicht operabel anzusehen waren und die längerfristigen Heilungsraten operierter oder bestrahlter Patienten mit Ausnahme von Hautkrebspatienten gering blieben.<sup>73</sup> Demgegenüber hegten die an den Kampagnen beteiligten Ärzte die Hoffnung, diese Raten durch frühzeitigere Diagnosen steigern zu können.

Zwar konnte so der „Hoffnungslosigkeit“ vieler praktischer Ärzte die Hoffnung auf eine günstigere Zukunft entgegengehalten werden – und diesem Argument dienten viele der Abbildungen und filmischen Dokumentationen wissenschaftlicher

---

<sup>71</sup> Vgl. z.B. Ferdinand Blumenthals Einschätzung, die er insbesondere durch Gespräche im Anschluss an seine Vorträge gewonnen hatte: „Es herrscht in den Aerztekreisen eine hoffnungslose Stimmung in bezug auf die Krebsbehandlung, die nicht berechtigt ist. Ein großer Fehler ist es, daß die Aerzte diese Hoffnungslosigkeit vielfach dem Publikum gegenüber zum Ausdruck bringen. Es ist einer der Hauptgründe, daß die Patienten zum Kurpfuscher bzw. Biochemiker gehen, weil sie sehen, daß der Arzt zu seiner Wissenschaft kein Vertrauen hat. Wenn wir in den Vorträgen die Patienten warnen, zum Kurpfuscher zu gehen, so darf uns die Antwort nicht entgegenschallen, daß man den Arzt gefragt habe, dieser aber gesagt habe, es sei nichts mehr zu machen.“ Ders., Die Bekämpfung des Krebses, in: Blätter des Deutschen Roten Kreuzes 7, 10 (1928), S. 3-9, S. 7. BArch R 1501/126318, Bl.75. Ähnlich noch ders., Krebskonferenz in Dresden vom 11.-13. Juni 1930, in: Zeitschrift für Krebsforschung 31, 1 (1930), S. 632-636, hier S. 633. BArch R 86 / 2592.

<sup>72</sup> Anton Mißriegler, Krebsbehandlung durch den Hausarzt, in: Hippokrates 25 (1936), S. 661-664, hier S. 661f.

<sup>73</sup> Z.B. Niederschrift über die Sitzung zwecks Gründung eines ostpreussischen Landesausschusses zur Bekämpfung des Krebses, am Dienstag, den 17. November 1931 im Landeshaus. BArch R 36/1391.

Forschungspraktiken. Solange man aber nur wenige konkrete Nachweise dafür vorlegen konnte, dass Früherkennung die Heilungschancen verbesserte, war kaum auf eine Unterstützung der skeptischen Haus- und Frauenärzte zu zählen, die dagegen die durch die Therapien verursachten „Verstümmelungen“ in die Waagschale warfen.<sup>74</sup> Darum wählte man an einigen Orten einen „Umweg“: So entschied etwa 1929 der badische *Landesverband zur Bekämpfung des Krebses*, zentrale „Untersuchungs- und Fürsorgestellen zur Verhütung und Bekämpfung von Geschwulstkrankheiten“ einzurichten. Diese sollten sowohl Krebserkrankungen diagnostizieren als auch die schulmedizinische Behandlung durchführen oder in enger Zusammenarbeit mit entsprechenden chirurgischen oder radiologischen Klinik-Abteilungen organisieren.<sup>75</sup> In Berlin waren solche Fürsorgestellen bereits vor dem Ersten Weltkrieg eingerichtet worden. Diese hatten sich auch um alle nach Hause entlassenen Krebskranken kümmern sollen, die Unterstützung oder Pflege benötigten.<sup>76</sup>

Diese Beratungsstellen sollten die Hoffnungslosigkeit vieler Ärzte überspielen, indem die Hausärzte bei Krebsverdacht gar nicht mehr gefragt werden mussten. Die Beratungsstellen sollten aber auch Menschen, die bei sich eine Krebserkrankung vermuteten, helfen, Schwellen zu überschreiten, von deren Existenz die Kampagnengestalter erst im Laufe der Früherkennungskampagnen erfahren hatten. Aus diesem Grund trugen viele der Beratungsstellen nicht das Wort „Krebs“ in ihrem Namen, sondern den weitaus unverfänglicheren Begriff „Geschwulst“, denn eine Geschwulst konnte ja auch gutartig sein. So sollte die Hoffnung bestärkt werden, dass der verdächtige Knoten, die andauernde Blutung nicht auf einen Krebstumor zurückzuführen war, sondern nur auf eine harmlose Geschwulst.<sup>77</sup> Zu erwarten war eine entlastende Diagnose – so suggerierten es eine Reihe von Merkblättern und andere Aufklärungsmaterialien. Der

<sup>74</sup> Von den Nebenwirkungen und Komplikationen von Operation und Bestrahlung war in den Früherkennungskampagnen nur selten explizit die Rede. Eines der wenigen Beispiele ist ein vom Heidelberger Chirurgen Vinzenz Czerny anlässlich der *Hygiene-Ausstellung* 1911 veröffentlichter Artikel, in dem er schreibt: „Allein die Operation bedeutet fast immer eine Verstümmelung, die nur gegen das beseitigte größere Übel unbedeutend erscheint.“, ders., *Hygienische Zeitfragen*, S. 18.

<sup>75</sup> Sitzung des Arbeitsausschusses des badischen Landesverbands zur Bekämpfung des Krebses. Mannheim, den 9. November 1929. UAH H-III-051/2.

<sup>76</sup> Vgl. z.B. die Hinweise in: Entwurf einer Fürsorgestelle für Krebskranke von Ernst von Leyden, am 15. Juli 1904 der Königl. Charité-Direktion überreicht. HU Archiv Charité-Direktion, 955, Bl. 2-4 sowie Entwurf zur Organisation des Instituts für Krebsforschung in der Charité. Berlin, den 22.12.1914. HU Archiv Charité-Direktion, 950, Bl. 117-119, hier Bl. 117.

<sup>77</sup> Sitzung des Arbeitsausschusses des badischen Landesverbands zur Bekämpfung des Krebses. Mannheim, den 9. November 1929. UAH H-III-051/2. Ähnlich auch die etwas spätere Diskussion in Braunschweig, vgl. Vereinbarung betreffend die Einrichtung einer Beratungsstelle für Krebskranke [Abschrift, Braunschweig, 30. August 1937]. BArch R 36/1391.

Besuch einer Beratungsstelle verhiess also Beruhigung und Wohlgefühl, so wie es auch viele Jahre später die lächelnden Menschen der „Feel Good“-Kampagne versprechen sollten.<sup>78</sup>

Gleichzeitig sollten die Beratungs- und Fürsorgestellen leichter zugänglich sein als die Kliniken, so dass Menschen mit einem Krebsverdacht schon vor dem Besuch der Untersuchungsstelle sicher sein konnten, dass die Behandlung ohne großen Zeitverlust sowie ohne hohe Reise- und Unterbringungskosten wohnortnah durchgeführt werden könne.<sup>79</sup> Der Gedanke, Beratungsstellen als niedrigschwelliges und kostenloses, diagnostisches ebenso wie präventiv wirkendes Angebot einzurichten, war keineswegs auf die sogenannte Krebsbekämpfung beschränkt. Diese Idee gehörte zu den sozial- und gesundheitspolitischen Instrumentarien, die in der Weimarer Zeit zunehmend erprobt wurden. Insbesondere Erziehungsberatungsstellen, die sowohl von privaten Trägern als auch von staatlicher Seite gegründet wurden, erlebten in dieser Zeit einen ersten Boom.<sup>80</sup>

Solche niedrigschwelligen Angebote sollten bei der Überwindung emotionaler Barrieren helfen, die schon im Rahmen der ersten Kampagnen diskutiert worden waren, denen aber in den 1920er Jahren größeres Gewicht beigemessen wurde. Eines dieser Gefühle war die von Alfred Pinkuß 1911 beklagte „falsche Scham“.<sup>81</sup> Dieses Gefühl nahm in den Kampagnen gegen die Geschlechtskrankheiten eine so zentrale Rolle ein, dass einer der ersten Gesundheitsaufklärungsfilme zu diesem Thema danach benannt wurde.<sup>82</sup> „Falsche Scham“ erschien aber auch im Blick auf Krebs-Früherkennungskampagnen als ernstzunehmendes Problem.

---

<sup>78</sup> Z.B. Krebs-Merkblatt, 1911, S. 7 und Krebs-Merkblatt, 1921, S. 4.

<sup>79</sup> Die Radiumbehandlung erfolgte – wie später noch darzustellen sein wird – oft ambulant, so dass die Patienten für ihre Unterkunft selbst sorgen mussten und oft noch zusätzlich Reise und Unterbringung einer Begleitperson bezahlen mussten, die sich zwischen den eigentlichen Behandlungen um sie kümmern konnte. Die Sorge vor den hohen Kosten hatte Pinkuß bereits 1911 angesprochen und mit dem Verweis auf mögliche finanzielle Hilfen als unbegründet zurückgewiesen. Vgl. Sitzung des Arbeitsausschusses des badischen Landesverbands zur Bekämpfung des Krebses. Mannheim, den 9. November 1929. UAH H-III-051/2 und Krebs-Merkblatt, 1911, S. 12.

<sup>80</sup> Erste Versuche dieser Art hatte es allerdings bereits schon vor dem Ersten Weltkrieg gegeben, vgl. Karin Sommer, Fürsorge oder Auslese? Erziehungsberatung von der Weimarer Republik bis 1945, in: Maria Kurz-Adam/Ingrid Post (Hg.), Erziehungsberatung und Wandel der Familie, Wiesbaden 1995, S. 15-31.

<sup>81</sup> Krebs-Merkblatt, 1911, S. 10.

<sup>82</sup> Es handelt sich um den 1925/1926 produzierten Film „Falsche Scham“, der als einer der ersten deutschsprachigen Gesundheitsaufklärungsfilme Spielszenen integrierte. Das Drehbuch schrieb der Sozialmediziner und Eugeniker Curt Thomalla zusammen mit Nicholas Kaufmann, vgl. die Informationen auf: „Filmportal.de“, ([http://www.filmportal.de/film/falsche-scham\\_3fbc1b35b4624404adf112fb55a8619a](http://www.filmportal.de/film/falsche-scham_3fbc1b35b4624404adf112fb55a8619a), letzter Zugriff 27.03.2017). Zur Frühgeschichte des Gesundheitsaufklärungsfilms in Deutschland vgl. Laukötter, (Film-)Bilder sowie dies./Christian Bonah (Hg.),

Am deutlichsten verknüpften die Kampagnen das falsche Schamgefühl mit dem Gebärmutterhalskrebs. Nach den Erfahrungen Winters, die der Berliner Gynäkologe Pinkuß aufgriff, scheuten viele Frauen eine gynäkologische Untersuchung mit dem Spekulum, insbesondere dann, wenn sie unter Blutungen und Ausfluss litten – den typischen Symptomen eines Gebärmutterhalskrebses. Sie mussten also lernen, einen Zustand nicht mehr als „unsauber“ zu verstecken, der jahrhundertlang genau so konnotiert gewesen war. Darüber hinaus sollten sie eine Untersuchung nicht mehr als peinlich erleben, die zu dieser Zeit noch nicht als Routineuntersuchung durchgeführt wurde.<sup>83</sup> Die „Peinlichkeit“ dieser Untersuchung bestand nicht nur in der Enthüllung von und dem untersuchenden Eindringen in das weibliche Geschlechtsteil. Diese Untersuchung war vermutlich auch deshalb schlecht beleumundet, weil sie zuvor meist bei Verdacht auf eine Geschlechtskrankheit vorgenommen wurde. Denn die gynäkologische Untersuchung der inneren Geschlechtsteile hatte im Kaiserreich (und danach) routinemäßig und zwangsverordnet bei Prostituierten stattgefunden. Sie war auch damals schon von Frauen innerhalb der bürgerlichen Sittlichkeitsbewegung als entehrende und beschämende Zwangsmaßnahme kritisiert worden. Der öffentliche Druck hatte schließlich dazu geführt, dass etwa in Berlin diese Untersuchungen nur noch von eigens angestellten weiblichen Polizeiassistentinnen durchgeführt werden durften.<sup>84</sup> Dieser Erfahrungshintergrund des Schamgefühls wurde allerdings an keiner Stelle explizit benannt. Stattdessen wurde in den Diskussionen über die gynäkologische Untersuchung auf Krebs lediglich darauf hingewiesen, dass ein „vertrauenswürdiger Arzt“ die Frau über „das Peinliche der Untersuchung hinwegbringen“ würde, indem er der Untersuchung den Charakter der sexuellen Enthüllung und möglicherweise sogar Verfehlung durch eine Versachlichung und Entsexualisierung nahm.<sup>85</sup> Die in den Ausstellungen gezeigten Schemazeichnungen der weiblichen Gebärmutter dienten

---

Theme Issue: Screening Sex Hygiene Films in the first Half of the 20th Century, in: Gesnerus. Swiss Journal of the History of Medicine and Sciences 72, 1 (2015) und dies., Vom Ekel zur Empathie.

<sup>83</sup> Vgl. zu den medizinischen Vorstellungen, die Menstruationsblutung sei giftig, sowie zur Menstruationshygiene im späten 19. und frühen 20. Jahrhundert: Sabine Hering/Gudrun Meierhof, Die unpässliche Frau. Sozialgeschichte der Menstruation und Hygiene, 2. Auflage, Frankfurt a.M. 2002, S. 29-50 und S. 55-98.

<sup>84</sup> Bettina Hitzer, Im Netz der Liebe. Die protestantische Kirche und ihre Zuwanderer in der Metropole Berlin (1849-1914), Köln/Weimar/Wien 2006, S. 325-328 sowie dies., Prostitution in Berlin 1869: Eine Spurensuche, in: Michael Häusler/dies. (Hg.), Zwischen Tanzboden und Bordell. Lebensbilder Berliner Prostituiertes aus dem Jahr 1869, Berlin 2010, S. 7-64, hier S. 19f.

<sup>85</sup> Krebs-Merkblatt, 1911, S. 10.

auch dem Zweck, im Zusammenhang mit der Krebs-Früherkennung einen versachlichten Blick auf das weibliche Geschlecht einzuüben.<sup>86</sup>

Doch die „falsche Scham“ ob der Vermutung, Krebs zu haben, kam nicht nur im Hinblick auf den Gebärmutterhalskrebs ins Spiel. Anders als bei den großen Kampagnen zur Aufklärung über Geschlechtskrankheiten und Tuberkulose sollten die Krebs-Früherkennungskampagnen nicht über Übertragungswege aufklären, um Ansteckung zu vermeiden, sondern legten gerade umgekehrt Wert auf die Feststellung, dass Krebs nicht ansteckend sei. Die Existenz eines Krebserregers war noch an der Wende zum 20. Jahrhundert von einigen Krebsforschern angenommen worden und viele Menschen glaubten in den 1920er und 1930er Jahren nach wie vor, sie könnten sich bei Krebskranken anstecken.<sup>87</sup> In den Aufklärungskampagnen ging es nun darum, deutlich zu machen, dass eine Krebserkrankung keine Gefahr für andere darstellte und man aus diesem Grund also Krebskranken nicht aus dem Weg gehen musste. Diese Information sollte auch Menschen mit Krebsverdacht das Signal geben, dass man die eigene Krebserkrankung nicht aus Angst vor Stigmatisierung verstecken oder sich ihrer schämen musste.

Über einen anderen möglichen Grund der Scham wurde dagegen in den Aufklärungskampagnen geschwiegen. Nur in Fachpublikationen und nicht-öffentlichen Kommunikationen stößt man auf das verborgene, schwerwiegende Problem, dass die fortgeschrittenen, geschwürigen Tumore vieler Krebskranker damals einen Geruch absonderten, der von Ärzten, Krankenschwestern, Pflegern und auch Betroffenen als

---

<sup>86</sup> So zeigten etwa zwei Tafeln der 1931 inaugurierten Wanderausstellung des Dresdner *Hygiene-Museums* „Kampf dem Krebs“ Schemazeichnungen der Gebärmutter, jeweils kombiniert mit Fotos möglicher Heilmethoden (Operation und Radiumbehandlung). Eine weitere Tafel zeigte fünf Nachbildungen der Gebärmutter, die die Ausbreitung eines Tumors dokumentierten: DHMD 2001/247.49, 50 + 61.

<sup>87</sup> Viele Zeitungsmeldungen galten der (angeblichen) Entdeckung eines Krebserregers, was, wie anfangs diskutiert, nicht immer die Möglichkeit einer Ansteckung implizierte, aber vermutlich oft so verstanden wurde. Noch Anfang der 1980er Jahre gaben acht Prozent der von dem Mediziner und Psychologen Rolf Verres im Rahmen einer Studie befragten Personen an, dass sie Krebs für ansteckend hielten. Legte er ihnen eine Liste mit möglichen Krankheitsursachen vor, stieg der Anteil derjenigen, die Ansteckung für möglich hielten, auf 24%. Als Beispiele für Zeitungsartikel: Anonym, Der Krebserreger entdeckt?, in: *Dresdner Neueste Nachrichten* 167 (19.7.1925); Anonym, Der Krebserreger - eine deutsche Entdeckung? Haben die Engländer deutsche Arbeiten benutzt? Ein Gelehrtenstreit, in: *Berliner Tageblatt (Morgen)*, 362 (2.8.1925); Anonym, Der Krebserreger entdeckt?, in: *Volkszeitung Dresden* 136 (13.6.1924). Alle Artikel als Ausschnitte in: Hauptstaatsarchiv Dresden [HSTA D] 10702, Nr. 1318. Die Studie von Rolf Verres wurde publiziert als: ders., *Krebs und Angst, Subjektive Theorien von Laien über Entstehung, Vorsorge, Früherkennung, Behandlung und die psychosozialen Folgen von Krebserkrankungen*, Berlin/Heidelberg 1986; *Auswertung der Laientheorien zur Krebsentstehung*: S. 158f.

ausgesprochen ekelerregend beschrieben wurde.<sup>88</sup> Dieser Ekel war dafür verantwortlich, dass man Krebskranke in Krankenhäusern zu isolieren oder so schnell wie möglich loszuwerden versuchte und dass sich auch Familien mit begrenztem Wohnraum nicht selten von der Pflege Krebskranker überfordert fühlten.<sup>89</sup> Dass Ärzte in medizinischen Fachzeitschriften über die Wirkung deodorisierender Substanzen berichteten und im Ausstellungsführer der Wanderausstellung „Kampf dem Krebs“ 1931 an geeigneter Stelle eine Werbeanzeige für Waschmittel abgedruckt wurde, gibt Zeugnis von dem Ausmaß und der „heimlichen“ Bekanntheit dieses Problems.<sup>90</sup> Diese Reihenfolge der Informationen – erst Betonung der nicht-vorhandenen Ansteckungsgefahr, dann Hygieneempfehlungen – lässt sich insofern als Versuch lesen, das öffentliche, schambehaftete Tabu des Krebs-Ekels in der Leerstelle des Redens über Nicht-Ansteckung zu entschärfen. Für eine solche Lesart spricht auch, dass Ansteckung, Ekel und Geruch eine historisch gewachsene diskursive Nähe aufweisen, die auch im expliziten Verweis des Ausstellungsführers auf den „modernen“ Umgang mit Leprakranken zu Tage trat.<sup>91</sup>

Allerdings geriet genau am Schnittpunkt Ekel die Bekämpfung der „falschen“ Scham in Konkurrenz zum Umgang mit einem anderen Gefühl: dem der Angst. Vor dem Ersten Weltkrieg war die Frage gestellt worden, inwiefern allein das Wissen über die durch die Krebskrankheit gegebene Bedrohtheit des scheinbar gesunden Körpers Angst erzeuge und ob diese zerstörerisch oder hilfreich sei. In den 1920er Jahren konzentrierte sich die Diskussion nun stärker auf die Frage, welche Wissensobjekte in welcher visuellen Darstellung Angst erzeugen konnten und welches Maß von Angst notwendig sei, um Menschen aus einer Haltung der Nicht-Beachtung ihrer Körper

<sup>88</sup> Denkschrift für Errichtung eines Zentral-Strahlen-Institutes im Krankenhaus Moabit. Berlin, den 2. Mai 1934. Direktion des Städt. Krankenhauses Moabit. LAB A Rep. 003-04-03, Nr. 158, Bl. 4-8, hier Bl. 6; Schreiben der ehemaligen Patientin der Geschwulstklinik der Charité Martha Hesse an den Reichsgesundheitsführer Dr. Conti. Kleinmachnow, den 22. Juli 1942. BArch R 4901/ 1341, Bl. 41f.; Eingabe Prof. Aulers an die Charité-Direktion. Berlin, den 27.1.1943. HU Archiv Charité-Direktion, Nr. 2724, Bl. 193. Vgl. dazu auch Voswinckel, Erinnerungsort Krebsbaracke, S. 40.

<sup>89</sup> Brief des Otto Junghans an das Kgl. Preuß. Institut für Infektionskrankheiten. Dresden, 30.8.1909. BArch R 86/2763; Schreiben Ferdinand Blumenthals an die Charité-Direktion. Berlin, den 13.3.1924. HU Archiv Charité-Direktion, 951, Bl. 174; Merkblatt für Aufnahme- und Stationsärzte [des Robert-Koch-Krankenhauses Berlin-Moabit], 1930. LAB A Rep. 003-04-03, Nr. 33, Bl. 19-28, hier Bl. 24.

<sup>90</sup> Hans Hirschfeld, Euguform, ein neues Desodorans, in: Berliner Klinische Wochenschrift 56 (1919), S. 1189. Im vom Kurator Bruno Gebhard verfassten Ausstellungsführer prangte eine ganzseitige Anzeige für das Waschmittel Persil, für das mit dem Slogan geworben wurde: „Der belebende Duft und die wundervolle Reinheit“: Gebhardt, Kampf dem Krebs, S. 22.

<sup>91</sup> Prof. Dr. Kirchner, Ziele und Zwecke des Deutschen Zentralkomitees für Krebsforschung, in: Zeitschrift für Krebsforschung 10, 1 (1910), 3-7. R 1501/111967, Bl. 19-21, hier Bl. 21.



nachhaltig aufzuschrecken.<sup>92</sup> Der „Bundesgenosse“ Angst, den Georg Winter 1911 freundlich als Kampagnenhelfer begrüßt hatte, sollte bewusst mobilisiert werden. Dabei war man sich darüber im Klaren, dass dies ein komplizierter Bundesgenosse war, der nicht zu groß werden durfte, wenn er nicht alles an sich reißen sollte, sprich: jede Handlung aus übergroßer, paralysierender Angst unterblieb.<sup>93</sup>

Dass Wissen, Anschaulichkeit und Faszination allein nicht reichen würden, um Menschen in ihren alltäglichen Einstellungen zum und Gebrauchsweisen des Körpers zu ändern, war eine Erkenntnis, die sich im gesamten Bereich der Gesundheitsaufklärung breit machte. So beklagte 1926 Martin Vogel, Direktor des Dresdner *Hygiene-Museums*, die hergebrachte Form der Gesundheitsausstellung mit den Worten:

„Was die Form angeht, so hat die Belehrung bei uns überwiegend abstrakten, theoretischen Charakter, und darin beruht auch oft ihre Schwäche und viel beklagte Unwirksamkeit. Sie läßt die Lebensführung des Belehrteten an sich unangetastet, bedient sich nicht der praktischen Ausübung und unmittelbaren Nutzanwendung des Gelernten, und wir wissen ja aus der Erziehungswissenschaft, daß uns nur das in Fleisch und Blut übergeht und unsere Lebensführung beeinflusst, was wir an uns selbst erlebt haben.“<sup>94</sup>

Wie also das Wissen über Krebs so vermitteln, dass es in „Fleisch und Blut übergeht“ und Effekte zeitigt? Die „unmittelbare Nutzenanwendung“, wie sie Vogel unter Bezug auf die Reformpädagogik und Psychologie hier propagierte, ließ sich zwar in einer allgemeinen Gesundheitsausstellung mit solchen Objekten realisieren, die von den Besuchern selbst bedient und animiert werden konnten – aber in einer Ausstellung über Krebs?<sup>95</sup>

So mussten also andere Strategien erprobt werden, um die Krebserkrankung dem (noch) gesunden Besucher oder der zweifelnden Besucherin zumindest in einer vermittelten Form an sich selbst erfahrbar zu machen. Diese Funktion übernahmen

<sup>92</sup> Vgl. dazu auch Hitzer, *Körper-Sorge(n)*, S. 51-57.

<sup>93</sup> Bruno Gebhard, *Der Krebs und seine Bekämpfung. Eine Sonderschau des Deutschen Hygiene-Museums*, in: *Hygienischer Wegweiser* 12 (1929), S. 307-309, hier S. 309. Ähnlich der in der Schweiz für die Ausgestaltung der Früherkennungskampagnen zuständige Chirurg De Quervain, der „ein bißchen Krebsfurcht“ für notwendig hielt, vgl. Fritz de Quervain, *Ist Krebsfurcht schlimmer als Krebs?*, in: *Hygienischer Wegweiser* 12 (1929), S. 303f.

<sup>94</sup> Martin Vogel, *Das Experiment von Framingham*, in: *Hygienischer Wegweiser* 1, 2 (1926), S. 21-25, hier S. 21.

<sup>95</sup> Ein Beispiel für den Versuch, in den Ausstellungen gezeigtes Wissen von den Besuchern unmittelbar anwenden zu lassen, sind die Prüfapparate, die von den Besuchern bedient werden konnten und die Leistungsfähigkeit ihrer Körper durch Messung verschiedener Parameter prüfen sollten, vgl. Nikolow, *Wissenschaftliche Stillleben*, S. 33f. und speziell im Hinblick auf die sportliche Leistungsfähigkeit: Noyan Dinçkal, „Lebensproben“. *Eignungs- und Leistungsmessung im Sport, 1900-1930*, in: Nikolow, *Erkenne Dich selbst*, S. 215-226.

schließlich zwei Ausstellungstechniken, die beide in unterschiedlicher Weise auf Emotionen zurückgriffen. Zum einen waren dies visuelle Repräsentationen von Krebstumoren, die konkret und geradezu überdeutlich gezeigt wurden. Diese Form der Präsentation zielte auf eine unmittelbare körperliche Reaktion des Besuchers, ausgelöst durch Schock und Ekel.<sup>96</sup> Zum anderen wurde die Darstellung der Krebserkrankung personalisiert und in Geschichten eingebettet. So sollte der Zuschauer qua Identifikation die gleichen Gefühle durchleben, wie sie die jeweiligen Protagonisten erlitten, zugleich aber durch die Einbettung in eine übergeordnete, moralisch konnotierte Wissensstruktur zur Reflexion über diese Gefühle gezwungen werden.<sup>97</sup>

Im Rahmen der ersten Strategie, die Schock- und Ekelgefühle hervorrufen sollte, spielten die sogenannten Moulagen eine hervorragende Rolle. Moulagen sind dreidimensionale Wachsmodelle, deren Herstellungstradition bis in die Renaissance zurückreicht.<sup>98</sup> Hatten sie zunächst der Herstellung anatomischer Präparate gedient, die für den medizinischen Unterricht als haltbare Alternative zu konservierten Präparaten zur Verfügung stehen sollten, wurde die Moulagetechnik seit dem 19. Jahrhundert dazu genutzt, Krankheitssymptome nachzubilden. Erst seit dieser Zeit wurden die Wachsmodelle direkt vom lebenden Menschen abgeformt, indem zunächst ein Gipsabdruck von dem Körperteil genommen wurde, auf dem sich die Symptome befanden. Sobald diese Gipsform gehärtet war, wurde sie mit Wachs ausgegossen und das so entstandene Wachsmodell in Gegenwart des Patienten bemalt. Auf diese Weise wurde sichergestellt, dass auch Farbe und Struktur genau den Gegebenheiten beim Patienten entsprachen. Außerdem wurden die Wachsmodelle in einigen Fällen noch mit Haaren ausgestattet, so dass sie einen ausgesprochen realistischen und lebendigen Eindruck machten. Dieser Eindruck wurde bei den in Dresden hergestellten Moulagen dadurch verstärkt, dass die Modelle in ein aus Wachs gearbeitetes weißes Tuch eingebettet wurden, so dass sie nicht willkürlich begrenzt erschienen.<sup>99</sup>

<sup>96</sup> Ähnliche Visualisierungs- und Emotionalisierungsstrategien wurden in den Filmen eingesetzt, die über Geschlechtskrankheiten aufklären sollten, vgl. Laukötter, Vom Ekel zur Empathie, S. 311f.

<sup>97</sup> 1930 verteidigte der französische Gesundheitspolitiker Lucien Viborel im Radio die gerade erst gestartete französische Anti-Krebs-Kampagne, die sehr deutlich auf kämpferische Töne und bedrohliche Szenarien setzte. Gegen den Vorwurf, sie schüre lediglich Angst, betonte er: „ce n'est que sous le coup de l'émotion qu'on est porté à l'action.“, zitiert nach: Pinell, Naissance, S. 270.

<sup>98</sup> Zwar war Wachs bereits vorher zur Herstellung von Totenmasken benutzt worden, erst in der Renaissance aber, um anatomische Präparate herzustellen, vgl. Schnalke, Diseases in Wax, S. 15-24 sowie ders., Die Medizinische Moulage – ein historischer Überblick, in: Susanne Hahn/Dimitrios Ambatielos (Hg.), Wachs – Moulagen und Modelle, Dresden 1994, S. 13-28.

<sup>99</sup> Als Überblick zur Herstellungstechnik: Walther/Hahn/Scholz, S. 4-6.

Diese Moulagen dienten zunächst dem medizinischen Unterricht, wurden aber gegen Ende des 19. Jahrhunderts auch auf Jahrmärkten und in Panoptiken ausgestellt.<sup>100</sup> Gerade Letzteres machte die frühen Gesundheitsaufklärer auf den hohen Schauwert dieser Moulagen aufmerksam, da sie regelmäßig hohe Besucherzahlen anzogen.<sup>101</sup> Aus diesem Grund setzten der Odol-Fabrikant und Initiator des *Hygiene-Museums*, Karl August Lingner, sowie seine beiden Mit-Organisatoren, die Ärzte Eugen Galewsky und Arthur Schloßmann, in der 1903 in Dresden gezeigten Ausstellung „Die Volkskrankheiten und ihre Bekämpfung“ erstmals Moulagen ein. Auch in der *Hygiene-Ausstellung* von 1911 kamen Moulagen in den Abteilungen zur Tuberkulose und zu den Geschlechtskrankheiten zum Einsatz – und auch in der der Krebskrankheit gewidmeten Abteilung, wie ein Blick in den Katalog zeigt.<sup>102</sup> Im Wechsel mit anatomischen Präparaten führten die Moulagen den Besuchern eine große Zahl an möglichen Tumoren vor. Dass dieser Anblick oft abschreckend und anziehend zugleich wirkte, verdeutlicht die populäre Bezeichnung für den Geschlechtskrankheiten-Pavillon, der im Volksmund „Galewskys Schreckenskammer“ genannt wurde – nach dem Kurator und Dermatologen Eugen Galewsky, aus dessen Sammlung viele der Moulagen stammten.<sup>103</sup> Die starke ambivalente Wirkung dieser Exponate war den Ausstellungsmachern also schon früh bekannt, wurde aber vor allem seit den 1920er Jahren kontrovers diskutiert. Ein Kritikpunkt war die Heftigkeit der emotional-körperlichen Reaktion der Besucher. Martin Vogel wies etwa darauf hin, dass es genug Menschen gebe, „die den Anblick solcher Dinge (selbst manchmal normaler Präparate!) nicht vertragen können und ohnmächtig werden“ – eine Wirkung, die selbst zeitgenössische Karikaturen aufnahmen und die in eklatantem Widerspruch zum Ausstellungsziel, der Gesunderhaltung der Besucher, stand.<sup>104</sup>

<sup>100</sup> Schnalke, *Medizinische Moulage*, S. 23.

<sup>101</sup> Susanne Hahn, *Moulagen in der Gesundheitsaufklärung*, in: dies./Dimitrios Ambatielos (Hg.), *Wachs*, S. 39-46, hier S. 39. Dort auch zum Folgenden.

<sup>102</sup> Gruppe Krebs, *Sonder-Katalog*, 1911.

<sup>103</sup> Albert Scholz, Eugen Galewsky (1864-1935), in: *Dermatologische Monatsschrift* 158 (1972), S. 53-68, hier S. 55. Vgl. dazu im Überblick: Lutz Sauerteig, *Lust und Abschreckung: Moulagen in der Geschlechtskrankheiten-aufklärung*, in: Hahn/Ambatielos, *Wachs*, S. 47-68.

<sup>104</sup> Martin Vogel, *Wie veranstaltet man hygienische Ausstellungen?*, in: *Hygienischer Wegweiser* 1, 1 (1926), S. 1-36, hier S. 12. Der österreichisch-britische Philosoph Aurel Kolnai beschäftigte sich in dieser Zeit ebenfalls mit der Natur und moralischen Wirkung von Ekel, das er stark an die Dimension der körperlichen Verwesung band, wie es die offenen Tumore der Wachsmodelle sozusagen am „lebenden“ Menschen vor Augen führten, vgl. ders., *On Disgust*, edited and with an Introduction by Barry Smith and Carolyn Korsmeyer, Chicago/La Salle 2004, S. 52-62. Im Original erschienen als: ders., *Der Ekel*, in: *Jahrbuch für Philosophie und phänomenologische Forschung* 10 (1929), S. 515-569.

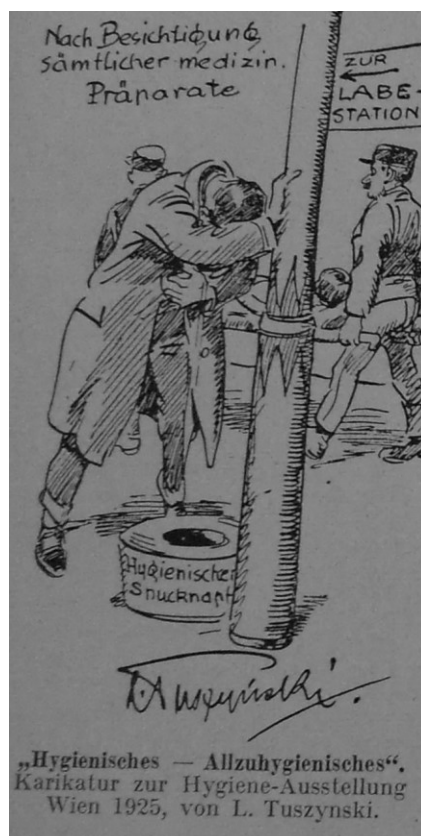


Abb. 17: Karikatur zur Wirkung der *Internationalen Hygiene-Ausstellung* (1911)

Die Moulagen erregten also eine Art von Angst- oder Ekellust, sie zogen Besucher an und schreckten diese im Moment der Belehrung wieder ab und erzeugten Ekel. Diese Wirkung erschien problematisch, weil sie die Abgrenzung zwischen wissenschaftlichem Gesundheitsmuseum und Jahrmarkt erschwerte. Außerdem konnten diese starken emotionalen Reaktionen der langfristig wirksamen Belehrung im Wege stehen, sofern sie nicht in eine Form der Visualisierung und Erzählung eingebettet wurden, die den Anfangsaffekt in eine andere Richtung lenkte.<sup>105</sup>

Insofern versuchten die Ausstellungsmacher die Moulagen eindeutig in einen wissenschaftlichen Kontext einzubetten, sie also quasi versachlicht als das zu präsentieren, was sich dem Blick des Mediziners darbot. Dass dies zumindest teilweise ge-

<sup>105</sup> Den Begriff der Angstlust prägte der ungarische Psychoanalytiker Michael Balint, um auf die mögliche Vermischung bzw. Aufeinanderbezogenheit zweier gegensätzlich erscheinender Gefühle, der Angst und der Lust, aufmerksam zu machen und diese tiefenpsychologisch zu erklären. Eine Erlebensform dieser Angstlust ist das Durchleben von Angst und Grauen aus der Position des Betrachters, das dann zugleich ein lustvolles Erleben sein kann, wies es zum Beispiel das Ansehen von Gruselfilmen für viele Menschen bedeutet. An dieser Stelle soll mit Balints Begriff nur auf diese Form der Gefühlsvermischung aufmerksam gemacht werden, nicht aber Balints weiterreichendes psychologisches Konzept benutzt werden, der das Erleben von Angstlust als Regressionserfahrung deutet, vgl. Michael Balint, *Angstlust und Regression*, Stuttgart 1959.

lang, zeigen die Zeitungsreaktionen auf die erste größere Nachkriegs-Wanderausstellung des *Hygiene-Museums*, die sich 1922 unter dem Titel „Der Mensch“ auch dessen Krankheiten zuwandte. Im Vergleich mit den „Schreckenskammern“ und Jahrmärkten der Vorkriegszeit wurde der Moulageneinsatz hier positiv als Ausdruck einer „stummen ernstesten Sprache“ der Mahnung gewürdigt.<sup>106</sup>

Doch während der Einsatz von Moulagen in den Ausstellungen zu den Geschlechtskrankheiten und zur Tuberkulose uneingeschränkt auf Ekel zielte und in Form der Abschreckung vor den Gefahren der Ansteckung warnen sollte, war die Lage im Hinblick auf die Krebserkrankung komplizierter. Wie bereits zuvor dargelegt, wurden der Ekel vor den Symptomen dieser Krankheit und die darauf reagierende Scham als Gefühle wahrgenommen, die dem Ziel einer frühzeitigen Untersuchung und Behandlung im Wege stehen konnten. Sie mussten dementsprechend in den Kampagnen adressiert werden. Die Gefühle von Ekel und Angst, die die Besucher beim Anblick der Krebs-Moulagen überkommen mochten, waren also in dieser Hinsicht kontraproduktiv, zumal es keine Handlungsoptionen gab, mit denen sich die Besucher vor Krebs hätten schützen können. Ganz verzichten mochten die Ausstellungsmacher allerdings auf den starken, aufrüttelnden Effekt von Angst und Ekel nicht.

Bruno Gebhard, der sowohl die Abteilung „Krebs“ in der 1930 eröffneten Schausammlung der *Hygiene-Ausstellung* als auch die 1931 gestartete, anfangs ausgesprochen gut besuchte Wanderausstellung „Kampf dem Krebs“ kuratierte, entwickelte verschiedene Strategien, mit denen er die Angst- und Ekelwirkung von Krebsmoulagen und entsprechenden Fotografien einzuhegen gedachte. Zunächst einmal setzte er deutlich weniger Moulagen und Fotografien von Tumoren als in der Sonder-Abteilung von 1911 ein. Unter den Gezeigten überwogen Moulagen beginnender Tumoren. Diese hielt Gebhard für weniger abschreckend. Vor allem aber führten diese Moulagen den Besuchern den Zustand vor Augen, bei dem sie unverzüglich handeln sollten. Die meisten der vorher verwandten Moulagen hatten dagegen Spätformen und besonders ausgreifende Tumoren gezeigt, weil Ärzte von solchen „bemerkenswerten“ Tumoren eher Moulagen anfertigen ließen als von den „unspektakulären“ Frühformen.<sup>107</sup>

---

<sup>106</sup> Dr. Popitz, *Der Mensch* (Ausstellung des Deutschen Hygiene-Museums), in: *Leipziger Volkszeitung* 225 (26.9.1922) und *Die Ausstellung „Der Mensch“*, in: *Chemnitzer Allgemeine Zeitung* 5 (7.1.1923). Auch Sauerteig betont im Hinblick auf den Einsatz von Moulagen in der Geschlechtskrankheitenklärung die Bedeutung des „medizinische[n], szientifische[n] Kontext[es]“, der den Raum des Zeigbaren erweitert habe, vgl. ders., *Lust und Abschreckung*, S. 60.

<sup>107</sup> Dazu: Walther/Hahn/Scholz, *Moulagen*, S. 11f. Die Original-Moulagen sind größtenteils nicht mehr erhalten, da sie entweder im Krieg vernichtet oder im Fall besonders extremer Moulagen 1960 als

Dennoch wurde auch unter Gebhards Ägide eine Moulage eines weit fortgeschrittenen Brustkrebstumors gezeigt.



Abb. 18: Foto einer Moulage, Wanderausstellung „Kampf dem Krebs“ (1931)

Warum er genau diese eine auswählte, hat er selbst nicht erklärt. Es ist allerdings zu vermuten, dass Gebhard diese Moulage auswählte, weil die Ausstellung „Kampf dem Krebs“ den Brustkrebs (und den Gebärmutterhalskrebs) auf vielen Tafeln zum Thema machte und zeigte, wie der Brustkrebs zu erkennen und zu heilen sei. Gebhardt nahm möglicherweise an, dass so Angst und Ekel als Reaktion auf diese Moulage durch die Hoffnung auf Heilung ausbalanciert werden könnten. Denn genau diese Hoffnung rückte bei einer dritten Präsentationsstrategie in den Vordergrund: Diese bestand darin, neben der Moulage (bzw. einem Foto) ein Bild der Heilung zu zeigen. Hier dienten oft Moulagen von Hautkrebserkrankungen und ihrer erfolgreichen Heilung als Ausstellungsobjekt, da Hautkrebs in vielen Fällen durch Bestrahlung fast ohne sichtbare Narben und Hautveränderungen geheilt werden konnte. Ein typisches Beispiel für diese Strategie bietet diese in der Wanderausstellung „Kampf dem Krebs“ verwandte Ausstellungstafel:

---

zu drastisch zerstört wurden (vgl. Susanne Roeßiger, Krankheitsbilder in Wachs. Moulagen, in: Stiftung Deutsches ygiene-Museum, „Rechtzeitig erkannt, S. 61-74, hier S. 64). Erhalten geblieben ist allerdings oft das zugehörige Gipspositiv.

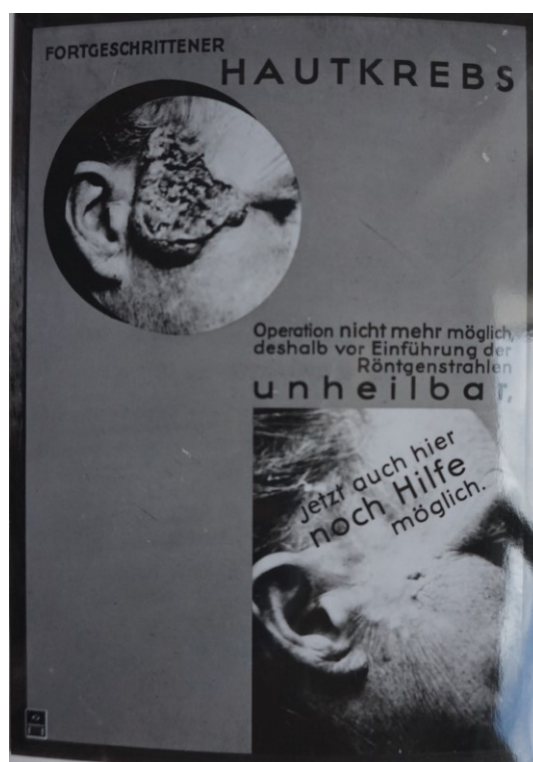


Abb. 19: Ausstellungstafel aus der Wanderausstellung „Kampf dem Krebs“ (1931)

Ein solch eindrucksvoller Heilungserfolg, der einen derart weit fortgeschrittenen Krebstumor zum Verschwinden brachte, war allerdings die große Ausnahme in der Krebsbehandlung – und auch in diesem Fall war es fraglich, ob die Krebserkrankung auf diese Weise vollkommen geheilt worden war oder ob sich bereits Metastasen gebildet hatten, an denen der Patient sterben würde. Insofern wurden mit dem Hautkrebs als oft präsentem Modell der Krebstherapie Hoffnungen genährt, die im Hinblick auf andere Krebserkrankungen vollkommen überzogen waren.<sup>108</sup> Und nicht nur das: Durch den Hinweis, dass nun durch Bestrahlung eine schwerwiegende Krebserkrankung geheilt werden konnte, die zuvor unheilbar gewesen wäre, wurde bewusst die Hoffnung geweckt, dass solche „Durchbrüche“ auch im Hinblick auf andere Krebserkrankungen möglich sein könnten. Darum – so das erwünschte Fazit - konnte es also immer von Vorteil sein, frühzeitig zum Arzt zu gehen, weil man auf diese Weise frühzeitig von einer gerade erst entdeckten Therapie profitieren könnte.<sup>109</sup>

<sup>108</sup> So beklagte Ferdinand Blumenthal 1931, dass die Patienten oft eine Operation, deren Folgen sie fürchteten, ablehnten, dafür aber glaubten, jede Krebserkrankung könnte ohne große Nebenwirkungen durch Bestrahlung geheilt werden, vgl. ders., Krebsfilm, Krebsaufklärung, Krebsbekämpfung, in: Sonderdruck: Medizinische Klinik 1 (1931), S. 38f, hier S. 39. BArch R 86 / 2584.

<sup>109</sup> Genau diese Hoffnung wurde durch eine Reihe ähnlich gestalteter Plakate dieser Ausstellung unterstützt, die in der Wiederholung fast litanehaft ein „Früher“, in dem diese oder jene Krebserkrankung unheilbar gewesen sei, einem „Heute“ gegenüberstellten, in dem diese Krebserkrankung heilbar sei, vgl. die Tafeln zum Kehlkopfkrebs [DHMD 2001/247.46], Magenkrebs [DHMD

Dass zugleich sämtliche Nebenwirkungen und möglichen Komplikationen von Operation und Bestrahlung nicht nur übergangen, sondern wider besseres Wissen beide Therapien als ungefährlich und schmerzlos dargestellt wurden, ergänzte diese Strategie. Besonders dieser Aspekt macht deutlich, dass die Kampagnen nicht in erster Linie auf die Vermittlung des damaligen Wissens über Krebs abzielten, sondern auf die Produktion einer bestimmten Form der Hoffnung.<sup>110</sup> Diese Hoffnung vertrug aus Sicht der Ausstellungsmacher keine Relativierung: Heilungschancen wurden darum ebenso überzeichnet wie die Therapie verharmlost wurde. Die tatsächlichen Möglichkeiten ebenso wie die Grenzen des Möglichen einigermaßen realistisch darzustellen, erschien indiskutabel, da Ärzte und Kuratoren fürchteten, so das Vertrauen in die Fähigkeiten der Ärzte zu untergraben. Diese Präsentationsstrategie stand in deutlichem Kontrast zur „realistischen“ Darstellung der Krankheitssymptome, die abzubilden man sich im Sinne eines kalkulierten Spiels mit Angst und Hoffnung nicht scheute.<sup>111</sup>

Ferdinand Blumenthal, Direktor des Berliner Krebsforschungsinstituts an der Charité, forderte aus diesem Grund alle Ärzte zu Optimismus auf und betonte, dass man sich auf Flugblättern nicht zweideutig ausdrücken, sondern prägnant die Heilungsmöglichkeit herausstellen sollte.<sup>112</sup> Dass die Ausstellungsbesucher aus ihrem Freundes- und Bekanntenkreis möglicherweise ein anderes Wissen über die Krebsbehandlung mitbrachten, war vielen Ärzten zwar bewusst. Sie hofften aber darauf, dieses Wissen durch Kampagnen entkräften zu können, die die Expertise des Arztes und Forschers in den Vordergrund stellten und am Wissensobjekt konkret demonstrieren.<sup>113</sup>

### **3.4 *K/Ein Happy-End: Der Moment der Entscheidung und die beängstigende Moral der Verantwortung***

---

2001/247.48], Gebärmutterkrebs [DHMD 2001/247.49+50] und Prostatakrebs [DHMD 2001/247.51].

<sup>110</sup> Zu den Kampagnenelementen, die die Operationsfurcht direkt adressierten, vgl. Hitzer, Körper-Sorge(n), S. 53-57.

<sup>111</sup> Ein einziges Plakat wich davon ab: Im Hinblick auf den fortgeschrittenen Brustkrebs – illustriert mit einem Foto – wurde nicht Heilung, sondern der Erhalt „jahrelanger Arbeitsfähigkeit“ versprochen, vgl. DHMD 2001/247.45.

<sup>112</sup> Ferdinand Blumenthal, Die Organisation der Krebsbekämpfung, in: Die Strahlentherapie 42 (1931), S. 809-820, hier S. 811f.

<sup>113</sup> Vgl. z.B. die Äußerung des Schweizer Chirurgen de Quervain in: ders., Ist Krebsfurcht schlimmer, S. 303. Die zu optimistische Darstellung sowie die Gefahren enttäuschter Hoffnung hatte allerdings bereits einer der ersten Kritiker der Kampagnen, der Oberhebarzt Kroenig, angeprangert, vgl. ders., Gr. Oberhebarzt für die Kreise Freiburg, Lörrach und Waldshut, Schreiben an das Gr. Ministerium des Innern in Karlsruhe. Freiburg, den 18. Februar 1913. BArch R 1501/111967, Bl. 190-192.



Um die Botschaft der Früherkennung – wie es in einer zeitgenössischen Ausstellungsrezension hieß – „ins Hirn zu hämmern“, erfanden die Ausstellungskuratoren Ende der 1920er Jahre eine Dimension der Angst, die der Entscheidung für oder gegen den frühzeitigen Gang zum Arzt eine andere Tragweite gab: Dies war die moralische Angst, die auf eine spezifische emotionale Konnotation des Krebswissens in Gestalt einer bestimmten Erzählstruktur aufbaute.<sup>114</sup>

Eine narrative Struktur war bereits in den Vorher-Nachher-Plakaten angelegt, die Heilung als realistische Chance, als Hoffnung vorführten. Indem die (verpasste) Heilung durch den Arzt nun aber in Geschichten übersetzt wurde, die den Krebstod als Konsequenz der falschen individuellen Entscheidung gegen den frühzeitigen Gang zum Arzt erzählten, übertrug man die Verantwortung für die Heilung dem Patienten ganz allein. Zugleich wurde die Last dieser Verantwortung vergrößert und moralisch aufgeladen, indem sie als Verantwortung gegenüber dem eigenen Leben ebenso wie gegenüber der Familie und dem „Volk“ dargestellt wurde.

Zu diesem Zweck bedienten sich die Ausstellungskuratoren und Kampagnengestalter aller dramatischen Mittel, die ihnen zur Verfügung standen: der Bilderzählung, dem Theater und auch dem verhältnismäßig neuen Medium des Films.

Die Anfänge des Theaters als Mittel der gesundheitlichen Aufklärung gehen auf das Jahr 1927 zurück, als in Kassel die *Deutsche Bühne für Volkshygiene* gegründet wurde.<sup>115</sup> Den Impuls dazu gab die neu gewonnene Überzeugung, dass die dramatische Erzählung, in die das Gesundheitswissen eingewoben werden sollte, die Zuschauer im Gegensatz zu „abstrakten“ Vorträgen und „wissenschaftlich-anschaulich“ gestalteten Plakaten „seelisch zu erfassen“ und sogar Männer zum Weinen zu bringen vermochte.<sup>116</sup> Um also Wissen lebendig und handlungsrelevant zu vermitteln, sollte es qua emotionaler Identifikation in die Köpfe und Seelen der Besucher und Zuschauer

<sup>114</sup> „Zu spät!“ Die Schallplatte im „Kampf dem Krebs“, in: Volkszeitung Berlin (23.2.1932). HSTA D 13658, Nr. Z 2, Bd. 2, Bl. 74.

<sup>115</sup> Die Arbeit der *Deutschen Bühne für Volkshygiene* wurde je nach thematischem Schwerpunkt von unterschiedlichen Trägern finanziell, organisatorisch und logistisch unterstützt. Dazu zählten in der Regel die jeweiligen Landesversicherungsanstalten, die Stadtgesundheitsämter, die Ortskrankenkassen sowie die entsprechenden Fachgesellschaften wie etwa die *Deutsche Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten*, vgl. Die Bühne im Dienste der Volksgesundheit. HSTA D 13686, Nr. 106, Bl. 23f.

<sup>116</sup> So heißt es in einer Auseinandersetzung über den Nutzen eines solchen Theaterstücks: „Wer einmal in solchen Stücken Männer weinen sah, der spricht nicht mehr von künstlerischen Notwendigkeiten bei einem solchen Stück“. Vgl. Dr. Schadendorf, Die Bühne im Dienste der Volkshygiene, in: Hygienischer Wegweiser 5, 2 (1930), S. 50-52, hier S. 51. Das andere Zitat stammt aus einer für das *Hygiene-Museum* geschriebenen Bewertung dieser Arbeit: Die Bühne im Dienste der Volksgesundheit. HSTA D 13686, Nr. 106, Bl. 23f.

als ein sie unmittelbar betreffendes Wissen eingeschrieben werden. Diese lernpsychologische Annahme, die ganz besonders im Hinblick auf die „Psyche der breiten Masse“ und auf den „gewöhnlichen Mann aus dem Volke“ betont wurde, unterschied sich deutlich von den Konzepten, die die Kampagnen vor dem Ersten Weltkrieg bestimmt und im Wesentlichen auf Faszination und Staunen qua Erkenntnis und Wissen, in einem geringeren Maße auch auf Abschreckung und Angst gesetzt hatten.<sup>117</sup>

Dass dieses Anliegen insbesondere in Mittel- und Kleinstädten auf Interesse stieß, zeigen die von der *Deutschen Bühne für Volkshygiene* geführten Besucherstatistiken. So konnte die *Deutsche Bühne* während einer Tournee durch Mittelfranken, in der das dem Thema Geschlechtskrankheiten gewidmete Stück „Die weiße Pest“ zur Aufführung kam, in kleineren Städten manchmal mehr als zehn Prozent der Einwohnerschaft in den Theatersaal locken. Welche Gründe für diesen Erfolg ausschlaggebend waren, lässt sich nur schwer erschließen. War es der in kleineren Städten offensichtliche Mangel an anderen Attraktionen oder – in diesem speziellen Fall – die Neugier auf die öffentliche Darstellung von Sexualität?<sup>118</sup>

Besucherzahlen für das 1930 uraufgeführte, von Ferdinand Blumenthal wissenschaftlich begleitete Krebs-Aufklärungsstück „Die Tragödie des Arztes“ liegen nicht vor. Allerdings gibt es eine Reihe von Zeitungskritiken, die auch diesem Stück, das keinerlei sexuell-erotische Attraktion besaß, Erfolg bescheinigten.<sup>119</sup> Das Stück gewann seine Dramatik durch die tragische Hilflosigkeit der Titelfigur, eines kompetenten Arztes und liebevollen Ehemanns. Dieser konnte den Krebstod seiner eigenen Frau nicht verhindern, weil sie sich ihm zu spät offenbarte. So nahm die Tragödie unaufhaltsam ihren Lauf und das in der Krebsaufklärung dieser Zeit oft bemühte „Zu spät!“ erhielt einen aus Sicht der Sterbenden besonders verzweifelt und schuldhaft

<sup>117</sup> Schadendorf, *Die Bühne*, S. 51. Ähnlich schon: Curt Thomalla, *Hygiene und soziale Medizin im Volksbelehrungsfilm*, in: *Zeitschrift für Medizinalbeamte* 35 (1922), S. 589-610, hier S. 591f.

<sup>118</sup> Im Hinblick auf Filme zur Aufklärung über Geschlechtskrankheiten: Waldemar Schweisheimer, *Die Bedeutung des Films für soziale Hygiene und Medizin*, München 1920, S. 41f. und S. 64-78 sowie Curt Moreck, *Sittengeschichte des Kinos*, Dresden 1926, S. 184-208. Vgl. dazu auch Anita Gertiser, *Falsche Scham: Strategien der Überzeugung in Aufklärungsfilmern*, Göttingen 2015, S. 39f. sowie Jürgen Kasten, *Dramatische Instinkte und das Spektakel der Aufklärung*. Richard Oswalds Filme der 20er Jahre, in: ders./Armin Loacker (Hg.), *Richard Oswald. Kino zwischen Spektakel, Aufklärung und Unterhaltung*, Wien 2005, S. 15-140. Auch im Hinblick auf die Thematisierung von Geschlechtskrankheiten im Rahmen von Ausstellungen wurde diese Diskussion geführt, vgl. Sauerteig, *Lust und Abschreckung*, S. 57-61.

<sup>119</sup> So z.B. über die an fünf Abenden wiederholte Aufführung in Mannheim: Oberreg.-Rat Sägmüller, Karlsruhe, *Die Krebsbekämpfung in Baden*, in: *Monatsschrift für Krebsbekämpfung* 3 (März 1933), S. 109-119, hier S. 112.

klingenden Ton.<sup>120</sup> Diese selbst verschuldete Unausweichlichkeit wurde auf der *II. Hygiene-Ausstellung* von 1930 noch unerbittlicher in Szene gesetzt. Hier war es nicht ein live aufgeführtes Theaterstück, das das bittere Ende einer „törichten“ Frau zeigte. Die in der Ausstellung gezeigte „Tragödie der heilbaren Krebskranken“ nahm vor den Augen der Zuschauer als Drehbühnen-Puppenspiel in endloser Wiederholung immer wieder aufs Neue ihren Lauf. Denn der einmal eingeschlagene „Irrweg“ der im Anfang heilbaren krebskranken Frau, die nicht auf ihren Arzt, sondern auf ihre Freundinnen hörte und zum „Kurpfuscher“ ging, kannte in fünf Bildern immer nur das eine Ende: den Tod.



Abb. 20: Drehbühnenspiel „Tragödie der heilbaren Krebskranken“, 5. Akt (1930)

Obwohl diese Geschichte also kein Happy-End hatte, zählte die Drehbühnen-Tragödie zu den Besuchermagneten der *II. Internationalen Hygiene-Ausstellung*. „Hundertmal ‚Land des Lächelns‘ sind gar nichts dagegen“, schrieb ein Ausstellungsrezensent unter Verweis auf Franz Léhars populäre Operette, die in gewisser Weise ja auch das traurige Schicksal einer Frau in Szene setzte, die gegen allen „vernünftigen“ Rat eine Gefühls-

<sup>120</sup> Eine Textfassung dieses von einem Autorenduo namens Müller Manger und Schrank-Telfan verfassten Stückes liegt leider nicht mehr vor. Eine ungefähre Vorstellung des Handlungsablaufs ergibt sich aus den verschiedenen Aufführungskritiken: „Die Tragödie des Arztes“. Uraufführung durch die „Bühne für Volkshygiene“ im Staatlichen Schauspielhaus, Berlin, in: *Die Medizinische Welt* 12 (1930), S. 422 und in: *Münchener Medizinische Wochenschrift* 11 (1930), S. 471, beide in: HSTA D 13686, Nr. 106, Bl. 6+7 sowie Schadendorf, *Die Bühne*.

Entscheidung traf – allerdings mit weniger fatalem Ausgang als das Dresdner Drehbühnenspiel.<sup>121</sup>

Diese Krebs-Geschichten zeigen, dass es mehrere Gründe dafür gab, dass oft Frauen im Mittelpunkt der frühen Aufklärungskampagnen standen, einerseits weil jüngere und somit „produktivere“ Frauen an Gebärmutterhalskrebs erkrankten, der sich verhältnismäßig früh diagnostizieren und vergleichsweise gut therapieren ließ. Andererseits ließen historisch ältere Geschlechtsstereotypen die Frau als emotionaleres und darum leichter verführbares Wesen erscheinen, das dementsprechend als besonders anfällig für die „törichte“ Entscheidung gegen Operation und Bestrahlung und für die Versprechungen alternativer Therapien von „Kurpfuschern“ erschien.<sup>122</sup>

Auch die 1931 unter dem Motto „Kampf dem Krebs“ eröffnete Wanderausstellung des *Hygiene-Museums* präsentierte eine solche Geschichte – dieses Mal allerdings in Gestalt von zwei Parallellebensläufen eines Mannes. Angefangen mit den gleichen Bildern von Kindheit, Jugend und junger Elternschaft trennen sich die Lebenswege, als der Mann der ersten Version aufgrund seiner Beschwerden zum Arzt geht, während er in der zweiten Version den Arzt vermeidet – und so führt der Weg des einen ins „glückliche Alter“, während der andere einen „frühzeitigen Tod“ erleiden muss.

---

<sup>121</sup> In der Oper „Land des Lächelns“ entscheidet sich die Grafentochter Lisa gegen alle anderslautenden Ratschläge, ihrer Liebe treu zu bleiben und dem chinesischen Prinzen Sou-Chong in sein Heimatland zu folgen. Dort stellen die Liebenden jedoch fest, wie wenig sie zueinander passen. Außerdem soll der Prinz der Konvention gemäß vier Mandschu-Mädchen heiraten. Lisa ist zunächst verzweifelt, plant dann aber mit Unterstützung eines früheren Verehrers die Flucht. Sou-Chang deckt den Plan auf, erkennt aber, dass die Liebe zwischen Lisa und ihm keine Chance hat und lässt sie ziehen. Zur Dresdner Ausstellungsrezension vgl.: Kleine Blicke in die große Ausstellung, in: *Dresdner Anzeiger* 243 (25.5.1930), S. 5f. HSTA D 10702, Nr. 1317.

<sup>122</sup> Ute Frevert, Gefühle definieren: Begriffe und Debatten aus drei Jahrhunderten, in: dies. u.a., *Gefühlswissen*, S. 9-39, hier S. 37. Zu den komplementären Definitionen und Debatten über männliche Emotionalität vgl. Manuel Borutta/Nina Verheyen, Vulkanier und Choleriker? Männlichkeit und Emotion in der deutschen Geschichte 1800-2000, in: dies. (Hg.), *Die Präsenz der Gefühle. Männlichkeit und Emotion in der Moderne*, Bielefeld 2010, S. 11-39 sowie Daniel Morat, *Kalte Männlichkeit? Weimarer Verhaltenslehren im Spannungsfeld von Emotionen- und Geschlechtergeschichte*, in: Borutta/Verheyen, *Die Präsenz*, S. 153-177.



Abb. 21: Plakat aus der Wanderausstellung „Kampf dem Krebs“ (1931)

Auch hier erscheint die Entscheidung auf einen einzigen kurzen Zeitpunkt zusammengedrängt, von dem aus der Weg vorgezeichnet ist, eine „Umkehr“ also nicht mehr möglich ist. Diese Form der Parallelzerzählung mit unumkehrbar fatalem Ausgang des einen Erzählstranges unterscheidet die deutschen Früherkennungskampagnen von ihrem amerikanischen Pendant, das in der Art der Emotionalisierung und Narrativierung des Krebs-Wissens als wegweisend wahrgenommen wurde. Denn in den amerikanischen Früherkennungskampagnen wurden in der Regel Konversionsnarrative benutzt. Im Verlauf dieser Geschichten ließ die ursprünglich unvernünftige Person – auch hier fast immer eine Frau – von ihrem Irrglauben bzw. ihrer Verharmlosung der Symptome ab und fand gerade noch rechtzeitig den Weg zum Arzt.<sup>123</sup> Demgegenüber lassen die von der deutschen Krebs-Aufklärung erzählten Geschichten immer die eine Protagonistin (seltener einen Protagonisten) den „falschen“ Weg bis zum Ende gehen, verzichten nie auf den Tod als Konsequenz der einmaligen falschen Entscheidung und

<sup>123</sup> David Cantor, Uncertain Enthusiasm: The American Cancer Society, Public Education, and the Problems of the Movie, 1921-1960, in: ders. (Hg.), *Cancer in the Twentieth Century*, S. 46-48 sowie ders., *Choosing to Live: Cancer Education, Movies, and the Conversion Narrative in America, 1921-1960*, in: *Literature and Medicine* 28, 2 (2009), S. 278-332.

betonen auf diese Weise die Botschaft, dass der rechte Moment der Entscheidung schnell und unwiderruflich verstrichen ist.

Eile und Hektik beherrschten auch die Eingangssequenz des 1930 uraufgeführten Films mit dem schlichten Titel „Krebs“, der vom *Hygiene-Museum* zusammen mit dem Verlag wissenschaftlicher Filme produziert worden war.<sup>124</sup> Dieser Film kombinierte narrative und erklärende Elemente, so wie es der wenige Jahre zuvor gedrehte, dem Thema Geschlechtskrankheiten gewidmete Film „Falsche Scham“ vorgemacht hatte und wie es auch drei ältere Filme der *American Cancer Society* taten („Reward of Courage“, 1921; „A Fortunate Accident“, 1925 und „This Great Peril“, 1929).<sup>125</sup>

Allerdings handelte es sich bei dem Film „Krebs“ nicht, wie manchmal angenommen, um den ersten deutschen Film über die Krebskrankheit.<sup>126</sup> Bereits 1925 war der Film „Die Krebskrankheit“ in den Münchner Kammerlichtspielen uraufgeführt worden, der von der bayrischen *Emelka-Kulturfilm* produziert und von den beiden Dermatologen Julius Mayr und Carl Moncorps sowie von dem Radiologen Paul P. Gotthardt wissenschaftlich beraten, von Gustav Weiß fotografiert worden war.<sup>127</sup> Dieser knapp vierzig Minuten lange, von der Zensur als „jugendfrei“ bewertete Stummfilm konnte gegen eine Gebühr von 25-30 Reichsmark von der *Bayerischen Filmgesellschaft* entliehen werden und wurde vermutlich im Rahmen von Sondervorführungen als Teil

<sup>124</sup> Der Film, ursprünglich nur „Krebs“ betitelt, wurde spätestens seit 1933 ebenso wie die Wanderausstellung „Kampf dem Krebs“ genannt, vgl. die Hinweise auf „wertvolle Hilfsmittel für die Krebsbekämpfung“ in: Gebhard, Kampf dem Krebs, S. 52. Dies lässt sich als Hinweis auf eine zunehmende Militarisierung der von den Krebiskampagnen gebrauchten Metaphern lesen, so wie es Patrice Pinell für die französischen Kampagnen seit 1930 festgestellt hat, mit deren Initiatoren ein enger Austausch bestand, wenngleich man sich von deutscher Seite durchaus vom „romanischen Geschmack“ der dortigen Kampagnen distanzierte und auf die Entwicklung einer eigenen Bildsprache und Erzählweise Wert legte, vgl. Pinell, Fight Against Cancer, S. 166f. sowie Laukötter, Anarchie, S. 60f.

<sup>125</sup> Vgl. zu den amerikanischen Filmen Cantor, Uncertain Enthusiasm, S. 42-49; ders., The Reward of Courage (1921). A Rediscovered Cancer Film of the Silent Era, Bethesda 2013 sowie ders., Choosing to Live.

<sup>126</sup> In der Regel wird der Film „Krebs“ von 1930 als erster deutscher dem Thema „Krebs“ gewidmeter Krebsaufklärungsfilm bezeichnet, was der Tatsache geschuldet ist, dass der Film von 1930 der erste in Zusammenarbeit mit dem bis heute bestehenden *Hygiene-Museum* (und dem Verlag wissenschaftlicher Filme) entstandene Krebsaufklärungsfilm ist, vgl. Laukötter, Anarchie, S. 59f., Atzl/Helms, Geschichte, S. 46f. sowie Susanne Roeßiger, Bewegte Bilder. Filme, in: Stiftung Deutsches Hygiene-Museum, Rechtzeitig erkannt, S. 131-136, hier S. 131.

<sup>127</sup> Der *Emelka-Konzern* (Kurzfassung für M.L.K. = Münchner Lichtspielkunst Konzern) war in den 1920er Jahren die kapitalkräftigste bayrische Filmgesellschaft, das Gegenstück zur preußischen UFA. Die *Emelka* vereinigte Produktion, Verleih, Kinopark, Filmkopieranstalten und Ateliers in einer Hand. Wie die UFA produzierte die *Emelka* sowohl Spielfilme als auch sogenannte Kulturfilme, die belehrend und aufklärend wirken sollten. 1932 musste die *Emelka* Konkurs anmelden. Vgl. Petra Putz, Waterloo in Geiselnest. Die Geschichte des Münchner Filmkonzerns Emelka (1919-1933) im Antagonismus zwischen Bayern und dem Reich, Trier 1996.

von größeren Aufklärungskampagnen gezeigt, eventuell mit einem kurzen einleitenden Vortrag oder einem begleitenden mündlichen Kommentar, da er sich als Vorfilm – einem Format, das viele „Kulturfilme“ bedienten – aufgrund seiner Länge von knapp vierzig Minuten nicht eignete.<sup>128</sup> Auch dieser leider verschollene Film beinhaltete Spielszenen, wie einige zeitgenössische Rezensionen berichten. Sie zeigten „Szenen aus dem Leben eines an Magenkrebs Erkrankten“, etwa im Rahmen einer Röntgenuntersuchung mit Bariumbrei als Kontrastmittel.<sup>129</sup> Ob eine durchlaufende Geschichte des Krebskranken erzählt wurde, ist aus den Rezensionen des leider verschollenen Films nicht zu erschließen. Fest steht jedoch, dass die Münchner Zensurkommission an der Vermischung von Dokumentar- und Spielszenen insofern Anstoß nahm, als sie dem Film nur eine halbe Lustbarkeitssteuerermäßigung zugestand statt – wie sonst bei Kulturfilmen üblich – die volle Steuerermäßigung.<sup>130</sup> Sie erkannte also nicht an, dass die Spielszenen der Belehrung dienten. Der Filmrezensent der Zeitung *Kinematograph* hob dagegen lobend hervor: „Diese beiden neuesten Bilder der Eku [die beiden Filme der Kulturfilmabteilung der *Emelka*: „Die Krebskrankheit“ sowie „Quellwasser der Großstadt“] enthalten nämlich nicht nur stumpfsinnige statistische Tabellen, sondern haben, den Erfahrungen des Kinos wie der modernen Pädagogik folgend, den wissenschaftlichen Stoff in eine Form gebracht, die auf den Beschauer Eindrücke hinterläßt, die er nicht sofort wieder vergißt.“<sup>131</sup>

<sup>128</sup> Eine Kopie des Films konnte leider trotz intensiver Recherchen nicht gefunden werden, so dass der Film als verschollen gelten muss. Martin Vogel, Direktor des *Hygiene-Museums*, führte den Film in einer umfangreichen, 1926 zusammengestellten Liste „hygienischer Lehrfilme“ auf, ders., Hygienische Filme, in: Hygienischer Wegweiser 1, 4 (1926), S. 4-95, S. 70f. Daher stammen auch die hier angegebenen technischen Daten; die Leihgebühr variierte je nach der vorgesehenen Zahl der Vorführungen. Die Spieldauer wurde aufgrund der dort genannten Länge von 1038 Metern ausgehend von der Annahme errechnet, dass ab 1925 35mm-Kinofilme mit einer Geschwindigkeit von 24 Bildern pro Sekunde abgespielt wurden, so dass pro Minute 27,4 Meter Film liefen, vgl. Berola, Umrechnungstabelle für Filmabtastung: (<http://www.berola-film.de/filmabtastung/umrechnung>, letzter Zugriff: 27.03.2017). Die Zensur gab den Film mit Datum vom 11.02.1925 frei. Die Zensurkarte ist leider nicht erhalten, vgl. die Informationen auf der vom *Deutschen Filminstitut* verantworteten Seite [filmportal.de](http://www.filmportal.de/film/diekrebskrankheit_23cf2632209b40ca92215e310ab41035): ([http://www.filmportal.de/film/diekrebskrankheit\\_23cf2632209b40ca92215e310ab41035](http://www.filmportal.de/film/diekrebskrankheit_23cf2632209b40ca92215e310ab41035), letzter Zugriff: 27.03.2017). Auch der Film „Krebs“ (1930) wurde offenbar oft mit einem mündlich gesprochenen Kommentar vorgeführt, zu dem die Vorlage allerdings nicht erhalten ist, vgl. die Hinweise in Gebhard, Kampf dem Krebs, S. 52.

<sup>129</sup> Sp., Die Krebskrankheit, in: Münchener Uraufführungen, Reichsfilmblatt 14 (1925), S. 37. Ich danke Ursula Flitner für ihre Unterstützung bei der Suche nach einer Kopie des Films bzw. nach Informationen über den Inhalt des Films.

<sup>130</sup> Zur Lustbarkeitssteuer und den von ihr ausgenommenen Kulturfilmen vgl. Jo-Hannes Bauer, „Nicht vergnügungssteuerpflichtig“. Der Gebrauchsfilm, Dokumentar- und Kulturfilm im Kinoprogramm der Heidelberger Kinos 1910-1970, in: Philipp Osten u.a. (Hg.), Das Vorprogramm. Lehrfilm, Gebrauchsfilm, Propagandafilm, unveröffentlichter Film in Kinos und Archiven am Oberrhein, 1900-1970, Heidelberg/Straßburg 2015, S. 205-222, hier S. 211.

<sup>131</sup> A anonym, Die Krebskrankheit – eine Lustbarkeit, in: *Kinematograph* 946 (1925), S. 18.

Diese Auseinandersetzung verweist auf die Neuigkeit der Annahme, dass Belehrung und Unterhaltung sich nicht gegenseitig ausschließen, sondern sogar bedingen können, dass also die Vermittlung von Wissen auf die Ansprache der Emotionen zwingend angewiesen sei, wenn sie langfristig wirken sollte. Dementsprechend beschrieb die älteste deutsche Filmillustrierte, die *Lichtbild-Bühne*, diesen Film als „Muster eines populär wissenschaftlichen Films“, Ausweis der Spitzenposition der *Emelka* im Bereich der Kulturfilmproduktion.<sup>132</sup> Doch diese Debatte wurde nicht nur zwischen „fortschrittlichen“ Filmschaffenden und „rückständigen“ staatlichen Zensoren geführt.<sup>133</sup> Und es ging dabei auch nicht ausschließlich um die Frage, ob der unterhaltsame Charakter der in die Belehrung gewobenen Erzählung dem ganzen Unternehmen einen unseriösen Anstrich geben könnte, so dass das Publikum voller Neugier auf sonst „unzeigbare“ Bilder in die Kinos strömen würde.<sup>134</sup> Auch manche Befürworter von Gesundheitsfilmen hegten Skepsis gegenüber dieser Vermischung und so druckte der vom *Hygiene-Museum* herausgegebene *Hygienische Wegweiser* die Bedenken eines angesehenen amerikanischen Gesundheitspolitikers gegenüber einer narrativen Emotionalisierung von Wissen ab. „Wir haben ernstlich Zweifel an dem Werte dieser Belehrung“, betonte Charles F. Bolduan dort und fuhr fort: „In den meisten Fällen erinnert sich der Zuschauer nur der Liebesgeschichte und vergißt die Belehrung, die als die Hauptsache an dem Film gedacht war.“<sup>135</sup>

Diesen Einwänden folgend verzichtete der Film „Krebs“ von 1930 auf eine den Film umspannende Patienten-Geschichte, die – wie im Drehbühnenspiel oder dem erwähnten Theaterstück – das Wissen narrativ und zur emotionalen Identifikation einladend eingebettet hätte. Stattdessen beschritt der Film genau den Weg, den Charles F. Bolduan vorgeschlagen hatte: Nur sechzehn Minuten lang, eignete er sich als Vorfilm und konnte entweder vor einem tatsächlichen Spielfilm oder im Rahmen einer von den verschiedenen lokalen bzw. regionalen Krebsbekämpfungsvereinen organisierten Informationsveranstaltung anstelle eines Vortrags gezeigt werden. Eine solche Vorführung konnte von einleitenden Erläuterungen eines Arztes oder anderer medizinischer Experten flankiert werden, so wie es die Werbeanzeigen des *Hygiene-*

<sup>132</sup> Anonym, Das Verleihprogramm der Bayerischen, in: *Lichtbild-Bühne* 174 (1925), S. 3f., hier S. 4.

<sup>133</sup> Anonym, Die Krebskrankheit.

<sup>134</sup> Zu Formen der Visualisierung des sonst Nicht-Zeigbaren in einem Film wie „Falsche Scham“: Anja Laukötter, Wissen als Animation. Zur Transformation der Anschaulichkeit im Gesundheitsaufklärungsfilm, in: *Montage AV* 22, 2 (2013), S. 79-96, hier S. 90f.

<sup>135</sup> Charles F. Bolduan, Hygienische Volkserziehung, durchgesehen von Dr. Edward Marsh, übers. von Dr. Felix Tietze (Schluß), in *Hygienischer Wegweiser* 5, 4 (1930), S. 111-120, hier S. 111.



*Museums* empfahlen und mit einem bereits vorbereiteten Vortragsskript vorbereiteten.<sup>136</sup>

Die Eingangssequenz dieses Films, nur wenig mehr als eine Minute lang, inszenierte die hektische Beschleunigung der Zeit, die durch die Krebserkrankung verursachte Atemlosigkeit und Dramatik, durch eine extrem schnelle Abfolge von Bildern und Szenen der Krankheit. Das allererste Bild, eine im Schmerz sich aufbauende Frau, bestimmte den Blick auf die nachfolgenden Szenen. Deren Abfolge wurde regelrecht zerstückelt und in einen unerbittlichen Takt gezwungen durch den immer wieder wie ein Schrei eingeblendeten weißgefärbten Schriftzug „Krebs“ auf schwarzem Grund. Hier wurde eine Geschichte in mehreren Szenen angedeutet – die Geschichte einer schwer vom Krebs gepeinigten Frau, deren Mann voller Angst den Krankenwagen herbeitelefoniert und die dann im Krankenhaus operiert wird. Wie die Geschichte „ausging“, warum sich die Frau erst jetzt einer Operation unterzog, blieb offen. Diese Eingangssequenz sollte nicht die bereits bekannte Erzählung von der „törichten“ Krebskranken erzählen. Mit ihrem Stakkato aus Angst und Schmerz, den Bildern weit fortgeschrittener Krebstumoren, von Operation und Bestrahlung sollten die Zuschauer aufgerüttelt und visuell überwältigt werden.<sup>137</sup>

Im weiteren Verlauf der 1930er Jahre nahm allerdings der *Reichsausschuss für Krebsbekämpfung* an diesen auf den visuellen Schock setzenden Bildern von Krebstumoren Anstoß und stellte 1935/6 einen „sehr schonenden“ Film bereit, der Krebstumore nur noch in Trickaufnahmen zeigte, die den Darstellungen ihre bedrängende Körperlichkeit nahmen und sie ins Reich der wissenschaftlichen Abstraktion überführten.<sup>138</sup> Der Film von 1930 verrät in dieser Hinsicht nur wenig Bedenken und ließ

<sup>136</sup> Rudolf Neubert, langjähriger Mitarbeiter des *Hygiene-Museums*, erläuterte diese Modell- und Erprobungsfunktion des Films in einem längeren Artikel, vgl. ders., Der erste Film aus der Produktion des Gesundheitsdienstes, in: Hygienischer Wegweiser 5, 11 (1930), S. 292. Zu den technischen Daten des Films vgl. die Informationen im Filmportal: ([http://www.filmportal.de/film/der-krebs\\_b627e9ff270d4621b04be4a067b3fda3](http://www.filmportal.de/film/der-krebs_b627e9ff270d4621b04be4a067b3fda3), letzter Zugriff: 27.03.2017). Als Hinweis zum konkreten Einsatz des Films, Gebhard, Kampf dem Krebs, S. 52.

<sup>137</sup> Neubert, Der erste Film, S. 292.

<sup>138</sup> Dieser 1018 m lange Tonfilm trug den Namen „Kampf dem Krebs“ und sollte im Anschluss an einen Vortrag ausgestrahlt werden. Trotz intensiver Recherche konnte keine Kopie des Films gefunden werden. Allerdings ist eine der ehemals drei Zensurkarten (vom 26.08.1936) erhalten, die eine kurze Synopse des Films beinhaltet, der diese Informationen entnommen wurden: Der Film war für Jugendliche verboten und durfte nur bei Veranstaltungen der *Reichsarbeitsgemeinschaft Schadenverhütung* (bzw. des *Reichsausschusses für Krebsbekämpfung*) vorgeführt werden. Bundesarchiv Filmarchiv B.43197. Daneben hatte es noch eine Zensurkarte vom 22.02.1936 und vom 19.10.1942 gegeben, die aber beide nicht erhalten sind. Als „sehr schonend“ und für ein „taktvolles“ Vorgehen geeignet wurde dieser Film bezeichnet in: Reichsausschuss für Krebsbekämpfung, Mitteilungen des Reichsausschusses für Krebsbekämpfung. Bericht über eine außer-

den Zuschauern zu Beginn ganz gezielt keine „Atempausen“.<sup>139</sup> Stattdessen setzte er sofort auf Dramatik und Entsetzen, mit denen die emotionale Bühne für die nachfolgenden Belehrungen und Informationen bereitet wurde.

Nach der ersten Minute schaltete der Film in einen ruhigeren Schnittmodus. Der Film orientierte sich im nun folgenden Hauptteil an den bereits bekannten Schwerpunkten früherer Kampagnen und präsentierte dementsprechend die Themen Krebsstatistik, Krebsforschung, Frühdiagnose, Therapien und schließlich Selbstbeobachtung – allerdings in so gedrängter Form, dass „dem Zuschauer zu wenig Zeit gegeben [wird], die Dinge zu erfassen.“<sup>140</sup> Aber der Film sollte eben gerade nicht in einer Weise belehren, die den Zuschauern ein vertieftes Verständnis der Krebskrankheit und ihrer Behandlung zu gewinnen erlaubt hätte. Von diesem, von Ferdinand Blumenthal eingeforderten Verständnis der Wissensvermittlung verabschiedete sich dieser Film. Er sollte stattdessen klare Botschaften präsentieren, in deren Dienst die filmischen und visuellen Mittel gestellt wurden. Im Kern ging es hier – wie bereits in früheren Kampagnen – um das Credo der Heilbarkeit sowie um die Mahnung, sich frühzeitig in die Behandlung eines Arztes zu begeben. Allerdings überschritt der Film an zwei Punkten den zuvor abgesteckten Rahmen: Er weitete erstens den Appell zur Selbstbeobachtung deutlich aus und band zweitens die Frage der individuellen Verantwortung stärker und in anderer Weise an die Verantwortung gegenüber Familie und Gesellschaft, während zugleich die Krebserkrankung politisiert wurde. Diese drei Aspekte standen nicht einfach unverbunden nebeneinander, sondern verwiesen in komplexer und keineswegs eindeutiger Weise aufeinander.

### ***3.5 Techniken und Moral der Selbstbeobachtung, Früherkennung und Körperbildung im NS-Gesundheitsstaat***<sup>141</sup>

Selbstbeobachtung und Früherkennung waren zwei Themen, die unter Gesundheitspolitikern und Ärzten seit Ende der 1920er Jahre neu diskutiert wurden. Frühere

---

ordentliche Tagung der Reichsarbeitsgemeinschaft und des Reichsausschusses für Krebsbekämpfung in Berlin, in: Zeitschrift für Krebsforschung 46, 1 (1937), S. 306-312, hier S. 310. BArch B 142/412, Bl. 308, RS-311.

<sup>139</sup> Neubert erklärte, dass der Film aufrütteln, belehren und beruhigen solle, vgl. ders., Der erste Film, S. 292. Die fehlenden Atempausen kritisierte Ferdinand Blumenthal, vgl. ders., Krebsfilm, BArch R 86/2584. Vgl. dazu auch: Laukötter, Anarchie, S. 68, dort auch im Detail zu den Visualisierungsstrategien des Films.

<sup>140</sup> Blumenthal, Krebsfilm, S. 2.

<sup>141</sup> Der Begriff „Gesundheitsstaat“ verweist auf den doppelbödigen Titel von Geoffrey C. Cocks‘ weitgefaster Untersuchung der NS-Politik des gesunden „Volkskörpers“, vgl. ders., State of Health.

Kampagnen hatten sich darauf konzentriert, Frühsymptome von Krebserkrankungen publik zu machen und Frauen wie Männer aufzufordern, auf solche Symptome zu achten und zum Arzt zu gehen, um sie abklären zu lassen. In diesem Sinne war es darum gegangen, medizinische Laien zu „Wächtern“ ihres Körpers zu erziehen, die mögliche Gefahren frühzeitig erkannten und „meldeten“.<sup>142</sup> Eine wesentliche Schwierigkeit bei diesem Unterfangen war die Tatsache, dass das historisch geprägte Körperwissen die meisten Menschen dieser Zeit dazu veranlasste, die Schwere des möglichen Leidens aufgrund der Schwere der Symptome zu beurteilen: Was nur wenig Schmerzen verursachte, konnte nicht wirklich gravierend sein.<sup>143</sup> Zudem entsprach eine gewisse Unempfindlichkeit gegenüber körperlichen Unannehmlichkeiten und Schmerzen durchaus zeitgenössischen (sozial-)hygienischen Idealen, die für eine „Abhärtung“ der Körper plädierten und Arbeitstherapien im Zweifelsfall für gesundheitsfördernder hielten als Schonung und Verrentung.<sup>144</sup> Vor diesem Hintergrund war der „Wächter-Patient“ ein durchaus problematisches Ideal, bestand doch die Gefahr, dass dieser Patient sich als wehleidiger Hypochonder entpuppte, der „überall schwerste Leiden und Krankheiten“ witterte.<sup>145</sup>

Doch die Praxis, die Menschen auf die Registrierung von Frühsymptomen zu „trainieren“, stellte sich noch in anderer Hinsicht als problematisch heraus: Denn in dem Maße, in dem eine größere Zahl von Frauen tatsächlich nur wenige Tage, nachdem sie einen verdächtigen Ausfluss bemerkt hatte, den Arzt aufsuchte, wurde deutlich, dass die so offensiv propagierten Frühsymptome keineswegs immer Symptome eines frühen Stadiums der Erkrankung waren. Schon 1924 hatte der Sanitätsrat Hartkopf in der Kölnischen Zeitung unter Rückgriff auf den Berliner Krebsforscher Carl Lewin postuliert, dass der „Arzt niemals einen Krebs zu Gesicht bekomme, der nicht schon

---

<sup>142</sup> Vgl. Patrice Pinells Konzept des Wächterpatienten: ders., *Naissance*, S. 301.

<sup>143</sup> Dieser Nexus von Schmerz und Schwere der Krankheit beklagte etwa noch 1935 der Züricher Radiologe Hans R. Schinz, vgl. ders., *Krebsverbreitung und Krebsbekämpfung*, in: *Strahlentherapie* 53 (1935), S. 363-416, hier S. 386.

<sup>144</sup> Zur Diskussion um Arbeitstherapie vs. Verrentung vgl. u.a. Alexa Geisthövel, *Regaining Sufficiency. Work Therapy in 1930s German Internal Medicine*, in: Peter-Paul Bänziger/Mischa Suter (Hg.), *Histories of Productivity. Genealogical Perspectives on the Body and the Modern Economy*, New York/London 2017, S. 136-155. Als Überblick über Debatten und Praktiken der gesunden Lebensführung im 20. Jahrhundert vgl. Susanne Hoffmann, *Gesunder Alltag im 20. Jahrhundert? Geschlechterspezifische Diskurse und gesundheitsrelevante Verhaltensstile in deutschsprachigen Ländern*, Stuttgart 2010.

<sup>145</sup> Dieses Zitat stammt von einem Plakat der ab 1939 in überarbeiteter Form präsentierten Wanderausstellung des Dresdner *Hygiene-Museums*, das mit der Mahnung „Achte auf Dich“ überschrieben war und einen dickleibigen, verschreckt auf ein Krebsplakat starrenden Mann zeigte: DHMD 2001/248.24.

über diese erste Entwicklungsstufe hinaus sei und in andern Organen Metastasen gebildet habe“, die Frühdiagnose also in Wahrheit immer eine „Zuspätdiagnose“ sei.<sup>146</sup> Diesem Befund schlossen sich Anfang der 1930er Jahre immer mehr Mediziner an, so dass viele dafür plädierten, einerseits das Raster der Selbstbeobachtung „feiner“ zu gestalten, andererseits die Bevölkerung zu regelmäßigen Untersuchungen aufzufordern – und zwar ganz unabhängig vom Auftreten verdächtiger Symptome. Dementsprechende Forderungen kamen auch aus der Bevölkerung, die insbesondere in der ersten Hälfte der 1930er Jahre ein enormes Interesse an Informationen über die Krebskrankheit zeigte, wie etwa der über viele Jahre hinweg ausgesprochen gute Besuch der Wanderausstellung „Krebs“ vor Augen führt, die immer wieder wegen Überfüllung geschlossen werden musste.<sup>147</sup>



Abb. 22: Besucheransturm. Ausstellung „Kampf dem Krebs“ im Berliner Europahaus (1932)

Als verfeinerte Mittel der Selbstbeobachtung wurden in Ausstellungen und Vorträgen sowie in dem hundertfach in den 1930er Jahren gezeigten Film „Krebs“ zwei Techniken

<sup>146</sup> Sanitätsrat Dr. Hartkopf, Köln, Alte und neue Wege zur Bekämpfung der Krebskrankheit, in: Kölnische Zeitung 467 (4.7.1924). HSTA D 10702, Nr. 1318.

<sup>147</sup> Vgl. z.B. Schreiben des Max Liebecher, Dresden, an den Reichskanzler Adolf Hitler, den 8. Februar 1934, der fordert, Frauen Reihenuntersuchungen nicht nur kostenlos anzubieten, sondern sie zum Besuch dieser Untersuchungen zu verpflichten. Zum Erfolg der Ausstellung, von der wegen der großen Nachfrage 1933 ein zweites Verleihexemplar angefertigt wurde und die z.B. im Berliner Europa-Haus 1932 51.000 Menschen besuchten, vgl. Protokoll des geschäftsführenden Ausschusses des Hygiene-Museums. Dresden, 21. März 1932; vom 2. Dezember 1932 sowie vom 27. März 1933. HSTA D 13686, Nr. 52, Bl. 84, 91 und 92. Die Krebsausstellung zählte in den 1930er Jahren dementsprechend zu den erfolgreichsten Ausstellungen des *Hygiene-Museums*, vgl. Susanne Roeßiger, Die Krebskampagnen des Deutschen Hygiene-Museums, in: Stiftung Deutsches Hygiene-Museum, Rechtzeitig erkannt, S. 21-31, hier S. 25.

in den Vordergrund gerückt, die der frühzeitigen Entdeckung von Brust- und Gebärmutterhalskrebs dienten: einerseits das monatliche Abtasten der Brust, andererseits das Führen eines Regelkalenders, der jede Zwischenblutung sofort offenkundig werden ließe.<sup>148</sup> Während die Aufforderung zur monatlichen Selbstuntersuchung der Brust, die etwa in den USA erst dreißig Jahre später propagiert werden sollte, unter Ärzten umstritten war, wurde die Werbung für den Regelkalender von Medizinern mehrheitlich begrüßt.



Abb. 23: „Jede Frau, die über 35 ist, sollte alle 4 Wochen ihre Brust nach Knoten abtasten.“ Plakat aus der Wanderausstellung „Kampf dem Krebs“ (1931)

<sup>148</sup> Das Führen eines „Regelkalenders“ wurde Frauen nicht nur im Kontext von Krebs-Früherkennungskampagnen empfohlen, sondern auch im Rahmen von allgemeineren Hinweisen zur ordentlichen und rationalen „Haushaltsführung“, so etwa in der ab 1933 gezeigten Ausstellung des *Hygiene-Museums* „Die Frau in Familie, Haus und Beruf“, DHMD 2001/246.



Abb. 24: Regelkalender. Still aus dem Film „Krebs“ (1930)

Warum die Selbstuntersuchung umstrittener war als der Regelkalender, lässt sich nicht eindeutig klären, da die Quellen darüber wenig Auskunft geben. Einen Hinweis gibt die Kritik Ferdinand Blumenthals, der vehement verlangte, die Aufforderung (und die entsprechende kurze Filmsequenz) zur Brust-Selbstuntersuchung aus dem Krebsfilm von 1930 zu entfernen. Eine Begründung dafür gab er nicht. Aber da diese Forderung mitten zwischen zwei Sätzen steht, die die „triste Stimmung“ des Films kritisieren und anregen, mehr Bilder von Heilung, Glück und Hoffnung zu zeigen, lässt sich daraus schließen, dass Blumenthal glaubte, die monatliche Selbstuntersuchung könne Frauen zu einer ängstlichen Erforschung ihres eigenen Körpers erziehen.<sup>149</sup> Nicht auszuschließen ist aber auch, dass Ärzte in der Selbstuntersuchung eine partielle Einschränkung ihrer ärztlichen Untersuchungskompetenz erkannten, die damit zu einem allerdings sehr kleinen Teil auf medizinisch „ungebildete“ Frauen übertragen wurde – während die Ärzteschaft ja zugleich gerade im Hinblick auf Krebs darum bemüht war, die Schulmedizin gegenüber dem Misstrauen von „Freundinnen-Netzwerken“ und sogenannten Kurpfuschern zu verteidigen.<sup>150</sup> Vielleicht rief aber auch die öffentliche Aufforderung an Frauen, ihre Brust selbst zu berühren, Unbehagen unter

<sup>149</sup> Vgl. Blumenthal, Krebsfilm, S. 2. Zum zeitlichen „Vorsprung“ Deutschlands im Vergleich mit den amerikanischen Kampagnen vgl. Proctor, Blitzkrieg, S. 43.

<sup>150</sup> Sowohl in der Wanderausstellung von 1931 als auch in der überarbeiteten Version von 1939 sowie in der Ausstellung „Ewiges Volk“ von 1937 wurde vor dem „schlechten“ Rat der Nachbarin oder Freundin gewarnt, die den „Kurpfuscher“ empfahl oder Symptome verharmloste – wie auch in dem auf der II. Internationalen Hygiene-Ausstellung 1930 gezeigten Drehbühnenspiel.

den überwiegend männlichen Ärzten hervor.<sup>151</sup> Eine medizinische Kritik am Sinn der Selbstuntersuchung – etwa im Sinne einer später geäußerten Kritik, dass Frauen bei der Selbstuntersuchung zu viele völlig harmlose Knoten entdecken würden, Krebsknoten dagegen manchmal schon metastasierten, bevor sie mit der Hand zu tasten waren – stand offenbar nicht zur Debatte, da sie sonst explizit ins Feld geführt worden wäre. Letztlich verhinderten die Kritiker jedoch nicht, dass die Selbstuntersuchung in einer Vielzahl von Ausstellungen und Merkblättern der 1930er Jahre als probates Mittel der Früherkennung dargestellt wurde.<sup>152</sup>

Der Regelkalender passte sich dagegen gut ein in eine Zeit, in der das planmäßige Vermessen und Auszählen des Körpers und seiner Parameter sowohl Grundlage von wissenschaftlichen Epistemen wie der Rassenkunde wurde als auch in die alltägliche medizinische Praxis implementiert wurde. So wurden beispielsweise alle Männer des *Reichsarbeitsdienstes* monatlich gewogen und die Ergebnisse in einer „Wiegeliste“ festgehalten, aus der frühzeitig Krankheit abgelesen werden sollte.<sup>153</sup>

Dabei ging es auch um die Einübung eines versachlichten Blickes auf den eigenen Körper, der als funktionierendes komplexes Gebilde überprüft, „gewartet“ und gepflegt werden sollte – nicht so sehr, indem man auf die inneren Anzeichen von Schmerz und Krankheitsgefühl hörte, sondern mehr, indem man die äußeren Parameter eines geordneten, regelgerechten Körpers erhob und prüfte. Dementsprechend verglichen Ausstellungsplakate den Körper mit Maschinen oder Autos, die ebenfalls regelmäßig gepflegt und gewartet werden sollten.<sup>154</sup> Dass diese Maschinenmetapher eher auf den versachlichten Blick und weniger auf ein Verständnis des Körpers als Maschine

<sup>151</sup> Hier wäre unter Umständen ein Zusammenhang mit der insbesondere im Kaiserreich geradezu obsessiven Beschäftigung mit der vermuteten Masturbation von männlichen Jugendlichen zu erkennen, die immer wieder von Ärzten, Sozialhygienikern, Pädagogen und Theologen als extrem gesundheitsschädlich gebrandmarkt wurde, vgl. als Überblick zur Onaniegeschichte des 18. und 19. Jahrhunderts: Jürgen Martschukat/Olaf Stieglitz, *Geschichte der Männlichkeiten*, Frankfurt/ New York 2008, hier S. 149-151.

<sup>152</sup> Das Plakat aus der Wanderausstellung „Kampf dem Krebs“ (Abb. 23) ist dafür ein typisches Beispiel, denn fast immer wurden Fotografien oder Filmszenen realer Frauen mit heruntergestreiftem Hemd und der Brust zugewandtem Blick gezeigt, seltener dagegen Zeichnungen von Frauen, wie sie in vielen Nachkriegs-Merkblättern benutzt wurden.

<sup>153</sup> Dabei ging es insbesondere um eine frühzeitige Erfassung der Tuberkulose. Über diese Praxis wurde auch in Tageszeitungen berichtet, vgl. z.B. Monatlich eine Gesundheitsbesichtigung, in: *Erzgebirge-Nachrichten- und Anzeigenblatt (Marienburg)* (27.7.1939). HSTA D 10702, Nr. 1315, T. 1, Bl. 31f.

<sup>154</sup> Vgl. ein Plakat aus „Kampf dem Krebs“ (1931), das einen Mechaniker bei der Reparatur eines Autos zeigt: DHMD 2001/247.79. Das gleiche Plakat wurde auch in der Ausstellung „Die Frau als Gattin und Mutter“ (1933) gezeigt: DHMD 2001/246.165. Die überarbeitete Version von „Kampf dem Krebs“ (1939) präsentierte dagegen einen Arbeiter neben einer Maschine (Druckerpresse?) unter dem Titel: „Gesundsein ist Pflicht“: DHMD 2001/248.21.

zielte, das im Gegensatz zum nationalsozialistischen Körperbild gestanden hätte, zeigte der später beigefügte Hinweis, dass die „Vielseitigkeit des natürlichen Erlebens“ den lebendigen Körper grundsätzlich vom „Maschinenmenschen“ unterscheidet.<sup>155</sup> Vor diesem Hintergrund wurde nun auch dafür geworben, dass Frauen wie Männer sich ab dem vierzigsten Lebensjahr regelmäßig untersuchen ließen.

Bereits 1929 hatten sich 24 Lebensversicherungen zur *Zentrale für Gesundheitsdienst in der Lebensversicherung* zusammengeschlossen und ihren insgesamt etwa 600.000 Versicherten angeboten, sich auf Kosten dieser Zentrale regelmäßig bei einem Arzt ihrer Wahl untersuchen zu lassen – eine Initiative, die der damalige Direktor der medizinischen Abteilung des Reichsgesundheitsamtes, der spätere Leiter der *Reichsarbeitsgemeinschaft für Krebsbekämpfung*, Dr. Gottfried Frey, aufgriff und als allgemeines Modell für die Sozialversicherungen empfahl.<sup>156</sup>

Schon bald nach der 1931 gegründeten *Reichsausschuss für Krebsbekämpfung*, dessen stellvertretender Vorsitzender Frey ebenfalls war, diese Anregung im Zuge der Diskussion über ein allgemeines Krebsgesetz auf.<sup>157</sup> Dieses seit 1931 diskutierte Krebsgesetz sollte drei Ziele verfolgen: Erstens sollten damit Krebserkrankungen und -todesfälle lückenlos erfasst werden. Das heißt, die Ärzte sollten verpflichtet werden, jeden Krankheits- oder Todesfall dem Gesundheitsamt zu melden. Dieses sollte aufgrund der Daten ein zentrales Krebsregister erstellen, das es erstmals erlaubt hätte, statistisch gesicherte Aussagen über die Häufigkeit unterschiedlicher Krebserkrankungen sowie deren jeweilige Heilungsraten zu treffen.<sup>158</sup> Zweitens sollte mit dem

<sup>155</sup> Vgl. das entsprechende Plakat aus der 1939 überarbeiteten Wanderausstellung „Kampf dem Krebs“, auf dem die Abbildung eines plumpen Maschinenmenschen neben einer an der Ästhetik Arno Brekers angelehnten Zeichnung eines nackten Mannes gezeigt wurde. Kommentiert wurde diese Gegenüberstellung mit den Worten: „Ein Maschinenmensch gilt als Wunderwerk, und doch ist er mit seiner Unzahl Rädchen und Schaltungen, seiner geheimnisvoll, genial ersonnenen Mechanik nur ein stümperhaftes Machwerk gegenüber der Vielseitigkeit natürlichen Erlebens, wie sie der menschliche Körper zeigt.“ DHMD 2001/248.37. Vgl. dazu auch Manuel Frey, Prävention und Propaganda. Gesundheitsaufklärung im Deutschen Hygiene-Museum zwischen 1933 und 1939, in: *Ärzteblatt Sachsen* 4 (2005), S. 160-162, hier S. 162.

<sup>156</sup> Direktor Dr. Frey, Reichsgesundheitsamt, Hygienische Volksbelehrung, in: *Vossische Zeitung* 456 (27.9.1929), 10. HSTA D 10702, Nr. 1317.

<sup>157</sup> Zur Diskussion über ein Krebsgesetz vgl. Atzl/Helms, *Geschichte*, S. 59f. und Proctor, *Blitzkrieg*, S. 56f.

<sup>158</sup> Das Bemühen um eine vollständige statistische Erfassung der Krebskranken und -toten ist allerdings keineswegs nur genuines Instrument der Krebsforschung, sondern fügt sich in einen seit dem ausgehenden 19. Jahrhundert zunehmenden westlichen Trend zur statistischen Erfassung der Welt ein, der im nationalsozialistischen Deutschland im Zuge der immer stärkeren Überwachung, Lenkung und Selektion der Bevölkerung in vielen Bereichen vorangetrieben wurde. Viele Wissenschaftler, insbesondere auch Mediziner, waren daran aktiv beteiligt, vgl. zur Krebsforschung: Proctor, *Blitzkrieg*, S. 53f. Als Überblick zur NS-Medizin: Eckart, *Medizin in der NS-Diktatur*.



Krebsgesetz die nicht-ärztliche Krebsbehandlung unter Strafe gestellt werden – die Rede war von einer Gefängnisstrafe bis zu einem Jahr. Und drittens sollten die reichsgesetzlichen Krankenversicherungen angewiesen werden, allen weiblichen Versicherten ab dem 30. Lebensjahr die Möglichkeit zu bieten, sich regelmäßig ein oder zwei Mal jährlich auf Gebärmutterhals- und Brustkrebs untersuchen zu lassen – dass dabei das Spekulum zur Anwendung kommen musste, sollte das Gesetz ebenfalls verpflichtend machen.<sup>159</sup>

Obwohl das Reichsgesundheitsamt das Gesetz befürwortete, wurde es nicht verabschiedet. Ein wesentlicher Kritikpunkt von Seiten vieler Ärzte war die Zwangsmeldung der Krebskranken an das Krebsregister, die aus ihrer Sicht mit der ärztlichen Schweigepflicht kollidierte – diese Kritik verhinderte jedoch nicht, dass eine ganze Reihe von Regionen dennoch in größerem Umfang Krebsregister anlegten.<sup>160</sup>

Im Hinblick auf die kostenlos Frauen angebotenen Reihenuntersuchungen herrschte dagegen weitgehende Übereinstimmung. Man diskutierte im *Reichsausschuss* lediglich darüber, ob auch Männer in das Angebot der kostenlosen Reihenuntersuchung einbezogen und auf Magen- und Darmkrebs untersucht werden sollten – ein Vorschlag, der schließlich mit dem Argument abgelehnt wurde, dass Gebärmutterhals- und Brustkrebs einfacher zu diagnostizieren seien und zudem volkswirtschaftlich und rassenideologisch eine größere Relevanz hätten, da sie „Frauen im gebärfähigen Alter bedrohen“ würden.<sup>161</sup> Zudem erschienen Frauen als erste Adressaten von Krebs-Reihenuntersuchungen auch deshalb besonders geeignet, weil man hoffte, sie würden als „Hüterin“ über die Gesundheit der Familie ihre positiven Erfahrungen mit dieser Praxis an ihre Männer, Söhne und Brüder weitergeben und so auch diese an den Gedanken regelmäßiger Krebsuntersuchungen gewöhnen, die dann zu einem späteren Zeitpunkt eingeführt werden könnten.<sup>162</sup>

---

<sup>159</sup> So geht es aus den beiden Entwürfen des *Reichsausschusses* und des Reichsinnenministers hervor, vgl. Reichsausschuß für Krebsbekämpfung, Entwurf: Gesetz zur Bekämpfung der Krebskrankheiten sowie Reichsausschuß für Krebsbekämpfung, Entwurf eines Gesetzes zur Bekämpfung der Krebskrankheiten. Streng vertraulich! Weder ganz noch teilweise zu veröffentlichen. BArch R 36/1389.

<sup>160</sup> Proctor nennt u.a. ein Krebsregister, das auf den Meldungen der niedergelassenen Ärzte und Krankenhäuser in Göttingen, Halle, Kiel, Nürnberg sowie aus den Landkreisen Neustadt an der Aisch, Burgdorf in Hannover, Hohenzollern und dem Donaukreis beruhte. Daneben wurden Register in Mecklenburg, Sachsen-Anhalt, im Saarland und in Wien angelegt, vgl. ders., *Blitzkrieg*, S. 53f.

<sup>161</sup> Schreiben des Stellvertretenden Geschäftsführers des Reichsausschusses vom 12. November 1933. BArch R 36/1389.

<sup>162</sup> So z.B. die Argumentation im Bericht von A. Läden, *Propaganda, Laienaufklärung und Reihenuntersuchungen im Kampfe gegen den Krebs in Ostpreußen*, der abgedruckt wurde in (S. 7-20):

Die Auseinandersetzung um das Krebsgesetz verzahnt damit die Diskussion der frühen 1930er Jahre mit der nationalsozialistischen Forschungs- und Gesundheitspolitik. Denn von den Anfängen dieser Diskussion um 1931 bis zu ihrem Ende um die Jahreswende 1933/4, als das Gesetzesprojekt versandete, lässt sich kein Bruch, allenfalls eine Radikalisierung bestehender Trends feststellen – während allerdings zugleich viele Krebsforscher und -ärzte als „Nicht-Arier“ ihre Stellungen verloren, emigrierten, vertrieben und verfolgt wurden.<sup>163</sup> Und obwohl das Krebsgesetz als Reichsgesetz nicht verabschiedet wurde – nur die zu diesem Zeitpunkt noch „freie“ Stadt Danzig setzte im April 1939 ein Krebsgesetz in Kraft – wurden die Bemühungen um eine statistische Erfassung der Krebskrankheit ebenso wie um das Angebot einer kostenlosen Reihenuntersuchung in vielen Regionen des Reiches umgesetzt.<sup>164</sup> Insbesondere Ostpreußen entwickelte sich unter Mitwirkung des zwischenzeitlich emeritierten Gynäkologen Georg Winter (1856-1946) seit 1930 zu einer Art Modellregion.<sup>165</sup> Dort etablierten die Königsberger Gynäkologie-Professoren Läden und von Mikulic-Radecki im Laufe der 1930er Jahre ein umfassendes System aus aufeinander abgestimmten Kampagnen und Untersuchungsangeboten, das der Früherkennung von Brust- und Gebärmutterhalskrebs dienen sollte. Unterstützt von der *NS-Frauenschaft*, von Landräten und regionalen Autoritäten wie Pfarrern, Gutsbesitzern und Lehrern bemühte man sich darum, Frauen auf dem Land ebenso wie in den Städten zum Besuch von Diavorträgen zu bewegen, mit denen Ärzte in deutlichen Bildern die ohne ärztlichen Eingriff unaufhaltsame Entwicklung einer Krebserkrankung von ihrem unauffälligen Beginn bis zu ihrem zerstörerischen und visuell verstörenden Ende dokumentierten, um damit auf die zwingende Notwendigkeit der Früherkennung als einziges Mittel erfolgreicher Behandlung hinzuweisen.<sup>166</sup> Überwiegend in den Wintermonaten wurden solche Vorträge angeboten, der Krebsfilm oder Theaterstücke wie „Die

---

Verhandlungen der Deutschen Reichsarbeitsgemeinschaft für Krebsbekämpfung auf der Tagung in München am 12. und 13. Mai 1939, in: Monatsschrift für Krebsbekämpfung 7 (1939), S. 1-48. BArch B 142/412, Bl. 320-344.

<sup>163</sup> Vgl. dazu Kapitel 2.

<sup>164</sup> Das Danziger Krebsgesetz gab nicht nur Frauen ab 30 Jahren, sondern auch Männern über 45 Jahren das Recht, sich einmal im Jahr kostenlos auf Krebs untersuchen zu lassen, vgl. Verordnung zur Bekämpfung bösartiger Geschwulstkrankheiten, in: Monatsschrift für Krebsbekämpfung 7 (1939), S. 202-204.

<sup>165</sup> Im Rahmen der dort organisierten Reihenuntersuchungen sollen zwischen 1934 und 1941 25.000 Frauen untersucht worden sein, vgl. Atzl/Helms, Geschichte, S. 60.

<sup>166</sup> Eine solche, aus vierzig Diapositiven bestehende Reihe stellte seit 1929 auch das *Hygiene-Museum* leihweise zur Verfügung, vgl. Lichtbildreihe 70: „In Deutschland sterben mehr Menschen an Krebs als an Lungenschwindsucht“, 1929. DHMD 1999/3219.

Tragödie des Arztes“ vorgeführt, während zugleich an Bahnhöfen Plakate aushingen, im Radio Vorträge ausgestrahlt und in Anzeigen auf die Termine der Untersuchungen hingewiesen wurde. Die Untersuchungen auf Brust- und Gebärmutterhalskrebs fanden schließlich abends nach Arbeitsschluss in den Kliniken statt und sollen so organisiert gewesen sein, dass ein von mehreren Schwestern unterstützter Arzt im Laufe einer Stunde 60 Frauen untersucht haben soll.<sup>167</sup>

Das ostpreußische Früherkennungs-Programm beruhte auf Freiwilligkeit: Auch wenn man durch die Einbeziehung von *NS-Frauenschaft* und der örtlichen Autoritäten moralischen, sozialen und politischen Druck auf die Frauen ausüben versuchte, gab es weder einen gesetzlich legitimierten Zwang zur Teilnahme noch mussten die Frauen mit finanziellen Sanktionen rechnen, wenn sie die Früherkennungsuntersuchungen nicht besuchten. Dieser Zuschnitt des von den Königsberger Professoren und Ärzten ehrenamtlich organisierten und praktizierten Programms war der bestehenden Rechtslage geschuldet. Sonst hätte etwa Läwen eine Zwangsuntersuchung aller Frauen zwischen 30 und 70 Jahren bevorzugt – ein Zwang, der ihm 1933 in Analogie zur ebenfalls zwingend vorgeschriebenen Rekrutenuntersuchung wenig problematisch schien.<sup>168</sup> Aber auch das Danziger Gesetz von 1939 statuierte keinen Untersuchungszwang. Es erhöhte allerdings den Druck auf Frauen und Männer insofern, als die Krankenkassen nun berechtigt waren, alle sechs Monate an die Früherkennungsuntersuchungen zu erinnern. Wer dieser Aufforderung nicht nachkam, sollte wenig später eine Mahnung seiner Krankenkasse zugeschickt bekommen.<sup>169</sup>

Selbst wenn das Angebot der Krankenkassen auch in diesem Fall das Prinzip der „freiwilligen“ Entscheidung der Versicherten nicht außer Kraft setzte, war seit den späten 1920er Jahren von vielen regionalen ebenso wie von der reichsweiten Krebsgesellschaft, dem *Hygiene-Museum* und der staatlichen Gesundheitspolitik das Angebot der „Vorsichtsuntersuchung“ immer expliziter zur Pflicht umgedeutet worden, die der

<sup>167</sup> Vgl. die Ausführungen der Gynäkologen Läwen und von Mikulic-Radecki sowie vom Königsberger Landrat Dr. Gentzen in: Anonym, Verhandlungen der Deutschen Reichsarbeitsgemeinschaft für Krebsbekämpfung auf der Tagung in München am 12. und 13. Mai 1939, in: Monatsschrift für Krebsbekämpfung 7 (1939), S. 1-48, hier S. 7-31. BArch B 142/412, Bl. 320-344.

<sup>168</sup> Einen entsprechenden Vorschlag hatte er am 20.9.1933 dem Landeshauptmann von Ostpreußen unterbreitet. Ein hinzugezogener Jurist erklärte allerdings, dass dafür die gesetzlichen Grundlagen fehlten, vgl. Anonym, Verhandlungen der Deutschen Reichsarbeitsgemeinschaft für Krebsbekämpfung, S. 13.

<sup>169</sup> Vgl. die Angaben des Gynäkologen Friedrich Lönne (Düsseldorf), der in der Diskussion um das Krebsgesetz einen ersten Entwurf vorgelegt hatte und der im Danziger Gesetz eine weitgehende Verwirklichung seiner ursprünglichen Ziele erkannte: Anonym, Verhandlungen der Deutschen Reichsarbeitsgemeinschaft für Krebsbekämpfung, S. 42-45, hier S. 45.

Einzelne seiner Familie ebenso wie dem „Volk“ schuldig sei. Denn einerseits betonten die Früherkennungskampagnen nun immer ausdrücklicher den volkswirtschaftlichen Schaden, der durch die Krebserkrankungen verursacht werde. Dieses Argument war zwar nicht ganz neu, war aber in den frühen 1920er Jahren eher in Schriftstücken verwandt worden, in denen die Krebsgesellschaften um größere finanzielle Unterstützung durch den Staat warben. Seit 1931 aber konnten die Besucher der Wanderausstellung „Kampf dem Krebs“ auf einem Plakat ganz unumwunden lesen: „Welche Verluste bringt der Krebs der deutschen Volkswirtschaft in einem Jahre?“ Und während im Hintergrund des Plakats ein großes Mietshaus gezeigt wurde, rechnete der Kommentar im Vordergrund den Besuchern vor, dass die jährlich 120.000 Krebskranken aufgrund von Verdienstaussfällen, Pflege, Krankengeld und Therapie Kosten in Höhe von 500 Millionen Reichsmark verursachen würden. Für diese Summe, so vergaß der Kommentar nicht zu erwähnen, hätte der Staat 30.000 Wohnungen bauen können – ein angesichts der permanenten Wohnungsnot der Weimarer Zeit, die sich in der Weltwirtschaftskrise noch einmal verschärft hatte, brisantes politisches Statement.<sup>170</sup> In welchem Maße und ob überhaupt eine höhere Inanspruchnahme von Früherkennungsuntersuchungen diese Ausgaben angesichts der nach wie vor geringen Heilerfolge gesenkt hätte, ist fraglich. Suggestiert wurde allerdings, dass diese Kosten deutlich geringer ausfallen würden. Ebenso wurde behauptet, dass dieses eingesparte Geld unverzüglich für die Wohnungspolitik ausgegeben werden würde – ein Nexus, der alles andere als gesichert war.

Doch die Ausstellung von 1931 wies noch auf einen anderen „Schaden“ hin, der in den Augen vieler Betroffener deutlich mehr gewogen haben dürfte: Zwei Plakate zeigten Kinder, deren Vater bzw. Mutter früh an Krebs verstorben war. Die Plakate behaupteten, dieses Schicksal hätte abgewendet werden können, wenn Mutter oder Vater rechtzeitig zum Arzt gegangen wären. Die dort gezeigten Szenen verstärkten darüber hinaus Ängste von Müttern und Vätern, indem sie andeuteten, dass diese Kinder durch den frühzeitigen Tod ihrer Eltern um ihre Zukunftsaussichten betrogen und in die Hände herzloser Menschen geraten seien. So konnten die zahlreichen Besucher der in Königsberg ebenso wie in München, Minden oder Leipzig gezeigten Krebsausstellung auf einem der Plakate zwei Kinder in gebeugter Haltung am

---

<sup>170</sup> Vgl. das entsprechende Plakat aus der Wanderausstellung des Dresdner *Hygiene-Museums* „Kampf dem Krebs“ (um 1931), DHMD 2001/247.14. Zur Wohnungssituation vgl. u.a. Cornelius Torp, *Konsum und Politik in der Weimarer Republik*, Göttingen 2011, S. 67f.

„Katzentisch“ erkennen, während die offensichtlich wohlhabenden Pflegeeltern sie streng und von oben herab zurechtwiesen. Der Kommentar lautete: „Die elternlosen Kinder werden nun bei fremden Leuten umhergestoßen, die Mutter starb mit 44 Jahren an Gebärmutterkrebs.“ Nicht besser schien die Situation eines hart schuftenden Jungen, der auf dem zweiten Plakat abgebildet war und über dessen Schicksal es hieß: „Der Junge hat zwar das Zeug, etwas Tüchtiges zu lernen, aber er muß mit verdienen helfen, weil der Vater mit 41 Jahren an Krebs starb.“<sup>171</sup>

Neben diese moralische und emotionale Verpflichtung gegenüber den eigenen Kindern trat die Verpflichtung gegenüber dem „Volk“ – und zwar nicht nur im Sinne eines möglichen volkswirtschaftlichen Schadens, sondern auch als Schaden am gesunden und wehrhaften „Volkskörper“.<sup>172</sup> Diesem „Volkskörper“ gegenüber wurde eine Pflicht zur Gesundheit eingefordert, zu der auch der Besuch von Früherkennungsuntersuchungen gehörte, wie es die 1939 überarbeitete Wanderausstellung offensiv propagierte.<sup>173</sup> Damit wurden die Früherkennungsuntersuchungen in die vielfältigen dirigistischen Initiativen der 1936 erstmals ausdrücklich formulierten nationalsozialistischen Gesundheitsführung eingeordnet, die die Gesundheit des Einzelnen der Gesundheit des „Volkes“ unterordneten und jeden Einzelnen darauf verpflichteten, unaufhörlich die eigene Gesundheit im Blick auf dieses Ziel zu bewahren und zu schützen. Krankheit und Schwäche galten damit als asozial.<sup>174</sup>

Während also vor diesem Hintergrund eine langfristig schwächende und selten heilbare Krankheit wie Krebs noch furchterregender erscheinen musste, wurde seit

---

<sup>171</sup> Beide Plakate aus der Wanderausstellung des Dresdner *Hygiene-Museums* „Kampf dem Krebs“ (um 1931), DHMD 2001/247.1 + 2.

<sup>172</sup> Der Begriff des Volkskörpers wurde bereits in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts in den Bevölkerungswissenschaften gebraucht. In den 1920er Jahren wurde er zunehmend als rassenbiologischer Begriff radikalisiert und in diesem Sinne von der nationalsozialistischen Gesundheitspolitik gebraucht. Mit diesem Begriff wurde die Bevölkerung als biologisch-rassische Einheit definiert, die vor Krankheiten und „Schädlingen“ zu schützen sei, nicht zuletzt durch eugenische Selektionsmaßnahmen. Zur historischen Kontinuität des Begriffs: Thorsten Hallig/Julia Schäfer/Jörg Vögele, Volk, Volkskörper, Volkswirtschaft – Bevölkerungsfragen in Forschung und Lehre von Nationalökonomie und Medizin, in: Rainer Mackensen/Jürgen Reulecke (Hg.), Das Konstrukt „Bevölkerung“ vor, im und nach dem „Dritten Reich“, Wiesbaden 2005, S. 388-428. Zur Radikalisierung im NS: Süß, Volkskörper. Zur in die 1920er Jahre zurückreichenden Kontinuität dieses Diskurses im Rahmen von Präventionsmaßnahmen vgl. Madarász, Die Pflicht zur Gesundheit, S. 152f.

<sup>173</sup> Vgl. das Plakat mit dem Titel: „Gesundsein ist Pflicht“: DHMD 2001/248.21, ähnlich bereits 1934: Mitteilung des Reichsausschusses für Krebsbekämpfung im Reichs-Gesundheitsblatt, H. 2 (10. Januar 1934), S. 29. BArch R 86 / 4136, Bl. 102f. Vgl. im Hinblick auf die Gesundheitsführung der Kinder und Jugendlichen: Thomas Beddies, „Du hast die Pflicht, gesund zu sein!“ Der Gesundheitsdienst der Hitler-Jugend 1933-1945, Berlin 2010.

<sup>174</sup> Vgl. etwa Eckart, Medizin in der NS-Diktatur, S. 171-173.

Beginn der 1930er Jahre die Angst vor Krebs immer expliziter in den Früherkennungskampagnen adressiert und als Feigheit diskriminiert.<sup>175</sup> Schon die Krebsabteilung der *II. Internationalen Hygiene-Ausstellung* von 1930 hatte die Besucher mit dem in überlebensgroßen Lettern geschriebenen Gebot entlassen: „Du sollst keine Angst haben, an Krebs zu erkranken.“<sup>176</sup> Die Wanderausstellung von 1931 nahm diesen Faden unter der Rubrik „Seelische Hygiene“ auf und verkündete: „Angst macht jede Sache schlechter, auch den Krebs. Mutiges und bedachtes Handeln macht jede Sache besser, auch den Krebs.“<sup>177</sup> Oberflächlich betrachtet verwies dieses Plakat damit schlicht auf Möglichkeiten der Früherkennung und Lebensstiländerung, die „mutig“ genutzt und nicht „ängstlich“ vermieden werden sollten. Zugleich aber wurden diese Empfehlungen damit in eine emotionale Logik eingebettet, deren Beherrschung auf diese Weise Teil einer notwendigen „seelischen Hygiene“ wurde, die nach 1933 in die Bemühungen der psychoanalytisch orientierten *Deutschen Seelenheilkunde* um ein gesundes und leistungsfähiges Seelenleben eingingen.<sup>178</sup> Das spontane Empfinden von Angst war nach dieser Logik keineswegs beschämend, wie die Journalistin und Psychologin Charlotte Köhn-Behrens im ersten Kriegsjahr 1940 in der weit verbreiteten *Gartenlaube* resümierte. Angst sei eine „natürliche“, evolutionär sinnvolle Reaktion auf Gefahren, zu denen auch eine mögliche Krebserkrankung zählte. Diese reflexartig empfundene Angst verwandele sich allerdings in Feigheit, wenn man nicht wage, ihr offen gegenüberzutreten und sie verdränge. Das Ergebnis einer solchen Angstverdrängung werde in der Figur des Kriegsneurotikers und „Zitterers“ sichtbar, dem diese aus Angst verdrängte Angst zum Verhängnis geworden sei. Ganz anders dagegen der „Held“, der „aus seiner instinktiven Angst den seelisch-geistigen Vorgang des Mutes und der Tapferkeit“ erschaffen habe, weil er im Bewusstsein seiner inneren Stärke den Kampf mit sich selbst gesucht und bestanden habe.<sup>179</sup>

<sup>175</sup> Hitzer, *Körper-Sorge(n)*, S. 51-63.

<sup>176</sup> Ernst John, Das Wunder, das wir selber sind. Ein Gang durch die „Internationale Hygiene-Ausstellung“ Dresden 1930, in: *Grüne Post* 24 (15.6.1930).

<sup>177</sup> DHMD 2001/247.93.

<sup>178</sup> Vgl. zur *Deutschen Seelenheilkunde* die entsprechenden Ausführungen in Kapitel 1.

<sup>179</sup> Charlotte Köhn-Behrens, Das Kapitel von der Angst, in: *Die Gartenlaube* 17 (1940), S. 246. Die 1899 geborene Charlotte Köhn-Behrens war bereits 1934 mit einem Interviewband zur Rassenkunde an die Öffentlichkeit getreten (dies. (Hg.), *Was ist Rasse? Gespräche mit den größten deutschen Forschern der Gegenwart*, München 1934) und propagierte 1937 mit einem in schneller Folge mehrfach aufgelegten populärpsychologischen Ratgeber, zu dem Matthias Göring das Vorwort beisteuerte, explizit die Ziele der *Deutschen Seelenheilkunde*, vgl. dies., *Du bist Dein Schicksal. Gespräche mit führenden Vertretern der psychotherapeutischen Wissenschaft*, München 1937. Der List Verlag brachte das Buch in überarbeiteter Form 1953 mit einem veränderten Untertitel neu heraus, der nun lautete: „Wege zum Erfolg in Leben und Liebe“. Charlotte Köhn-Behrens starb

Diese Logik von Angst, Feigheit und Mut stieß auf breite Zustimmung unter Psychologen und Medizinern im Nationalsozialismus. Die nun dominierenden Angst-Konzepte erklären, warum frühere Bedenken, die Früherkennungskampagnen könnten übermäßige Krebsfurcht hervorrufen, nun kaum noch eine Rolle spielten. Dennoch gab es weiterhin Kritiker der Früherkennung. Diese kamen vor allem aus den ideologisch extremen Kreisen der *Neuen Deutschen Heilkunde*, wie sie sich unter anderem in Julius Streichers Zeitschrift *Deutsche Volksgesundheit aus Blut und Boden* trafen. In diesen Kreisen lehnte man die Früherkennung ab, weil man in ihr ein Instrument sah, das die Bevölkerung in die Arme einer „mechanistischen“, „jüdischen“ Medizin treiben sollte. Diese mache dann den Krebs mit Operation und Bestrahlung nur „wild“. Denn Krebs sei nur „eines der Endstadien der Entartung“, die durch „Blutverderbung“ entstünden – „Blutverderbung“ durch den Verzehr industrialisierter Lebensmittel ebenso wie dadurch, dass dem Körper durch Impfen und medikamentöse Behandlungen die Möglichkeit der Krankheitsbewährung verwehrt bliebe. Eine damit einhergehende falsche Weltanschauung raube dem Körper zusätzlich die innere Stärke.<sup>180</sup>

Die hier formulierte radikale Ablehnung der Schulmedizin war bereits 1934 eine Minderheitenmeinung, die sukzessive im Verlauf der 1930er Jahre politische Unterstützung verlor.<sup>181</sup> Keine Minderheitenmeinung war hingegen der Gedanke, dass einer Krebserkrankung durch „gesunde“ Lebensführung vorgebeugt werden könne, so wie es jede Ausstellung, jeder Film, jeder Vortrag in dieser Zeit betonte.<sup>182</sup> Dies bedeutete aus Sicht der nationalsozialistischen Gesundheitspolitik den Verzicht auf das Rauchen, einen stark eingeschränkten Konsum von Alkohol, Fleisch und konservierten, chemisch behandelten Lebensmitteln, regelmäßige Körperertüchtigung im Freien, das Tragen zwangloser Kleidung sowie eine gründliche und regelmäßige, abhärtende Körperhygiene. Inwieweit eine solche Lebensführung tatsächlich einer Krebserkrankung vorbeugen könne, blieb spekulativ, denn es gab vorerst keine Studien, die einen solchen Zusammenhang bewiesen hätten – mit einer Ausnahme allerdings: Für die krebserregende Wirkung des Tabakkonsums lagen bereits ernstzunehmende

---

1969 in München. Die biographischen Angaben beruhen auf dem Sterbeeintrag von Charlotte Köhn-Behrens sowie der Todesanzeige in der *Süddeutschen Zeitung* 122 (22.05.1969): Stadtarchiv München, Standesamt München IV C 1969/1021 sowie ZA-P-0267-22. Zu Angstvorbildern in der Kinderliteratur des 20. Jahrhunderts vgl. Hitzer, *Jim Button's Fear*.

<sup>180</sup> Anonym, Die „Erfassung“ des Kranken, in: *Deutsche Volksgesundheit aus Blut und Boden* 2, 11 (Juni 1934), S. 1-3.

<sup>181</sup> Eckart, *Medizin in der NS-Diktatur*, S. 169.

<sup>182</sup> Ratschläge zur gesunden Lebensführung gaben allein 37 der 139 Plakate der Wanderausstellung „Kampf dem Krebs“ von 1931.

Daten vor. 1929 hatte der Internist Fritz Lickint eine der ersten epidemiologischen Untersuchungen veröffentlicht, die statistisch zu belegen versuchten, dass an Lungenkrebs erkrankte Menschen überdurchschnittlich oft Raucher waren.<sup>183</sup> Lickints Studien mündeten schließlich 1939 in einer monumentalen Veröffentlichung über den Zusammenhang von „Tabak und Organismus“, in der er alle Krebsarten der „Rauchstraße“, d.h. Lippen, Zunge, Mund, Kiefer, Speiseröhre, Luftröhre und Lungen, statistisch mit dem Rauchen in Verbindung bringen konnte.<sup>184</sup> Sekundiert wurden Lickints Erkenntnisse durch eine Reihe anderer, von der nationalsozialistischen Forschungspolitik geförderte Studien, etwa durch die 1940 publizierten epidemiologischen Kontroll-Studien des Kölner Arztes Franz Hermann Müller – die weltweit ersten dieser Art.<sup>185</sup>

Allerdings stand der Tabakkonsum nicht nur im Verdacht, Krebs zu verursachen. Lickint, Müller und andere versuchten epidemiologisch auch andere schädliche Folgen nachzuweisen, die von Herz-Kreislaufkrankungen über Einschränkungen der weiblichen Fruchtbarkeit, männliche Potenzstörungen bis hin zu Schädigungen des ungeborenen Kindes reichten.<sup>186</sup> Ebenso wie Alkoholkonsum, industriell verarbeitete Lebensmittel und Bewegungsmangel galt das Rauchen also nicht nur als Krebs verursachend oder begünstigend, sondern in einem umfassenderen, auch eugenisch interpretierten Sinne als schädlich. Wer also die massiv propagierten Regeln der gesunden Lebensführung nicht beherzigte, zeigte sich seiner Verantwortung gegenüber dem „Volkkörper“ nicht gewachsen. Mehr noch: Tabak- und Alkoholkonsum, die in der nationalsozialistischen Gesundheitspolitik zunehmend als Folge einer vererbten Neigung zur Sucht gedeutet wurden, erschienen nicht nur als Ausdruck einer persönlichen Schwäche, sondern auch als äußerlich sichtbares Zeichen einer „minderwertigen“ genetischen Veranlagung beziehungsweise einer genetischen Degeneration.<sup>187</sup>

---

<sup>183</sup> Fritz Lickint, Tabak und Tabakrauch als ätiologischer Faktor des Carcinoms, in: Zeitschrift für Krebsforschung 30, 1 (1929), S. 349-365.

<sup>184</sup> Fritz Lickint, Tabak und Organismus, Stuttgart 1939. Ein Plakat aus der Wanderausstellung von 1931 „belegte“ den Zusammenhang von Tabak bzw. Alkohol und einer Krebserkrankung im Mund- und Halsbereich durch die weit höhere Zahl von Männern, die an entsprechenden Krebserkrankungen starben: Plakat „Alkohol und Tabak sind auch häufig Helfershelfer des Krebses“. DHMD 2001/247.24.

<sup>185</sup> Franz Hermann Müller, Tabakmißbrauch und Lungencarcinom, in: Zeitschrift für Krebsforschung 49, 1 (1940), S. 57-85.

<sup>186</sup> Proctor, Blitzkrieg, S. 214-19.

<sup>187</sup> Proctor, Blitzkrieg, S. 217f.



Diese Annahmen erklären, warum im nationalsozialistischen Deutschland Maßnahmen gegen den Tabakkonsum einen hohen Stellenwert auf der gesundheitspolitischen Agenda einnahmen. Unaufhörlich, von der Schule bis hin zu den unterschiedlichsten NS-Organisationen, wurde vor dem Rauchen gewarnt. Gegen den Tabakkonsum richteten sich eine Vielzahl konkreter Maßnahmen und gesetzlicher Regelungen.<sup>188</sup> Nirgendwo sonst auf der Welt wurde zu dieser Zeit derart massiv Anti-Tabak-Politik betrieben – auch nicht in den USA, wo es ebenfalls früh eine einflussreiche Bewegung gegen Tabak- und Alkoholkonsum gegeben hatte, die allerdings mit dem Scheitern der Prohibition 1933 an Überzeugungskraft verloren hatte und nun unter Rechtfertigungsdruck stand.<sup>189</sup>

Die konkreten Effekte dieser NS-Politik blieben beschränkt, die Rauch- und Alkoholabstinenz nahm kaum zu. Dennoch vermittelte diese Politik die Vorstellung, dass Krebserkrankungen durch Defizite in der Lebensführung und damit durch eine Form moralisch-genetischer „Minderwertigkeit“ begünstigt werden könnten.<sup>190</sup> Diese Stigmatisierung wurde dadurch verschärft, dass die Krebskrankheit gleichzeitig auf der Ebene der Metaphern immer stärker politisiert und militarisiert wurde. Dies war weder ganz neu noch eine spezifisch deutsche Entwicklung – ähnliche Tendenzen lassen sich in der französischen oder amerikanischen Diskussion feststellen.<sup>191</sup> So hatte bereits Rudolf Virchow mit seiner Zellularpathologie staatliche und zelluläre Ordnung parallelisiert und Krebszellen als parasitische Entartung im geordneten Zellenstaat gekennzeichnet.<sup>192</sup> Diese epistemische Metapher wurde seit Beginn der 1930er Jahre von den Gestaltern der Anti-Krebskampagnen aufgegriffen, während zugleich das Krebsgeschwür in der politischen Diskussion als Metapher für Gegner und „Volksfeinde“ benutzt wurde.<sup>193</sup> Der Krebsfilm von 1930 griff diese Entwicklungen

---

<sup>188</sup> Dazu zählten etwa Rauchverbote an bestimmten Orten, Werberegulierungen, die Einrichtung von Beratungsstellen für „Tabakkranke“ sowie die wissenschaftliche Suche nach Hilfen für die Rauchentwöhnung, vgl. dazu im Detail: Proctor, *Blitzkrieg*, S. 227-246.

<sup>189</sup> Die hier nicht im Einzelnen referierten Gründe dafür, dass die nationalsozialistische Gesundheitspolitik der Bekämpfung des Tabak- und Alkoholkonsum ein derart großes Gewicht beimaß, diskutiert Proctor, *Blitzkrieg*, S. 246-258. Als Überblick zur amerikanischen Prohibition: Thomas Welskopp, *Amerikas große Ernüchterung. Eine Kulturgeschichte der Prohibition*, Paderborn 2010.

<sup>190</sup> Wie „erfolgreich“ die NS-Gesundheitspolitik den Tabakkonsum hat bekämpfen können, ist nicht eindeutig zu beantworten. Zwar stieg der Tabakkonsum von Männern bis 1942 – bis er dann aufgrund der kriegsbedingten Rationierungen eingeschränkt wurde, der Konsum von Frauen blieb dagegen deutlich niedriger, vgl. Proctor, *Blitzkrieg*, S. 304.

<sup>191</sup> Pinell, *Naissance*, S. 268-270 und S. 312-317 sowie Proctor, *Blitzkrieg*, S. 59.

<sup>192</sup> Virchow, *Cellularpathologie*, S. 408. Vgl. dazu Johach, *Krebszelle und Zellenstaat*.

<sup>193</sup> Wenngleich die Rede von den „Juden als Krebsgeschwür des deutschen Volkes“ in der politischen Propaganda verbreitet war, benutzten Antisemiten öfter bakteriologische Metaphern, wie Robert Proctor zu Recht betont hat, vgl. ders., *Blitzkrieg*, S. 60.

auf. Als Zwischentitel wurde das Schlagwort „Anarchie der Zellen“ eingeblendet, dargestellt durch aus der Ordnung geratene weiße Buchstaben vor schwarzem Hintergrund.



Abb. 25: Zwischentitel aus dem Film Krebs (1930)

Trickaufnahmen illustrierten, wie sich schwarz gefärbte Krebszellen spinnenartig im gesunden Gewebe ausbreiteten. Eine Zwischeneinblendung kommentierte diesen Prozess mit den Worten: „Hemmungslos fressen sich die Krebszellen in das gesunde Gewebe ein und zerstören es.“

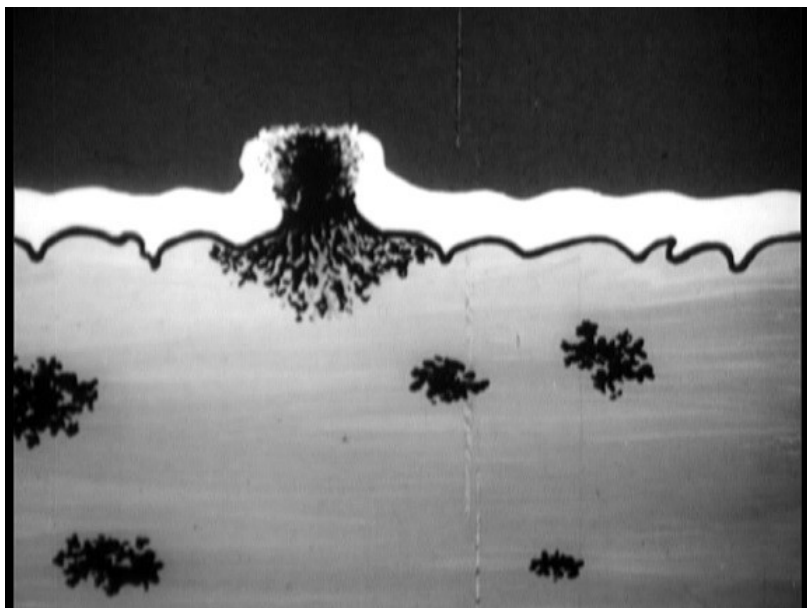


Abb. 26: Still aus dem Film „Krebs“ (1930)

Doch Krebszellen wurden nach 1933 nicht mehr nur als anarchisch, revolutionär oder „entartet“ gekennzeichnet. Immer öfter wurden sie auch als „jüdisch“ dargestellt – in besonders augenfälliger Weise vom Frankfurter Röntgenologen und SS-Mitglied Hans Holfelder, der in einer medizinischen Vorlesung 1936 ein Dia zeigte, auf dem die Krebszellen als Juden gezeichnet worden waren, während die gegen sie gerichteten Röntgenstrahlen die Gestalt nationalsozialistischer Sturmtruppen angenommen hatten.<sup>194</sup>

Die metaphorisch hergestellte Nähe von Krebskrankheit und „dem Juden“ gewann im Verlauf der 1930er Jahre eine weitere Dimension. In dem Maße, in dem die *Neue Deutsche Heilkunde* als Gegenbewegung gegen die „jüdische“, „mechanistische“ Medizin an politischer Unterstützung verlor und die Schulmedizin wieder ins Zentrum der nationalsozialistischen Gesundheitspolitik rückte, wurden die Kampagnen gegen die „Kurpfuscher“ im Bereich der Krebsmedizin antisemitisch gefärbt.<sup>195</sup> Ein eindrückliches Beispiel ist der unter der Regie von Walter Ruttmann gedrehte UFA-Film „Jeder Achte“ (1941).<sup>196</sup> Bei den Dreharbeiten war Ruttmann, der sich 1927 mit dem Film „Berlin – Sinfonie der Großstadt“ einen Namen als Experimentalfilmer gemacht hatte, von Hans Auler, zu diesem Zeitpunkt Leiter der Berliner Universitätsklinik für Geschwulstkranke, wissenschaftlich beraten worden.<sup>197</sup>

<sup>194</sup> Von diesen Dias berichtete 1997 der britische Mediziner Richard Doll, der diese Vorlesung 1936 als Student besucht hatte, dem Historiker Robert Proctor, vgl. ders., *Blitzkrieg*, S. 59f. und S. 330. Vermutlich handelte es sich dabei um die seit dem Wintersemester 1935/6 von Holfelder gemeinsam mit dem Chirurgen Victor Schmieden bestrittene Vorlesung für Studierende und Ärzte zu „Diagnostik und Therapie der Krebskrankheiten mit Krankenvorstellungen“, vgl. die vom Universitätsarchiv Frankfurt digitalisierten Vorlesungsverzeichnisse: (<http://publikationen.ub.unifrankfurt.de/solrsearch/index/search/searchtype/collection/id/17036/start/100/rows/100/sortfield/year/sortorder/desc>, letzter Zugriff: 27.03.2017). Leider besitzt das Universitätsarchiv Frankfurt keinen Nachlass von Holfelder. Zur Biographie Holfelders, Leiter des SS-Röntgensturmbanns, vgl. M. Schmidt/D. Groß, Hans Holfelder und der Röntgensturmbann der Waffen-SS, in: *Der Radiologe* 53, 7 (2013), S. 620-621 sowie Mathias Schmidt/Tina Winzen/Dominik Groß, The SS X-Ray Unit As an Instrument for „Total Registration“ and „Race Selection“, in: *Strahlentherapie und Onkologie* 191, 5 (2015), S. 437-441.

<sup>195</sup> Zu der ambivalenten Haltung der nationalsozialistischen Gesundheitspolitik gegenüber alternativmedizinischen Ansätzen der Krebstherapie vgl. Proctor, *Blitzkrieg*, S. 68-71 und S. 284-291.

<sup>196</sup> Dieser von der UFA produzierte 35mm-Film mit einer Länge von 457 Filmmetern wurde unter zwei verschiedenen Titeln ausgestrahlt: Als „Jeder Achte“ ebenso wie als „Ein Film gegen die Volkskrankheit Krebs“. Regie führte Walter Ruttmann, der auch das Drehbuch (zusammen mit Ernst Dahle) verfasste. Kameramann war Gerhard Müller, die Musik komponierte Wolfgang Zeller. Die Zensur qualifizierte ihn mit Datum vom 4. August 1941 als: „jugendfrei, ohne Spielhandlung und feiertagsfrei“ (B.55709), vgl. die Angaben unter: ([http://www.filmportal.de/film/ein-film-gegen-die-volkskrankheit-krebs\\_77d4c2be4ad24b9fa5700c42e2c84b42](http://www.filmportal.de/film/ein-film-gegen-die-volkskrankheit-krebs_77d4c2be4ad24b9fa5700c42e2c84b42), letzter Zugriff: 27.03.2017). Eine Kopie des Films, für den die Rechte bei der *Murnau-Stiftung* liegen, konnte ich im *Bundesfilmarchiv* einsehen: B 55709.

<sup>197</sup> Walter Ruttmann (1887-1941) stellte sich schon früh der nationalsozialistischen Politik zur Verfügung, drehte bereits 1933 den Propagandafilm „Blut und Boden“ und wurde von Leni Riefenstahl

Dieser als Vorfilm konzipierte siebzehnminütige Tonfilm setzte ganz auf die Denunziation alternativer Heilmethoden. Wissenschaftliche Erklärungen traten in den Hintergrund und die 1930 sowie 1935/6 in längeren Sequenzen bebilderte Wissensvermittlung im Sinne einer Präsentation der Techniken, mit denen in der Forschung Wissen „produziert“ wird, spielte keine Rolle mehr.<sup>198</sup> Mit Ausnahme der Eingangssequenz, in der ein Medizinprofessor seinen Studenten stark zusammengefasst das Modell zellulärer Un/Ordnung präsentierte, konzentrierte sich der Film auf zwei im Wechsel erzählte Parallelgeschichten – die der „vernünftigen“ Frau Hoffmann, die sofort nach der Entdeckung eines Knotens in der Brust zum Arzt ging, sich behandeln ließ und am Ende von Mann und Kindern glücklich und geheilt aus dem Krankenhaus abgeholt wurde, sowie die des Mechanikers Weber, der im Laufe des Films seine Werkstattausstattung versetzte, um verschiedene „Heiler“ zu bezahlen, aber dennoch starb und seine verzweifelte Frau völlig mittellos zurückließ.<sup>199</sup>

Das positive Exempel, die Figur der blonden, sorgfältig, aber schlicht gekleideten Frau Hoffmann, wurde in diesem Film seltsam blass gezeichnet. Sie ging ohne Zögern zum Arzt, ließ sich untersuchen und bestrahlen, ohne dass Zeichen größerer Beunruhigung oder gar Angst sichtbar wurden. Letztlich blieb sie auf den Part der Stichwortgeberin für den behandelnden Arzt reduziert, der sich mit seinen Antworten auf ihre Fragen über Diagnose- und Behandlungsmethoden dozierend an sie (und das Publikum) wandte und die Rolle des überlegenen, freundlichen und seiner Sache absolut sicheren Arztes verkörperte. Demgegenüber gewann die Figur des Herrn Weber an Gewicht und beanspruchte deutlich mehr Filmmeter. Seine Zweifel, seine Ängste, sein Zögern, aber auch die daraus erwachsene Rücksichtslosigkeit und Charakterschwäche gegenüber seiner Frau las Ruttmann ihm in Nahaufnahmen von Gesicht und Körper ab. In längeren Szenen inszenierte er die Atmosphäre des Düsternen

---

zur Mitarbeit an dem Film „Triumph des Willens“ herangezogen, der den 1934 mit großem Aufwand inszenierten Nürnberger Reichsparteitag der NSDAP propagandistisch inszenierte. Filmästhetisch beeinflusste Ruttmann vor allem den Trick- und Werbefilm. Er starb am 15. Juli 1941 an den Folgen einer Verwundung, die er bei Dreharbeiten zu einem Dokumentarfilm an der russischen Front erlitt. Vgl. Terry Rowan, *World War II Goes to the Movies & Television Guide*, Band 2, 2012, S. 138 und Jürgen Kasten, Friedrich Wilhelm Walter Ruttmann, in: *Neue Deutsche Biographie*, Bd. 22: Rohmer – Schinkel, Berlin 2005, S. 306 [Onlinefassung: <https://www.deutschebiographie.de/sfz109271.html> (letzter Zugriff 22.03.2017)], Berlin 2005, S. 306.

<sup>198</sup> Zur Unterscheidung von einer vor 1900 dominierenden Wissenspopularisierung und einer danach einsetzenden Wissensvermittlung, die auch den Prozess der Wissensproduktion thematisierte und das Wissen insofern sowohl kontextualisierte als auch relativierte: Arne Schirrmacher, *Nach der Popularisierung. Zur Relation von Wissenschaft und Öffentlichkeit im 20. Jahrhundert*, in: *Geschichte und Gesellschaft* 34, 1 (2008), S. 73-95.

<sup>199</sup> Im Film selbst bezeichnet der behandelnde Arzt Frau Hoffmann als „vernünftig“.

und Bedrohlichen, die die Begegnungen Webers mit den unterschiedlichen „Heilern“ kennzeichnete. Diese entlarvte Ruttman bis in ihre Augen und versteckten Gesten hinein als geldgierig und betrügerisch. So wurde zwar keiner der „Heiler“ im Film explizit als jüdisch bezeichnet, aber Ruttman spielte derart deutlich mit antisemitischen Stereotypen in Charakterzeichnung und Typenwahl, dass die meisten Zuschauer nach der Uraufführung im Rahmen der Münchner *Reichswoche für den deutschen Kulturfilm* im September 1941 die „Heiler“ sofort als „Juden“ identifiziert haben dürften. Am Schluss des Films starb nicht nur der Mechaniker Weber, sondern der nationalsozialistische Staat sorgte für „Recht“, indem der von Weber zuletzt aufgesuchte „Heiler“ von einem Gericht verurteilt wurde – möglicherweise wegen fahrlässiger Tötung, da ihm im Filmprozess vorgeworfen wurde, er habe eine im Anfang noch aussichtsreiche schulmedizinische Behandlung so lange verhindert, bis keine Heilung mehr möglich gewesen sei.

Allerdings stieß die mit Ruttmanns Film betriebene radikale Denunziation alternativer Krebsheilmethoden als Teil einer betrügerischen und darum letztlich tödlichen, „okkulten“ und „jüdischen“ Medizin weder unter nationalsozialistischen Gesundheitspolitikern noch im Publikum auf ungeteilte Zustimmung. Der Film war in erster Linie von Joseph Goebbels unterstützt worden. Goebbels gab ihn allerdings erst zur öffentlichen Vorführung frei, als sich mit Rudolf Heß einer der dezidiertesten Anhänger alternativer Medizin aus den Reihen der Parteigrößen mit einem Fallschirmsprung gen England verabschiedet hatte.<sup>200</sup> Es folgte eine von Goebbels veranlasste Verhaftungswelle sowie schließlich am 16. Juli 1941 das Verbot, „okkulte“ Methoden wie Wünschelruten, Pendel oder Schutzschilde gegen Erdstrahlen einzusetzen.<sup>201</sup> Im Hinblick auf den Film „Jeder Achte“ ordnete Goebbels persönlich an, ihn als Vorfilm zu einem „Erfolgsfilm“ laufen zu lassen.<sup>202</sup> Die Wahl fiel auf Helmut Käutners am 27.

---

<sup>200</sup> Die Zensurkarte verwies eindeutig auf die im weiteren Sinne politische Funktion des Films und hielt mit Datum vom 4. August 1941 fest: „Der Film ist staatspolitisch wertvoll, künstlerisch wertvoll und volksbildend. [...] Der Film ist zur Vorführung am Karfreitag, am Bußtag und am Heldengedenktag geeignet.“ Bundesarchiv Filmarchiv B.55709.

<sup>201</sup> Goebbels notierte am 20. Mai 1941 in sein Tagebuch: „Film gegen Krebs geprüft. Scharfer Angriff gegen die Kurpfuscherei. Nachdem Heß mit seinen Verrücktheiten weg ist, kann man das ruhig laufen lassen.“, vgl. Elke Fröhlich (Hg.), *Die Tagebücher von Joseph Goebbels. Sämtliche Fragmente*, Teil I, Bd. 4, München u.a. 1987, S. 651.

<sup>202</sup> Vgl. die handschriftliche Notiz, aller Wahrscheinlichkeit nach von Goebbels selbst geschrieben, auf dem Schreiben: Direktor Pro. Dem Herrn Minister. Berlin, den 27. Februar 1942. BArch NS 18/349, Bl. 198.

März 1942 uraufgeführtes Liebesdrama „Anuschka“, in dem es ebenfalls um Lüge und Betrug ging.<sup>203</sup>

Reichsgesundheitsführer Leonardo Conti ebenso wie sein Stellvertreter Kurt Blome, ab 1943 dann Bevollmächtigter für Krebsforschung, sprachen sich allerdings gegen den Film aus und plädierten dafür, „zur Zeit überhaupt jede Erklärung in der Krebsbekämpfung zu unterlassen“, da „die Erkenntnisse über die Ursache und Bekämpfung des Krebses noch sehr dürftig seien.“<sup>204</sup> Auch die Reichskanzlei unter Leitung Martin Bormanns wurde in dieser Auseinandersetzung über das mit Walter Tießler besetzte Verbindungsbüro zum Propagandaministerium eingeschaltet. Doch der Film lief zunächst weiter. Bald meldete jedoch der Sicherheitsdienst aus München, dass der Krebs-Film vom Publikum abgelehnt werde, weil „die Heilung des Krebses nicht so einfach wie im Film dargestellt“ sei, vor allem aber, weil die Heilpraktiker in völlig übertriebener Schwarz-Weiß-Zeichnung als „mittelalterliche Hexer“ dargestellt würden.<sup>205</sup> Goebbels widersprach den Münchner Berichten und führte positivere Sicherheitsdienst-Berichte aus anderen Teilen des Reiches ins Feld. Conti und Blome kritisierten jedoch ebenfalls die „ungeschickte“ Darstellung der Krebsheilung.<sup>206</sup> Ob der Film schließlich zurückgezogen wurde, lässt sich aus den erhalten gebliebenen Akten nicht rekonstruieren.

Die zwischen Goebbels, Conti und Blome geführte Auseinandersetzung zeigt allerdings, dass das Konzept der Krebs-Früherkennung als solches von einigen wichtigen nationalsozialistischen Gesundheitspolitikern in Frage gestellt wurde. Insbesondere Contis und Blomes Empfehlung, jegliche Krebs-Früherkennungsmaßnahme mangels gesicherten Wissens über Krebsursachen und -behandlungsmöglichkeiten einzustellen, ist ein deutliches Signal. Es widersprach allen öffentlichen Verlautbarungen der zurückliegenden Jahre ebenso wie den zuvor offensiv von der nationalsozialistischen Politik implementierten Früherkennungs- und Präventionsmaßnahmen. Dabei spielte auch die seit 1938/9 sichtbar werdende Interessenverlagerung der Gesundheitspolitik im Zeichen der Kriegswirtschaft eine Rolle. Leistungssteigerung und medizinische Versorgung gesunder oder leicht heilbarer, kriegswichtiger Männer und

---

<sup>203</sup> Notiz für Pg. Tießler. 17. Juli 1942. BArch NS 18/349, Bl. 196f.

<sup>204</sup> Ibid.

<sup>205</sup> Büro Tießler, Brief: An Pg. Guszmann über Abteilung Pro. Berlin W. 8, den 24. Juli 1942. BArch NS 18/349, Bl. 195.

<sup>206</sup> Notiz für Pg. Bühler. Berlin, den 28. Januar 1943. Ti/Sp/As. BArch NS 18/349, Bl. 190 sowie Notiz für Pg. Tießler. 17. Juli 1942. BArch NS 18/349, Bl. 196f. Zur Person Kurt Blomes im Rahmen der Krebsforschung vgl. Kapitel 2.

Frauen standen nun im Fokus. Menschen, die als schwer oder unheilbar, erblich krank oder „rassisch minderwertig“ galten, wurden immer radikaler ausgegrenzt, benachteiligt und schließlich auch getötet. Kurt Blome selbst war genau zur Zeit seiner Stellungnahme gegen die „Krebsbekämpfung“ an Planungen beteiligt, den SS-Röntgensturmbann unter Leitung des bereits erwähnten Röntgenologen Holfelder nach polnischen Tuberkulosekranken suchen zu lassen, um diese in einem Ghetto zusammenzuführen und sie dann zu ermorden. Dieser Plan wurde allerdings aus Sorge, man könne dieses Vorgehen nicht vor der Bevölkerung geheim halten, fallengelassen.<sup>207</sup>

Im Blick auf die Strategien und Ziele der „Krebsbekämpfung“ in den 1930er Jahren lässt sich also einerseits festhalten, dass anders als zuvor nun die Angst vor den Techniken der Selbstbeobachtung und Früherkennungsuntersuchung explizit adressiert wurde – im Sinne einer „natürlichen“ emotionalen Reaktion, der allerdings „mutig“ begegnet und die in rationale Sorge umgewandelt werden musste, um nicht zur Feigheit zu werden. Andererseits wurden Ängste unausgesprochen geschürt, indem die Krebskrankheit ebenso wie die Krebskranken moralisch und tendenziell auch eugenisch stigmatisiert wurden: als diejenigen, die ihrer Gesundheitspflicht aufgrund ihres labilen Charakters nicht nachgekommen seien, die notwendige Früherkennungs- und Selbstbeobachtungsangebote aus Feigheit nicht wahrgenommen hatten, sich womöglich von „jüdischen“ Alternativheilern hatten verführen lassen und einer Krankheit in sich Raum gegeben hatten, die von Anarchie und „Blutverderbung“ in ihrem Körper kündete.

Dieses Geflecht aus moralischen, emotionalen und rassebiologischen Zuschreibungen, das von der nationalsozialistischen Gesundheitspolitik um die Krebskrankheit gewunden wurde, machte den Status von Krebskranken auf vielen Ebenen prekärer, als er es in den Jahren zuvor bereits gewesen war. Öffentlich wurde nun bekräftigt, dass nur der gesunde „Volksgenosse“ wertvoll sei. Sterilisation und Euthanasie wurden offen diskutiert und auch die Praxis der Sterilisation und Ermordung von Menschen, die als erbkrank oder „lebensunwert“ angesehen wurden, erfolgte kei-

---

<sup>207</sup> Kurt Blome begründete seine Ablehnung des Plans mit den Worten: „Wenn die Garantie einer restlosen Geheimhaltung gegeben wäre, könnte man Bedenken zurückstellen.“ Zitiert nach dem Eintrag zu Kurt Blome in: Ernst Klee, Das Personenlexikon zum Dritten Reich. Wer war was vor und nach 1945, Hamburg 2003, S. 54 sowie zu Holfelder vgl. dort den Eintrag auf S. 267. Zu diesem Plan außerdem: Süß, Volkskörper, S. 292-310.

neswegs ganz im Geheimen. In letzter Konsequenz wurde damit die Frage aufgeworfen, wie „lebenswert“ die Existenz von Menschen sein mochte, die an einer Krankheit mit geringen Heilungsaussichten litten oder deren Krankheit als unheilbar galt. Dass diese Frage durchaus im Horizont der Euthanasie-Befürworter lag, hatte in den 1920er Jahren bereits der Schriftsteller Gerhard Hoffmann alias Ernst Mann ausbuchstabiert. In seinen Schriften plädierte er dafür, „Selektionskommissionen“ aus Ärzten zu bilden, die alle Menschen erfassen und „ausmerzen“ sollten, die an „unheilbaren, ansteckenden und vererbaren Krankheiten wie Tuberkulose, erblichen Geschlechtskrankheiten, Krebs, Aussatz, Geisteskrankheiten, Verkrüppelungen“ litten.<sup>208</sup>

Das war damals, 1924, eine extreme Position, die etwa Conti 1933 noch zurückwies. Gerhard Wagner, bis 1939 Reichsgesundheitsführer, gab jedoch 1938 die Maxime aus, dass die „Leistungsfähigkeit des deutschen Menschen als biologischer Wert“ erfasst werden und sich die Medizin vom „Kultus des Kranken“ abkehren müsse.<sup>209</sup> Karl Kötschau, bis 1937 Führer der *Reichsarbeitsgemeinschaft für eine Neue Deutsche Heilkunde*, erklärte 1938 dazu:

„Während wir durch das bis jetzt übliche Verfahren der Schonung und Fürsorge nur leidensverlängernd und beschwerdelindernd einzuwirken imstande sind, haben wir im Kampf an der Natur entscheidende Möglichkeiten: entweder zu siegen oder unterzugehen. Für einen rettungslos verlorenen Siechen eine schöne Lösung und Erlösung. Ich denke da an den Krebskranken, den Tuberkulösen, den Rheumakranken und andere chronische Leiden. [...] Der Invalidisierte oder zu Invalidisierende ist, soweit er die Altersgrenze noch nicht erreicht hat, auf Leistungsfähigkeit und Gesundheit zu trainieren, auch wenn dadurch der ungünstige Ausgang seiner Krankheit beschleunigt werden sollte. Mit andern

<sup>208</sup> Ernst Mann, Die Erlösung der Menschheit vom Elend, Weimar 1922, S. 65-67, Zitat S. 67. In seiner Argumentation vermischte Ernst Mann/Gerhard Hoffmann den Gedanken der Sterbehilfe als Erlösung von Schmerzen mit dem Gedanken, dass auf diese Weise auch das „Volk“ von den „Lebensunwerten“ befreit wäre, vgl. etwa: „Sterbehilfe für Lebensmüde und Unheilbare ist die einzige Wohltat, die man ihnen erweisen kann. [...] Den Namen des größten Wohltäters verdient der Mensch, welcher durch sanfte Todesarten den meisten Elenden den Freitod ermöglicht. [...] Er befreit das Volk von den Elenden, von der Last ihrer Erhaltung, von der Kläglichkeit ihres unästhetischen Anblicks, von der Leid erweckenden Suggestion, die von ihnen ausgeht.“ Ernst Mann, Die Wohltätigkeit als aristokratische und rassenhygienische Forderung, Weimar 1924, S. 86. Vgl. dazu auch: Michael Burleigh, Tod und Erlösung. Euthanasie in Deutschland 1900-1945, Zürich/München 2002, S. 33. Zur bis ins Kaiserreich zurückreichenden Kontinuität der Euthanasie-Diskussion vgl. Hans-Walter Schmuhl, Rassenhygiene, Nationalsozialismus, Euthanasie. Von der Verhütung zur Vernichtung „lebensunwerten Lebens“, 1890-1945, 2. Auflage, Göttingen 1992. Zur Vorgeschichte des eugenischen Denkens innerhalb der völkischen Bewegung vgl. Uwe Puschner, Die völkische Bewegung im wilhelminischen Kaiserreich. Sprache – Rasse – Religion, Darmstadt 2001, S. 119-123.

<sup>209</sup> Gerhard Wagner, Gesundes Leben – Frohes Schaffen, in: Ziel und Weg 8 (1938), S. 549-555, hier S. 551 und 555.



Worten: Es wird eine Entscheidung darüber herbeigeführt: entweder Leistungsfähigkeit oder natürliche Ausmerze.“<sup>210</sup>

Diese Diskussionen wurden in der Öffentlichkeit durchaus wahrgenommen und später auch auf die sogenannten T4-Euthanasieaktionen bezogen. Dies zeigten im Sommer 1941 die öffentlichen Proteste des Münsteraner Bischofs Clemens August Graf von Galen. Galen stellte hier schließlich die Frage, ob die Maxime, unproduktive Menschen seien zu töten, nicht letztlich auch die Ermordung all jener rechtfertigen könne, die nicht mehr arbeitsfähig, unheilbar krank oder „altersschwach“ seien.<sup>211</sup>

Nach Galens Predigten wurde die zentralisierte Ermordung von Menschen mit geistigen und körperlichen Behinderungen im Rahmen der T4-Aktionen abgebrochen. Dennoch wurden weiterhin Menschen mit Behinderungen ermordet und sogar der Kreis derjenigen erweitert, die „indirekt“ durch Nahrungsreduktion oder -entzug sowie die Verweigerung medizinischer Behandlung und Pflege getötet wurden. Dies betraf Tuberkulosekranke ebenso wie Diabetiker, denen Nahrungs- und Insulinrationen gekürzt und die im vollen Bewusstsein der verheerenden Wirkung auf ihre Gesundheit zu schwerer Arbeit gezwungen wurden.<sup>212</sup> Auch über eine „Verknappung“ der Nahrung von Krebskranken auf das „Lebensminimum“ wurde in Fachzeitschriften diskutiert – wengleich unter dem Rubrum eines therapeutisch möglicherweise erfolgreichen Experiments.<sup>213</sup> Zunehmend gerieten sogenannte „Alterskranke“, unter denen sich auch eine ganze Reihe von Krebskranken befand, ins Visier der Exklusionspolitik: Sie wurden in spezielle, völlig unzureichend ausgestattete Pflegeeinrichtungen, manchmal auch ehemalige psychiatrische Anstalten „evakuiert“, als die alliierten Bomben ab 1943 auch Krankenhäuser trafen. Wie viele Menschen durch diese Maßnahmen betroffen

<sup>210</sup> Karl Kötschau, *Der Einfluß des Christentums auf Stellung und Einstellung des Kranken* (= Schriften des Vereins Deutsche Volksheilkunde e.V., Nürnberg, Bd. 15), Nürnberg 1938, S. 35f. Vgl. dazu auch Süß, *Volkskörper*, S. 294.

<sup>211</sup> Vgl. die von Galen am 3. August 1941 in Münster gehaltene Predigt in: *Bischof Clemens August Graf von Galen, Akten, Briefe und Predigten 1933-1946*, Bd. 2: 1939-1946, bearb. von Ludwig Löffler, Mainz 1988, S. 874-883, hier S. 876.

<sup>212</sup> Süß, *Volkskörper*, S. 295f. sowie Jütte, *Medizin und Nationalsozialismus*, S. 214-255; Ernst Klee, *„Euthanasie“ im NS-Staat. Die „Vernichtung lebensunwerten Lebens“*, 2. überarbeitete Auflage, Frankfurt a.M. 2010 und Götz Aly (Hg.), *Aktion T4: 1939–1945. Die „Euthanasie“-Zentrale in der Tiergartenstraße 4*, Berlin 1989.

<sup>213</sup> K.R. von Roques, *Diät gegen Tumoren*, in: *Deutsches Ärzteblatt* 26, 42/3 (1941), S. 371-373, hier S. 373. Vgl. dazu auch Madarász, *Pflicht zur Gesundheit*, S. 155f.

waren und starben und ob einige der „Alterskranken“ auch aktiv getötet wurden, ist eine noch offene Frage.<sup>214</sup>

Insofern erweist sich das Angebot von Früherkennungsuntersuchungen im historischen Horizont der 1920er und vor allem der 1930er Jahre als Technik auf einer prekären Grenze zwischen Leben schaffen und sterben lassen, um die Worte Foucaults aufzugreifen: propagiert als eine Technik, die die Krebskrankheit frühzeitig erkennen hilft, um sie zu heilen, vor dem Hintergrund der „Euthanasie“ jedoch auch gedacht und nutzbar als Instrument, die Sterbenden früh von den Gesunden zu trennen, um sie schneller sterben zu „lassen“. Dieser in der öffentlichen nationalsozialistischen „Krebsbekämpfung“ kaum explizit formulierte Zusammenhang blieb der Bevölkerung nicht vollkommen verborgen. SD-Berichte aus den letzten Kriegsjahren notierten, dass „Alterskranke“ sich weigerten, ihre Medikamente zu nehmen, weil sie befürchteten, diese könnten tödlich sein.<sup>215</sup> Die Anklagevertretung im Nürnberger Ärzteprozess hat 1947 die Frage, ob in den letzten Jahren der NS-Herrschaft 75.000 „Alterskranke“ ermordet worden seien, öffentlich gestellt – wenn auch ohne justiziables Ergebnis, weil diese Frage im Laufe der Prozesse in den Hintergrund rückte.<sup>216</sup> Dennoch ist diese Vermutung als Erfahrungshintergrund einer Geschichte der Krebsfrüherkennungsmaßnahmen in der frühen Bundesrepublik ebenso wie in der DDR zu berücksichtigen.

### **3.6 Sozialistische Lebensfreude und „rationale“ Techniken der Kontrolle im Zeichen der Prophylaxe**

In den ersten Jahren nach Kriegsende stand das Thema Krebs sowohl in der Sowjetischen Besatzungszone als auch in den Besatzungszonen der westlichen Alliierten ganz unten auf der gesundheitspolitischen Agenda. Die Krankheitsängste konzentrierten sich auf die ansteckenden „Volkskrankheiten“, auf Tuberkulose, Typhus, Ruhr und die Geschlechtskrankheiten.<sup>217</sup> Die Eindämmung eines sowohl auf Seiten der Bevölkerung

---

<sup>214</sup> Seit Mai 2015 arbeitet Patrick Bernhard am *Zentrum für Zeithistorische Forschung* (Potsdam) an einem Forschungsprojekt über die Ermordung und pflegerische Vernachlässigung von Tuberkulosekranken: vgl. das Profil von Dr. Patrick Bernhard des Zentrums für Zeithistorische Forschung, ([http://www.zzf-pdm.de/site/mid\\_\\_3657/ModeID\\_\\_0/EhPageID\\_\\_1774/1060/default.aspx](http://www.zzf-pdm.de/site/mid__3657/ModeID__0/EhPageID__1774/1060/default.aspx), letzter Zugriff: 27.03.2017). Zum tödlichen Umgang mit „Alterskranken“ vgl. Süß, *Volkskörper*, S. 297-310.

<sup>215</sup> Süß, *Volkskörper*, S. 300-302.

<sup>216</sup> Diese Frage der Anklage wurde im Protokoll der Sitzung vom 7.1.1947 festgehalten, vgl. Süß, *Volkskörper*, S. 308.

<sup>217</sup> Dass diese Krankheitsängste eine tiefer liegende, politische Bedeutung hatten und keineswegs einfach einen „realen“ Anstieg dieser Krankheiten widerspiegeln, zeigt Dagmar Ellerbrock in

als auch auf Seiten der Besatzungsmächte befürchteten Anstiegs dieser Krankheiten dominierte die gesundheitspolitische Diskussion. Die tatsächlich realisierten Maßnahmen trugen dem Rechnung. Mangelernährung, fehlende Hygiene, Wohnungsnot und Säuglingssterblichkeit wurden in diesem Kontext problematisiert, politisiert und adressiert.

Wiederaufbau und Neu-Strukturierung des Gesundheitssystems erschienen allen Besatzungsmächten zunächst vordringlich.<sup>218</sup> Dieses Projekt wurde von den westlichen Besatzungsmächten, insbesondere den Amerikanern, anfangs vor allem im Hinblick auf Entnazifizierung und demokratische Re-Education konzipiert. In der sowjetischen Besatzungszone knüpfte die sowjetische Besatzungspolitik an sozialhygienische Traditionen der Weimarer Zeit an und orientierte sich am sowjetischen Modell.<sup>219</sup> „Prophylaxe“, schon vor dem Zweiten Weltkrieg ein Leitbegriff der sowjetischen Gesundheitspolitik, wurde in der frühen DDR zur zentralen gesundheits- und sozialpolitischen Maxime, die definitorisch mit der Schaffung einer neuen sozialistischen Gesellschaft zusammenfiel.<sup>220</sup> „Die beste Prophylaxe ist der Sozialismus“ – dieses Motto stellten Alfred Beyer und Kurt Winter ihrem 1953 erstmals aufgelegten „Lehrbuch der Sozialhygiene“ voran. Dieses Motto zierte auch die Stellwände vieler Krankenhäuser in der DDR bis in die 1980er Jahre.<sup>221</sup>

---

ihrer Studie zur amerikanischen Gesundheitspolitik in der Besatzungszeit, vgl. dies., *Healing Democracy*, S. 301-305.

<sup>218</sup> Vgl. dazu die vergleichende Studie von Arndt, *Gesundheitspolitik im geteilten Berlin* sowie zur SBZ bzw. der frühen DDR: Moser, *Im Interesse*, S. 151-201. Zur frühen BRD vgl. Ulrike Lindner, *Gesundheitspolitik in der Nachkriegszeit. Großbritannien und die Bundesrepublik Deutschland im Vergleich*, München 2004 sowie speziell zur amerikanischen Besatzungszone: Ellerbrock, *Healing Democracy*. Zur Gesundheitspolitik in der britischen Besatzungszone vgl. Wolfgang Woelk, *Zur Geschichte der Gesundheitspolitik in Nordrhein-Westfalen und in der Bundesrepublik Deutschland*, in: ders./Vögele, *Geschichte der Gesundheitspolitik*, S. 285-312.

<sup>219</sup> Als vergleichender Überblick: Wolfgang Woelk/Jörg Vögele, *Einleitung*, in: dies., *Geschichte der Gesundheitspolitik*, S. 11-48, hier S. 33-44 sowie als Überblick zum Prophylaxe-Konzept in der DDR: Jenny Linek, *Gesundheitsvorsorge in der DDR zwischen Propaganda und Praxis*, Stuttgart 2016, S. 26-38. Sabine Schleiermacher betont, dass sowohl die Bundesrepublik als auch die DDR an Ideen und Konzepten des Sozialhygienikers Alfred Grotjahns anknüpften, der die Gesundheitspolitik der Weimarer Republik entscheidend geprägt hatte. Allerdings griffen die beiden deutschen Staaten jeweils unterschiedliche Stränge von Grotjahns Gedanken auf, vgl. dies., *Prävention und Prophylaxe in BRD und DDR. Eine gesundheitspolitische Leitidee im Kontext verschiedener Systeme*, in: Udo Schagen/Sabine Schleiermacher (Hg.), *100 Jahre Sozialhygiene, Sozialmedizin und Public Health in Deutschland*, Berlin 2005, S. 1-7, hier S. 1f.

<sup>220</sup> Malte Thießen, *Vorsorge als Ordnung des Sozialen: Impfen in der Bundesrepublik und der DDR*, in: *Zeithistorische Forschungen/Studies in Contemporary History* 10, 3 (2013), S. 409-432, hier S. 415.

<sup>221</sup> Alfred Bayer/Kurt Winter (Hg.), *Lehrbuch der Sozialhygiene*, Berlin 1953. Vgl. dazu auch Udo Schagen, *Aufbau einer neuen Versorgungsstruktur: Gesundheitsschutz als Leitkonzept. Historische Grundlagen für das Präventionskonzept der Sowjetischen Besatzungszone und der frühen DDR*, in: Sigrid Stöckel/Ulla Walter (Hg.), *Prävention im 20. Jahrhundert. Historische Grundlagen und*

Prophylaxe hatte in der DDR zunächst zwei Standbeine: Erstens umfasste Prophylaxe die sogenannte Verhältnisprävention, das heißt insbesondere die Veränderung der Arbeitsbedingungen auf betrieblicher Ebene, vor allem in Gestalt von Arbeitsschutzmaßnahmen. Zweitens wurde unter Prophylaxe die direkte Krankheitsverhütung verstanden. Von diesen Bemühungen sollte die gesamte Bevölkerung erfasst werden, der in der Verfassung das Recht auf kostenlose medizinische Versorgung garantiert worden war – ein Recht, das mit der Einführung einer einheitlichen Sozialversicherung verwirklicht werden sollte. Dieses Recht ging oft mit Pflicht und Zwang einher: DDR-Bürger waren per Gesetz verpflichtet, sich gegen Pocken und Diphtherie impfen zu lassen. Systematische Impfungen gegen Wundstarrkrampf, Keuchhusten, Tuberkulose und Kinderlähmung wurden dagegen auf freiwilliger Basis angeboten. Die Impfpflicht wurde zwar 1954 vorübergehend abgeschafft. Als sich aber unter DDR-Bürgern eine zunehmende „Impfmüdigkeit“ breit machte, wurde die Impfpflicht ab Mitte der 1960er Jahre wieder eingeführt. Zum Katalog der Pflichtimpfungen gehörten nun deutlich mehr Impfungen. So hatten sich DDR-Bürger bis zur Vollendung ihres 18. Lebensjahres siebzehn Impfungen zu unterziehen.<sup>222</sup> Ebenso verpflichtend und im Falle des Versäumnisses mit Geldstrafen belegt war die Teilnahme an Reihenuntersuchungen, die in erster Linie dem Aufspüren von Tuberkuloseherden dienten, nebenbei aber auch zur Früherkennung von Lungenkrebs genutzt wurden.<sup>223</sup>

In diesen Horizont einer Prophylaxe als politische Mission eines auf Frieden und „Leben“ ausgerichteten sozialistischen Staates ordnete sich die Politik der Krebsfrüherkennung seit Beginn der 1950er Jahre ein.<sup>224</sup> Die ersten Kampagnen und Maßnahmen der DDR-Gesundheitspolitik galten vor allem der Früherkennung des Gebärmutterhalskrebses und führten damit eine seit 1900 in Deutschland dominierende Traditionslinie fort. Vor dem Hintergrund des Kalten Krieges wurde diese Ausrichtung der Früherkennung allerdings in einen anderen politischen Kontext gestellt und die Rolle

---

aktuelle Entwicklungen in Deutschland, Weinheim/München 2002, S. 165-177, hier S. 167f. sowie Thießen, *Vorsorge als Ordnung des Sozialen*, S. 415.

<sup>222</sup> Thießen, *Vorsorge als Ordnung des Sozialen*, S. 414 und 417.

<sup>223</sup> J. Madarász, Prävention chronischer Herz-Kreislauf-Krankheiten. BRD, DDR und Großbritannien im Vergleich, 1945-1990, in: *Prävention und Gesundheitsförderung* 5, 4 (2010), S. 313-318, hier S. 314.

<sup>224</sup> Bereits 1948 war die Krebskrankheit mit einer eigenen kleinen Abteilung im Rahmen der zweiten, vom *Hygiene-Museum* nach Kriegsende verantworteten Wanderausstellung „Volkskrankheiten“ thematisiert worden. Diese setzte noch auf ältere Strategien der Angstmobilisierung und zeigte Fotografien von Moulagen. Bildästhetisch präsentierte sie allerdings ein Ideal, das deutlich von der NS-Ästhetik abrückte. Vgl. Susanne Roeßiger, *Wissenspräsentationen an jedem Ort. Ausstellungen*, in: *Stiftung Deutsches Hygiene-Museum, Rechtzeitig erkannt*, S. 45-60, hier S. 50-52.

der Frau und Mutter im sozialistischen Staat neu definiert.<sup>225</sup> So erklärte Robert Ganse, Chefarzt der Frauenklinik des Stadtkrankenhauses Dresden-Friedrichstadt, in der Broschüre „Die hauptsächlichsten Krebserkrankungen der Frau“, die seit 1957 in hohen Auflagen gedruckt und für 20 Pfennige vom *Hygiene-Museum* verkauft wurde:

„Das Wertvollste eines Staates sind seine Mütter und Kinder. Zu verhüten, daß jährlich weiter etwa 20 000 Frauen dieser furchtbaren Krankheit zum Opfer fallen und ihren Familien entrissen werden, ist die Aufgabe, die uns Frauenärzten vorwiegend gestellt ist und für die wir alles tun müssen. [...] Alle unsere Anstrengungen sind aber abhängig von der friedlichen Entwicklung unseres Vaterlandes. Die vorbeugende Medizin ist eng verbunden mit der Erhaltung des Friedens. Unser ärztliches Handeln hat nur dann einen Sinn, wenn wir alles daransetzen, daß unsere Erfolge nicht durch Atombomben vernichtet werden. Der Krieg ist der schlimmste Feind des Arztes und unserer Kinder und Mütter. Der Kampf der Ärzte gegen Krebs und andere Krankheiten müßte unvollkommen bleiben, wenn er nicht verbunden würde mit dem Kampf gegen die gewaltsame Vernichtung des menschlichen Lebens.“<sup>226</sup>

Krebs wurde damit zur biologischen Chiffre der drohenden atomaren Vernichtung, vor der „das Leben“ geschützt werden müsse. Dies erklärt, warum die ältere militärische Metapher vom „Kampf“ gegen den Krebs in der DDR-Gesundheitspolitik kaum noch verwandt wurde. Stattdessen wurde der Akzent auf die „friedliche“ Verhinderung des Krebses, die Früherkennung als Teil einer umfassenden Prophylaxe, gelegt und zum Signum des sozialistischen Fortschritts und Erfolgs erklärt.<sup>227</sup> Damit konnte an die Stelle der offenen Mobilisierung von Angst der Appell an die sozialistische Lebensfreude und den vom sozialistischen Staat gewährleisteten Schutz des Lebens treten.

An dieser Akzentverschiebung orientierte sich der erste von der DEFA 1956 produzierte Film zur Krebsaufklärung mit dem sprechenden Titel „Rechtzeitig – eine

<sup>225</sup> Gunilla-Friederike Budde, Einleitung: Zwei Welten? Frauenerwerbsarbeit im deutsch-deutschen Vergleich, in: dies. (Hg.), *Frauen arbeiten: weibliche Erwerbstätigkeit in Ost- und Westdeutschland nach 1945*, Göttingen 1997, S. 7-18, hier S. 10f.

<sup>226</sup> Dr. med. Robert Ganse, *Die hauptsächlichsten Krebserkrankungen der Frau* (Schriftenreihe des Deutschen Hygiene-Museums Dresden, Heft 1), Dresden o.J. [1956/1957], S. 13f. Dieser Absatz wurde erst in die zweite, um 1957 veröffentlichte Auflage der Broschüre eingefügt, die 1952 erstmals unter dem Titel „Die wichtigsten Krebserkrankungen der Frau“ herausgegeben wurde und in den 1950er Jahren eine der meistverkauften Broschüren des *Hygiene-Museums* war. Allein 1954 wurden 57.000 Exemplare der Broschüre ausgegeben, vgl. Roßfeger, *Krebskampagnen*, S. 28 sowie die in der Objektdatenbank des *Hygiene-Museums* gegebenen Zusatzinformationen zum Objekt DHMD 2001/287.

<sup>227</sup> Ähnlich Malte Thießen im Hinblick auf die Impfprogramme: ders., *Vorsorge als Ordnung des Sozialen*, S. 417.

Mahnung des Lebens“. Dieser Film wurde zwischen 1957 und 1962 sowohl bei betrieblichen Aufklärungsveranstaltungen als auch im Rahmen der Wanderausstellungen „Wie werde ich 100 Jahre alt?“ und „Gesund leben – lange leben“ gezeigt.<sup>228</sup> Der ungefähr neunzehn Minuten lange Tonfilm begann mit einer Sequenz, die geradezu als emotionales Gegenprogramm zur Anfangssequenz des Films von 1930 konstruiert worden zu sein scheint. So zeigten die ersten zwei Minuten des Films nicht die Schmerzen und Schrecken der Krebskrankheit, sondern inszenierten Glück und liebevolle Sorge um das Leben in Gestalt der Kinder. Dementsprechend beschwor der Sprecherkommentar mit den ersten Worten des Films: „Glückliche Kinder. Ihnen gehört all unsere Liebe, all unsere Sorge. Ihre Gesundheit gilt es zu erhalten.“<sup>229</sup> In ruhiger Abfolge zeigte der Film, wie eine Krankenschwester einen kleinen Säugling kurz nach der Geburt wog und wickelte, wie etwas größere Babys sanft „gepuckt“ und schließlich die großen Babys, dann die Schulkinder und schließlich Jungen an der Schwelle zur Pubertät geimpft, vermessen und gewogen wurden. Währenddessen zoomte die Kamera immer wieder auf die „niedlichen“ und vertrauensvollen Gesichter der Kinder, auf die Blicke und Gesten der Zuwendung von Seiten der Erwachsenen. Die Abschlusssequenz der Einleitung – das Impfen, Messen und Wiegen – verwies schließlich auf die zivilisatorische Mission und selbstauferlegte Verantwortung des sozialistischen Staates, indem nun auch Szenen aus einem unbestimmten Land in Afrika den Zuschauern präsentiert wurden, in denen ein weißhäutiger Arzt schwarzhäutige Menschen der Reihe nach impfte.<sup>230</sup>

Krebs-Früherkennung erschien in dieser filmischen Lesart als logische Fortsetzung einer von klein auf gewohnten und selbstverständlich gewordenen Praxis der

<sup>228</sup> Wanderausstellungen. Wie werde ich 100 Jahre alt und Gesund leben - lange leben, 1959. Dokumentation, Zusammenstellung, Zeitungsartikel, Begleitvorträge/Ankündigungen, Fotografien von Ausstellungstafeln. HSTA D 13658, Nr. Au 163 b. Der Film „Rechtzeitig – eine Mahnung des Lebens“ wurde von der DEFA unter Leitung Kurt Schönbachs produziert, die Regie führte Erich Barthel und das Drehbuch schrieb Kurt Bortfeldt. Das Dresdner *Hygiene-Museum* bewahrt eine Kopie des Films unter der Signatur DHMD 2001/1656 auf.

<sup>229</sup> Dies steht im Widerspruch zu den in den Publikationen des *Hygiene-Museums* abgedruckten Filmexposés, in denen von einem „anfänglichen Schreckensszenario“ die Rede ist. Tatsächlich folgt auf die hier beschriebene Szene eine Rückblende in die Vergangenheit, in der Krankheit – erst die Pest, dann der Krebs – Schrecken verbreitet hätten. Warum die eigentliche Anfangssequenz in der Filmbeschreibung nicht auftaucht, erscheint rätselhaft, da sie diesen Film deutlich von allen früheren Krebsfilmen, aber auch von vielen zu gleicher Zeit etwa in den USA entstandenen Filmen unterscheidet. Vgl. Roeßiger, *Bewegte Bilder*, S. 132 sowie die Informationen in der Objektdatenbank des DHMD.

<sup>230</sup> Auch in punkto Krebs-Früherkennung bemühte sich die DDR-Gesundheitspolitik darum, sogenannte Entwicklungsländer miteinzubeziehen, etwa indem von einzelnen Ausstellungen Versionen für afrikanische oder asiatische Länder hergestellt wurden, so z.B. eine Version der Kleinausstellung „Krebs“ (1958) für Indien, vgl. HSTA D 13658, Au Nr. 4, Bl. 1f.

Prophylaxe – und zwar in der spezifischen Form der Krankheitsverhinderung, für die das Impfen stand. Eine solche hatte nichts mehr mit Schmerz oder der ängstlichen Beobachtung des eigenen Körpers zu tun, da sie ja bereits im Vorfeld der Krankheit und möglicher Symptome zum Einsatz kam.



Abb. 27: Still aus dem Film „Rechtzeitig – eine Mahnung des Lebens“ (1956)

Indem der Film die Prophylaxe als Praxis der vereinten Sorge von Ärztinnen und Ärzten, von Krankenschwestern ebenso wie von Bürgerinnen und Bürgern in den Mittelpunkt stellte, lenkte er den Blick weg vom individuellen Körper, seinen Schmerzen, seinen Tumoren und seinem möglichen Tod. Diese Erscheinungen kamen im Film nur ganz am Rande vor. Nur ein einziges Bild im ganzen Film zeigte einen Tumor, der als Foto eines beginnenden Hauttumors im Vergleich mit den zuvor gezeigten Tumoren harmlos erscheinen musste. Prophylaxe und dementsprechend auch der Besuch von Früherkennungsuntersuchungen wurden stattdessen als Praktiken der Solidarität, der gegenseitigen Verantwortung füreinander dargestellt – nicht wie im Nationalsozialismus als Pflicht des einzelnen „Volksgenossen“ gegenüber dem „Volkskörper“, sondern als ein Abschnitt auf dem Weg zur Gesunderhaltung der sozialistischen Gesellschaft, der Völkerverständigung und Friedenssicherung.

Eine der in diesem Film in kurzen Sequenzen präsentierten Geschichten setzte genau diese Verantwortung füreinander in Szene: In dieser Situation erzählte eine vom Brustkrebs geheilte Frau, angeregt von einem Früherkennungsplakat, in der Betriebskantine von ihren Erfahrungen und überzeugte zwei Kolleginnen, von denen eine

wegen möglicher Symptome in Sorge war, davon, den Arzt zu besuchen. Diese beiden Kolleginnen entschieden sich, gemeinsam zur Früherkennungsuntersuchung zu gehen. Dieser gemeinsame Gang wurde im Kontrast zu den zuvor in Großaufnahme gezeigten, musikalisch „beschwerten“ Schritten der ersten Frau inszeniert. Diese war einsam mit ihrem bedrückenden Verdacht zum Arzt gegangen, während die beiden Kolleginnen nun zusammen leichter und weniger belastet diesen Weg gingen – fast folgerichtig, so möchte man meinen, wurde bei keiner der beiden Frauen Krebs festgestellt. Dieses Motiv des hoffnungsfrohen Weges in eine bessere Zukunft nahm der Film ein weiteres Mal ganz am Ende auf: Ein langer Strom von Frauen zog dort in Reihen wie bei einer Parade zum Nationalfeiertag an der Kamera vorbei.



Abb. 28: Still aus dem Film „Rechtzeitig – eine Mahnung des Lebens“ (1956)

Angst wurde in diesem Film zwar auch gezeigt, aber im Prinzip als nicht mehr zeitgemäßes Gefühl dargestellt. Diese Angst mochte in einer „dunklen“, von Pest und anderen Krankheiten beherrschten Vergangenheit seine Berechtigung gehabt haben, wie ein scharfer Schnitt nach der Anfangsszene in einigen wenigen ikonischen Mittelalterstereotypen illustrierte. In der Gegenwart und noch weniger in der Zukunft der auf wissenschaftlichem Fortschritt und planvoller, solidarischer Gesundheitsfürsorge errichteten DDR war die Angst allerdings überflüssig und kontraproduktiv geworden.

Damit klang hier eine Gefühlspolitik der sozialistisch definierten Lebens- und Schaffensfreude an, wie sie die TV-Serie „Wegweiser Gesundheit“ in ihrer den Emotionen gewidmeten Folge viele Jahre später mit den Worten postulieren sollte: „In



unserer Gesellschaft ist kein Platz für Angst, Pessimismus, Unzufriedenheit, da Wünsche und Realität übereinstimmen.“<sup>231</sup> Eben diese 1975 politisch statuierte Übereinstimmung von Wunsch und Realität behauptete auch der Film von 1956, indem er wider alle zeitgenössische Evidenz verkündete: „Alle wären zu retten, wenn sie sich jedes Jahr einmal vorbeugend untersuchen ließen.“<sup>232</sup> An dieser Stelle der Geschichte trat die Früherkennungsuntersuchung erstmals als Praxis in Erscheinung, die nicht aus Angst und Sorge erfolgte, sondern Befreiung von Angst und Sorge verhiess, so wie es der Filmarzt schließlich der ehemaligen Brustkrebspatientin auf dem Weg zurück ins Leben als Botschaft für ihre Geschlechtsgenossinnen mitgab: „Der Weg zum Arzt lohnt sich. Er bringt Klarheit. Und wie befreiend ist die Gewissheit, gesund zu sein.“<sup>233</sup>

Tatsächlich bemühte sich die Gesundheitspolitik der DDR früh, Frauen diesen Weg zur „Gewissheit“ über den Zustand ihres Körpers zu ermöglichen. Bereits im Juli 1952 wurde ein Gesetz verabschiedet, das den Aufbau sogenannter Betreuungsstellen für Geschwulstkranke in allen Städten mit mehr als 100.000 Einwohnern anordnete. In diesen Betreuungsstellen sollten sich alle Frauen über 25 Jahre einmal jährlich auf Brust- und Gebärmutterhalskrebs untersuchen lassen können.<sup>234</sup> Zusätzlich sollten solche Früherkennungsuntersuchungen in Gemeindeschwesternstationen und den neu geschaffenen Polikliniken durchgeführt sowie in Betrieben mit einem hohen Frauenanteil an der Belegschaft angeboten werden.<sup>235</sup> Damit trat die DDR-Gesundheitspolitik an, das flächendeckend zu verwirklichen, was bereits seit den 1920er Jahren diskutiert und in einzelnen Gebieten des Deutschen Reiches versuchsweise auch realisiert worden war: die Einrichtung eines niedrighwelligen Angebots, dem weder lange Anfahrtswege noch zeitraubende Wartezeiten im Weg stehen sollten. Anders als zuvor war dieses Angebot jedoch als Reihenuntersuchung konzipiert und sollte unabhängig von möglichen Symptomen regelmäßig in Anspruch genommen werden – eine Praxis, die der Bevölkerung durch die seit 1938/9 erprobten und in der DDR seit Anfang der

---

<sup>231</sup> Szenarium für einen Film der Serie „Wegweiser Gesundheit“, Arbeitstitel „Emotionen“, 17.7.1975. HSTA D 13658, F VIII, Nr. 17.

<sup>232</sup> Zitat: Eigene Transkription des Films „Rechtzeitig – eine Mahnung des Lebens“ (1956).

<sup>233</sup> Zitat: Eigene Transkription des Films „Rechtzeitig – eine Mahnung des Lebens“ (1956).

<sup>234</sup> Susanne Roeßiger, Informationen für alle. Broschüren und Merkblätter, in: Stiftung Deutsches Hygiene-Museum, Rechtzeitig erkannt, S. 75-90, hier S. 78.

<sup>235</sup> Dr. E. Bisch, Görlitz, Krebsprophylaxe der Frau, in: Alles für Deine Gesundheit 7 (1956). HSTA D 13658, Nr. Z 7.

1950er Jahre weitergeführten Röntgen-Reihenuntersuchungen auf Tuberkulose vertraut war.<sup>236</sup>

Die Resonanz auf das Angebot von „Vorsichtsuntersuchungen“ zur Früherkennung von Gebärmutterhals- und Brustkrebs war offenbar groß – so groß, dass das tatsächlich vorhandene Angebot an Untersuchungsstellen mit der Nachfrage von Seiten der Frauen nicht Schritt halten konnte. Der Dresdner Frauenarzt Robert Ganse berichtete nach einem der ersten Vorträge, die er 1952 vor der Belegschaft des VEB Projektierung Sachsen hielt, um dort für Früherkennungsuntersuchungen zu werben:

„Der Erfolg war, dass ein Entrüstungssturm unter den Frauen losbrach, da vorläufig Untersuchungen nicht stattfinden können [...] Da unsere Aufklärung weit über die Möglichkeiten der Untersuchungen hinausgegangen ist und die Untersuchungsstelle nicht mehr mit dem Andrang der Bevölkerung Schritt halten kann, führt dies zu einer katastrophalen Situation und lässt eine gute Sache genau in ihr Gegenteil umschlagen [...] Der Zustand ist unhaltbar und aus diesem Grunde muss ich alle weiteren Aufklärungsvorträge [...] solange ablehnen, bis die [...] Untersuchungen [...] völlig gesichert sind.“<sup>237</sup>

In Absprache mit dem Direktor des *Hygiene-Museums* entschied Ganse kurzerhand, bei den bereits angekündigten und ausgebuchten Vortragsveranstaltungen nicht über Krebs, sondern über andere Gesundheitsthemen zu sprechen, um so das Fehlen von Untersuchungsstellen schweigend zu übergehen.<sup>238</sup> Diese Diskrepanz zwischen weitreichenden Planungsutopien und einer aufgrund des Mangels an Ressourcen unzureichenden Realisierung war ein Problem, das die DDR-Gesundheitspolitik bis 1990 begleiten sollte, in den 1950er Jahren aber insbesondere im Hinblick auf die stark politisierten Prophylaxeanstrengungen zum Tragen kam.<sup>239</sup> Da Prophylaxe aber nicht nur Teil der politischen Selbstlegitimation der DDR war, sondern zudem Kosteneinsparung durch die Verhinderung einer teuren Therapie und Pflege schwerwiegender Erkrankungen zu verheißen schien, wurden die Bemühungen um die Einrichtung einer adäquaten Zahl von Untersuchungsstellen fortgesetzt.<sup>240</sup>

Dies unterschied die Gesundheitspolitik der DDR deutlich von der zeitgleichen Diskussion in Großbritannien, bei der die Sorge um mangelnde Ressourcen und die

<sup>236</sup> Winfried Süß, Gesundheitspolitik, in: Hans Günter Hockerts (Hg.), *Drei Wege deutscher Sozialstaatlichkeit. NS-Diktatur, Bundesrepublik und DDR im Vergleich*, München 1998, S. 55-100, hier S. 67f.

<sup>237</sup> Schreiben Robert Ganses an den Direktor des *Hygiene-Museums* Walter Axel Friedeberger vom 16.07.1952, zitiert nach: Roeßiger, *Krebskampagnen*, S. 28.

<sup>238</sup> Roeßiger, *Krebskampagnen*, S. 28.

<sup>239</sup> Madarász, *Prävention*, S. 314.

<sup>240</sup> Thießen, *Vorsorge als Ordnung des Sozialen*, S. 414f.

Angst vor der Finanzierbarkeit einer von Krebsangst oder gar -panik stimulierten „übergroßen“ Nachfrage nach Früherkennungsuntersuchungen zu der Entscheidung führte, vorerst keinerlei auf das Laienpublikum abzielende Kampagnen durchzuführen, sondern sich ganz auf die Aus- und Weiterbildung von Ärzten, Hebammen und Schwestern zu konzentrieren.<sup>241</sup> Anders als in Großbritannien setzte die Krebsprophylaxe in der DDR allerdings darauf, Frauen zum regelmäßigen Besuch von Früherkennungsuntersuchungen unabhängig vom Auftreten einzelner Symptome zu erziehen, so dass die mögliche ängstliche Beobachtung des Körpers im Schatten der Krebs-Warnzeichen weniger thematisiert wurde.

Um die Mangelsituation in der DDR zu entschärfen, wurde das Alter, ab dem sich Frauen jährlich untersuchen lassen sollten, auf dreißig Jahre heraufgesetzt.<sup>242</sup> Die größte Schwierigkeit im Hinblick auf einen Ausbau von Untersuchungsstellen bestand weniger in einem kurzfristig zu behebenden Mangel an geeigneten Räumlichkeiten, als in der unzureichenden Ausbildung und Erfahrung vieler Gynäkologen. Denn während die meisten anderen Länder, die in den 1950er Jahren auf Früherkennung setzten, bei bereits bestehenden Symptomen Biopsien vornehmen ließen, setzte die DDR-Gynäkologie auf die kolposkopische Untersuchung symptomfreier Frauen, die eine spezielle Ausbildung erforderte.

Das Kolposkop war 1925 vom Hamburger Gynäkologen und Chefarzt des Altonaer Krankenhauses Hans Hinselmann entwickelt worden. Mit dem Kolposkop stand ein Gerät zur Verfügung, das es erlaubte, die Schleimhaut des Gebärmutterhalses in bis zu dreißigfacher Vergrößerung zu untersuchen und auf diese Weise kleinste Veränderungen frühzeitig zu entdecken. Als Standardtechnik hatte sich die Kolposkopie jedoch vor 1945 in Deutschland nicht durchgesetzt – unter anderem deshalb, weil die Spekulum-Untersuchung mit dem bloßen Auge vielen Gynäkologen als gleichwertig erschien und die Kolposkopie aufgrund der Vorbehandlung mit Jod und Essigsäure (zeit-)aufwändiger war.<sup>243</sup> Um angesichts dieser Skepsis die diagnostische Überlegenheit des Kolposkops zu belegen, führte der SS-Standortarzt Eduard Wirths, Bruder eines Hinselmann-Schülers, im KZ Auschwitz ab 1943 Kolposkopie-Versuche durch. Allen KZ-Insassinnen, deren Kolposkopie einen auffälligen Befund ergab,

---

<sup>241</sup> Toon, *Cancer as the General Population Knows It* (2008), S. 123-125.

<sup>242</sup> Roeßiger, *Informationen für alle*, S. 78.

<sup>243</sup> Essig und Jod dienen bei der Kolposkopie der Sichtbarmachung veränderter Zellen, da diese sich im Gegensatz zu gesunden Zellen unter dem Einfluss von Essigsäure weißlich verfärben, nach dem Auftupfen von Jod dagegen unverändert bleiben, während sich gesunde Zellen braun färben.

wurde der Gebärmutterhals zwangsweise und nicht selten unter mangelnden hygienischen Bedingungen oder ohne Anästhesie entfernt und das Gewebe anschließend in Hamburg in Hinselmanns Labor auf Krebs untersucht.<sup>244</sup>

Hinselmann selbst wurde wegen dieser Versuche nicht angeklagt, wohl aber wegen seiner Beteiligung an Zwangssterilisationen. Nach Abbüßung einer dreijährigen Haft, zu der ihn ein britisches Militärgericht verurteilt hatte, wurde ihm die Lehrbefugnis entzogen, so dass er seine Kolposkopie-Studien in seinem privaten Labor in Hamburg fortsetzen musste. In der Bundesrepublik gelang es Hinselmann vor seinem Tod 1959 nicht, die Kolposkopie durchzusetzen, wenngleich er engen Kontakt zum Präsidenten der *Deutschen Gesellschaft für Krebsbekämpfung* Heinrich Martius pflegte, er auf ausgedehnten Forschungsreisen durch Südamerika seine Methode bekannt machte und 1956 sogar zum Ehrenmitglied der *Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe* ernannt wurde.<sup>245</sup> Die Ablehnung der Kolposkopie als Standard der Früherkennungsuntersuchungen hatte also nichts mit Hinselmanns NS-Vergangenheit zu tun, sondern mit den gesundheitspolitischen Entscheidungen in der frühen Bundesrepublik, die die Krebsfrüherkennung ebenso wie die Vorsorge weniger förderte und als Individualvorsorge in die Hände niedergelassener Gynäkologen legte, zu denen überwiegend Frauen mit bestehenden Symptomen kamen, die mit bloßem Auge erkennbar waren und gegebenenfalls durch eine Biopsie abgeklärt werden mussten.

In der DDR, in der man Prophylaxe groß schrieb, auf Gruppenvorsorge und den Ausbau spezialisierter Untersuchungsstellen setzte, erschien die Anwendung einer komplizierten, eine spezielle Ausbildung und Erfahrung erfordernden Technik dagegen vielversprechender – eine Technik, die zudem versprach, Veränderungen der Gebärmutterhalsschleimhaut zu erkennen, bevor Symptome auftraten. Darüber hinaus hatte das Kolposkop einen weiteren Vorteil gegenüber Spiegeluntersuchung und

---

<sup>244</sup> Hans-Joachim Lang, Die Frauen von Block 10. Medizinische Versuche in Auschwitz, Hamburg 2011, S. 144-166; Jutta Hübner, Kolposkopie ohne Menschlichkeit, in: Hamburger Ärzteblatt 66, 4 (2012), S. 34f. sowie Ruth Jolanda Weinberger, Fertility Experiments in Auschwitz-Birkenau. The Perpetrators and Their Victims, Saarbrücken 2009, S. 228-231.

<sup>245</sup> Heinrich Martius verfasste einen Nachruf auf Hinselmann in einer der angesehensten medizinischen Fachzeitschriften der Bundesrepublik, vgl. ders., Hans Hinselmann, in: Deutsche Medizinische Wochenschrift 84, 32 (1959), S. 1423f. Erst 2015 wurde Hinselmann wegen seiner Beteiligung an Zwangssterilisationen von der *Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe* aus der Liste der Ehrenmitglieder gestrichen, vgl. Frank Louwen, DGGG-Vorstandsbeschluss aus Anlass der Diskussion um Hans Hinselmann, in: Frauenarzt 56 (2015), S. 302.

Biopsie, der in den Kampagnen allerdings nur indirekt adressiert wurde: Das Kolposkop schuf Distanz. Darauf verwiesen die vielfachen, an Frauen gerichteten Erläuterungen der Kolposkopietechnik in Merkblättern und Zeitungsartikeln, die immer wieder betonten, dass das Kolposkop nicht in den Körper eingeführt und keine Schmerzen verursachen würde.<sup>246</sup> Beigefügte Zeichnungen unterstrichen die Distanz dadurch, dass sie das Auge des Untersuchers durch das zwischengeschaltete Kolposkop vom Körper der Patientin weit entfernt platzierten. Obwohl auch die Kolposkopie auf das Einführen eines Spekulum angewiesen war, um das Untersuchungsfeld für das Kolposkop sichtbar zu machen, insofern also durchaus „invasiv“ war, traf das Auge des Gynäkologen damit nur vermittelt durch das optische Instrument auf den Intimbereich der Frau. Die Kommentare und visuellen Präsentationen lassen also vermuten, dass die Verwendung des Kolposkops helfen sollte, die explizit nur selten thematisierte „falsche Scham“ der Frauen zu überwinden, die sie sonst möglicherweise von einer weniger dringlich erscheinenden, weil symptomlosen gynäkologischen Untersuchung abgehalten hätte.

---

<sup>246</sup> Die ausdrückliche Betonung, dass die Kolposkopie nicht schmerzhaft sei, verwies möglicherweise auf eine von Gynäkologen in manchen Fällen zur besseren Sicht auf Gebärmutter und Gebärmutterhals gebrauchte Technik: das sogenannte Anhaken der Gebärmutter. Dabei wurde (und wird) die Gebärmutter mit einem Haken vorgezogen, ein äußerst schmerzhaftes Verfahren, das oft auch nach Abschluss der Untersuchung Schmerzen verursachte, weil die Gebärmutter danach noch eine Weile verkrampft blieb. Hinselmann betonte allerdings bereits in einem Lehrbuch von 1930, dass das Anhaken bei der Kolposkopie nicht nur nicht nötig sei, sondern sogar die Diagnose beeinträchtigen könne, weil es die Blutversorgung der Gebärmutter erschwere oder unterbreche. Dennoch wurde diese Technik möglicherweise von einigen Gynäkologen benutzt, unter Umständen auch bei den Versuchen von Wirths im KZ Auschwitz, worauf Schilderungen von überlebenden Frauen hindeuten, die die Untersuchung als schmerzhaft erinnern. Vgl. Hans Hinselmann, Die Ätiologie, Symptomatologie und Diagnostik des Uteruscarcinoms, in: Otto von Franqué/Hans Hinselmann/Robert Meyer, Anatomie und Diagnostik der Carcinome, der Bindegewebsgeschwülste und Mischgeschwülste des Uterus, der Blasenmole und des Chorionepithelioma malignum (= W. Stoeckel (Hg.), Handbuch der Gynäkologie, Bd. 6, 1. Hälfte), 3. völlig neubearbeitete und erweiterte Auflage, München 1930, S. 854-953, hier S. 892 sowie zu Auschwitz: Weinberger, Fertility, S. 228-231.

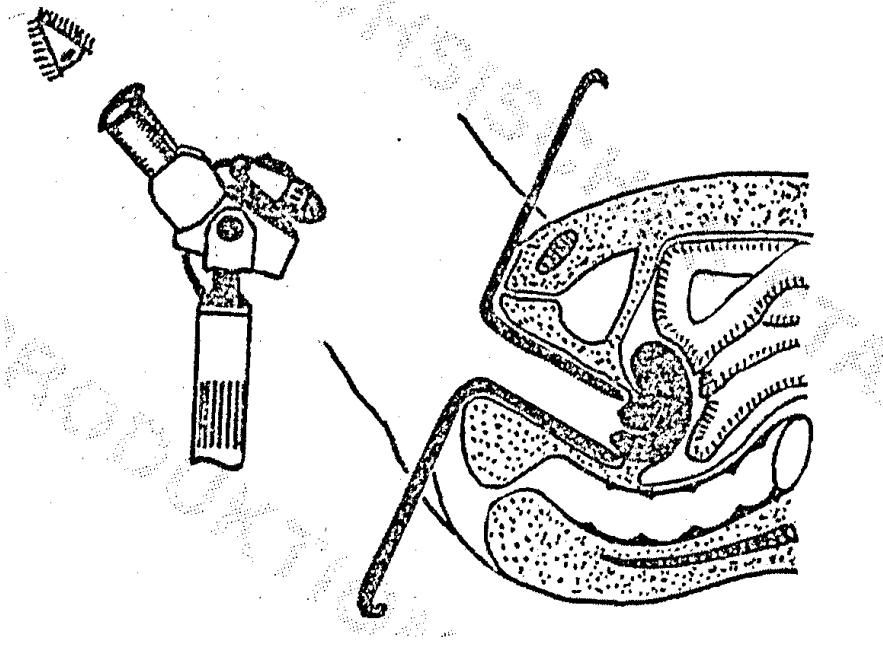


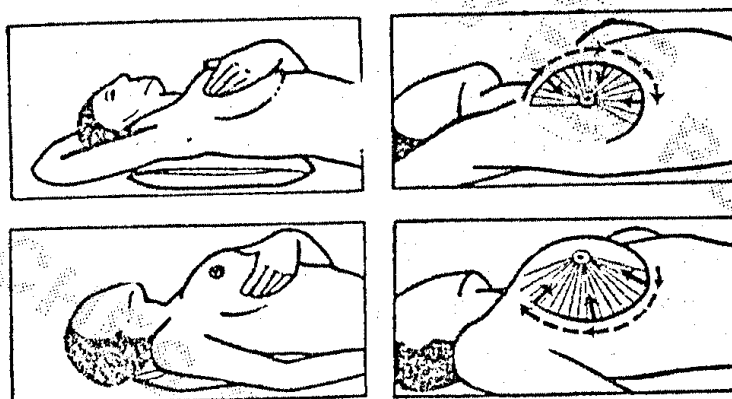
Abb. 29: Illustration, *Alles für Deine Gesundheit* (1956)<sup>247</sup>

Durch den Blick auf das technische Detail der Kolposkopie, wie er in Aufklärungsbroschüren und im Rahmen von Vorträgen im Vordergrund stand, rückte der Anlass, die „Vor-Sorge“ vor Krebs als potentiell tödlicher Krankheit, in den Hintergrund. In Anknüpfung an früher gebrauchte Vergleiche etwa mit der Inspektion eines Autos erschien die Kolposkopie so als Teil eines „rationalen“, wissenschafts- und technikorientierten Umgangs mit dem Körper, eines Körpers, der ja auch in anderer Hinsicht immer öfter vermessen und geprüft werden sollte. Dies entsprach einem allgemeinen Blick auf die Gesellschaft, der vom Glauben an die Steuerbarkeit, Regelungsfähigkeit und Kontrolle gesellschaftlicher Strukturen und lebender Organismen sowie vom Bemühen um die Definition und Anwendung einer formalisierten Rationalität geprägt war, in deren prozessuellem Verlauf Gefühle ausgeschaltet werden sollten.<sup>248</sup>

<sup>247</sup> Bisch, Krebsprophylaxe der Frau. HSTA D 13658, Nr. Z 7.

<sup>248</sup> Zur gleichen Zeit wurde sowohl in der DDR als auch in der Bundesrepublik über mögliche und zum Teil bereits realisierte Praktiken der Schwangerschafts- und Kindervorsorgeuntersuchungen diskutiert, bei denen das Messen und Wiegen eine wichtige Rolle spielte. Die 1950er und frühen 1960er Jahre können als das letzte Jahrzehnt im 20. Jahrhundert gelten, in dem Vorstellungen des *social engineering* Konzepte gesellschaftlicher Steuerung und Veränderung dominierten, 1944 von Karl Popper mit seinem Begriff der „Stückwerk-Sozialtechnik“ noch einmal aktualisiert und kritisch hinterfragt. Dies fiel zusammen mit dem „Aufstieg“ der Kybernetik, die seit den 1950er Jahren insbesondere in der Sowjetunion, aber auch in westlichen Ländern wissenschaftliche, politische und gesellschaftliche Vorstellungen über Selbststeuerung und Regelungstechniken prägte, während zugleich vor allem in den USA der Versuch unternommen wurde, eine spezifische, an formalisierten Verfahren orientierte Spielart der Rationalität zu entwickeln, die letztlich dazu dienen sollte, eine Eskalation des Kalten Krieges zu verhindern, vgl. Thomas Etzemüller, *Social Engineering*, Version: 1.0, in: *Docupedia-Zeitgeschichte*, (11.02.2010), ([http://docupedia.de/zg/Social\\_engineering](http://docupedia.de/zg/Social_engineering), letzter Zugriff: 27.03.2017); Michael Hagner, *Vom Aufstieg und Fall der*

Ein solches Modell konzeptionalisierte Körper, Maschinen und Gesellschaft unterschiedslos als zur Selbststeuerung fähige, aber kontrollbedürftige Einheiten und ließ Kontrolle in von Gefühlen unabhängigen Regelungstechniken aufgehen. Dieses Modell prägte auch die Darstellung einer anderen, in der DDR propagierten Früherkennungstechnik, die sich ebenfalls speziell an Frauen richtete: die Selbstuntersuchung der Brust. Im Unterschied zu den meisten anderen Ländern war die Selbstuntersuchung der Brust in Deutschland bereits Anfang der 1930er Jahre thematisiert worden.<sup>249</sup> Allerdings hatten sich alle öffentlichen Kampagnen darauf beschränkt zu empfehlen, dass Frauen ihre Brust regelmäßig auf Knoten abtasten sollten. *Wie* dies getan werden sollte, ging weder aus den gedruckten Materialien hervor, noch ließ es sich aus Filmszenen etwa aus dem Krebsfilm von 1930 erschließen, die nur flüchtig zeigten, dass Frauen ihre nackte Brust betasteten. Die in den 1950er Jahren in der DDR verbreiteten Merkblätter, Broschüren und Artikel konzentrierten sich dagegen darauf, die Selbstuntersuchung als systematische monatliche Routine im Detail zu beschreiben und vorzugsweise mit schematischen Zeichnungen zu bebildern, die die Frau auf die Struktur ihres Körpers reduzierten. Jede Frau sollte damit zu ihrer eigenen „Screeningassistentin“ ausgebildet werden, ermächtigt und befähigt, ihren Körper selbst zu untersuchen und so ärztliche Untersuchungskosten zu sparen, wie freimütig eingeräumt wurde. Bei einem verdächtigen Befund sollte sie allerdings schnellstens den Arzt zur diagnostischen Abklärung aufzusuchen.



Kybernetik als Universalwissenschaft, in: ders./Erich Höhrl, Transformation des Humanen, S. 38-71 und Erickson u.a., How Reason.

<sup>249</sup> Vgl. zu den USA, wo erst nach 1945 Bemühungen einsetzten, die Selbstuntersuchung zu propagieren, die dann aber gleich filmisch als Technik vermittelt wurde: Gardner, Early Detection, S. 110-120.

Abb. 30: Anleitung zur Brust-Selbstuntersuchung (1959)<sup>250</sup>

Im Rahmen dieser DDR-Kampagnen wurde die Frau zwar dringend aufgefordert, einen Beitrag zur kollektiven Bemühung um Früherkennung zu leisten, weniger aber als diejenige angesprochen, in deren Hand allein die Entscheidung und damit auch die Verantwortung für die rechtzeitig erfolgte Entdeckung der Krebserkrankung lag.<sup>251</sup> Die Figur der „törichte“, allzu ängstlichen und auf den „falschen“ Rat der Freundinnen hörenden Frau hatte die DDR-Gesundheitspolitik zugunsten eines neuen Frauenbildes verabschiedet. Statt Schuldzuweisung und moralischer Diskreditierung stellte sie das Ideal der informierten und überlegt handelnden Frau in den Mittelpunkt, auf deren Rat andere vertrauen konnten und sollten – allerdings im Kontext einer Politik, die gelingende Prophylaxe zum Gradmesser des Systemerfolgs machte. Dementsprechend konnte diese Politik auf den Druck des Kollektivs im Betrieb zählen, dessen Konsequenzen durchaus einschneidend sein konnten und im Hinblick auf Impfprogramme und Röntgen-Reihenuntersuchungen eben durchaus auch mit Strafen operierten. Insofern lässt sich vermuten, dass sich die adressierten Frauen auch unabhängig von der Sanktionsandrohung und ihrer vorauseilenden Diskreditierung als „törichte“ Subjekte zur Teilnahme verpflichtet sahen.

Was die DDR-Gesundheitspolitik aber ebenso wie die zeitgleichen Kampagnen aller anderen Länder verschwieg, war die Unsicherheit der Diagnose selbst, die in Fachkreisen seit den 1950er Jahren intensiv diskutiert wurde. Denn um diese Zeit begann sich eine Untersuchungsmethode durchzusetzen, die die Früherkennung zwar wie lange erhofft zeitlich vorverlegte, dadurch jedoch mit neuer Dringlichkeit die Frage aufwarf, ob auffällige Zellen schon gleichbedeutend mit einer Krebserkrankung waren oder sich in jedem Fall zu einer solchen entwickeln würden. Der Test, der diese von Chirurgen und Pathologen der 1920er Jahre bereits begonnene Diskussion neu belebte, war der nach seinem Erfinder George Papanicolaou benannte Pap-Test. Papanicolaou, der nach dem Ersten Weltkrieg in die USA eingewandert war und dort am *New York Hospital* arbeitete, hatte bei Forschungen an Labortieren festgestellt, dass sich Zellabstriche von der Gebärmutter Schleimhaut nicht nur dem weiblichen Zyklus entsprechend veränderten, sondern man in diesen Abstrichen auch „abnorme“ Zellen

---

<sup>250</sup> Dr. med. E. Geyer, Wie kann jede Frau zur Früherkennung von Brustgeschwülsten beitragen, in: *Alles für Deine Gesundheit* 1 (1959). HSTA D 13658, Nr. Z 7.

<sup>251</sup> Diese Form der Schuldzuweisung an die Frauen betont Kirsten Gardner im Blick auf die amerikanischen Früherkennungskampagnen dieser Zeit, vgl. dies., *Early Detection*, S. 105f.



zu einem Zeitpunkt entdecken konnte, als mit dem bloßen Auge keinerlei Veränderung der Gebärmutter Schleimhaut zu erkennen war. Obwohl er seine Ergebnisse, nachdem er das gleiche Phänomen auch bei Frauen hatte finden können, bereits 1928 veröffentlichte, wurde der Test in den 1950er Jahren zunächst in den USA, später auch in Großbritannien und Frankreich in größerem Umfang als Früherkennungsmaßnahme genutzt.<sup>252</sup> In der Bundesrepublik wurde der Pap-Test als kostenlose Untersuchung in das 1971 gesetzlich verankerte Früherkennungsprogramm aufgenommen, in der DDR mit dem *Berliner Zytologieprogramm* 1972 eingeführt. Allerdings gab es bereits zuvor in beiden deutschen Staaten Möglichkeiten, eine sogenannte Zellabstrichuntersuchung in Anspruch zu nehmen.<sup>253</sup>

Für diese späte Einführung der zytologischen Untersuchung waren vor allem zwei Gründe verantwortlich: Erstens mussten die Abstriche sorgfältig unter dem Mikroskop ausgewertet werden. Wenn man den Test als Standarduntersuchung ein- oder zweimal jährlich durchführen lassen wollte, konnte diese Aufgabe nicht von den eigentlich dafür qualifizierten Pathologen geleistet werden, denn eine derart große Zahl von Pathologen stand nicht zur Verfügung und diese wären auch für die serielle Auswertung der Präparate überqualifiziert gewesen. In den USA entschied man sich, einen neuen (Frauen-)Beruf dafür zu schaffen: die Zytologieassistentin. Ähnlich verfuhr man in vielen anderen Ländern, in denen der Pap-Test eingeführt wurde. Bis genügend ausgebildete Zytologieassistentinnen zur Verfügung standen, dauerte es jedoch. Das zweite Problem war viel grundsätzlicherer Art: Niemand wusste genau, was die beim Zellabstrich entdeckten „nicht-gesunden“ Zellen bedeuteten.<sup>254</sup> Stellten sie bereits eine Krebserkrankung dar? Oder zumindest eine Vorform? Oder handelte es sich um Zellveränderungen, aus denen Krebs entstehen konnte, aber nicht zwangsläufig musste, die sich also unter Umständen ohne jeden Eingriff zurückbilden würden? Letzteres legte ein Vergleich der Zahl auffälliger Zellabstriche mit der aus epidemiologischen Studien bekannten Zahl an Zervixtumoren nahe, denn die erstere Zahl überstieg die letztere um ein Vielfaches.<sup>255</sup> Die naheliegende Schlussfolgerung war also, dass die

---

<sup>252</sup> Löwy, *Preventive Strikes*, S. 127-134.

<sup>253</sup> In der DDR wurde das Vorgehen und die Technik einer Zellabstrichuntersuchung bereits in den 1960er Jahren in populären Medien genau erklärt, vgl. etwa: Dr. med. Krimmenau, Frauenklinik der Medizinischen Akademie Dresden, Die Zellabstrichuntersuchungen in der Frauenheilkunde, in: *Alles für deine Gesundheit* 2 (1960). HSTA D 13658, Nr. Z 7.

<sup>254</sup> Vgl. Löwy, *Preventive Strikes*, S. 127-130.

<sup>255</sup> John E. Dunn Jr., The Relationships between Carcinoma in Situ and Invasive Cervical Carcinoma: A Consideration of the Contribution to the Problem to be Made from General Population Data, in: *Cancer* 6, 5 (1953), S. 873-886.

Mehrzahl auffälliger Zellen sich *nicht* zu einer invasiven Krebserkrankung entwickelte. Bei einer 1951 unter amerikanischen Gynäkologen durchgeführten Befragung gaben allerdings die meisten an, dass sie eine solche Zurückbildung niemals hatten beobachten können und ein Großteil zeigte sich auch davon überzeugt, dass es eine solche Regression nicht geben könne.<sup>256</sup> Die Vorstellung also, dass sich eine einmal veränderte Zelle unaufhaltsam und unumkehrbar zum Tumor entwickeln würde, beherrschte die Köpfe der meisten Mediziner.

Dennoch mehrten sich in den 1950er Jahren die Zweifel an dieser These, so dass in vielen Ländern Studien begonnen wurden, die mehr Licht ins Dunkel der „Naturgeschichte“ der Krebskrankheit werfen sollten.<sup>257</sup> Für diese Studien wurden vor allem solche Frauen ausgewählt, deren Pap-Test ein sogenanntes „Carcinoma in situ“ ergeben hatte. Dies war ein hoch umstrittener Begriff, da er bereits vorwegnahm, was eigentlich erst zu beweisen war, nämlich dass die diagnostizierte Zellveränderung, ihr Verlust an Differenzierung und ihre atypischen Wachstumseigenschaften, als Krebsvorstufe betrachtet werden musste, die sich nur dadurch vom Krebstumor unterschied, dass sie die Gewebsgrenzen noch nicht überschritten hatte, also noch nicht „invasiv“ geworden war (daher die Kennzeichnung „in situ“ = am Ort).

So wurden Frauen mit der Diagnose „Carcinoma in situ“ in international beachteten Studien in drei Gruppen aufgeteilt. Die erste Gruppe wurde so behandelt, als sei ein invasiver Tumor entdeckt worden. Das bedeutete, dass ihnen entweder die Gebärmutter und zusätzlich auch die umgebenden Lymphknoten vollständig entfernt („Hysterektomie“) oder dass sie bestrahlt wurden. Eine zweite Gruppe wurde „konservativ“ behandelt, es wurde ihnen also nur der Gebärmutterhals operativ oder durch Elektrokonisation ganz oder teilweise entfernt. Eine dritte Gruppe von Frauen wurde dagegen gar nicht behandelt, allerdings in kurzen Abständen zu Kontrolluntersuchungen einbestellt.

Die Ergebnisse dieser Studien zeigten, dass sich tatsächlich bei vielen Frauen kein Krebs aus einem „carcinoma in situ“ entwickelte. Allerdings blieben alle „radikal“ behandelten Frauen weit über die Fünfjahresgrenze hinaus von einer Krebserkrankung verschont, während sich bei einigen Frauen der beiden anderen Gruppen später ein

---

<sup>256</sup> Bayard Carter/Kenneth Cuyler/Walter L. Thomas/Robert Creadick/Robert Alter, The Methods of Management of Carcinoma in Situ of the Cervix, in: American Journal of Obstetrics and Gynecology 64, 4 (1952), S. 833-845.

<sup>257</sup> Vgl. dazu und zum Folgenden: Löwy, Preventive Strikes, S. 92-97.

Krebs des Gebärmutterhalses entwickelte. Aus Sicht der Studienleiter überraschend war die Entdeckung, dass bei einigen wenigen Frauen der dritten Gruppe trotz engmaschiger Kontrollen Tumore diagnostiziert wurden, die bereits weit fortgeschritten und dementsprechend kaum noch zu behandeln waren, so dass einzelne Frauen dieser Gruppe an ihrer Krebserkrankung schließlich starben. Vorhersagen darüber, ob, warum und wann sich aus einem „carcinoma in situ“ eine invasive Krebserkrankung entwickeln würde, schienen nicht möglich zu sein: einige Zellveränderungen, die zunächst aggressiv fortschritten, bildeten sich komplett zurück, andere, die jahrelang in ihrem Wachstum stagnierten oder sich sogar teilweise zurückbildeten, fingen plötzlich an, schnell und invasiv zu wachsen. Aus diesem Grund alle Frauen mit einem „carcinoma in situ“ des Gebärmutterhalses „radikal“ zu operieren oder zu bestrahlen und so eine hundertprozentige Heilung zu erreichen, war jedoch keineswegs eine risikolose und nebenwirkungsfreie Option. Denn viele der betroffenen Frauen litten unter dem Verlust ihrer Gebärmutter und – wenn sie noch jung waren – unter dem erzwungenen Verzicht auf (weitere) Kinder. Doch damit nicht genug: In einer Studie starben zwei der acht operierten Frauen an den Folgen dieses gravierenden Eingriffs, viele bestrahlte Frauen hatten mit schwerwiegenden Nebenwirkungen der Behandlung zu kämpfen, darunter Verbrennungen, Gewebsnekrosen und Inkontinenz.<sup>258</sup>

In dieser unentschiedenen Situation votierte eine Mehrzahl von Krebsmedizern dafür, ein „carcinoma in situ“ am Gebärmutterhals in jedem Fall zu behandeln. In der DDR ebenso wie in der Bundesrepublik, den USA oder Großbritannien bedeutete Behandlung eines solchen „carcinoma in situ“ in den 1950er Jahren Operation oder Bestrahlung, da es die seit den 1980er Jahren meist angewandte Lasertherapie noch nicht gab. Schonendere Verfahren kamen dagegen bei leichteren Dysplasien zur Anwendung, wobei eine Reihe von Studien wiederum zeigte, dass der gleiche Zellabstrich nicht selten von verschiedenen Zytologieassistentinnen und sogar Pathologen unterschiedlich interpretiert wurde: Während die einen eine einfache Dysplasie diagnostizierten, stellten die anderen ein „carcinoma in situ“ fest.<sup>259</sup> Aus diesem Grund wurde der Pap-Test seit den 1960er Jahren zunehmend als eine Art Vorscreening-Test verwandt, dessen Ergebnisse durch Kolposkopie und/oder Biopsie überprüft werden mussten – eine Praxis, die in der DDR insofern unproblematisch war, als das Kolposkop

---

<sup>258</sup> Olaf Petersen, *Precancerous Changes of the Cervical Epithelium*, Kopenhagen 1955, S. 102.

<sup>259</sup> Löwy, *Preventive Strikes*, S. 129f.

dort bereits in der Standarddiagnostik etabliert war. Eine gewisse diagnostische Unsicherheit im Blick auf die Unterscheidung einfache Dysplasie / „carcinoma in situ“ blieb aber bestehen.

Von diesen Diskussionen und Unsicherheiten ahnte allerdings kaum eine Frau etwas, die die in den Geschwulstberatungsstellen und Polikliniken angebotenen Früherkennungsuntersuchungen in Anspruch nahm. Denn die Aufklärungsmaterialien nicht nur in der DDR, sondern überall auf der Welt suggerierten, dass der Arzt mit den zur Verfügung stehenden Techniken eine eindeutige Diagnose würde stellen können. Ähnlich sah die Lage auch im Hinblick auf viele andere Krebserkrankungen aus, die von den Aufklärungskampagnen wegen ihrer leichteren diagnostischen Zugänglichkeit und der dementsprechenden frühzeitigeren Therapierbarkeit in den Vordergrund gestellt wurden. Egal ob es sich um Knoten in Brust und Prostata oder Gewebsveränderungen in Darm- oder Magenschleimhaut handelte: Wo die Grenzen zwischen harmloser Dysplasie, Krebsvorstufe sowie manifester und schließlich potentiell tödlicher Krebserkrankung zu ziehen waren, blieb lange und ist zum Teil noch heute umstritten.

Die Gewissheit, die die Früherkennungskampagnen in Aussicht stellten, musste vom Arzt in manchen Fällen mit einem Akt interpretativer Vereindeutigung hergestellt werden. Dieses Dilemma des Arztes wurde in den Früherkennungskampagnen um des Gewissheitsversprechens willen verschwiegen. Auch im Gespräch zwischen Arzt und Patient wird diese Unsicherheit der Diagnose in den 1950er und 1960er Jahren kaum jemals zur Sprache gekommen sein, da Ideen über Patientenautonomie und die Notwendigkeit der informierten Einwilligung des Patienten in das Behandlungskonzept gerade erst entstanden und im medizinischen Alltag vorerst nur wenig relevant waren. Mit der Entscheidung, diese diagnostische Ungewissheit zu verbergen, nahmen die Gestalter der Früherkennungskampagnen in Kauf, dass sich viele Krebskranke wegen eines „zu späten“ Arztgangs Selbstvorwürfe machten und sich an ihrem Schicksal die Schuld gaben, obwohl der frühzeitige Gang zum Arzt unter Umständen keine eindeutige Krebsdiagnose ergeben hätte. Die Schuldzuschreibung war allerdings in den Kampagnen der Bundesrepublik, in der auf Individualvorsorge gesetzt wurde, deutlich stärker ausgeprägt.

### ***3.7 Der Zeigefinger: Symbol des Wandels in der Diskussion um bundesrepublikanische Strategien der Moralisierung***

Die Kampagnen in der frühen Bundesrepublik orientierten sich zunächst stark an der zuvor schon benutzten Metapher des Krieges. Viele Merkblätter aus dem ersten Jahrzehnt der Bundesrepublik riefen den „Kampf gegen den Krebs“ aus, auch eine im Oktober 1951 gestartete bundesweite Spendenaktion firmierte unter diesem Titel.<sup>260</sup> Ein anderer Bezugspunkt früherer Kampagnen wurde allerdings nicht mehr benutzt: Früherkennung wurde nun ausschließlich als individuelle Verpflichtung sich selbst und seiner Familie gegenüber dargestellt. Ein wie auch immer politisch definierter „Volkkörper“ blieb nun außen vor.

Diese Verschiebung trotz Kontinuität im Hinblick auf die moralisierende Argumentationsstrategie zeigt sich sehr deutlich in der Diskussion darüber, welche Art von Film in den lokalen und regionalen Früherkennungskampagnen eingesetzt werden sollte. Auf der ersten Tagung, die der nach dem Krieg neu gegründete *Deutsche Zentralausschuß für Krebsbekämpfung und Krebsforschung* gemeinsam mit der entsprechenden österreichischen Gesellschaft 1953 in München veranstaltete, wurden ältere Krebsfilme gesichtet und ihre mögliche Weiternutzung diskutiert.<sup>261</sup> Wilhelm Hagen, Leiter des Referats für Gesundheitsfürsorge im Bundesministerium des Innern, erstattete seiner Behörde darüber Bericht. Er kam zu dem Schluss, dass keiner der früheren Filme – auch nicht in Ausschnitten – zur Weiterverwendung geeignet sei. Im Blick auf Walter Ruttmanns Film von 1941 stellte er fest, „daß es zweckmäßig sei, wenn insbesondere [dieser] Film von der Bildfläche verschwindet.“<sup>262</sup> Ausschlaggebend für dieses Urteil war die Tatsache, dass „Jeder Achte“ die Frage der Kurpfuscherei in den Mittelpunkt stellte – ein Thema, das in der frühen Bundesrepublik kaum eine Rolle spielte.

Einen neuen, eigenen Film zu produzieren stand zu diesem Zeitpunkt nicht zur Debatte. Hauptgrund dafür dürften die hohen Produktionskosten gewesen sein, die der

---

<sup>260</sup> Vgl. zum Beispiel Merkblatt „Kampf dem Krebs“, verteilt vom Hamburger Landesverband für Krebsbekämpfung und Krebsforschung e.V. [o.D., ca. 1953]. BArch B 142/411, Bl. 52. Dieses Merkblatt wurde auch vom Bayerischen und Niedersächsischen Landesverband übernommen. Zur Spendenaktion vgl. Atzl/Helms, *Geschichte*, S. 81f.

<sup>261</sup> Zur Neugründung in der BRD vgl. Atzl/Helms, *Geschichte*, S. 74-83.

<sup>262</sup> Referat IV 3: Vermerk betr. Aufklärungsfilm „Krebs“. Bonn, den 8. Juni 1953. BArch B 142/410, Bl. 159. Der Geschäftsführer des Zentralausschusses plädierte dagegen für eine Weiterverwendung, bei der lediglich kleine Änderungen vorgenommen werden sollten, u.a. das Wort „Volksgenosse“ gestrichen werden sollte: Dr. Eichler, Geschäftsführer des Deutschen Zentralausschusses für Krebsbekämpfung und Krebsforschung, an Herrn Ministerialrat Dr. Hagen. Braunschweig, den 19.5.1952. BArch B 142/410, Bl. 104.

erst 1951 neu gegründete *Zentralausschuss* nicht aufbringen konnte, während er zugleich um höhere Zuschüsse durch den Bund kämpfte.<sup>263</sup> Denn auf bundespolitischer Ebene wurde das gesamte Thema Gesundheit zu diesem Zeitpunkt nicht sehr groß geschrieben. Es gehörte in den Verantwortungsbereich der Länder, so dass es – im Gegensatz zur DDR – in den 1950er Jahren noch kein eigenes Bundesgesundheitsministerium, sondern nur eine Gesundheitsabteilung unter der Ägide des Innenministeriums gab.

Darüber hinaus konzentrierte sich die Gesundheitspolitik der Bundesrepublik Anfang der 1950er Jahre überwiegend auf die kurative Medizin und lehnte in bewusster Abgrenzung zur politisierten Prävention und Eugenik des Nationalsozialismus eine zentral organisierte Gesundheitsvorsorge ab.<sup>264</sup> Doch bereits im weiteren Verlauf dieses Jahrzehnts gewann das Bemühen um eine Krebs- Früherkennung mehr Gewicht, da die unmittelbar nach Kriegsende besonders gefürchtete Bedrohung durch die ansteckenden „Volkskrankheiten“ abnahm.<sup>265</sup>

Um also schnell und günstig einen Film zur Verfügung zu haben, bestellte der *Zentralausschuss* einen von der *Schweizer Krebsliga* bereits produzierten Film: den 1953 erstmals ausgestrahlten Film „Krebs ist heilbar“. Dieser sollte im Rahmen der zahlreichen, von den regionalen Krebsgesellschaften organisierten und außerordentlich gut besuchten Aufklärungsaktionen eingesetzt werden.<sup>266</sup> Inhalt und Machart stießen weder auf Seiten der Mitglieder des *Zentralausschusses* noch auf Seiten des im Bundesinnenministerium zuständigen Ministerialrats Hagen auf Vorbehalte. Offenbar traf dieser gut einstündige Film nicht nur die bundesdeutschen Vorstellungen über Krebserklärung, sondern auch diejenigen einer Vielzahl anderer überwiegend west-

<sup>263</sup> So hatte einer der letzten zuvor in Europa produzierten Krebsfilme dieser Art, der 1945 erstmals aufgeführte Schweizer Film „Kampf dem Krebs“ mehr als 80.000 Franken gekostet, vgl. Kauz, Vom Tabu zum Thema?, S. 79. Zur Geschichte der *Österreichischen Krebshilfe*, die in den Nachkriegsjahren eng mit dem *Deutschen Zentralausschuß*, aber auch mit der *Schweizer Krebsliga* zusammenarbeitete: Österreichische Krebshilfe (Hg.), 100 Jahre Österreichische Krebshilfe 1910-2010, Wien 2010, ([https://www.krebshilfe-wien.at/uploads/tx\\_broschue/Broschuere\\_100\\_Jahre\\_Krebshilfe.pdf](https://www.krebshilfe-wien.at/uploads/tx_broschue/Broschuere_100_Jahre_Krebshilfe.pdf), letzter Zugriff 22.03.2017). 1951, im ersten Jahr seines Bestehens hatte der *Zentralausschuss* 5000 DM vom Bund bekommen, ab 1952 war dieser Betrag auf 40.000 DM, ab 1955 auf 50.000 DM aufgestockt worden. Im Vergleich zu den Beträgen, mit denen andere Krebsgesellschaften von ihren jeweiligen Regierungen unterstützt wurden, erschien dieser Betrag dem *Zentralausschuss* immer noch gering, vgl. Atzl/Helms, Geschichte, S. 80f.

<sup>264</sup> Madarász, Prävention, S. 313.

<sup>265</sup> So z.B. ein internes Memorandum von Ministerialrat Hagen vom 13. März 1951: BArch, B 142/410, Bl. 6.

<sup>266</sup> So hatte 1953 eine vom niedersächsischen Landesverband organisierte Aktion allein im Raum Göttingen über 30.000 Zuhörer mobilisiert, vgl. Protokoll der ordentlichen Jahres-Hauptversammlung des Deutschen Zentralausschusses für Krebsbekämpfung und Krebsforschung am 3. Juni 1953 in München. Braunschweig, den 14.7.1953. BArch B 142/410, Bl. 172-89, hier Bl. 187f.

und nordeuropäischer Krebsgesellschaften, denn er wurde auch in Frankreich, Belgien, Österreich, Holland, Dänemark, Norwegen, Schweden und sogar in den USA gezeigt.<sup>267</sup> Dies ist nicht nur deshalb aufschlussreich, weil dieser Film damit der international am meisten verbreitete Krebsfilm des 20. Jahrhunderts war, sondern auch weil seine Produktion in die Zeit vor 1945 zurückreichte.

Der Schweizer Entschluss zur Produktion eines Krebsfilms in annähernd Spielfilmlänge fiel bereits 1941. Die Zürcher Produktionsfirma *Leonhard AG* wurde mit der sofortigen Realisierung des Projekts betraut. Der aus Deutschland emigrierte Arzt Nathan Schänker schrieb das Drehbuch und führte Regie. Die beiden Hauptrollen, ein kleinbürgerliches Ehepaar, wurden mit zwei populären Schweizer Volks- und Filmschauspielern besetzt. Ihr Auftreten trug sicherlich zum Erfolg des erst nach Kriegsende uraufgeführten Films bei, der ursprünglich „Kampf dem Krebs“ hieß. Der Film wurde 1953 aufgrund der schlechten Tonqualität überarbeitet und mit dem optimistisch klingenden Versprechen „Krebs ist heilbar“ neu betitelt.<sup>268</sup>

Wie der Ruttman-Film von 1941, wie aber auch die von der *American Society for the Control of Cancer* vor dem Krieg beauftragten Filme kombinierte der Schweizer Film Spielszenen mit belehrenden Trickaufnahmen. Die Wissensvermittlung übernahm ein in die Spielhandlung eingebauter Medizinprofessor im Hörsaal, so dass die Filmzuschauer quasi in die Rolle der Medizinstudenten schlüpfen. So bezogen sie ihr Wissen nicht nur von einem Experten, sondern ihnen wurde darüber hinaus suggeriert, dass sie so umfassend und forschungsnah wie sonst nur Medizinstudenten unterrichtet würden.<sup>269</sup> Das hier präsentierte Wissen über Krebs ebenso wie die an dieser Stelle benutzte Metaphorik unterschieden sich allerdings kaum von den in den deutschen Filmen von 1930 und 1941 benutzten Bildern. Diese basierten auf der Dichotomie von Ordnung und Anarchie, Gemeinschaftsorientierung und Asozialität, für die es nur eine radikale Lösung geben könne: „Diese Krebszellen müssen ausgerottet werden und zwar

<sup>267</sup> Kauz, *Vom Tabu zum Thema?*, S. 80f. Die Liste der Staaten ist möglicherweise nicht vollständig, denn die österreichische Krebsgesellschaft taucht bei Kauz nicht auf, berichtete aber in ihrer Festschrift zum hundertjährigen Bestehen von der Verwendung des Films: *Österreichische Krebshilfe*, 100 Jahre, S. 55.

<sup>268</sup> Es handelte sich um Schaggi Streuli und Lisa Burkhard, die ab 1949 auch gemeinsam in dem ungemein erfolgreichen, von Streuli verfassten Radio-Hörspiel „Polizischt Wäckerli“ die Hauptrollen übernahmen. Schaggi Streuli verkörperte „seine“ Titelrolle auch als Schauspieler in den beiden auf dem Hörspiel basierenden Filmen (1955/66) sowie der gleichnamigen Fernsehserie (1963/4). Zum Film „Kampf dem Krebs“: Kauz, *Vom Tabu zum Thema?*, S. 79-84. Eine Kopie des Films in der Fassung von 1953, so wie sie in der Bundesrepublik zirkulierte, liegt der Publikation von Kauz bei.

<sup>269</sup> Zu den amerikanischen Filmen vgl. Cantor, *Uncertain Enthusiasm*, S. 53f.

alle.<sup>270</sup> Auch wenn hier also der nationalsozialistische „Volksgenosse“ nicht auftauchte und offen antisemitische Stereotype fehlten, blieb der „wissenschaftliche“ Krebs hier – im Unterschied zu den in der DDR benutzten Strategien – der „Volksfeind“, der in einigen Körpern sein die individuelle und soziale Ordnung gefährdendes Werk vollführte. Vom damaligen Stand der Krebsforschung war das weit entfernt, aber tatsächlich ging es in dieser Szene auch weniger um die Vermittlung des von der Krebsforschung bis dato akkumulierten Wissens als vielmehr um die Vermittlung eines Bildes vom Krebs, das die frühzeitige und eingreifende Therapie ebenso wie die Aufforderung zur „Wachsamkeit“ rechtfertigen würde.

Den „Kampf“ gegen diesen „Volksfeind“ aufzunehmen wurde in diesem Film einerseits als Sache der individuellen Verantwortung gegenüber sich selbst und seiner Familie dargestellt. Zugleich aber – und insofern ähnlich wie in dem DDR-Film von 1956 – wurde dieses Bemühen in eine gemeinschaftliche, konzertierte Anstrengung eingeordnet, wie es am Ende des Films ein Appell an die Zuschauer prägnant zum Ausdruck brachte: „Alle müssen mithelfen im Kampf gegen den Krebs.“ Um den Part, der dem Filmpublikum bei dieser kollektiven Anstrengung zugedacht war, anschaulich zu machen und als „Handlungswissen“ langfristig in Kopf und Herz der Zuschauer zu verankern, wählte auch dieser Film das Mittel der Narrativierung. Wie schon im deutschen Film von 1941 war es auch hier eine Frau, die die „vernünftige“ Entscheidung traf und zum Arzt ging. Ganz offensichtlich hatte sich also das Frauenbild der deutschsprachigen Gesundheitspolitik gewandelt. Frauen wurde nun eher als Männern die Einsicht zugetraut, aus Vorsicht ohne schwerwiegende Beschwerden zum Arzt zu gehen. Als die eigentlichen „Sorgenkinder“ der Vorsorge – wie es nur wenig später heißen sollte – galten von nun an die Männer.

Dementsprechend standen der weiblichen Hauptfigur drei Männer gegenüber, die allesamt Früherkennungsuntersuchungen mieden. Durch die Aufspaltung dieser Rolle auf drei Personen jonglierte der Film zwischen Angsterzeugung und Optimismus, wobei der Optimismus am Ende dominierte. Denn die erste männliche Rolle, der Nachbar, starb, ohne dass ihn das Publikum jemals zu Gesicht bekommen hätte. Seine

---

<sup>270</sup> So die an die Medizinstudenten gerichteten Worte des Filmprofessors, der zuvor den Organismus als „Staat von Zellen“ beschrieben hatte, „in dem jedes Organ genau die Arbeit zu leisten hat, die ihrem Zweck entspricht [...] im Interesse und zum Wohl des Gesamtorganismus“. Demgegenüber störten die Krebszellen die „harmonische Ordnung“ und verhielten sich „wie eine asoziale anarchistische Verbrecherbande, nur auf ihr Wohl und ihre Vermehrung bedacht“.



Geschichte machte gleich zu Beginn des Films deutlich, welche tragischen Konsequenzen das Versäumnis hatte. Die Hauptfigur, eine kleinbürgerliche Ehefrau, beobachtete aus dem Fenster, wie der Nachbar auf einer Krankentrage abgeholt wurde und kommentierte das Geschehen gegenüber ihrem Mann, der an einem Tisch arbeitete und sich ganz offensichtlich von ihrem „Gerede“ gestört fühlte – eine Reaktion, die sie zu ignorieren vorzog. Mit dieser „typischen“ Szene einer Ehe lud der Film zur Identifikation ein und vermied es zugleich, die eine oder die andere Seite ausschließlich positiv zu zeichnen. In der folgenden Szene sah man die Familie des Nachbarn in einem Krankenhausflur warten, der Arzt trat zu ihnen und wandte sich – stehend – an die Ehefrau mit den Worten: „Liebe Frau Peters: Warum hat ihr Mann so lange gewartet? Er hätte schon viel früher zu uns kommen müssen. Ich glaube kaum, dass wir ihm noch helfen können. Der Krebs ist in diesem Fall schon zu weit fortgeschritten.“ Dieser deutliche und zudem „von oben herab“ vorgetragene Vorwurf, verfehlte seine Wirkung nicht: Die Tochter des Patienten, auf deren schweigendes und unbewegtes Gesicht die Kamera zoomte, wandte sich in Scham und Trauer ab.

Nach dieser eindeutigen und visuell beklemmenden Schuldzuweisung verließ der Film vorerst das Thema Tod, um nur noch einmal auf den konkreten Tod zurückzukommen: Als die zweite männliche Person, der Ehemann, trotz der wiederholten Aufforderungen seiner Frau die Auto-Inspektion (!) vorschob, um seine Frau nicht mit zu einem Vortrag über „Krebs“ begleiten zu müssen, malte sie ihm aus, wie viele Kinder aufgrund dieser Haltung schon ein Elternteil verloren hätten. Der Film illustrierte ihre Gedanken mit einer kurzen Familienszene, in deren Verlauf die Frage des jüngsten Kindes „Wo ist Mutti?“ auf bedrücktes Schweigen traf. Ansonsten aber verfolgte der Film nun die Schritte der Protagonistin, die sich vom Arzt untersuchen ließ und die beruhigende Auskunft bekam, dass alles in Ordnung sei. Währenddessen bemühte sie sich unermüdlich, auch ihren Mann zu einem Besuch beim Röntgenarzt zu bewegen. Er wich jedoch immer wieder aus, so dass am Ende des Films offen blieb, ob er sich untersuchen lassen würde oder nicht. Mit einem dritten, nur kurz gesponnenen Faden zeigte der Film in einigen wenigen suggestiven Bildern wie im Zeitraffer die Geschichte eines dritten Mannes, der zum „Heiler“ ging und so sein Leben verspielte.

Diesen Szenen zwischengeblendet wurden wiederholt kurze Sequenzen, in denen Operation und Radiotherapie als aussichtsreiche, schmerzlose und nebenwirkungsfreie Behandlungsmöglichkeiten vorgeführt wurden. Beide Therapiemöglich-

keiten wurden hier als technisch ausgereifte, absolut kontrollierbare Routinebehandlungen inszeniert. Angesichts der „schön“ gezeichneten Therapieaussichten, die allerdings nicht dem klinischen Alltag der 1950er Jahre entsprachen, erschien das Verhalten der Männer in diesem Film von einer vollkommen irrationalen Angst bestimmt. Dieser Aspekt der Irrationalität wurde durch die Entscheidungen der Frau unterstrichen, da sie ohne Beschwerden aus reiner „Vor-Sicht“ zum Arzt ging und dort die beruhigende Versicherung bekam, vollkommen gesund zu sein. Die Früherkennungsuntersuchung zu vermeiden erschien so als unvernünftig und unverantwortlich, letztlich also als „nicht-erwachsen“. Dementsprechend wurde diese Haltung vom Filmprofessor mit väterlicher Stimme und erhobenem Zeigefinger adressiert.

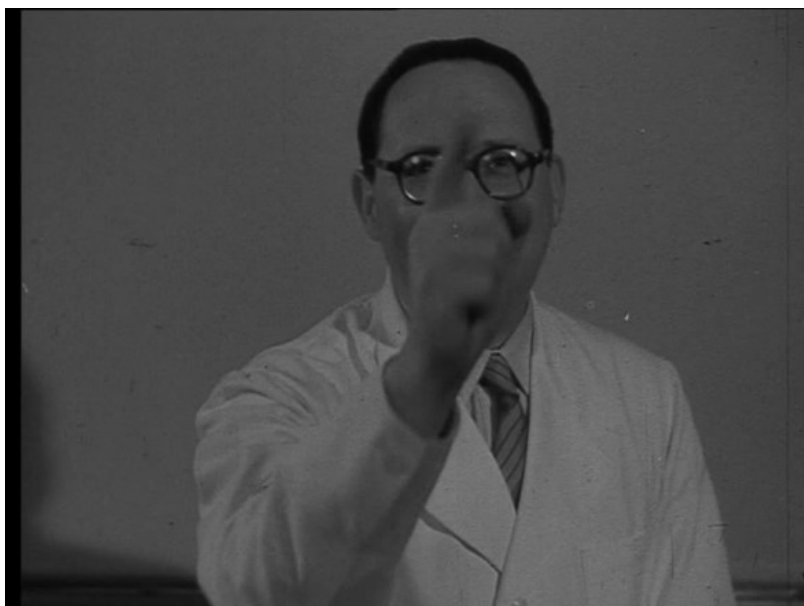


Abb. 31: Still aus dem Film „Kampf dem Krebs“ / „Krebs ist heilbar“ (1945/53)

Dieser Zeigefinger sollte für Kampagnen der Bundesrepublik noch lange emblematisch bleiben. Dies zeigt etwa das Titelblatt einer 1967 von der *Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung* gestalteten Broschüre, die noch bis in die 1970er Jahre verteilt wurde.<sup>271</sup>

<sup>271</sup> BArch B 142/4093, Bl. 209. Dieses Merkblatt wurde noch 1973 anlässlich des Weltgesundheitstages in einer Auflage von 400.000 Exemplaren nachgedruckt und verteilt: Anlage XII zum Ergebnisbericht der 10. Sitzung des Ständigen Ausschusses und der 14. Sitzung des Erweiterten Arbeitskreises am 21.11.1972. BArch B 310/64. Ikonographisch griff das Merkblatt den Zeigefinger *Uncle Sams* als Nationalallegorie der USA auf, wie ihn das weltweit bekannte Rekrutierungsplakat des amerikanischen Militärs aus dem Ersten Weltkrieg gezeigt hatte.

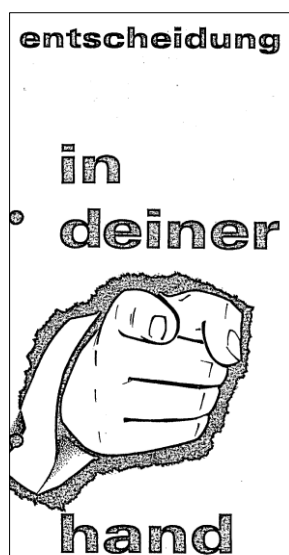


Abb. 32: Titelblatt, Merkblatt der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (1967)<sup>272</sup>

Diese paternalistische Form der Moralisierung unterschied sich deutlich von den Strategien der DDR-Kampagnen zur Früherkennung, die die entsprechenden Untersuchungen als Teil einer von klein auf eingeübten, von Solidarität und „Lebensfreude“ bestimmten Praxis darstellten – allerdings in einem Kontext, der Prophylaxe zur politischen Legitimation des Staates heranzog und gegebenenfalls auf Zwang und Strafe setzte, in dem also die individuelle Entscheidung einen geringeren Stellenwert hatte. Dies war vollkommen anders in der Bundesrepublik, deren Gesundheits- und Präventionspolitik einen strukturell anderen Kurs eingeschlagen hatte.

In bewusster Abgrenzung zu älteren, in der Weimarer Republik entwickelten sozialmedizinischen und gruppenorientierten Konzepten, wie sie die DDR unter sowjetischem Einfluss weiterführte, definierte die bundesdeutsche Politik die Gesundheits- und vor allem Präventionsverantwortung als individuelle Aufgabe. Diese Verantwortung sollte von zivilgesellschaftlichen Akteuren wie etwa dem *Zentralausschuß für Krebsbekämpfung und Krebsforschung* wahrgenommen werden, während die staatlichen Behörden eine erziehende und appellierende Rolle einnahmen.<sup>273</sup> Aus diesem Grund wurden konkrete Präventionsmaßnahmen überwiegend in die Hände von niedergelassenen Ärzten gelegt – eine Richtungsentscheidung, an der die standespolitischen Vertretungen der Ärzteschaft großen Anteil hatten.<sup>274</sup>

<sup>272</sup> BArch B 142/4093, Bl. 209.

<sup>273</sup> Allerdings bestand auch in der frühen Bundesrepublik noch eine allgemeine Impfpflicht gegen die Pocken, die erst Ende 1975 aufgehoben wurde, nachdem zuvor bereits zunehmend Ausnahmen gestattet worden waren, vgl. Thießen, *Vorsorge als soziale Ordnung*, S. 418-420.

<sup>274</sup> Madarász, *Prävention*, S. 313.

Dementsprechend sollten auch die Krebs-Früherkennungsuntersuchungen in erster Linie in Arztpraxen durchgeführt werden – obwohl viele der im *Zentralausschuß* organisierten, auf die Krebserkrankung spezialisierten Ärzte Zweifel hatten, ob die niedergelassenen Ärzte zu einer frühzeitigen diagnostischen Abklärung überhaupt imstande sein würden.<sup>275</sup> Darum einigte man sich auf einen Kompromiss. Dieser besagte, dass die niedergelassenen Ärzte jeden Patienten mit einem „verdächtigen“ Befund zur weiteren Abklärung an eine Klinik oder an eine der zahlreichen, zum Teil seit den 1920er Jahren bestehenden Geschwulstberatungsstellen mit spezialisierter Diagnostik überweisen sollten. Im Hinblick auf die gynäkologischen Krebserkrankungen bedeutete diese Entscheidung, dass Frauen wie schon seit den 1920er Jahren von ihrem Gynäkologen mit dem Spekulum untersucht wurden, da die meisten niedergelassenen Ärzte die Kolposkopie nicht (ausreichend) beherrschten. Inwiefern diese Methode – vor einer breiten Einführung des Pap-Testes Anfang der 1970er Jahre – geeignet war, um Krebserkrankungen des Gebärmutterhalses wirklich im Frühstadium zu erkennen, blieb umstritten.

Im Laufe der 1960er Jahre wurde schließlich das Thema Vorsorge im Sinne einer regelmäßigen Untersuchung scheinbar gesunder Menschen immer breiter öffentlich diskutiert und gesundheitspolitisch gefördert. Ein wesentlicher Impuls ging von der gestiegenen Aufmerksamkeit für Herz-Kreislauf-Erkrankungen aus, die seit Anfang der 1950er Jahre als „Managerkrankheit“ in den Blick geraten waren. In dieser Gestalt schien die Krankheit insbesondere die Leistungsträger des Wirtschaftswachstums zu treffen, das der jungen Bundesrepublik ein neues Selbstbewusstsein und jedem einzelnen Bundesbürger einen kurz zuvor noch für unerreichbar gehaltenen Lebensstandard verschafft hatte.<sup>276</sup> Damit bekamen Herz-Kreislauf-Erkrankungen einen positiven Nimbus: Sie galten nun als Krankheit der Erfolgreichen, die unermüdlich für Prosperität und wirtschaftliche Stabilität des Landes „schufteten“. Zugleich konnten epidemiologische Studien, wie etwa die an anderer Stelle erwähnte Framingham-Studie, erstmals „harte“ Fakten für die Annahme vorlegen, dass messbare Körperdaten

---

<sup>275</sup> Vgl. Protokoll der außerordentlichen Sitzung des Deutschen Zentralausschusses für Krebsbekämpfung und Krebsforschung am 30. September 1951 in Stuttgart. BArch B 142/412, Bl. 132-136.

<sup>276</sup> Zur „Managerkrankheit“ vgl. Kury, *Der überforderte Mensch*, S. 109-176. Als Überblicksdarstellung zum Wirtschaftswunder und seinen Ursachen: Ulrich Herbert, *Geschichte Deutschlands im 20. Jahrhundert*, München 2014, S. 619-628.

frühzeitig auf das Risiko einer späteren Erkrankung hinwiesen. Das Konzept der Risikofaktoren war entdeckt.<sup>277</sup>

Dieses Konzept ebnete einerseits einer Verschiebung innerhalb der Vorsorgebemühungen den Weg, die nun stärker auf die Gesunderhaltung durch Lebensstiländerungen abzielten. Andererseits gab das Risikofaktoren-Konzept der Vorsorge insgesamt mehr Gewicht und lenkte den Blick auf symptomlose Körperzustände. Diese konnten zwar nicht als Krankheit in einem vor dem Krieg gebrauchten Sinne gelten, sollten aber nichtsdestotrotz wie eine Krankheit mit Medikamenten behandelt werden. Zu diesem Zweck wurden auf private Initiative hin medienwirksam einige Pilotprojekte ins Leben gerufen.

Eines der bekanntesten und langfristig erfolgreichsten Beispiele ist die 1970 gegründete *Deutsche Klinik für Diagnostik* in Wiesbaden, die allerdings nur wohlhabenden Patienten offenstand, da die Untersuchungen von den Krankenkassen nicht bezahlt wurden.<sup>278</sup> In diesem Kontext gewann auch die „Gesundenuntersuchung“ im Rahmen der Krebsfrüherkennung immer mehr Aufmerksamkeit. Einzelne Krankenkassen hatten zwar bereits seit Beginn der 1950er Jahre ihre Mitglieder ermutigt, solche Untersuchungen in Anspruch zu nehmen und hatten entsprechende Befundscheine an Ärzte verteilt. Diese fragten nach Blut im Stuhl oder sollten die Ergebnisse einer röntgenologischen Durchleuchtung des Brustkorbes festhalten.<sup>279</sup> Auf Betreiben des *Zentralausschusses* hatte eine Reihe von namhaften Professoren Vorträge zu diesem Thema im damals, vor Beginn des Fernsehzeitalters, besonders populären Radio ge-

---

<sup>277</sup> 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.

<sup>278</sup> So zum Beispiel der äußerst positive, reich bebilderte Bericht über den „Selbstversuch“ eines *Stern*-Reporters, der sich in Wiesbaden drei Tage lang allen Untersuchungen unterzog: Günther Schwarberg, Ich gebe meinen Körper zur Inspektion, in: *Der Stern* 18 (1970), S. 49-52. Die Untersuchungsabläufe in Wiesbaden standen auch im Mittelpunkt eines von der *Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung* 1972 gedrehten gut halbstündigen Films, der unter dem Titel „Früherkennung oft die Chance“ sowohl die Möglichkeiten zur Frühdiagnose von Herz-Kreislauf-erkrankungen als auch bestimmter Krebserkrankungen vorstellte: Früherkennung oft die Chance, Folge 8: Herz-, Kreislauf- und Krebserkrankungen, Regie: Sven Kluwe/Gerhard Henschel, Kamera: Gerd Ries. Über das Vorbild der Wiesbadener Klinik, die wesentlich ältere amerikanische Mayo-Klinik, hatte der *Spiegel* schon 1961 ausführlich berichtet: Anonym, Mayo-Klinik. Fabrik der Ärzte, in: *Der Spiegel* 2 (1961), S. 40-48.

<sup>279</sup> Befundscheine für den behandelnden Arzt: Krebsfürsorge (Gesundenuntersuchung [o.D., ca. 1953]. BArch B 142/410, Bl. 157.

halten. Ende der 1950er Jahre wurde eine ähnliche Aktion durchgeführt, bei der Experten im Rahmen der beliebten NDR-Wunschkonzert-Reihe „Karte genügt“ fünfzehn Minuten über Früherkennungsmaßnahmen und Therapieformen informierten.<sup>280</sup>

Auch das neue Medium Fernsehen nahm sich des Themas Gesundheit und bald auch der Krebserkrankung an. So strahlte das *Zweite Deutsche Fernsehen* seit Januar 1964 jeden Monat einmal freitags um 21.30 Uhr das „Gesundheitsmagazin Praxis“ aus.<sup>281</sup> 45 Minuten konnten sich die Fernsehzuschauer über verbreitete Krankheiten und Gesundheitsgefahren sowie deren Verhütung informieren. Dezentrierter Schwerpunkt des von Hans Mohl präsentierten Magazins war die Information über Möglichkeiten der Vorbeugung.<sup>282</sup> Bereits im Oktober 1964 lief der erste Beitrag über Krebs. Anders als frühere Filme verzichtete dieser Beitrag auf jede Form der Narration und ließ stattdessen im Stil einer Reportage „reale“ Ärzte und Gesundheitspolitiker als Experten zu Wort kommen. So referierte der Rektor der Heidelberger Universität Karl Heinrich Bauer vor der Baustelle des zukünftigen Krebsforschungszentrums über den seinerzeitigen Stand der Krebsforschung. Daneben wurde nun erstmals der „Mann auf der Straße“ nach seiner Meinung und Erfahrung befragt (Frauen kamen hier weder als Expertinnen noch als Passantinnen zu Wort).

Im Vordergrund des Beitrags standen Informationen über Früherkennung von Lungenkrebs im Rahmen von Röntgen-Reihenuntersuchungen, wie sie in einigen wenigen Bundesländern zu diesem Zeitpunkt noch verpflichtend waren, sowie zur Frühdiagnose von Krebserkrankungen der weiblichen Geschlechtsorgane. Die befragten Ärzte betonten die Notwendigkeit und Sinnhaftigkeit einer solchen Gesundenuntersuchung, zu deren Illustration allerdings auf das Zeigen von Tumoren und Geschwülsten verzichtet wurde. Demgegenüber beharrten einige der befragten männlichen Passanten darauf, den Arzt nur bei Beschwerden aufsuchen und sich der Zumutung eines ständigen Misstrauens gegenüber ihrem Körper entziehen zu wollen, denn – so der O-Ton am Ende des Beitrags: „Ich lebe mein Leben nur einmal und ich will mein Leben

<sup>280</sup> Zur Bedeutung des Radios vgl. Axel Schildt/Detlef Siegfried, *Deutsche Kulturgeschichte. Die Bundesrepublik – 1945 bis zur Gegenwart*, München 2009, S. 105-108. Eine Durchsicht der Programmzeitschrift *HörZu* ergab in den Jahren 1950/1 fünf solcher Vorträge. Im Rahmen des NDR-Wunschkonzertes wurden 1958 sechs Vorträge zur Krebsfrüherkennung ausgestrahlt.

<sup>281</sup> Ab 1965 wurde das „Gesundheitsmagazin Praxis“ montags um 20.15 Uhr gesendet, ab 1983 schließlich mittwochs um 21.00 Uhr. Im Jahr 2004 wurde die Sendung eingestellt, vgl. Michael Reufsteck/Stefan Niggemeier, *Gesundheitsmagazin Praxis*, in: dies., *Das Fernsehlexikon. Alles über 7000 Sendungen von Ally McBeal bis zur ZDF-Hitparade*, München 2005, S. 461f.

<sup>282</sup> Vgl. dazu: Hans Mohl, *Gesundheit für Millionen*, in: ders. (Hg.), *Gesundheitsmagazin Praxis. Eine Auswahl aus den Sendungen des ZDF*, Reinbek bei Hamburg 1971, S. 7-11.

so leben, wie ich es für richtig empfinde“.<sup>283</sup> Dass dieses Beharren auf das „richtige Empfinden“ unter Umständen das Leben kosten konnte, versuchte das „Gesundheitsmagazin Praxis“ 1964 mit Experteneinschätzungen, Schemazeichnungen und Statistiken zu untermauern und damit die Aussage des „einfachen“ Mannes als unvernünftig zu entlarven.

Mit diesem rhetorisch erhobenen Zeigefinger bediente sich das „Gesundheitsmagazin“ allerdings eines Gestus, der nur wenige Jahre später kritisiert werden sollte. Angestoßen wurde diese Diskussion eher von „außen“, nämlich von den zunehmend stärker einbezogenen Fachleuten aus der Medien- und Werbebranche. Dies zeigt die Auseinandersetzung um einen von der *Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung* beauftragten halbstündigen Film, der die Prinzipien einer gesunden Lebensführung bereits Jugendlichen vermitteln sollte und 1967 unter dem Titel „Symphonie in G-Dur“ (das „G“ steht für Gesundheit) in den Verleih kam. Der Geschäftsführer des *Landesausschusses für gesundheitliche Volksbelehrung Baden-Württemberg e.V.* kritisierte den Film scharf, weil er zu wenige Fakten bieten würde. Für ihn Grund genug, den Film nicht wie vorgesehen in Schulen zeigen zu lassen. Die Produktionsfirma Leonaris-Film hob demgegenüber hervor, man habe es vermeiden wollen, Wissen mit erhobenem Zeigefinger zu präsentieren und deshalb auf alte Formen der Belehrung durch Expertenvorträge verzichtet.<sup>284</sup> Im gleichen Jahr 1967 kommentierte ein Mitarbeiter der *Bundeszentrale* den Entwurf einer für Jugendliche gedachten Broschüre über die Gefahren des Rauchens und bemängelte vor allem, dass der Text *über* die Jugendlichen spreche, statt sie *direkt* anzusprechen.<sup>285</sup>

### **3.8 Glück, Gesundheit und der Glaube an die Macht des guten Gefühls**

Immer öfter ging es also darum, die Menschen „auf Augenhöhe“ anzusprechen und einen paternalistischen Duktus zu vermeiden. So forderten es zeitgleich immer lauter Bürgerinnen und Bürger für die politische Arena. Seit den 1980er Jahren wurde dies

---

<sup>283</sup> Krebs ist heilbar wenn ... Beitrag der Sendung Gesundheitsmagazin Praxis (ZDF), ausgestrahlt am 02.10.1964.

<sup>284</sup> Brief von Dr. Schmidt, Geschäftsführer des Landesausschusses für gesundheitliche Volksbelehrung Baden-Württemberg e.V. an Direktor Hammer, Landesbildstelle Baden. 3.11.1967. BArch B 310/18.

<sup>285</sup> Stellungnahme zur Schrift „Zur Sache“, eine Schrift für junge Leute, Köln, 17. Juli 1967 [Unterschrift unleserlich]. BArch B 310/17.

schließlich von einer breiteren Bewegung aufgegriffen und in die Forderung umgemünzt, Ärzte müssten Patienten als mündiges Gegenüber behandeln.<sup>286</sup> Das war kein Abschied von dem Gedanken der Erziehung an sich. Denn weiterhin ging es darum, Menschen dazu zu bewegen, Früherkennungsangebote in Anspruch zu nehmen. Aber der Dreh- und Angelpunkt dieser Erziehung wurde in den folgenden zehn Jahren langsam verschoben. Präventions- und Früherkennungsmöglichkeiten wurden zunehmend als Angebot dargestellt, dass der medizinische „Markt“ informierten „Käufern“ zur Verfügung stellte, um deren Gesundheit zu bewahren oder zu verbessern.<sup>287</sup> Die Krankheit, um deren Erkennung es dabei ging, trat in den Kampagnen zusehends in den Hintergrund. Das zeigte sich auf verschiedenen Ebenen und hatte mehr als eine Ursache.

Auf der visuellen Ebene verschwand der Krebs-Tumor fast völlig aus dem Blick. Nur noch selten zeigten Fernsehbeiträge, Filme, Diavorträge und Merkblätter Bilder oder Fotos von Tumoren oder entsprechende Moulagen.<sup>288</sup> Dies war insofern überflüssig geworden, weil sich die Diagnose der zuvor hauptsächlich präsentierten Krebserkrankungen, nämlich Haut- und Brustkrebs sowie Erkrankungen des Mund-Kiefer-Bereichs, immer weiter nach vorne verschoben hatte. Es gab also schlicht weniger Menschen, die mit derart fortgeschrittenen, äußerlich stark sichtbaren Tumoren in die Sprechstunde kamen. Und in dem Maße, in dem sich die diagnostischen Möglichkeiten etwa mit der Einführung von Kolposkopie und Pap-Test, Endoskopie, später auch Mammographie und PSA-Test erweiterten, ging es bei den Kampagnen zudem immer weniger um die Aufmerksamkeit für das, was man zuvor Frühsymptome und Warnzeichen genannt hatte. Stattdessen sollten nun regelmäßige Untersuchungsroutinen des symptomlosen Körpers eingeübt werden, denen gefolgt werden sollte, sobald man ein bestimmtes „Risiko-Alter“ erreicht hatte.

Das bedeutete allerdings nicht, dass Bilder der Krebserkrankung aus der Öffentlichkeit verschwanden. Im Gegenteil: Seit den späten 1960er Jahren wurde das Thema

---

<sup>286</sup> Als Überblick: Schildt/Siegfried, *Deutsche Kulturgeschichte*, S. 277-302.

<sup>287</sup> Insofern lässt sich argumentieren, dass „Gesundheit“ damit zu einer Ware wurde, die gekauft, selbst konsumiert oder an den Konsum anderer Güter und Dienstleistungen geknüpft wurde. Diese Form der Kommodifizierung fand auch im Hinblick auf andere „Güter“ und Werte statt, die zuvor nicht mit Konsum verbunden waren wie etwa der Liebe, folgt man dem Argument der Soziologin Eva Illouz, vgl. dies., *Konsum der Romantik*.

<sup>288</sup> Vgl. zum Beispiel zwei weitere Beiträge zum „Gesundheitsmagazin Praxis“: Sigrid Schenkenberger, „Ich hatte Krebs“, ausgestrahlt am 13.4.1970, sowie „Männer: Sorgenkinder der Vorsorge“, ausgestrahlt am 12.3.1973. Ähnlich die Filme der *Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung*: „Kampf dem Krebs“ (1970) und „Früherkennung oft die Chance“, Folge 8 (1972).



„Krebs“ zunehmend von den in immer höheren Auflagen verbreiteten illustrierten Zeitschriften entdeckt.<sup>289</sup> Anders als in den Informationsmaterialien zur Früherkennung ging es hier aber vor allem um das persönliche Erleben derjenigen, die an Krebs erkrankt waren. Diese Erfahrungsebene stand auch dann im Vordergrund, wenn die Magazine ihre Leserinnen und Leser in mehrteiligen Serien über Möglichkeiten der Früherkennung informierten.<sup>290</sup> Aber auch in diesen reich bebilderten Geschichten gab es keine Bilder von Geschwüren und Tumoren mehr. An deren Stelle traten Bilder von Krebspatienten, um deren Erleben sich diese Geschichten drehten. Damit wurden die Tumorbilder durch Bilder ersetzt, die die sichtbaren Auswirkungen der Therapie öffentlich machten. Der kahle Kopf, Folge der seit den 1970er Jahren immer breiter angewandten Chemotherapie, wurde damit zur Bildikone der Krebserkrankung. Später wurden auch die Operationsnarben, die vom amputierten Organ zurückgelassene schmerzende Leerstelle, gezeigt. Insbesondere die nach einer Brustoperation zurückbleibenden Narben wurden zum Skandalon in der seit den 1970er Jahren geführten Diskussion um die Angemessenheit der „Radikaloperation“ und deren schmerzvolle Folgen.<sup>291</sup> Angesichts der frühzeitigeren Diagnose vieler Krebserkrankungen wurden so die Folgen der Therapie zum öffentlich sichtbaren, eigentlichen „Symptom“ der Krebserkrankung.

<sup>289</sup> In der Zeitschrift *Stern* finden sich zwischen 1947 und 1965 14 Artikel, die sich mit der Krebskrankheit beschäftigten. Allein zwischen 1966 und 1970 wurden 22 Artikel, zwischen 1971 und 1975 35 Artikel im *Stern* publiziert. Im *Spiegel* gibt es einen ähnlich sprunghaften Anstieg nach 1965, allerdings auf höherem Niveau: von 67 Artikeln in der Zeit von 1947-1965, zu 27 Artikeln zwischen 1966 und 1970 sowie schließlich 43 Artikeln zwischen 1971 und 1975. In der Zeitschrift *Das Ufer / Die Bunte* lässt sich der Anstieg etwas früher feststellen: 1950-1960: 23 Artikel, 1961-1965: 48 Artikel, 1966-1970: 46 Artikel, 1971-1975: 40 Artikel.

<sup>290</sup> Die Zeitschrift *Die Bunte* widmete bereits 1966 eine neunteilige Serie unter dem Titel „Millionen werden nicht an Krebs sterben, wenn...“ dem Thema Früherkennung und Therapie von Krebs. Die ersten sechs Teile der Serie schrieb Oswald Kolle, Teil 7 und 8 Peter Schmidberger. Die erste ausführliche Geschichte einer Krebspatientin, die in einer bundesdeutschen Illustrierten abgedruckt wurde, war die selbst erzählte Geschichte der Schauspielerin und Sängerin Hildegard Knef, ein durch Fotos und ein Interview ergänzter Vorabdruck ihres Buches „Das Urteil oder der Gegenmensch“ (1975), vgl. *Der Stern* 19-27 (1975). Bereits 1970 hatte Sigrid Schenkenberger in ihrem Beitrag für das „Gesundheitsmagazin Praxis“ die Erfahrungen derjenigen in den Mittelpunkt gestellt, die – wie der Titel es aufnahm – sagen konnten: „Ich hatte Krebs“ (ausgestrahlt am 13.04.1970).

<sup>291</sup> 1993 erschien ein Selbstporträt von Joanne Matuschka, Fotografin und Fotomodell, auf dem Titel der Sonntagsausgabe des *New York Times Magazine*. Diese Foto „Beauty Out of Damage“ zeigte Matuschka in einem weißen Kleid, das nur die eine Seite ihres Oberkörpers bedeckte. Die andere Seite enthüllte die Narbe, die nach ihrer Brustamputation infolge einer Krebsdiagnose 1991 zurückgeblieben war. Dieses Foto erregte in der westlichen Welt große Aufmerksamkeit – als Bruch eines Tabus ebenso wie als Anklage eines männlich dominierten Medizinsystems, das ohne Zögern die Körper von Frauen verstümmelte und sie mit der Trauer über diese Verstümmelung allein ließ – so die Einschätzung Matuschkas, die aufgrund späterer Befunde die Brustamputation rückblickend für unnötig hielt und ihre Ärzte verklagte. Vgl. dazu: Lerner, *Breast Cancer Wars*, S. 271.

Der Krebstumor wurde so im Verlauf der 1970er Jahre zum visuellen Tabu. Dieser Wandel verweist auf einen tiefer liegenden Umbruch im Kontext von Krankheit, Gesundheit, Vorsorge und Körpergefühl. Man kann diesen Umschwung beschreiben als eine parallel verlaufende Bewegung zweier miteinander verbundener Prozesse: In der Gesundheitspolitik und -theorie ebenso wie im gesellschaftlichen Verständnis wandte sich der Blick weg von der *Krankheit*(-sprävention) hin zur *Gesundheit*(-herstellung). Zugleich verschoben sich gesellschaftliche Leitideen und soziologische Diskussionen weg von einer auf die Gesellschaft gerichteten Steigerung von Arbeitsleistung hin zu einem neuen Begriff von „Lebensqualität“ und der Frage nach einer Optimierung des individuellen Glücks, das sich im gesunden Körper ebenso zu erweisen hatte wie im beruflichen und privaten Erfolg.<sup>292</sup> Diese Wandlungsprozesse fielen zusammen in dem Gedanken, dass Glück und Gesundheit nicht einfach schicksalhaft „da“ sind. Diesem Gedanken folgend mussten Glück und Gesundheit durch individuelle, von Experten angeleitete Anstrengungen erst *hergestellt* werden.

Während das Glück seit den 1980er Jahren zum Thema wissenschaftlicher, vor allem psychologischer Forschung wurde und zugleich die ersten, von der positiven Psychologie inspirierten Glücksratgeber auf den Büchertischen landeten, setzte sich allmählich die Annahme durch, dass Gesundheit bis zu einem gewissen Grad aktiv gefördert und verbessert werden könne. Dem lag die Überzeugung zugrunde, dass Entstehung und Stabilität von Gesundheit von einer Reihe von Faktoren abhängig sei, die jeder Einzelne selbst beeinflussen könne.<sup>293</sup>

Ihren prominentesten und langfristig erfolgreichsten Ausdruck fand dieser Gedanke im Konzept der Salutogenese. Dieses hatte der israelisch-amerikanische Medizinsoziologe Aaron Antonovsky Ende der 1970er Jahre in den USA formuliert. Seit den

<sup>292</sup> Heiko Stoff, Franz Klose, Kiel: „Auch Glück ist kein Ersatz für Arbeit!“ Das Projekt der Gesundheitsvorsorge als Pflicht zur Selbstoptimierung, 1930-1970, in: Christine Wolters/Christian Becker (Hg.), *Rehabilitation und Prävention in Sport- und Medizingeschichte*, Berlin 2004, S. 169-188, hier S. 186-188. Vgl. auch Gammerl/Hitzer, *Wohin mit den Gefühlen*.

<sup>293</sup> Duttweiler, *Sein Glück machen*, S. 11f. Die sogenannte positive Psychologie bezeichnet die Wendung einiger Psychologen weg von der Frage, wie Probleme, Konflikte und belastende Gefühle psychologisch erklärt und bearbeitet werden können, hin zur Auseinandersetzung mit denjenigen Faktoren, die „positive“ Gefühle und Eigenschaften wie Glück und Optimismus erzeugen können. Einer der Pioniere und namhaftesten Vertreter dieses Forschungsprogramms ist der amerikanische Psychologe Martin Seligman, der für das Jahr 1998 zum Präsidenten der *American Psychological Association* gewählt wurde. Der Trend zur positiven Psychologie zeichnete sich langsam seit etwa Mitte der 1950er Jahre ab, unter anderem in den Schriften des amerikanischen Psychologen Abraham Maslow aus der Schule der humanistischen Psychologie. Seit Seligmans Wahl zum *APA* Präsidenten ist die positive Psychologie vor allem in der amerikanischen Psychologie zu einem der wichtigsten Forschungsrichtungen geworden, die in der gesamten westlichen Welt den Markt der psychologischen Ratgeber dominiert.

1980er Jahren setzte es sich sukzessive in Deutschland zunächst West, dann auch Ost durch und wurde von Gesundheitspolitikern aufgegriffen. Ausgehend von einer Studie, die nach den Bedingungen forschte, unter denen es KZ-Überlebenden gelungen war, langfristig während und nach ihrer KZ-Haft körperlich und psychisch gesund zu bleiben, postulierte Antonovsky, dass die Herstellung und Bewahrung eines inneren Sinns für Kohärenz der entscheidende Faktor für die Entstehung von Gesundheit war. Er verstand darunter die innere Überzeugung der jeweiligen Menschen, dass das Geschehene verstehbar und vom eigenen Handeln beeinflussbar sei, getragen vom Glauben daran, dass das eigene Leben in irgendeiner Weise als sinnhaft erlebt werden kann.<sup>294</sup>

Diese Hinwendung zu Gesundheit, Wohlbefinden, Glück und Lebensqualität, die mit der Salutogenese in eine umfassende Theorie eingebettet wurde, deutete sich bereits seit den 1970er Jahren an. In diesen Trend reihten sich die Bemühungen um Früherkennung in der Bundesrepublik ein, obwohl es dabei ja zweifellos um die Früherkennung einer lebensbedrohlichen Krankheit und nicht um die Herstellung von Gesundheit ging. Diese Um-Interpretation wurde insbesondere durch die Einführung des Pap-Testes zu Beginn der 1970er Jahre ermöglicht.<sup>295</sup> Denn der Zellabstrichtest wurde ja völlig unabhängig vom Auftreten von Beschwerden durchgeführt, das heißt also in gefühlter Gesundheit. Außerdem war es nun immer leichter möglich, die durch den Pap-Test entdeckten Krebs-Vorstadien ohne größere operative Eingriffe zu beseitigen, so dass sich die eigentliche Krankheit Krebs gar nicht erst zeigte. Die Grenzen zwischen Früherkennung und Prävention im strengeren Sinne begannen sich hier also aufzulösen.<sup>296</sup> Da die Zahl derjenigen, die an Gebärmutterhalskrebs in manifester Form erkrankten, zeitgleich stark zurückging, galt der Pap-Test schon bald als Beweis für den Nutzen von Früherkennung und wurde als erfolgreiches Modell in den Mittelpunkt von Kampagnen gestellt. Tatsächlich eignet sich dieser Test nur sehr bedingt als ein solches Modell, da fast alle anderen Früherkennungsmethoden deutlich invasivere und

---

<sup>294</sup> Antonovskys wichtigste Veröffentlichungen dazu waren: ders., *Health, Stress and Coping* und ders., *Unraveling the Mystery of Health. How People Manage Stress and Stay Well*, San Francisco 1987, letzteres wurde ins Deutsche übersetzt als: *Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit*, Tübingen 1997.

<sup>295</sup> In der DDR wurde der Pap-Test 1972 mit dem sogenannten Zytologieprogramm als Routineuntersuchung etabliert. Vgl. zur schnellen Durchsetzung: Hans Berndt/Nikolaus Becker, *Europäische Krebsatlasprojekte*, in: *Deutsches Ärzteblatt* 93, 9 (1996), A551-A552.

<sup>296</sup> Zu diesen in den 1970er Jahren entwickelten alternativen Therapien gehörte die Thermo-koagulation, die Kryotherapie und die Laserbehandlung, vgl. Löwy, *Woman's Disease*, S. 90f.

nebenwirkungsreichere Behandlungen nach sich ziehen und die Erkrankungsraten nicht oder nicht in diesem Maß gefallen sind.<sup>297</sup>

Diese deutlich voneinander abweichenden Entwicklungen der Erkrankungsra-  
ten waren allerdings noch nicht vorhersehbar, als im Juli 1971 das erste bundesweite  
Krebsfrüherkennungsprogramm aufgrund einer Änderung der seit 1911 bestehenden  
Reichsversicherungsordnung in Kraft trat.<sup>298</sup> Von diesem Datum an gehörten Untersu-  
chungen zur Früherkennung von Krebserkrankungen der Gebärmutter und der Brust für  
Frauen, der Prostata für Männer, sowie auf Haut- und Darmkrebs für beide Ge-  
schlechter zu den kostenlosen Pflichtleistungen der Gesetzlichen Krankenversiche-  
rung.<sup>299</sup>

Die Krebsfrüherkennung wurde damit ein wesentlicher Baustein der entschie-  
denen Wendung der Gesundheitspolitik der Bundesrepublik zur Vorsorgemedizin. So  
wurde im Gesetz von 1971 auch geregelt, dass Kinder regelmäßig kostenlos untersucht  
werden konnten, um mögliche Krankheiten und Fehlentwicklungen frühzeitig zu  
entdecken. Dass diese Früherkennungsleistungen nicht als Screening, sondern als  
individuell zu wählende Leistung niedergelassener Ärzte angeboten wurden, war ei-  
nerseits Folge der bereits erwähnten gesundheitspolitischen Grundsatzentscheidungen  
der Bundesrepublik, andererseits aber auch auf die Lobbyarbeit der Ärzteschaft zu-  
rückzuführen. So war auch die Untersuchung zur Früherkennung des Prostatakrebses  
trotz großer Zweifel an ihrem tatsächlichen Nutzen vornehmlich auf Druck der Ärzte-  
schaft in den Leistungskatalog aufgenommen worden.<sup>300</sup>

---

<sup>297</sup> So war etwa der 1971/72 erfolgten bundesweiten Einführung eines Krebsfrüherkennungspro-  
gramms ein in Schleswig-Holstein 1968 durchgeführter Modellversuch der Ortskrankenkassen  
vorangegangen, der ausschließlich an Frauen zwischen 30 und 55 Jahren gerichtet war, denen der  
Pap-Test kostenlos angeboten wurde, vgl. Brief des Bundesgesundheitsamtes an den Bundes-  
minister für Gesundheitswesen, Berlin-Dahlem, den 28. Januar 1969. BArch B 142/4093, Bl. 498-  
500. Auch im Hinblick auf den Gebärmutterhalskrebs bleibt es bis heute umstritten, inwiefern der  
Rückgang der Erkrankungsraten auf den Pap-Test und das Früherkennungsprogramm zurückzu-  
führen ist, denn es lässt sich zum Beispiel für die Bundesrepublik feststellen, dass die Erkrankungs-  
raten bereits seit den 1950er Jahren – also weit vor Verabschiedung des Krebsfrüherken-  
nungsprogramms 1971 – zu fallen begonnen haben. Aufgrund der vor 1960 schwierigen Datenlage  
wird allerdings meist der Rückgang ab 1960 berechnet und für den Zeitraum von 1960 bis 1990 mit  
73% angegeben. Welche anderen Faktoren für den Rückgang verantwortlich sein könnten, ist bisher  
ungeklärt, vgl. Nikolaus Becker, *Epidemiological Aspects of Cancer Screening in Germany*, in:  
*Journal of Cancer Research and Clinical Oncology* 129, 12 (2003), S. 691-702, hier S. 695f. Vgl.  
zur Modellfunktion auch Löwy, *Preventive Strikes*, S. 143.

<sup>298</sup> Die entsprechenden Inzidenzraten für die anderen, vom 1971 verabschiedeten Früherkennungspro-  
gramm erfassten Krebserkrankungen finden sich ebenfalls in: Becker, *Epidemiological Aspects*.

<sup>299</sup> Frauen konnten sich ab ihrem 30. Lebensjahr jährlich untersuchen lassen, Männer ab dem 45.  
Lebensjahr.

<sup>300</sup> Vermerk eines Staatssekretärs im Bundesgesundheitsministerium. Bad Godesberg, den 20. März  
1970. BArch B 142/4094, Bl. 20; Prof. Dr. Stockhausen, Bundesärztekammer (Arbeitsgemeinschaft

Es waren aber nicht die Ärzte, die die Werbung für die Früherkennungsuntersuchungen übernahmen, sondern in erster Linie die Krankenkassen in Zusammenarbeit mit der *Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung*. Erstmals wurden nun auch Meinungs- und Werbeforschungsinstitute einbezogen, die sowohl bei der Gestaltung der Werbebotschaft helfen als auch deren Wirkung evaluieren sollten. Diese Form der Professionalisierung durch die Einbeziehung von Werbefachleuten und Meinungsexperten, die oft auf psychologische Forschungen und deren Verständnis von Gefühlen zurückgriffen, hatte in den USA bereits deutlich früher, nämlich unmittelbar nach dem Zweiten Weltkrieg begonnen. Damals hatte Mary Lasker, Ehefrau des Werbeunternehmers Albert Lasker, die bis dato von Medizinern geführte *American Society for the Control of Cancer* als Betätigungsfeld für sich entdeckt. Gemeinsam mit ihrem Mann, der in den 1930er und 1940er Jahren mit Kampagnen für die Zigarettenmarke *Lucky Strike* viel Geld verdient hatte, begann sie die *American Society* umzustrukturieren und führte dort moderne Werbemethoden ein.<sup>301</sup> In der Bundesrepublik hatte man dieses neue Gesicht der *American Cancer Society*, wie sie nun hieß, zunächst mit Skepsis zur Kenntnis genommen. Die Methoden erschienen aus bundesdeutscher Sicht zu offensiv und drastisch und man war überzeugt, dass sie hierzulande nicht funktionieren würden.<sup>302</sup> Doch die Gesellschaft der Bundesrepublik hatte sich zwischenzeitlich verändert, war liberaler, demokratischer und diskussionsfreudiger geworden.<sup>303</sup> Meinungsforschungsinstitute wie das 1947 gegründete *Institut für Demoskopie Allensbach* und Werbeunternehmen hatten an Einfluss gewonnen, weil die Entscheidungen und Positionen der Bürgerinnen und Bürger in der politischen Debatte, aber auch als Patienten und Konsumenten von „Gesundheit“ mehr Gewicht bekommen hatten.<sup>304</sup> Und so zogen Krankenkassen, *Bundeszentrale* und die seit 1962

---

der westdeutschen Ärztekammern), Deutscher Ärztetag, Brief an den Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung, Walter Arendt. Köln-Lindenthal, 9. Juni 1970. BArch B 149/13409, Bl. 13 sowie Anonym, Vorsorgemedizin jetzt auch für den Mann, in: Deutsches Ärzteblatt – Ärztliche Mitteilungen 67, 29 (1970), S. 2255-2256.

<sup>301</sup> Lerner, *Breast Cancer Wars*, S. 49f.

<sup>302</sup> Rundschreiben 5/52 des Deutschen Zentralausschusses für Krebsbekämpfung und Krebsforschung. Braunschweig, den 2. Juli 1952. BArch B 142/412, Bl. 148.

<sup>303</sup> Vgl. als Überblick zur „Kultur in der Transformationsgesellschaft“ den entsprechenden Abschnitt in Schildt/Siegfried, *Deutsche Kulturgeschichte*, S. 249-329, v.a. S. 277-302. Außerdem vgl. zu den Faktoren und Effekten des „Strukturwandels“: Herbert, *Geschichte Deutschlands*, S. 903-912.

<sup>304</sup> Zur zunehmenden Diskussionsbereitschaft westdeutscher Bürgerinnen und Bürger vgl. Nina Verheyen, *Diskussionslust. Eine Kulturgeschichte des „besseren Arguments“ in Westdeutschland*, Göttingen 2010, v.a. S. 151-298. In einem Memorandum von 1967 argumentierte ein Mitarbeiter des *Deutschen Grünen Kreuzes*, dass sich „die Werbung von Vorsorgemaßnahmen zur Gesunderhaltung ... derselben Mittel bedienen [sollte] wie sie auch die Wirtschaft für den Absatz ihrer Waren verwendet. Dabei ist die Bedarfsweckung nicht zu vernachlässigen. Auch für Gesundheit

auch auf Bundesebene mit einem eigenen Ministerium vertretene Gesundheitspolitik seit Beginn der 1970er Jahre des Öfteren Meinungsforscher und Werbefachleute hinzu, um die Krebsfrüherkennung so zu gestalten, dass sie von der Bevölkerung wahrgenommen werden würde.

Bereits die ersten von den Krankenkassen im Auftrag der Bundesregierung erhobenen Zahlen über die Teilnahme am Krebs-Früherkennungsprogramm machten deutlich, dass die Nachfrage seitens der Bevölkerung weit hinter den hochfliegenden Erwartungen der Ärzteschaft und Gesundheitspolitik zurückblieb. Besonders enttäuschend waren die Teilnahmeziffern der Männer: Deutlich weniger als zwanzig Prozent der Männer über 45 Jahren nahmen das ihnen zustehende Angebot einer kostenlosen jährlichen Früherkennungsuntersuchung auf Prostata-, Magen- und Darmkrebs in Anspruch. Warum insbesondere die Männer – und nicht wie noch dreißig Jahre zuvor gedacht: die Frauen – den vorsorglichen Gang zum Arzt vermieden, machte nun sogar das „Gesundheitsmagazin Praxis“ zum Thema eines Beitrags. Dieser beruhte auf den Ergebnissen einer ZDF-eigenen Studie, die in der Sendung mit Walter Arendt, dem *Bundesminister für Arbeit und Soziales*, diskutiert wurde.<sup>305</sup>

Auch am Heidelberger Lehrstuhl für Arbeits- und Sozialmedizin, der im vorangegangenen Kapitel eine wichtige Rolle spielte, wurde nach den Gründen der männlichen Abstinenz gegenüber Früherkennungsangeboten geforscht. Ähnlich wie die Umfragen des ZDF kam der Heidelberger Psychologe und Mediziner Rolf Verres in seiner Doktorarbeit zu dem Ergebnis, dass nicht das Wissen über die Untersuchungsangebote fehlte, sondern dass Angst die Männer zu den „Sorgenkindern“ der Vorsorgebemühungen machte. Daneben deckte Verres auf, dass Männer die Flüchtigkeit der Untersuchung sowie die fehlende Einfühlsamkeit der Urologen und Internisten ihnen gegenüber beklagten, so dass sie von einer Untersuchung künftig Abstand nahmen.<sup>306</sup>

---

kann man nicht werben, ohne gleichzeitig den Wunsch, gesund zu sein, zu wecken.“ Vgl. Memorandum von Dr. Schreiner, Mediaton, Gesellschaft für gesundheitserzieherische Bild- und Tonwerbung mbH des Deutschen Grünen Kreuzes zum Thema „Filme und Tonbildreihen im Dienst vorbeugender Gesundheitspflege“, Anlage zu einem Brief an Prof. Dr. Fritsche, Zentralinstitut für Gesundheitserziehung, Marburg/Lahn, 21. April 1967. BArch B 310/154.

<sup>305</sup> Beitrag „Männer: Sorgenkinder der Vorsorge“, in: Gesundheitsmagazin Praxis, ausgestrahlt am 12.3.1973. Zur Teilnahme Arendts: Brief des ZDF an Dr. Hillebrand, Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung. Mainz, 19. Februar 1973. BArch B 149/13375, Bl. 351-357.

<sup>306</sup> Rolf Verres, Psychosoziale Faktoren der mangelnden Inanspruchnahme von Krebsfrüherkennungsuntersuchungen. Eine Interviewstudie mit 115 männlichen Patienten einer allgemeinärztlichen Praxis, Frankfurt/Bern 1977 sowie ders./Henning Fricke, Die standardisierte Krebs-Früherkennungsuntersuchung für Männer aus der Sicht der Patienten, in: Der Urologe, Ausgabe B, 4

Dieses Ergebnis wurde durch eine Reihe von Umfragen und Motivationsstudien der 1970er Jahre mehrfach bestätigt: Die Männer, aber auch die etwas „vorsorglicheren“ Frauen hatten Angst vor Krebs – und für diese Angst machten sie nicht die Früherkennungskampagnen verantwortlich. Denn die Krebskrankheit war auch so zum großen Thema in den Medien geworden. Außerdem wurde über Krebs zunehmend auch im Bekannten- und Freundeskreis gesprochen.

Diese von Medien und persönlichen Gesprächen gespeiste, angstbesetzte Ebene der „Erlebnisbilder“ war zu vermeiden, lautete der Rat des *Instituts für Markt-, Motiv- und Werbeforschung GmbH* an die *Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung*. Die Broschüren sollten dementsprechend überhaupt nicht mehr über Behandlungsmöglichkeiten informieren und entsprechende Bilder in jedem Fall ausklammern.<sup>307</sup> Die zweifellos vorhandene Angst war zwar durchaus offen anzusprechen, so wie es Ratgeber zur gleichen Zeit im Blick auf eine Psychologie der Angst empfahlen. Angst sollte aber nicht als handlungsstimulierendes Element genutzt werden, sondern stattdessen die Möglichkeit ihrer Überwindung in Aussicht gestellt werden.<sup>308</sup> So wurden die Früherkennungsuntersuchungen nun als Mittel gegen die Angst empfohlen,

---

(1977), S. 175-177. Über die Ergebnisse berichtete auch *Der Spiegel*: Anonym, Test verschmäht, in: *Der Spiegel* 48 (1977), S. 254-257. Auf ähnliche Resultate berief sich auch ein Evaluationsangebot von Infratest, das die Frage nach psychologischen Barrieren in den Mittelpunkt zu stellen beabsichtigte: Angebot der Infratest Gesundheitsforschung an den Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung, z.Hd. Herrn Ministerialrat Dr. Josef Oldiges, eine psychologische Anschlussuntersuchung durchzuführen „Krebsvorsorgeuntersuchungen und Einstellungen zu Krebserkrankungen“. München, den 15. März 1976. BArch B 149/34024, Bl. 158-169.

<sup>307</sup> Krebs. Aufklärung, Früherkennung, Vorsorge. Grundlage für die Entwicklung einer Broschüre. Studie der Item, Institut für Markt-, Motiv- und Werbeforschung GmbH, im Auftrag der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, abgegeben am 29. August 1975. BArch B 310/764.

<sup>308</sup> Auch das Fernsehen nahm sich der Angst in Zusammenarbeit mit der *Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung* an. Der *NDR* etwa widmete eine Folge seiner Gesundheitsserie „Kopfball“ dem Umgang mit der Angst („Otto Waalkes oder die Angst vor dem starken Mann“, ausgestrahlt am 23.12.1979, später übernommen von *Radio Bremen*, *SFB*, *WDR* und dem *Hessischen Rundfunk*). Wichtigstes Ziel war es, Angst als „normales“ und verbreitetes Gefühl darzustellen, dessen Verdrängung psychosomatische Krankheit zur Folge haben kann. So lautete die Kernbotschaft der Sendung, in der der Komiker Otto Waalkes eine zentrale Rolle spielte: „Tu das, wovor du Angst hast! Oder: „Je mehr du vermeidest, umso größer wird deine Angst!“ Ergebnisprotokoll der 14. Sitzung des Arbeitskreises Projektplanung am 11./12.10.1979 im Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales NRW in Düsseldorf [BZgA]. Köln, den 14.11.1979. BArch B 310/215; Otto Waalkes und die Angst vor dem starken Mann [Information zu einer Folge der Fernsehserie „Kopfball“]. BArch B 310/265 und Wilkening, Werner [BZgA], Brief an Bundesminister für Jugend, Familie und Gesundheit. Betr.: Projekt „FS-Serie KOPFBALL“. Köln-Merheim, Mai 1978. BArch B 310/265. Auch im DDR-Fernsehen wurde etwa zur gleichen Zeit eine Gesundheitsserie mit dem Titel „Wegweiser Gesundheit“ ausgestrahlt. Zwar gab es in dieser Serie keine spezielle Folge zur Angst, wohl aber zu den „Emotionen“. In diesem Rahmen wurde die Angst ähnlich dargestellt wie in der BRD-Serie „Kopfball“: Szenarium für einen Film der Serie „Wegweiser Gesundheit“, Arbeitstitel „Emotionen“, 17.7.1975. HSTA D 13658, F VIII, Nr. 17.

beworben mit dem Slogan „Klarheit für dich“ und dem Versprechen, von Angst zu befreien, so wie es auch amerikanische Plakate zur gleichen Zeit ankündigten.<sup>309</sup>

Gegen die vermuteten inneren Bilder der Angst, wie sie die Kampagnen bis in die 1950er Jahre mit ihrem Blick auf elternlose Kinder erzeugt, benutzt und verstärkt hatten, wurden nun Bilder des familiären Glücks gesetzt. Dieses Glück, so suggerierten es die Broschüren, konnte erst als sicher gelten, wenn die gefühlte Gesundheit durch Daten validiert werden konnte. Die Früherkennungsuntersuchung wurde damit zu einer Art Glückstechnologie umdefiniert, die Glück nicht nur schützte, sondern eigentlich erst erzeugte. Der drohende Tod gab dafür zwar nach wie vor die Folie ab, vor der das Glück Konturen bekam. Aber die Verbindung zwischen der erwünschten Früherkennungsroutine einerseits und der dadurch möglicherweise diagnostizierten lebensbedrohlichen Krankheit sollte in den Hintergrund gedrängt werden.

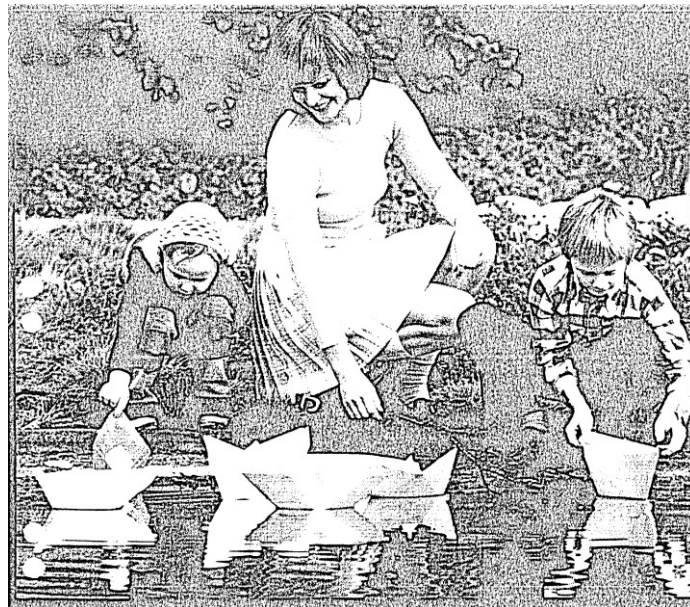


Abb. 33: Illustration aus „Auch morgen willst Du leben“. Broschüre der IKK (1973)

Eine ähnliche Wendung weg von Angst und Abschreckung lässt sich auch in einem anderen Bereich der Krebs-Vorsorge feststellen: der Rauchprävention. Dieses Gebiet hatte seit den späten 1960er Jahren in der DDR ebenso wie in der Bundesrepublik und einer großen Zahl anderer Länder in West- und Osteuropa an Sichtbarkeit gewonnen.

<sup>309</sup> Dieses Motto wählten etwa die Innungskrankenkassen für eine an ihre Versicherten verschickte Broschüre, vgl. Informationsmaterial der Krankenkassen zu Krebs- und Kinder-Früherkennungs- und Vorsorgeuntersuchungen, gesammelt vom Ministerium für Arbeit und Sozialordnung, 1973. BArch B 149/13376, Bl. 49-114. Die *American Cancer Society* warb zur gleichen Zeit mit Plakaten, auf denen zu lesen war: „Get a health checkup. Find out the lump in your throat is only emotion.“ Vgl. die Abbildung in: Anonym, Test verschmäht, S. 256.



Aufmerksamkeit für die gesundheitsschädigende und krebsverursachende Wirkung des Rauchens zu wecken, war zu einem vorrangigen Ziel der Präventionsanstrengungen geworden.<sup>310</sup>

Um insbesondere junge Menschen vom Rauchen abzuhalten, hatte man in der Bundesrepublik zunächst auf die abschreckende Wirkung von Raucherbeinen und teerbepinselten Versuchstieren mit gut sichtbaren Geschwüren gesetzt. Sehr drastisch führte dies der im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheitswesen 1967 produzierte Film „Der Tod gibt eine Party“ vor Augen. Der Film war zwar mit moderner Musik unterlegt und suchte die Lebenswelten junger Frauen und Männer zum Teil augenzwinkernd auf, geizte aber nicht mit abschreckenden Bildern von unterversorgten Gliedmaßen, welker Haut und Geschwüren.<sup>311</sup> Auch in der DDR wurden solche auf Schock und Abschreckung zielenden Bilder verwandt und manchmal sogar regelrecht als eine Art „Mutprobe“ für Raucher inszeniert. So wurden in einem Film von 1980 detaillierte Bilder von der Amputation eines Raucherbeins gezeigt, nachdem der Sprecher zuvor gewarnt hatte: „Wenn Sie starke Nerven haben, sehen Sie sich einige Konsequenzen an.“<sup>312</sup>

Allerdings wurde diese Strategie des „erhobenen Zeigefingers“ auch in der Rauch- und Suchtprävention zunehmend in Frage gestellt. Komplette Aufgabe wurde sie jedoch nicht und das abstrakte Motiv des Todes (als Knochenmann oder in Form eines Totenschädels) tauchte in der Plakatwerbung immer wieder auf.<sup>313</sup> Früher als in der Bundesrepublik legten die Verantwortlichen im Dresdner *Hygiene-Museum* Wert darauf, Filme und Ausstellungen zur Suchtprävention „positiv“ zu gestalten. Im Blick auf einen geplanten Film gegen das Rauchen hielt ein internes Papier 1975 fest:

„Das alleinige Hervorheben negativer Folgen, vor allem das Angstmachen mit schweren Krankheiten, hat sich wenig bewährt. Es sollten besser positive Motivationen, wie sportliche Kondition, Kraft und Willensstärke, Erhalten des ju-

---

<sup>310</sup> Roeßiger, *Krebskampagnen*, S. 29.

<sup>311</sup> Eine Kopie des Films befindet sich im Bundesfilmarchiv.

<sup>312</sup> Film „Rauch der uns nicht kaltläßt“ (1980), Film-Kollektiv Dresden im Auftrag des DHMD, 6 Minuten. DHMD 2001/1665. 1968 wurde der Film während des Sommers auf Campingplätzen bei 112 Vorführungen insgesamt 13.830 Besuchern gezeigt. Die für die Projektion benötigten Techniker schrieben im Anschluss Kommentare und Reaktionen der Zuschauer und Zuschauerinnen auf. Diese waren sich alle darin einig, dass der Film schockierend und zugleich spannend sei, einige bezweifelten jedoch, dass das Rauchen so schädlich wie dargestellt sei: Brief von Adamietz und Sabloutzki, Ausstellungs- und Messedienst GmbH an Frau Dr. Schulze-Rhonhof von der BZgA, Bonn, 4. September 1968. BArch B 310/154.

<sup>313</sup> Katharina Klotz, *Zur Bildsprache der Krebsaufklärung*, in: *Stiftung Deutsches Hygiene-Museum, Rechtzeitig erkannt*, S. 33-44, hier S. 38f.

gendlichen und frischen Teints, Ermöglichen von Anschaffungen durch Einsparen von Geld usw. in den Vordergrund gestellt und das Konformitätsbedürfnis der Jugendlichen in positive Bahnen gelenkt werden.“<sup>314</sup>

Wie sehr die körperlichen Folgen des Rauchens und damit auch die vorher übliche Angst- und Drohkulisse ausgeblendet werden sollten, machte spätestens die Diskussion um einen neuen Film für die DDR-Trickfilm-Reihe um „Kundi“, das Maskottchen des *Hygiene-Museums*, deutlich.

Ein erstes 1985 vorgestelltes Exposé des Films, der sich überwiegend an Kinder und Jugendliche wenden sollte, machte den bösen Wolf aus dem Märchen Rotkäppchen zum Raucher. Um die Gefahr, die vom Wolf ausging, zu bannen, sollte Kundi ihn zum Rauchen verführen. Der Film sollte dann zeigen, wie der Wolf, der schnell Gefallen an der Sache gefunden hatte und nach immer mehr Zigaretten verlangte, über das Rauchen schließlich sogar das Fressen vergaß, mager und schlapp wurde, ein hässlich verfärbtes struppiges Fell bekam und am Ende so kraftlos und unkoordiniert war, dass er bei einem Angriff auf Kundi sein Ziel verfehlte, gegen einen Baum stieß und starb.<sup>315</sup>

Ganz anders dagegen der Film, der schließlich unter dem Titel „Der Siebente“ realisiert wurde: Ausgehend vom Schneewittchen-Märchen lernten die Zuschauer hier den siebten, den kleinsten Zwerg als eine Figur kennen, die in ihrer kleinkindhaften Tollpatschigkeit immer alles falsch machte. Darum wurde ihm von den anderen Zwergen wenig zugetraut. In seinem Ringen um Anerkennung war er ein leichtes Opfer der bösen Stiefmutter, die ihm das Rauchen als Mittel empfahl, um erwachsen zu werden. Doch auch das misslang. Als er jedoch im Moment der Gefahr die Stiefmutter durchschaute, seine Angst überwand und Schneewittchen rettete, bekam er endlich die ersehnte Anerkennung und schleuderte die nun überflüssige, von der Stiefmutter als Mittel der Manipulation benutzte Zigarettenpackung von sich.<sup>316</sup>

Diese an die Werbepsychologie angelehnte Strategie, das Produkt über sein positives Image zu verkaufen, in diesem Fall also das Nichtrauchen als Eigenschaft eines erwachsenen und mutigen Menschen darzustellen, prägte die Kampagnen zur Rauchprävention in beiden Teilen Deutschlands. Hier wie dort bediente man sich dabei

<sup>314</sup> Konzeption zu einem 5-min-Film zum Thema „Jugend und Tabakmißbrauch“, 30.6.1975. HSTA D 13658, FV, Bd. 2, Nr. 23, Bl. 362.

<sup>315</sup> Exposé für einen Auftragsfilm des Deutschen Hygiene-Museums (Kundi-Nichtraucher) mit dem Arbeitstitel: Das Märchen vom rauchenden Wolf, 15.3. 1985. HSTA D 13658, F VIII, Nr. 14.

<sup>316</sup> Film „Der Siebente“, 13 Minuten, DHMD 2001/1669. Regie führte Walter Eckhold, der zusammen mit Klaus Eberhard das Szenarium für den Film verfasste. Eckhold hatte auch an dem verworfenen Szenarium zum „Märchen vom rauchenden Wolf“ mitgeschrieben.

gerne prominenter Gesichter, insbesondere von Sportlern, die das positive Bild des Nichtrauchens um das Element der körperlichen Fitness und Leistungsfähigkeit erweiterten.<sup>317</sup>

Rauchprävention und der Besuch von Früherkennungsuntersuchungen erschienen so also fast wie eine weitere Station auf den Trimm-Dich-Pfaden, die der bundesdeutsche *Sportbund* im Laufe der 1970er Jahre überall in der freien Natur aufbauen ließ. Während die meisten Freiluft-Reckstangen im Laufe der 1980er Jahre verfielen, gewann die Fitness-Bewegung an Zulauf. Sie setzte Bewegung mit endorphingesteuertem Glückserleben in Beziehung, verband Fitness mit Wellness. Die Idee, dass man dem eigenen Körper Aufmerksamkeit schenken, ihn fast als eigenständiges Subjekt pflegen und lieben sollte, fand nun auch Eingang in die Kampagnen zur Krebs-Früherkennung. So legte der *Berufsverband der Frauenärzte* zusammen mit der Frauenzeitschrift *Brigitte* sowie der *Deutschen Krebshilfe* und dem *Deutschen Ärztinnenbund* in den späten 1990er Jahren eine Broschüre auf, die Frauen zur monatlichen Selbstuntersuchung der Brust ermuntern sollte. Statt mit Tod und Tumoren zu schrecken, hieß es dort:

„Die Brust spielt eine entscheidende Rolle für das Selbstbild einer Frau. Eine Frau, die ihre Brüste gern mag, bringt ihnen auch mehr liebevolle Aufmerksamkeit entgegen als eine andere, die ihre Brüste aus irgendeinem Grund ablehnt. Und so hat auch die Früherkennung von Brustkrebs mit dem Gefühl zu tun, das die Frau ihrem Körper entgegenbringt. [...] Sie sollten bewußt die Veränderungen der Brust fühlen. Und sich daran gewöhnen, die Brust gerne anzufassen: unter der Dusche oder in der Badewanne, beim Eincremen.“<sup>318</sup>

Ob diese Form der Früherkennungsritualen tatsächlich langfristig für gute Gefühle gegenüber dem eigenen Körper sorgen konnte, wurde allerdings schon frühzeitig öffentlich in Frage gestellt. Am Anfang der Kritik stand weniger die Sorge um den möglichen psychologischen Schaden, wie er zu Beginn des 20. Jahrhunderts im Vordergrund gestanden hatte und wie er auch heute von einigen Kritikern als wichtiger

<sup>317</sup> So wurde um 1988 in der Bundesrepublik eine Plakatserie unter dem Motto „Natürlich rauche ich nicht“ aufgelegt, auf der unter anderem die Eisschnellläuferin Anja Mischke, die 1988 bei der Olympiade in Calgary einen vorderen Platz belegt hatte, zu sehen war. Zur gleichen Zeit verkündete die Weitsprung-Weltmeisterin Heike Drechsler auf einem Plakat in der DDR: „ich rauche nicht!“ Vgl. Susanne Roeßiger, Bildappell und schnelle Botschaft. Plakate, in: Stiftung Deutsches Hygiene-Museum (Hg.), „Rechtzeitig erkannt – heilbar“. Krebsaufklärung im 20. Jahrhundert, Dresden 2002, S. 91-122, hier S. 103 und 95.

<sup>318</sup> Berufsverband der Frauenärzte in Kooperation mit „Brigitte“, der Deutschen Krebshilfe und dem Deutschen Ärztinnenbund, Aus der Praxis 15: Brustkrebs-Früherkennung. DHMD 2001/1598.

Faktor ins Feld geführt wird.<sup>319</sup> Demgegenüber dominierten anfänglich Zweifel am medizinischen Nutzen der Früherkennung.

### **3.9 Geht der Zeigefinger fehl? Streit um den Nutzen der Krebsfrüherkennung**

Die Kritik entzündete sich Ende der 1970er Jahre am bundesrepublikanischen Zeigefinger. Damit stand allerdings nicht so sehr die moralisierende Form vieler Kampagnen am Pranger als vielmehr der Zeigefinger als Symbol einer bestimmten Spielart der Früherkennung. Denn seit das Früherkennungsprogramm von 1971 allen Männern ab 45 Jahren eine kostenlose jährliche Untersuchung auf Prostatakrebs ermöglichte, hatten die bundesdeutschen Urologen den Zeigefinger zum Symbol ihrer Kampagne gemacht. Der Zeigefinger des Arztes, ein Gummifingerling für 2 Pfennig und drei Minuten Zeit reichten aus, um ein mögliches Karzinom in der Prostata des Mannes vom Enddarm aus zu ertasten – so die Auskunft des Saarbrücker Urologie-Professors Carl-Erich Alken. Denn aus Sicht Alkens war die Prostata ein Organ, das für Männer jenseits der Fünfzig zur „Zeitbombe“ wurde.<sup>320</sup> Wenn aber der Urologe einen Knoten ertastete, könne mit einer anschließenden Biopsie der Krebsverdacht abgeklärt und der gefährliche Prostatakrebs frühzeitig operiert oder bestrahlt werden. Dadurch werde die Heilungschance deutlich erhöht.

Trotz dieses Versprechens blieb die Zahl der Männer, die die Prostatakrebs-Untersuchung in den 1970er Jahren in Anspruch nahmen, gering. Nur zwölf Prozent der anspruchsberechtigten Männer fanden 1971 den Weg zum Urologen oder Internisten. 1972 waren es sogar nur noch elf Prozent.<sup>321</sup> Während Psychologen wie der bereits erwähnte Rolf Verres die männliche Verdrängung tiefsitzender Krebsangst dafür verantwortlich machten, bekamen die männlichen Früherkennungsverweigerer in der am 21. September 1978 live übertragenen Bremer Fernseh-Talk-Show „III nach neun“ überraschend ein vollkommen rationales und zudem überaus vernünftiges Verhalten attestiert. Vor laufender Kamera und den Ohren der sprachlosen Moderatorin Dr.

<sup>319</sup> Vgl. zum Beispiel die Ausführungen von Werner Bartens, der regelmäßig für die *Süddeutsche Zeitung* über Gesundheitsthemen schreibt und seine Kritik an der Vorsorgemedizin zusammengefasst hat in: ders., Vorsicht Vorsorge! Wenn Prävention nutzlos oder gefährlich wird, Frankfurt a.M. 2008, S. 125-194.

<sup>320</sup> Anonym, Neue Richtung, in: *Der Spiegel* 9 (1978), S. 206-210.

<sup>321</sup> Batelle-Institut, Krankheitsfrüherkennung Krebs. Frauen und Männer. Aufbereitung und Interpretation der Untersuchungsergebnisse aus den gesetzlichen Früherkennungsmaßnahmen 1972. Bericht des Batelle-Instituts e.V., Frankfurt, Leiter des Vorhabens: Eckart Herwig, für das Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland, Köln 1975, S. 20.

Marianne Koch gab einer der Studiogäste seinen „männlichen Geschlechtsgenossen“ den Rat: „Laufen Sie so schnell sie können, wenn Sie einen Urologen sehen!“<sup>322</sup>

Dieser Studiogast war kein Unbekannter. Die langjährige Schauspielerin und frisch promovierte Ärztin Koch wusste, dass sie sich einen streitbaren Geist in ihre Talkrunde geladen hatte. Denn Julius Hackethal, der die Urologenflucht als einzig sinnvolle Reaktion auf das Früherkennungsangebot empfahl, hatte bereits in den Jahren zuvor medienwirksam und oftmals in polemischem Ton die Schulmedizin und das Krankenkassensystem angegriffen, gängige Operationspraktiken kritisiert, einzelne Chirurgen juristisch zu belangen versucht sowie das Verhalten der Ärzte gegenüber ihren Patienten als arrogant und unmenschlich angeprangert.<sup>323</sup> Besonderes Gehör in der Öffentlichkeit fand Hackethal zum einen wegen seiner Streitlust. Zum anderen aber fand er öffentlich Gehör, weil er als habilitierter Orthopäde und Chirurg sowie langjähriger Chefarzt in Lauenburg das „System“ von innen her kannte und er sich zugleich als guter Kenner amerikanischer Forschung präsentierte. Seine Kritik an den bundesdeutschen Medizinern hatte er schließlich mit hohem persönlichen Einsatz beglaubigt, indem er 1974 seinen Chefarztposten aufgegeben und seine Kassenzulassung zurückgegeben hatte, um fortan nur noch Patienten in privater Praxis nach den von ihm für richtig erachteten Kriterien zu behandeln.<sup>324</sup>

Mit seiner Äußerung in der Bremer Talkshow leitete Hackethal einen Frontalangriff auf die Krebs-Früherkennungsuntersuchungen ein, der ein außerordentlich starkes Echo in der medialen Öffentlichkeit ebenso wie unter Medizinern und in der Gesundheitspolitik finden sollte. Praktisch alle Tageszeitungen nahmen Hackethals Anklage in den Tagen nach der Talkshow auf. Der *Spiegel* brachte eine vierteilige Serie mit Ausschnitten aus Hackethals kurze Zeit später veröffentlichtem Bestseller „Keine Angst vor Krebs“. Landauf landab wurden Chirurgen und Urologen zum Thema interviewt.<sup>325</sup> Erstaunlicher noch: Hackethals Kritik veranlasste den im Bundesgesundheitsministerium für die Prostatakrebs-Früherkennungsuntersuchungen

---

<sup>322</sup> Sendung III nach neun, ausgestrahlt am 21. September 1978.

<sup>323</sup> Seine Kritik bündelte Hackethal in zwei populären Sachbüchern: ders., *Auf Messers Schneide. Kunst und Fehler der Chirurgen*, Reinbek 1976 sowie ders., *Nachoperation. Noteingriff zur Korrektur eines patientenfeindlichen Gesundheitssystems*, Wien u.a. 1977.

<sup>324</sup> Von 1981 bis 1988 leitete Hackethal eine private Krebsklinik am Chiemsee, bevor er 1989 eine Klinik für Ganzheitsmedizin auf dem Gut Spreng im Landkreis Rosenheim gründete. Eine Biographie Hackethals, der sich in den 1980er Jahren wiederum sehr streitbar für eine Legalisierung der aktiven Sterbehilfe einsetzte, liegt bisher nicht vor. Er starb 1997.

<sup>325</sup> Friedrich Moll/Thorsten Halling, *Etablierung urologischer Lehrstühle und Herausbildung urologischer Krankenabteilungen in Westdeutschland 1945-1980*, Berlin/Heidelberg 2015, S. 108.

zuständigen Ministerialdirektor Manfred Steinbach, die *Bundesärztekammer* um eine Stellungnahme zu bitten. Dieser Aufforderung kam der *Wissenschaftliche Beirat der Ärztekammer* nach und wies bei dieser Gelegenheit die Thesen Hackethals auf einer Pressekonferenz öffentlich zurück.<sup>326</sup> Damit blieb zwar das Früherkennungsprogramm unverändert in Kraft, es waren aber erstmals von einem Mediziner Zweifel am Wert der Krebsfrüherkennungsuntersuchung öffentlich geäußert und allgemeinverständlich erklärt worden – und wer die Angelegenheit genauer verfolgte, konnte durchaus Äußerungen von weniger streitlustigen MedizinerInnen finden, die Hackethal in einigen Punkten Recht gaben.

Hackethals Kritik machte sich vor allem an drei Aspekten fest: Erstens bezweifelte er, dass mit den zur Verfügung stehenden Früherkennungsmethoden eine Prostata-Krebserkrankung zweifelsfrei diagnostiziert werden könne. Zweitens vertrat er die Ansicht, dass die Früherkennungsmethoden zur Metastasierung von Krebs beitragen oder diese sogar verursachen könnten. Und drittens prangerte er die schwerwiegenden Nebenwirkungen und Komplikationen vieler Krebsbehandlungen an, die umso schwerer wogen, als die Krankheit aus seiner Sicht nicht sicher zu diagnostizieren war.

Dass Hackethal seine grundsätzliche Kritik an allen Formen der Krebs- Früherkennungsuntersuchung gerade am Beispiel der Prostatakrebs-Untersuchung festmachte, war keine zufällige Wahl. Denn erstens war die Skepsis gegenüber dem Nutzen dieser Spielart der Früherkennung auch unter MedizinerInnen und Gesundheitspolitikern von Anfang an deutlich größer als etwa im Blick auf den Pap-Test. Zweitens brachte die Behandlung des Prostata-Karzinoms fast immer den Verlust der männlichen Potenz mit sich. Diese Nebenwirkung taugte in einer Zeit, in der über Sexualität immer öffentlicher geredet wurde, in der aber nach wie vor überwiegend Männer in den Entscheidungspositionen von Medizin und Gesundheitspolitik saßen, besser als „Aufreger“ als die Früherkennung von Brustkrebs, dessen Radikalbehandlung allerdings ebenfalls immer stärker in die Kritik geriet.<sup>327</sup>

---

<sup>326</sup> Vgl. Bundesärztekammer, Stellungnahme des Wissenschaftlichen Beirates der Bundesärztekammer, Das Prostatakarzinom. Vorsorge – Früherkennung – Diagnose – Therapie, in: Deutsches Ärzteblatt 75, 42 (1978), S. 2413-2416.

<sup>327</sup> Die ersten klinischen Studien, die die Logik und den Erfolg der radikalen Mastektomie in Frage stellten, entstanden in den 1960er Jahren. Entscheidend zur Veränderung der Therapieempfehlungen trugen die Forschungen des amerikanischen Chirurgen Bernard Fisher bei, vgl. dazu das rückblickende Interview: Kate Travis, Bernard Fisher Reflects on a Half-Century's Worth of Breast Cancer Research, in: *Journal of the National Cancer Institute* 97, 22 (2005), S. 1636f. In den USA sank daraufhin die Rate der „radikal“ an Brustkrebs operierten Frauen im Jahrzehnt zwischen 1970 und 1980 von 50% auf weniger als 5%. Auch in der Bundesrepublik und in der DDR wurde

In seinem Ende 1978 erstmals aufgelegten Buch erklärte Hackethal seinen Lesern, dass sie nicht deshalb „Keine Angst vor Krebs“ haben sollten, weil die Medizin vielversprechende Behandlungsmethoden für einen frühzeitig erkannten Krebs bereit halte, so wie es die Früherkennungskampagnen versprochen. Sie sollten keine Angst vor Krebs haben, weil die Mehrzahl der Krebserkrankungen harmlos sei, ein „Haustierkrebs“, mit dem man gut leben könne und der sich nur selten in einen „Raubtierkrebs“ verwandle – so die eingängigen, von Hackethal erfundenen Begriffe. Er belegte diese These mit der auch von vielen Epidemiologen festgestellten enormen Diskrepanz zwischen Erkrankungs- und Sterberate bei Prostatakrebs. Der von Hackethal als Kronzeuge zitierte Amerikaner Willet F. Whitmore, Urologie-Chefarzt am namhaften *Memorial Hospital for Cancer and Allied Diseases* in New York, hatte bereits einige Jahre zuvor konstatiert, dass „many more individuals [...] die with prostatic cancer than of it.“<sup>328</sup> Unter dem Mikroskop des Pathologen oder Histologen seien, so Hackethal weiter, die Zellen eines „Haustierkrebses“ nicht von den Zellen eines „Raubtierkrebses“ zu unterscheiden. Überhaupt sei es äußerst fragwürdig, Krebszellen im Gewebsschnitt mit einer Krebskrankheit gleichzusetzen. Daraus schlussfolgernd stellte Hackethal schließlich die Logik der Früherkennung und des Risikos auf den Kopf, indem er argumentierte:

„Ein Krebsherd-Träger ist kein Krebskranker, solange sich der davon betroffene Mensch gesund fühlt. Auch zum Krankheitsbedrohten darf er erst in dem Moment erklärt werden, wenn wissenschaftlich korrekt beweisbar ist, daß Lebensqualität oder Überlebenszeit mit überwiegender Wahrscheinlichkeit in absehbarer Zeit dadurch beeinträchtigt werden.“<sup>329</sup>

Dass also die Diagnose mit Unsicherheiten behaftet war und Krebszellen als Verursacher von Krankheit nicht immer eindeutig zu identifizieren sein konnten, war eine Information, die der breiten Öffentlichkeit bis dato nicht zu Ohren gekommen war. Die

---

zunehmend brusterhaltend operiert, vgl. G. Berlakovich/R. Jakesz, Die operative Therapie des Mammakarzinoms mit besonderer Berücksichtigung des brusterhaltenden Eingriffs, in: Ch. Dittrich (Hg.), *Angewandte Onkologie. Einführung in aktuelle diagnostische und therapeutische Konzepte. Mammakarzinom*, Wien/New York 1992, S. 67-89, hier S. 84-86. In den Medien der Bundesrepublik wurde die Skepsis gegenüber der radikalen Mastektomie aufgenommen, vgl. zum Beispiel: Anonym, Weniger Schmerz: in: *Der Spiegel* 50 (1970), S. 204.

<sup>328</sup> Willet F. Whitmore Jr., The Rationale and Results of Ablative Surgery for Prostatic Cancer, in: *Cancer* 16, 9 (1963), S. 1119-1132, hier S. 1129. Hackethal zitierte Whitmore im vierten Teil der *Spiegel*-Serie 44 (1978), allerdings mit nicht ganz korrekter Angabe der Heftnummer und Seitenzahl (119 statt 1119), vgl. Julius Hackethal, „Keine Angst vor Krebs“. Gefahren der Vorsorgeuntersuchung – Modellfall Prostata (IV), in: *Der Spiegel* 44 (1978), 206-217, hier 216. Heute ist das *Memorial Hospital for Cancer and Allied Diseases* Teil des weltberühmten *Memorial Sloan Kettering Cancer Center*.

<sup>329</sup> Hackethal, *Keine Angst vor Krebs*, S. 215f.

*Fach*öffentlichkeit hatte allerdings genau über diese Frage seit Einführung der histopathologischen Früherkennungstechniken diskutiert und geforscht, wie bereits an anderer Stelle im Blick auf die Diskussion um den Pap-Test dargestellt wurde.

War diese diagnostische Unsicherheit beim Gebärmutterhalskrebs in dem Maße, in dem die Therapien weniger invasiv wurden, von vielen Gynäkologen hingenommen worden, sah die Abwägung beim Prostatakrebs nicht nur nach Hackethals Auffassung anders aus. Denn ob das Prostatakarzinom nun operiert oder bestrahlt wurde: Sehr viele betroffene Männer mussten den Verlust ihrer Potenz hinnehmen, Harn- und Stuhlinkontinenz waren gefürchtete und nicht seltene Folgen. Die Hormontherapie ebenso wie die Hodenentfernung oder -bestrahlung führten zur Verweiblichung der Männer, der manchmal ihrerseits mit Bestrahlung und der risikoreichen, da krebsfördernden Gabe anderer Hormone begegnet wurde. Diese Therapiefolgen waren zwar durchaus bekannt und wurden den Patienten vor der Behandlung mitgeteilt, aber sie wurden den Patienten gegenüber mit dem Argument gerechtfertigt, dass Prostatakrebs nicht nur aggressiv und tödlich sei, sondern ihnen wegen der für diese Krebserkrankung typischen Knochenmetastasen ein besonders schmerzhaftes Ende bevorstehe.<sup>330</sup>

Dass das Sterben an einem Prostatakarzinom sehr schmerzhaft sei, stellte Hackethal nicht in Frage. Als Schmerztherapie einer weit fortgeschrittenen Prostatakrebserkrankung ließ er die Hormontherapie durchaus gelten. Aber er hinterfragte die Anwendung dieser Therapien bei klinisch nicht auffälligen, nur histopathologisch nachweisbaren Karzinomen, die sich seiner Auffassung nach überwiegend nicht zum tödlichen Prostatakrebs entwickeln würden. Darüber hinaus aber, und das erregte den größten Unmut vieler Mediziner, behauptete er, dass die Früherkennungsmethoden und -therapien den Krebs erst „wild“ machen könnten und zudem nicht unerhebliche Risiken bargen. Mit eigens angefertigten Grafiken verdeutlichte er seinen Lesern, wie die Biopsie funktionierte, um zu demonstrieren, dass dadurch der Zellverband des

---

<sup>330</sup> So argumentierte etwa der Gießener Urologe Carl-Friedrich Rothauge in einem vom *Spiegel* initiierten Gespräch mit Hackethal, indem er sagte: „Diese Menschen gehen unter furchtbaren Qualen zugrunde. [...] Diese Patienten [mit einem nach Ansicht Rothauges klar diagnostizierbaren, undifferenzierten Prostata-Karzinom] sterben alle, wenn sie unbehandelt bleiben, innerhalb von weniger als zwei Jahren. Bei diesen Patienten muß man also unter allen Umständen das gesamte therapeutische Repertoire, das uns zur Verfügung steht, einsetzen, um sie vor einem qualvollen Tod zu retten.“ Vgl. Anonym, „Sie Schreibtischmörder! Medizin-verbrecher!“ Streitgespräch der Professoren Julius Hackethal und Carl-Friedrich Rothauge über Prostata-Krebs, in: *Der Spiegel* 40 (1978), S. 139-155, hier S. 142.



Karzinoms „gelockert“ würde, Krebszellen in die Blut- und Lymphbahnen gelangen und andernorts Metastasen bilden könnten.

Als Beweis dafür führte Hackethal einen statistisch-epidemiologischen Befund an, der auch für Schulmediziner nur schwer zu erklären war: Nach Einführung der kostenlosen Früherkennungsuntersuchung auf Prostatakrebs 1971 stieg die Sterberate langsam, aber kontinuierlich an – für Hackethal ein klares Indiz dafür, dass die Untersuchung selbst die harmlosen, ruhenden „Haustierkrebse“ zu „Raubtierkrebsen“ machte.<sup>331</sup>

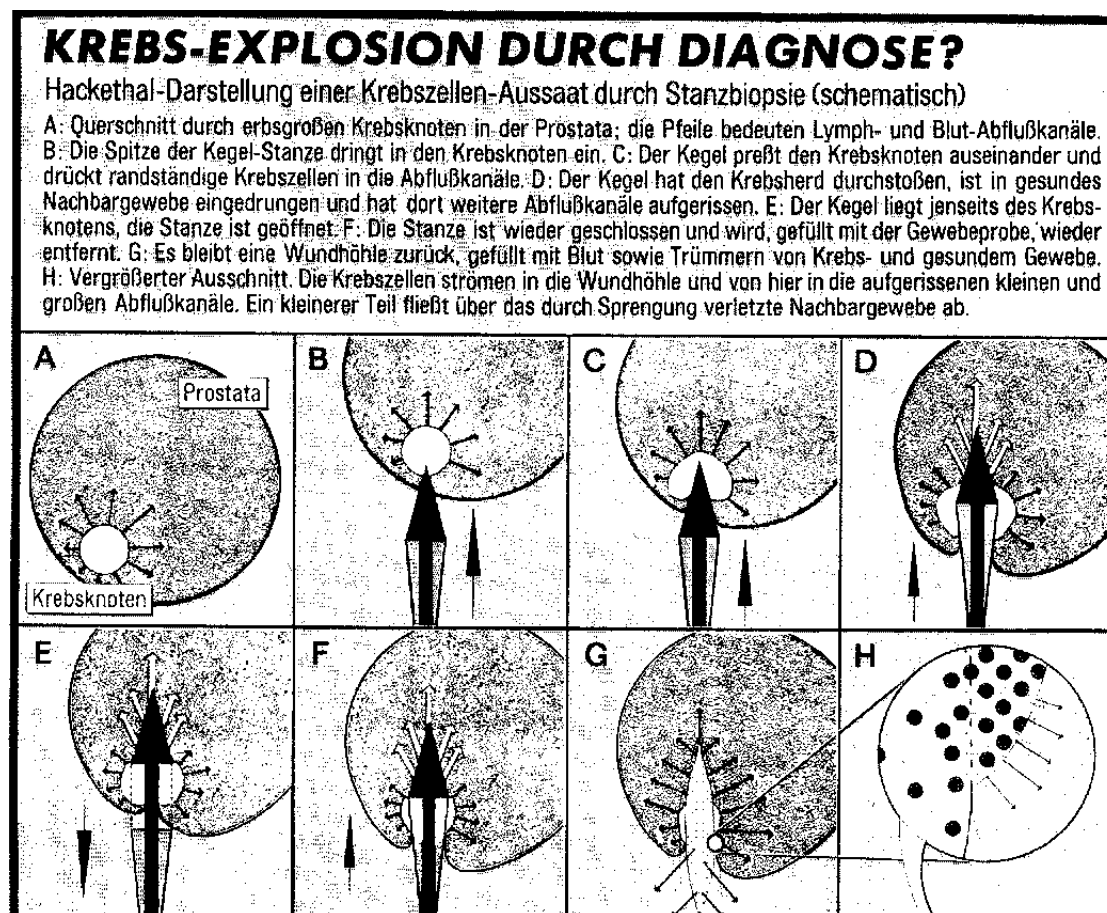


Abb. 34: Grafik zu den Thesen von Julius Hackethal (1978)

<sup>331</sup> Das Argument findet sich in: Julius Hackethal, „Keine Angst vor Krebs“. Gefahren der Vorsorgeuntersuchung – Modellfall Prostata (III), in: Der Spiegel 43 (1978), 204-218, hier S. 214. Auch neueste Berechnungen belegen eine seit 1970 ansteigende Sterberate bei Prostatakrebs, über dessen Ursachen die Meinungen allerdings nach wie vor auseinandergehen. Während allerdings die Mortalitätsrate seit den 1990er Jahre langsam fällt, steigt die Erkrankungsrate weiter an. Eine sehr ähnliche Entwicklung lässt sich für die Inzidenz- und Mortalitätsraten bei Brustkrebs feststellen, vgl. Jörg Haberland/Ute Wolf, Trendanalysen zur Inzidenz und Mortalität an Krebs in Deutschland seit 1970, in: GMS Medizinische Informatik, Biometrie und Epidemiologie 11, 1 (2015), S. 1-10, hier S. 3f. Dementsprechend kommen auch neuere Studien zu dem Ergebnis, dass die Früherkennung durch Tastuntersuchung, die sogenannte *digital rectal examination*, die Sterblichkeit an Prostatakrebs nicht reduziert hat: Becker, Epidemiological Aspects, S. 693.

Alle Argumente Hackethals wurden von der *Bundesärztekammer* offiziell zurückgewiesen, die Früherkennungsrichtlinien nicht geändert.<sup>332</sup> Mildred Scheel, Röntgenologin, Ehefrau des Bundespräsidenten und Präsidentin der 1974 von ihr gegründeten *Deutschen Krebshilfe e.V.*, trat Hackethal ebenfalls vehement entgegen. Sie war überzeugt davon, dass die bestehenden Früherkennungsmöglichkeiten sinnvoll waren und weiter ausgebaut werden sollten.<sup>333</sup> Einige Urologen und Pathologen sprachen Hackethal öffentlich jede Fachkompetenz ab, da er als „Experte für die Chirurgie des Bewegungsapparates und der Wirbelsäule“ keine Ahnung von der Prostata und den Krebszellen habe. Der Urologie-Professor Herbert Klosterhalfen verunglimpfte Hackethal, der seinerseits mit Beschimpfungen nicht gespart hatte, als „Psychopathen“.<sup>334</sup> Doch die öffentliche Diskussion um die möglichen Schwächen und Mängel von Krebs-Früherkennungsuntersuchungen ließ sich so leicht nicht mehr aufhalten, zumal gemäßigte Mediziner, die sich von Hackethals Polemik und dessen zugespitzten Thesen distanzieren, einige von Hackethals Positionen teilten oder zumindest ähnliche Zweifel hegten.

Ernst Krokowski etwa, Leiter des Zentral-Röntgeninstituts und der Strahlenklinik des Kasseler Stadt-Krankenhauses, hatte seine auf eigenen Datenerhebungen beruhende Skepsis gegenüber einer frühzeitigen Diagnose und Behandlung von Prostata-Krebs bereits 1977 auf dem *Deutschen Röntgenkongress* vorgetragen. In einem *Spiegel*-Interview kritisierte er die Stellungnahme des *Wissenschaftlichen Beirates der Bundesärztekammer* unter anderem mit dem Argument, dass die Gutachter einen eindeutigen Nutzen der Prostata-Früherkennung konstruiert hätten, der den Ergebnissen ihrer eigenen Forschungsarbeiten zum Teil widerspreche.<sup>335</sup> Hans-Georg Wolters, ausgebildeter Mediziner und Staatssekretär im *Bundesministerium für Jugend, Familie und Gesundheit* teilte diese Kritik offenbar nicht, denn er riet nun öffentlich, „verstärkt an den kostenlosen Krebsfrüherkennungsuntersuchungen teilzunehmen“.<sup>336</sup>

<sup>332</sup> Bundesärztekammer, Stellungnahme.

<sup>333</sup> Anonym, „Leider Gottes noch kein Durchbruch“. Röntgen-Ärztin Dr. Mildred Scheel, Präsidentin der Deutschen Krebshilfe, über Krebsvorsorge, in: *Der Spiegel* 41 (1978), S. 217-222.

<sup>334</sup> Anonym, „Schuster, bleib bei deinem Leisten“ (Gespräch mit dem amerikanischen Urologen Willard Goodwin), in: *Stern* 48 (1978), S. 266-269; Herbert Klosterhalfen, „Hackethal ist ein leichtfertiger Schwätzer“. Der Hamburger Urologie-Professor Herbert Klosterhalfen zur Kontroverse um Professor Hackethal, in: *Der Spiegel* 44 (1978), S. 220-223.

<sup>335</sup> Ernst Krokowski, „Mit zweierlei Maß gemessen“. Professor Ernst Krokowski über den Streit um die SPIEGEL-Serie zur Krebsvorsorge, in: *Der Spiegel* 46 (1978), S. 271-273.

<sup>336</sup> WZ, Staatssekretär Wolters: Verwerfliches Spiel mit der Krebsangst, in: *Deutsches Ärzteblatt* 45 (9. November 1978), S. 2637.

Als Wolters jedoch kurz darauf im Januar 1979 in der ZDF-Sendung „Vorsicht Arzt – Hackethal und die Folgen“ Hackethals Kritik als „unseriös“ bezeichnete, erwirkte dieser beim Landgericht Düsseldorf eine einstweilige Verfügung gegen die Bundesregierung, nach der es allen Bundesbediensteten verboten wurde, Derartiges zu behaupten.<sup>337</sup> Die Bundesregierung legte dagegen ihrerseits Berufung ein, die allerdings vom *Oberlandesgericht Düsseldorf* mit der Begründung zurückgewiesen wurde, dass Hackethals Kritik zwar nicht der medizinischen Lehrmeinung entspreche, er sich aber auf eine ausreichende Zahl fachwissenschaftlicher Untersuchungen stützen könne, die seine kritischen Einwände bestätigen würden.<sup>338</sup> Dieses „Urteil wie ein Paukenschlag“, so *Die Bunte*, verstärkte langfristig die Skepsis gegenüber den Früherkennungsuntersuchungen, über die nun auch in der Presse deutlich kritischer berichtet wurde.<sup>339</sup>

Dass die Bürger aber durchaus Unterschiede im Hinblick auf die verschiedenen Möglichkeiten der Früherkennung machten, zeigt die Statistik. Während in den späten 1980er Jahren kaum fünfzehn Prozent der männlichen Anspruchsberechtigten die Tastuntersuchung auf Prostatakrebs in Anspruch nahmen, besuchten immerhin 55% der größeren Zahl von anspruchsberechtigten Frauen mindestens alle zwei Jahre eine gynäkologische Praxis, um einen Pap-Test zu machen.<sup>340</sup> Dass dieser deutliche Unterschied nicht allein auf eine größere „Vorsorglichkeit“ von Frauen zurückzuführen war, zeigen die Daten für die Darmkrebsfrüherkennung: Auch hier nahmen Anfang der 1980er Jahre mehr Frauen als Männer, nämlich 25% versus 15%, die angebotene Untersuchung in Anspruch.<sup>341</sup> Die Zahlen klafften aber bei weitem nicht so auseinander

---

<sup>337</sup> Die Sendung wurde am 10. Januar 1979 im ZDF ausgestrahlt. Hackethal erwirkte beim Landgericht Düsseldorf am 21. Februar 1979 eine einstweilige Verfügung. Der Widerspruch der Bundesregierung gegen die einstweilige Verfügung wurde vom *Landgericht* am 28.03.1979 abgelehnt. Vgl. dazu die Berichterstattung in: Anonym, Urteil. Julius Hackethal, in: *Der Spiegel* 14 (1979), S. 244.

<sup>338</sup> Die Bundesregierung legte gegen die vom Landgericht verfügte Ablehnung ihres Widerspruchs Berufung ein. Diese wurde vor dem Oberlandesgericht Düsseldorf verhandelt, das sein Urteil in dieser Sache am 24. Oktober 1979 verkündete. Das Urteil wurde im Wortlaut veröffentlicht als: OLG Düsseldorf, Rechtsweg gegen ehrverletzende Äußerungen eines Behördenvertreters, in: *Archiv für Presserecht* 17, 1 (1980), S. 46-49.

<sup>339</sup> Peter Schmidberger, Ein Urteil wie ein Paukenschlag, in: *Die Bunte* 3 (1980), S. 84f. Zur veränderten Berichterstattung vgl. etwa Peter Jennrich, Umstrittener Stich ins Gewebenest, in: *Die Zeit* 29 (11.07.1980) oder Peter Sandmeyer, Krebsvorsorge im Kreuzfeuer, in: *Stern* 15 (1983), S. 49-52.

<sup>340</sup> Zu diesem Zeitpunkt konnten alle Frauen ab dem 20. Lebensjahr einen kostenlosen Pap-Test pro Jahr in Anspruch nehmen, ab dem 30. Lebensjahr auch die Tastuntersuchung der Brust, die dann oft am gleichen Termin erfolgte. Männer waren ab dem 45. Lebensjahr anspruchsberechtigt. Becker, *Epidemiological Aspects*, S. 693, 696 und 698.

<sup>341</sup> Becker, *Epidemiological Aspects*, S. 697.

wie im Hinblick auf Prostata- und Zervixkrebs. Außerdem stieg die Zahl der Frauen, die gynäkologische Früherkennungsuntersuchungen in Anspruch nahmen, seit 1971 deutlich, während der Besuch der Prostatakrebs-Früherkennung nur sehr wenig zunahm. Diese Zahlen haben sich auch in den 1990er Jahren nur wenig geändert, als Bundesrepublik und DDR ein Staat wurden.

Viele Erklärungen kommen in Betracht, etwa die Tatsache, dass der Besuch des Gynäkologen seit Einführung der Pille für viele Frauen zur unumgänglichen Routine geworden ist, während es eine vergleichbare „Gewöhnung“ der Männer an Urologen nicht gibt. Plausibel scheint aber auch die Annahme, dass über den möglichen Nutzen und die Gefahren der Prostata-Früherkennung (wie auch der Mammographie) im Hinblick auf „Überdiagnosen“, unnötige und Schaden verursachende Therapien immer wieder öffentlich diskutiert wurde und wird, während der Pap-Test bis heute weitgehend als Erfolgsmodell gilt.<sup>342</sup>

Der Gebärmutterhalskrebs also, der Theodor Storms Arzt Ende des 19. Jahrhunderts als so entsetzlich und hoffnungslos erschien, dass er seine geliebte Frau schließlich selbst tötete, ist über hundert Jahre später in Deutschland seltener geworden, die Heilungschancen sind gestiegen.<sup>343</sup> Diese Entwicklung hat ohne Zweifel dazu beigetragen, dass die Logik der Krebs-Früherkennung in Form von Routine-Check-Ups nicht nur Anhänger in der Ärzteschaft und Gesundheitspolitik, sondern auch unter medizinischen Laien gefunden hat. Dass der „präventive“ Gang zum Arzt dabei schließlich als Mittel zur selbstverantwortlichen Herstellung von Gesundheit und Glück erscheinen konnte,

---

<sup>342</sup> Im Hinblick auf die Früherkennung von Brust- und Prostatakrebs stehen heute zwei Screening-Methoden zur Diskussion, die in den 1970er Jahren noch nicht als Routineverfahren genutzt wurden oder zur Verfügung standen: die Mammographie und der PSA-Test. Vgl. zur Abwägung von Nutzen und Schaden der Mammographie sowie im Blick auf die Frage der angemessenen Information von Frauen durch Gynäkologinnen und Gynäkologen: Lennarth Nyström u.a., Long-Term Effects of Mammography Screening: Updated Overview of the Swedish Randomised Trials, in: *Lancet* 359, 9310 (2002), S. 909-919 und O. Wegwarth, Medizinische Risikokommunikation: Nutzen und Schaden transparent kommunizieren, in: *Forum: Das Offizielle Magazin der Deutschen Krebsgesellschaft e.V.* 30, 3 (2015), S. 208-213. Im Hinblick auf den PSA-Test und die Diskussion um eine 2011 erfolgte Rücknahme weitgefasster Screeningempfehlungen in den USA: Hal R. Arkes/Wolfgang Gaissmaier, Psychological Research and the Prostate Cancer Screening Controversy, in: *Psychological Science* 23, 6 (2012), S. 547-553.

<sup>343</sup> 69 Prozent der Frauen, denen die Diagnose invasives Zervixkarzinom gestellt wird, leben fünf Jahre nach der Diagnose noch. In absoluten Zahlen bedeutet das, dass 1600 Frauen im Jahr daran sterben, vgl. Robert-Koch-Institut, Gebärmutterhalskrebs (Zervixkarzinom), in: Zentrum für Krebsregisterdaten (Stand:17.12.2015), ([http://www.krebsdaten.de/Krebs/DE/Content/Krebsarten/Gebaermutterhalskrebs/gebarmutterhalskrebs\\_node.html](http://www.krebsdaten.de/Krebs/DE/Content/Krebsarten/Gebaermutterhalskrebs/gebarmutterhalskrebs_node.html), letzter Zugriff: 27.03.2017). Vor allem in den Entwicklungsländern sterben allerdings nach wie vor viele Frauen am Zervixkarzinom, vgl. Löwy, *Woman's Disease*, S. 155-175.

bei dem die mögliche Krebsdiagnose fast aus dem Blick gerät, hat sowohl mit den Bemühungen der Ärzte, Gesundheitspolitiker und Krankenkassen um ein „positives“ Bild dieser Untersuchung zu tun, als auch mit dem Zervixkrebs/Pap-Test als Modell der Krebsfrüherkennung, bei dem „Krebsvorstufen“ oft mit einem kleineren Eingriff beseitigt werden können. Dass Gesundheit nicht mehr als subjektives und unhinterfragtes Gefühl des Sich-Gut-Fühlens verstanden werden soll, ist Ergebnis dieses ein Jahrhundert umfassenden Prozesses. Zugleich aber gibt es seit den späten 1970er Jahren eine zunächst in der Bundesrepublik, dann auch im vereinten Deutschland geführte Diskussion über die Mängel bestimmter Krebs-Früherkennungsuntersuchungen, die das Bild der Krebserkrankung und -gefährdung geändert haben.

Die Diskussion entzündete sich zunächst an der Untersuchung auf Prostata-Krebs, weil die zur Verfügung stehenden Therapien – im Gegensatz zu den Therapien des frühen Gebärmutterhalskrebses – schwerwiegende körperliche Nebenwirkungen mit sich brachten oder zumindest bringen konnten und mit dem möglichen Verlust der männlichen Potenz ein „Preis“ auf dem Spiel stand, der in dieser Zeit besonders viele und wortmächtige Gefühle mobilisieren konnte. Überdiagnose und -therapie sind bis heute in Deutschland ein Thema geblieben. Hackethals Wortschöpfung vom „Haustierkrebs“ wird in dieser Diskussion sogar manchmal ganz ohne Anführungszeichen benutzt, um klinisch unauffällige „Krebs“-Erkrankungen zu beschreiben, die so langsam wachsen oder stagnieren, dass sie nicht den Tod herbeiführen werden.<sup>344</sup> In solchen Fällen, die bei Prostata- und Schilddrüsenkrebs oft vorkommen, hat sich inzwischen – wie auch bei „abnormen“ Pap-Tests – die medizinische Praxis des *watchful waiting* etabliert. Das bedeutet, dass Prostata, Schilddrüse oder Zervix enghemmaschiger als zuvor kontrolliert und getestet werden sollten, unter Umständen lebenslang. Aber wie fühlt sich dann Gesundheit an?

---

<sup>344</sup> Hartmut Wewetzer, Schilddrüsenkrebs. Die Ultraschall-Epidemie, in: Der Tagesspiegel (24.02.2016), Onlineausgabe (<http://www.tagesspiegel.de/wissen/schilddruesenkrebs-die-ultraschall-epidemie/13006716.html>, letzter Zugriff: 27.03.2017).

#### **4 Über Krebs sprechen: Von der „Wahrheit“ und ihren Folgen**

*Krankheit ist die Nachtseite des Lebens,  
eine eher lästige Staatsbürgerschaft.  
Jeder, der geboren wird,  
besitzt zwei Staatsbürgerschaften,  
eine im Reich der Gesunden  
und eine im Reich der Kranken.  
Und wenn wir es auch alle vorziehen,  
nur den guten Pass zu benutzen,  
früher oder später ist doch jeder von uns gezwungen,  
wenigstens für eine Weile,  
sich als Bürger jenes anderen Ortes auszuweisen.  
(Susan Sontag, 1978)*

*Ein Märztag im Jahr 2006. Irgendwo in einer Klinik im Süden Deutschlands. Die Frau, die gleich das Sprechzimmer der Ärztin betreten wird, hat kurz zuvor ihren 41. Geburtstag gefeiert. Seit Wochen hat sie sich müde und schlapp gefühlt. Dann ein Magen-Darminfekt, der eine hartnäckige Magenschleimhautentzündung zurücklässt. Zur Abklärung wird eine Computertomographie gemacht, der ursprüngliche Befund bestätigt. Aber das ist nicht alles: Die dabei mitangefertigten Bilder der Lunge zeigen die Umrisse von Metastasen. Weitere Untersuchungen folgen: Es wird nach dem Primärtumor gefahndet, der schließlich im Darm der Frau gefunden wird. Dies alles weiß die Frau, die nun auf die Besprechung mit der Ärztin wartet. Dennoch erscheint sie ruhig und stark, denn Krebs ist für sie kein Neuland. Siebzehn Jahre zuvor erkrankte sie an Morbus Hodgkin, einem Lymphdrüsenkrebs – und überlebte. Darum glaubt sie daran, dass sie auch diese Krebserkrankung überstehen kann.*

*Die Onkologin der Klinik bittet die Frau ins Besprechungszimmer. Beide Frauen sitzen sich gegenüber. Und dann sagt die Onkologin der still da sitzenden Frau ihr gegenüber die „Wahrheit“ über ihre Krebserkrankung. Gleich zu Anfang teilt sie ihr mit, dass es für sie keinerlei Hoffnung auf Heilung gibt: „nicht bei diesem Krankheitsbild“. Sie erklärt ihr, dass man sofort mit Chemo- und Strahlentherapie beginnen werde, um dann erst den Tumor lokal zu entfernen. Aber, so erklärt die Onkologin, diese Therapie werde nur einen geringen Aufschub für sie bringen, denn die Lungen-Metastasen seien inoperabel. Eventuell könne man das Wachstum der Metastasen chemotherapeutisch kurzzeitig aufhalten oder verlangsamen. Mehr könne man aber nicht tun. Die Frau im Besucherstuhl sitzt immer noch ruhig da, sagt kein Wort. Da spricht die Onkologin auch schon weiter, sie hat es offenbar eilig, möchte die Sache schnell hinter sich bringen. Sie ist jetzt fast am Ende angelangt, nur noch eins: Aller*

*Voraussicht nach, so wendet sie sich nun erneut an die Frau ihr gegenüber, werde sie dieses Jahr nicht überleben. Und sie müsse damit rechnen, dass es kein leichter Tod würde. Sie werde in den letzten Wochen ihres Lebens unter starken Schmerzen leiden.*

*Nun ist sie ausgesprochen: die „Wahrheit“. Für einen Moment Stille. Die Frau im Besucherstuhl hat das Gefühl, als seien die Worte wie Gewehrsalven auf sie niedergegangen, eine Exekution mit der „Wahrheit“. Dann findet sie die Sprache wieder und sagt: „Ich habe Kinder. Meine Tochter ist erst zwei Jahre alt.“ Doch das Urteil steht fest, die Onkologin verkündet: „Das ändert nichts.“*

*Keine dreißig Minuten sind vergangen, als die Frau das Besprechungszimmer wieder verlässt. Sie geht in das Krankenzimmer zurück, das sie an diesem Tag bezogen hat. Sie wählt die Telefonnummer ihrer Eltern und als sich die Mutter meldet, beginnt sie zu schreien, weiter nichts: nur schreien.*

Die hier geschilderte Szene gibt das Gespräch wieder, in dem die Schwester der Schriftstellerin Charlotte Link Einzelheiten über die ihr gestellte Diagnose „metastasierender Darmkrebs“ erfuhr.<sup>1</sup> Am Morgen vor diesem Gespräch hatte Charlotte Link ihre Schwester Franziska noch als gefasste Frau erlebt, entschlossen, angesichts ihrer Krankheit nicht aufzugeben und um ihre Heilung zu kämpfen. Am Abend desselben Tages begegnete sie einer Frau in Todesangst, gebrochen, da ihr jede Hoffnung versagt worden war: in Panik, unter Schock, selbst nachdem ihr die schnell alarmierten Pfleger und Ärzte *Tavor*, ein starkes Beruhigungsmittel, eingeflößt hatten. Dieser schwere Schock, den ihr die von der Ärztin verkündete „Wahrheit“ beigebracht hatte, war kein vorübergehender Zustand. Obwohl Charlotte Links Schwester nicht – wie von der Onkologin vorhergesagt – binnen Jahresfrist qualvoll an ihrer Krebserkrankung starb, blieb sie seit diesem Gespräch auf ein Beruhigungsmittel angewiesen. Sie starb sechs Jahre später, nicht am Krebs, sondern an einer Lungenfibrose, einer Spätfolge der Bestrahlungen, die sie als junge Frau zur Therapie des Hodgkin-Lymphoms erhalten hatte.<sup>2</sup> Die Art, in der die Ärztin ihrer Schwester Diagnose und Prognose ihrer

---

<sup>1</sup> Die hier wiedergegebene Szene basiert auf den Angaben von Charlotte Link, ist aber keine wortgetreue Wiedergabe der Situation, so wie sie Charlotte Link aufgrund der Erzählungen ihrer Schwester beschreibt, vgl. dies., *Sechs Jahre. Der Abschied von meiner Schwester*, München 2014, S. 50-52.

<sup>2</sup> Link, *Sechs Jahre*, S. 48. *Tavor*, das den Wirkstoff Lorazepam aus der Gruppe der Benzodiazepine enthält, hat ein hohes Suchtpotential, kann also psychisch und physisch abhängig machen. Die dauerhafte Gabe von *Tavor* kann also zum Teil auch auf die aus der Langzeiteinnahme resultierende Abhängigkeit zurückzuführen sein.

Krankheit mitgeteilt hatte, zerstörte aus Sicht Charlotte Links nicht nur die momentane Hoffnung, sondern die grundlegende *Möglichkeit* zu hoffen. Dadurch verlor ihre Schwester unwiderruflich einen wesentlichen inneren Halt. Viel später erzählte ihre Schwester einem Psychoonkologen, dass sie in Flashbacks das Gespräch mit der Ärztin immer wieder neu durchlebte. Der Psychoonkologe diagnostizierte ein schweres Trauma.<sup>3</sup>

Im Jahr 2012 wurde bei 477.950 Menschen eine Krebserkrankung festgestellt.<sup>4</sup> Fast alle werden in einem Gespräch mit ihrer behandelnden Ärztin oder ihrem verantwortlichen Arzt von der Krebsdiagnose erfahren haben. Viele dieser Gespräche werden in einer gänzlich anderen Atmosphäre stattgefunden haben als das Gespräch von Charlotte Links Schwester. Nicht allen wird so drastisch und kühl mitgeteilt worden sein, wie ihre Überlebenschancen eingeschätzt werden. Und tatsächlich werden viele der an Krebs erkrankten Menschen nicht an Krebs sterben. Sie werden therapiert werden, danach viele Jahre ohne Krebs Symptome leben und schließlich an einer vollkommen anderen Krankheit sterben.<sup>5</sup> Doch ist das Schicksal der Schwester Charlotte Links ganz sicher auch kein Einzelfall. Es entspricht vielmehr einer Tendenz zur „teilnahmslosen“, kein Detail der angenommenen Prognose aussparenden Diagnosemitteilung, die von Medizinethikern ebenso wie von Betroffenen seit einigen Jahren beschrieben und kritisiert wird. So schilderte der *taz*-Journalist Peter Taufest 2001 in seiner Zeitung, wie er kurz zuvor erfahren hatte, dass er an einem nichtkleinzelligen Lungenkrebs erkrankt war – einer Krebserkrankung mit einer statistisch gesehen besonders ungünstigen Prognose. Auch ihm wurde von seinem Arzt ohne Umschweife mitgeteilt: „Vier Monate [Überleben] sind schon viel bei dieser Krankheit.“ Im Rückblick auf das Gespräch schrieb Taufest: „Dr. Krajewski gehört zu der neuen Generation von Ärzten, die es gelernt hat, Patienten die Wahrheit nicht zu verschweigen. Er spricht

---

<sup>3</sup> Link, *Sechs Jahre*, S. 107.

<sup>4</sup> Diese Daten stammen von der Homepage des *Krebsinformationsdienstes* des *Deutschen Krebsforschungszentrums*: ders., *Krebsstatistiken* (erstellt 17.12.2013, zuletzt überprüft 03.04.2017), (<https://www.krebsinformationsdienst.de/grundlagen/krebsstatistiken.php>, letzter Zugriff: 03.04.2017).

<sup>5</sup> Mehr als die Hälfte der Menschen, bei denen 2012 Krebs diagnostiziert wurde, werden fünf Jahre später noch leben – nach wie vor der Zeitraum, der den Überlebensstatistiken zugrunde gelegt wird, weil danach die Wahrscheinlichkeit, dass eine Krebskrankheit zu Lebzeiten des Patienten wieder auftritt, deutlich sinkt. Diese Regel gilt allerdings nicht für alle Krebserkrankungen gleichermaßen, so wie sich auch die Chance, die ersten fünf Jahre zu überleben, je nach Krebserkrankung deutlich unterscheidet: *Deutsches Krebsforschungszentrum*, *Krebsstatistiken*.



leidenschaftslos, direkt, schonungslos und ohne Umschweife. Ja, beinahe ein bisschen schnodderig.“<sup>6</sup>

Werner Bartens, Journalist der *Süddeutschen Zeitung*, sieht mit dieser Entwicklung eine Grenze der jahrzehntelangen Bemühungen um eine ehrlichere Aufklärung über die Krebsdiagnose überschritten. Denn mit einer solchen Form der Diagnosesemiteilung, bei der sich der Arzt seiner Informationsverpflichtung in einem kurzen Augenblick ohne jegliche Bereitschaft zur Einfühlung entledigt, werde das mühsam erkämpfte Ideal des mündigen Patienten zu einer Zerrfigur der Freiheit.<sup>7</sup> Ganz auf dieser Linie argumentiert der Freiburger Medizinethiker Giovanni Maio, der 2009 mahnend schrieb:

„[Es ist] ethisch nicht vertretbar, Menschen in schwerer Krankheit allein als Freiheitsträger zu betrachten, denn man würde, wenn man nur auf Autonomie setzte, gerade die ernsthaft kranken Menschen in ihrer Freiheit allein lassen. Die alleinige Betonung der Freiheit ohne das Engagement für eine Fürsorge wäre in diesem Fall eine verschleierte Form der Gleichgültigkeit, die die zentralen Momente des Verstehens und des Helfens außer Acht ließe.“<sup>8</sup>

Aus Sicht Maios steht im Hintergrund dieser Entwicklung eine Form der Ökonomisierung von Medizin, die den Patienten nur noch als frei wählenden Konsumenten medizinischer Leistungen versteht. Das damit einhergehende Verständnis von Freiheit habe sich der älteren Begriffe von Autonomie, Mündigkeit und Wahrhaftigkeit bemächtigt, die in der Medizin ursprünglich anders gebraucht und legitimiert worden sind.

Diese Verschiebung zeigt sich bedrückend deutlich in der Geschichte der amerikanischen Intellektuellen Susan Sontag. Sie wurde 1978 mit ihrer Streitschrift „*Illness as Metaphor*“ geradezu zur Ikone einer Bewegung, die dafür eintrat, die Krebserkrankung offen bei ihrem Namen zu nennen und auf den Gebrauch von Metaphern zu verzichten. Denn – so das Argument – Metaphern beschönigten oder verbargen diese Krankheit und transportierten ein moralisches Stigma, dessen Last die Kranken zusätzlich zu ihrem Leid zu tragen hatten. In Sontags Essay flossen ihre persönlichen Erfahrungen ein: 1975 war bei ihr eine Brustkrebserkrankung diagnostiziert worden. Die Therapie dauerte drei Jahre. Dreißig Jahre später starb Susan Sontag an Leukämie.

---

<sup>6</sup> Peter Tautfest, Ich habe Krebs, in: taz 6461 (02.06.2001), S. 1001-1002, (<http://www.taz.de/1/archiv/?dig=2001/06/02/a0274>, letzter Zugriff: 03.04.2017).

<sup>7</sup> Werner Bartens, Grenzen der Aufklärung. Die Illusion vom mündigen Patienten: Warum das Arzt-Patienten-Gespräch über eine Krebs-Diagnose oft misslingt, in: *Süddeutsche Zeitung* 67, 255 (05./06.11.2011), S. 24.

<sup>8</sup> Giovanni Maio, Und wo bleibt die Zuwendung? Zur Entpersonalisierung der Arzt-Patient-Beziehung in der modernen Medizin, in: *Der Onkologe* 15, 10 (2009), S. 972-979, hier S. 976.

Als ein Arzt sie 2004 über diese erneute Krebserkrankung informierte, verzichtete dieser gänzlich auf Metaphern und wählte eine deutliche Sprache, so wie sie es viele Jahre zuvor gefordert hatte. Aber – so beschrieb es Sontags Sohn David Rieff: Dieser Arzt wandte sich ihr innerlich nicht zu. Er dozierte in ihrer Gegenwart über ihre Krankheit und deren Prognose, als befände er sich in einer Vorlesung. Weder Sontag noch ihr Sohn Rieff unterbrachen ihn, obwohl sie Haltung und Wortwahl des Arztes als unangemessen empfanden.<sup>9</sup> Möglicherweise reagierte Sontag in dieser Situation nicht nur aus ihrer persönlichen Betroffenheit heraus hilflos, sondern auch, weil sie selbst – vermeintlich – einen Teil der Legitimation für das Verhalten dieses Arztes geliefert hatte, allerdings in gänzlich anderer Absicht und mit einer vollkommen anderen Vorstellung darüber, was Offenheit, Klarheit und Wahrhaftigkeit im Gespräch über Krebs bedeuten sollten.

Diese Wendung in der Lebensgeschichte Susan Sontags deutet an, dass das Reden über Krebs im Gespräch von Arzt und Patient heute seit den späten 1970er Jahren im Zeichen einer positiven Emphase von Autonomie und Wahrhaftigkeit steht. Diese Aufklärungsemphase zwingt Kritiker gewissermaßen in die Defensive, nötigt sie herauszustellen, dass selbstverständlich niemand „den Paternalismus der Ärzte zurück [wolle], die über Kranke hinweg entschieden haben“ und in der Krebs „unter Betroffenen ein Tabu geblieben sei“.<sup>10</sup>

Im Hintergrund dieser Versicherung steht die Geschichte, genauer: eine bestimmte Version der Geschichte. Nach dieser Erzählversion wurde die konkrete Krebserkrankung bis weit in die 1970er Jahre insbesondere den eigentlich Betroffenen, den Patientinnen und Patienten, verschwiegen. Ohne ihr Wissen und informiertes Einverständnis sei zuvor über sie verfügt worden. Ihre letzte Lebenszeit hätten an Krebs erkrankte Menschen deshalb eingesponnen in ein Netz aus Täuschung und Lüge verbringen müssen, in das auch ihre Verwandten, die die Diagnose oft kannten, eingewoben gewesen seien. Als dieses Tabu schließlich mühsam Stück für Stück niedergerissen wurde, hätten Krebspatienten endlich in größerer Offenheit, Ehrlichkeit

---

<sup>9</sup> David Rieff, *Swimming in a Sea of Death: A Son's Memoir*, 2. Auflage, New York u.a. 2009, S. 6-11.

<sup>10</sup> Das erste Zitat stammt aus: Bartens, *Grenzen der Aufklärung*. Das zweite ist einem Vortrag entnommen, den Christa Wolf im November 1991 auf der Jahrestagung der *Deutschen Krebsgesellschaft* gehalten hat, vgl. dies., *Krebs und Gesellschaft*, in: *Auf dem Weg nach Tabou: Texte 1990-1994*, München 1994, S. 115-139, hier S. 120.

und Nähe mit den ihnen Nahestehenden über ihre lebensbedrohliche Krankheit reden können. Sie konnten als informierte Patienten entscheiden, was sie ihrem Körper an Behandlung zumuten und wie sie aktiv am Bemühen um ihre Heilung mitarbeiten wollten. Das unzweideutige Wissen, an Krebs erkrankt zu sein, habe es allen Betroffenen erlaubt, sich mit ihrem Leben im Grenzbereich des Todes auseinanderzusetzen, so dass die Diagnose Krebs zum Neubeginn, zur Chance auf ein zweites, besseres Leben werden konnte.

Diese Erzählung möchte ich keineswegs grundsätzlich in Frage stellen. Doch soll – gerade im Blick auf aktuelle Entwicklungen – die Geschichte der im 20. Jahrhundert gestellten „Diagnose Krebs“ nicht von vorneherein und ausschließlich als Geschichte einer gefühlten Befreiung aus der Konvention der paternalistischen Täuschung erzählt werden. Dann erst zeigt sich, dass der Tabubruch keineswegs so absolut war, wie er aus der rückblickenden Perspektive auf die Zeit vor 1980 dargestellt wurde. Denn weder wurde zuvor immer geschwiegen noch danach immer geredet. Und vor allem: Die Logiken des Schweigens und des Redens änderten sich im Laufe des 20. Jahrhunderts. Diese bewegten sich keineswegs immer (nur) im Spannungsfeld von Paternalismus und Autonomie.

Eine zentrale Rolle in der Diskussion um die „Wahrhaftigkeit am Krankenbett“ spielten Gefühle. Was Hoffnung ist, worin sie besteht und wovon sie abhängt, ob und wofür sie nötig ist, war dabei von wesentlicher Bedeutung. Aber auch das Nachdenken über die möglichen Gegenspieler von Hoffnung begleitete diese Debatte. Was bleibt ohne Hoffnung: nur Hoffnungslosigkeit und Verzweiflung? Oder gibt die verweigerter Hoffnung den Weg frei für Mut und für ein Empfinden von Würde? Wer hält die Wahrheit aus, muss sie aushalten? Alle? Oder nur die Tapferen oder ausschließlich die Frommen, lediglich die Klugen oder eher die einfacheren Gemüter, Männer oder Frauen, Menschen mit Verantwortung? Welche Gefühle spielten auf Seiten des Arztes eine Rolle? Wie prägte die Entscheidung für oder gegen „Wahrhaftigkeit“ die Gefühle in der Begegnung von Arzt, Pflegepersonal, Patient und Angehörigen, wie wurde dadurch Vertrauen strukturiert?

Diese Fragen zeigen, dass es hier nicht nur um theoretische: sprich medizinethische, theologische, philosophische oder juristische Fragen ging. Die jeweiligen Entscheidungen hatten auch Konsequenzen, die weit über den Moment der Diagnosemitteilung hinausgingen. Denn wenn das Wort „Krebs“ nicht fallen durfte, wie sollten

dann Kliniken benannt werden, in denen Krebskranke behandelt wurden? Wie Patienten dazu bewegt werden, Therapien zuzustimmen, die gefährlich waren und schwerwiegende Nebenwirkungen oder Komplikationen mit sich bringen konnten? Wie mit Methoden behandeln, die als Krebstherapien bekannt waren, ohne Verdacht zu erregen? Und wie über Gefühle reden, wenn das Entscheidende ungesagt bleiben musste? Und damit schließlich die Frage an die Historikerin, den Historiker: Wie kann man etwas über die Gefühle von Krebskranken erfahren, wenn zu ihren Lebzeiten die Diagnose Krebs ein Tabu gewesen ist? Wie kann man erkennen, ob die an Krebs erkrankten Menschen nicht doch erahnten, woran sie litten – eine Ahnung, die sie möglicherweise genauso verschwiegen wie sie die an diese Ahnung geknüpften Gefühle versteckten?

#### **4.1 *Was ist mit Friedrich? Verwirrspiel um die Krankheit eines Kaisers und die Rhetorik des Krebsstabus im ausgehenden 19. Jahrhundert***

In vielen Schullehrbüchern zur neueren deutschen Geschichte wurde und wird zumindest einmal die Krankheit Krebs erwähnt: Im Jahr 1888 starb Friedrich III., der sogenannte 99-Tage-Kaiser, an Kehlkopfkrebs. Angesichts seiner kurzen Regierungszeit war er als Herrscher eigentlich unbedeutend. Seine Regierung erscheint kaum mehr als eine Art Interregnum zwischen den Regentschaften zweier Kaiser, deren Einfluss auf die Geschicke des Deutschen Reiches ungleich größer war: Vor ihm regierte fast dreißig Jahre sein Vater Wilhelm, der 1858 als preußischer König den Thron bestieg und 1871 erster Kaiser des Deutschen Reiches wurde. Nach ihm übernahm sein Sohn Wilhelm II. die Kaiserwürde. Auch er blieb dreißig Jahre in diesem Amt. Seine Rolle auf dem Weg in den Ersten Weltkrieg wird bis heute kontrovers diskutiert.<sup>11</sup> Warum Friedrich III. dennoch oft Erwähnung findet, hat mit den Hoffnungen zu tun, die viele Liberale in ihn setzten – Hoffnungen, die von der Krankheit Krebs jäh und unerwartet zerstört wurden. Denn Friedrich hatte in den Jahren vor seiner Thronbesteigung oft die

---

<sup>11</sup> Wilhelm übernahm 1858 für seinen Bruder die Regentschaft. Nach dessen Tod 1861 wurde er preußischer König. Zur Biographie Wilhelms I. vgl. u.a. Guntram Schulze-Wegener, *Wilhelm I.: Deutscher Kaiser – König von Preußen – Nationaler Mythos*, Hamburg/Bonn 2015. Der britische Historiker Christopher Clark hat zuletzt eine akribisch recherchierte Studie vorgelegt, die bestreitet, dass Wilhelm II. durch seine „Kriegstreiberei“ zu den Hauptverantwortlichen am Ausbruch des Ersten Weltkriegs zählt. Clark stellt stattdessen das Geflecht der diplomatischen Beziehungen der europäischen Großmächte in den Mittelpunkt seiner Analyse, mit der er nachzuweisen sucht, dass alle beteiligten Staaten Verantwortung am Ausbruch des Krieges trugen: Christopher Clark, *Die Schlafwandler. Wie Europa in den Ersten Weltkrieg zog*, München 2013. Neben viel Zustimmung gab es jedoch auch scharfe Kritik an Clarks These, vgl. u.a. Hans-Ulrich Wehler, *Beginn einer neuen Epoche der Weltkriegsgeschichte*, in: *Frankfurter Allgemeine Zeitung* 104 (6. Mai 2014), S. 10.

Nähe von nationalliberalen Politikern gesucht, so dass viele erwarteten, er würde als Kaiser eine Abkehr von der konservativen Politik seines hoch betagten Vaters vollziehen.<sup>12</sup>

Diese Rolle als politische Alternative, als Hoffnungsträger eines Politikwechsels, sorgte dafür, dass seine im Frühjahr 1887 zu Tage tretenden gesundheitlichen Beschwerden sofort große öffentliche Aufmerksamkeit erregten, zumal vorauszusehen war, dass sein Vater nicht mehr lange leben würde. Damit wurde die „Krankenakte“ Friedrichs III. zum ersten ausführlich in den deutschen Medien verhandelten Fall einer Krebsdiagnose und -erkrankung. Öffentlich wurde hier mit größter Intensität und zeitweise hoher Aggressivität die Frage diskutiert, ob „es“ Krebs sei und wie diese Erkrankung korrekt behandelt werden müsse. Im Vordergrund der Auseinandersetzung stand die Frage nach den politischen Konsequenzen der Diagnose. Insofern unterlag der „Fall“ Friedrich zumindest teilweise einer spezifischen Logik, die im Fall anderer Krebserkrankungen keine Gültigkeit hatte.

Dennoch spielten in Friedrichs Krankengeschichte Überlegungen der Ärzte und seiner Familie eine Rolle, die auch im Umgang mit der Krebsdiagnose bei öffentlich weniger exponierten Personen eine Rolle spielten. Im Unterschied zu den Krankengeschichten weniger prominenter Menschen dieser Zeit haben viele der Beteiligten im Falle Friedrichs ihre Gedanken, Gefühle und Reaktionen niedergeschrieben, wenn auch oft mit der Absicht, sich gegen Vorwürfe zu verteidigen oder Vorwürfe gegenüber anderen zu belegen. Da über den Gesundheitszustand Friedrichs in der Öffentlichkeit berichtet werden musste, trug der „Fall“ Friedrich zudem Einzelheiten einer konkreten Krebserkrankung in die Öffentlichkeit, die niemals zuvor so breit und öffentlich diskutiert worden waren. Diese detaillierte und widersprüchliche Berichterstattung begleitete das letzte Lebensjahr Friedrichs, endete aber nicht mit dessen Tod, sondern mündete in eine erbitterte, zum Teil nationalistisch und antisemitisch gefärbte Kontroverse über die richtige Diagnosestellung und angemessene Behandlung. Vor diesem Hintergrund erscheint die vielfach geäußerte Annahme zumindest fraglich, dass die Krebskrankheit bereits im späten 19. Jahrhundert mit einem undurchdringlichen Tabu belegt gewesen sei. In jedem Fall aber erlaubt es die gut dokumentierte

---

<sup>12</sup> Ob Friedrich den auf ihn gerichteten Erwartungen gerecht geworden und tatsächlich eine liberale Politik betrieben hätte, ist bis heute umstritten. Der Historiker Frank Lorenz Müller legt in seiner Biographie Friedrichs eine Reihe von Dokumenten vor, die diese Annahme sehr fraglich erscheinen lassen, vgl. ders., *Der 99-Tage-Kaiser: Friedrich III. von Preußen – Prinz, Monarch, Mythos*, München 2013.

Krankengeschichte Friedrichs zu erschließen, worauf genau sich ein mögliches Tabu bezog.<sup>13</sup> Darum also richtet sich der Blick nun auf die konkreten Umstände der Erkrankung des Mannes, der am 9. März 1888 als Friedrich III. den Thron bestieg.

Kronprinz Friedrich litt viele Jahre lang unter Halsbeschwerden, doch seit Januar 1887 trat hartnäckige Heiserkeit hinzu, die sich einfach nicht bessern wollte.<sup>14</sup> Deshalb wurde schließlich im März 1887 Carl Gerhardt, Internist und Professor an der Berliner Universität, hinzugezogen. Dieser entdeckte bei einer Spiegeluntersuchung einen Knoten am linken Stimmband, den er zunächst für einen harmlosen Polypen hielt. Gerhardt brannte die Wucherung vierzehn Mal hintereinander mit einem glühenden Draht weg – solange, bis sie zeitweilig verschwunden blieb.<sup>15</sup> Mitte Mai 1887 war sie allerdings bereits nachgewachsen und größer als zuvor. Dadurch sah sich Gerhardt in seiner heimlichen Befürchtung, die Geschwulst könnte ein Karzinom sein, bestätigt. Weitere Ärzte, unter anderem der Chirurg Ernst von Bergmann, wurden nun vom Hof hinzugezogen. Diese bestätigten den Krebsverdacht und rieten zur Operation, bei der Teile des Kehlkopfes entfernt worden wären.<sup>16</sup> Die Beteiligten wollten sich allerdings zu dieser risikoreichen Operation, die Friedrich möglicherweise die Stimme, vielleicht auch das Leben gekostet hätte, nicht entschließen, ohne einen international anerkannten Facharzt zu konsultieren. Auf Anraten von August Wegner, Leibarzt Friedrichs, fiel die Wahl auf den angesehenen schottischen

---

<sup>13</sup> Ähnliches öffentliches Interesse weckte etwa zur gleichen Zeit die Erkrankung von Ulysses S. Grant, ehemaliger amerikanischer Präsident und hoch dekoriertes Bürgerkriegsgeneral, der am 23. Juli 1885 ebenfalls an Kehlkopfkrebs starb, während schon Tage zuvor vor seinem Haus zahlreiche Journalisten ausharrten, um Neuigkeiten über seinen Gesundheitszustand zu erfahren, vgl. Patterson, *Dread Disease*, S. 1-11.

<sup>14</sup> Die jüngste Darstellung der Krankheit Friedrichs findet sich in der Biographie Müllers, *99-Tage-Kaiser*, S. 258-309. Zwei ältere Bücher gehen mehr ins Detail und setzen zum Teil andere Schwerpunkte: Michael Freund, *Das Drama der 99 Tage. Krankheit und Tod Friedrichs III.*, Köln/Berlin 1966 und Hans-Joachim Wolf, *Die Krankheit Friedrichs III. und ihre Wirkung auf die deutsche und englische Öffentlichkeit*, Berlin 1958.

<sup>15</sup> Gerhardt führte die Behandlung am 14. März 1887, nochmals am 16. März, am 26., 27. und zwischen dem 29. März und 7. April täglich durch, wobei er bei diesen Gelegenheiten jeweils mehrfach den glühenden Draht benutzte. Vgl. seine eigenen Angaben in: Bericht des Dr. C. Gerhardt, Königlich-Universitäts-Professors und Geheimen Medizinalrathes in Berlin, in: *Die Krankheit Kaiser Friedrich des Dritten*, Berlin 1888, S. 1-17, hier S. 2f.

<sup>16</sup> Welche Operation von Bergmann plante, ist nicht eindeutig zu klären. In der nachträglichen Rechtfertigungsschrift behauptete er, eine Laryngofissur, das ist eine Spaltung des Kehlkopfes, vorgeschlagen zu haben. Es ist allerdings sehr wahrscheinlich, dass dies eine nachträgliche Schutzbehauptung war, da nach damaligem medizinischem Wissensstand die einzig angeratene Operation die wesentlich risikoreichere Larynxexstirpation Therapie der Wahl gewesen wäre. Vgl. dazu Wolf, *Die Krankheit*, S. 3-7.

Laryngologen Morell Mackenzie. Diese Wahl fand die Zustimmung von Friedrichs Frau Victoria, Tochter der britischen Königin Victoria.<sup>17</sup>

Mackenzie untersuchte Friedrich am 20. Mai 1887 in Berlin und kam zunächst zu keinem eindeutigen Ergebnis. Aus diesem Grund entnahm er der Geschwulst Gewebestücke, die Rudolf Virchow, zu diesem Zeitpunkt die weltweit anerkannte Koryphäe auf dem Gebiet der Pathologie, untersuchte. Virchow fand in den Gewebeproben keinen Hinweis auf Krebs und schloss sich deshalb Mackenzies Ansicht an, dass es sich bei der Erkrankung des Kronprinzen nicht um Krebs handele. Allerdings fügte Virchow seinem pathologischen Gutachten ein „vermutlich“ an, weil er angab, dass durch eine krebszellenfreie Gewebeprobe eine Krebserkrankung nicht sicher ausgeschlossen werden könne. Friedrich, dem Mackenzie versichert hatte, dass er nicht an Krebs litt, lehnte nun die von Bergmann und Gerhardt angeratene Operation ab. Damit signalisierte er, dass er nicht daran glaubte, an Krebs erkrankt zu sein – auch eine politische Entscheidung, da er damit Diskussionen darüber beenden wollte, ob ein an Krebs erkrankter Thronfolger die Regierungsverantwortung würde übernehmen können.<sup>18</sup>

So nahm er weiterhin Repräsentationspflichten wahr und ging mehrfach auf Kur, da ihm Mackenzie dies zur Besserung seines Leidens angeraten hatte, das er auf eine chronische Kehlkopfezündung zurückführte. Als sich Anfang November 1887 die Beschwerden Friedrichs deutlich verschlimmerten, untersuchte Mackenzie den Kronprinzen erneut am 6. November 1887 an dessen Kurort in San Remo. Dieses Mal äußerte auch er den Verdacht, es handle sich um ein Kehlkopfkarcinom. Der nun herbeigerufene Wiener Laryngologe Leopold von Schrötter bestätigte diese Diagnose. Pathologisch konnte die Diagnose zu diesem Zeitpunkt allerdings nicht abgesichert werden, denn Friedrich befand sich in einem derart schlechten Gesundheitszustand, dass die Ärzte es nicht wagten, eine Gewebeprobe zu entnehmen.

Die Krebsdiagnose wurde Friedrich mitgeteilt. Erneut entschied er sich gegen eine Operation, die nun allerdings wesentlich komplizierter als noch im Sommer gewesen wäre, da sein Kehlkopf komplett hätte herausgenommen werden müssen. Nach einer solchen Operation wäre Friedrich in jedem Fall stumm gewesen – falls er sie denn

---

<sup>17</sup> So erklärt Müller die Hinzuziehung Mackenzies, vgl. ders., 99-Tage-Kaiser, S. 261f.

<sup>18</sup> Wolf, Die Krankheit, S. 49f. Der Hofmaler Anton von Werner, der Friedrich im Oktober 1887 am Lago Maggiore besuchte, erlebte ihn als einen zuversichtlichen Mann und war mehr oder weniger überzeugt davon, dass Friedrich zu diesem Zeitpunkt nicht an die Bösartigkeit seiner Erkrankung glaubte. Vgl. ders., Erlebnisse und Eindrücke 1870-1890, Berlin 1913, S. 510.

überhaupt überlebt hätte, da sie als hoch riskant galt. Friedrich war in dieser Situation bewusst, dass er mit dieser Entscheidung die einzige Chance auf Heilung „vergab“ und also an seiner Krankheit sterben würde. Dementsprechend schrieb er am 11. November 1887 in sein Tagebuch: „Somit werde ich wohl mein Haus bestellen müssen.“<sup>19</sup>

Bereits am 12. November 1887 erfuhr die Öffentlichkeit durch eine Meldung im *Deutschen Reichs-Anzeiger*, dass die Krankheit des Kronprinzen „carcinomatöser Natur“ war. Am 15. November 1887 wurde schließlich auch amtlich bestätigt, dass „das Leiden [des Kronprinzen] durch das Vorhandensein einer bösartigen Neubildung bedingt ist; dieselbe sitzt vorwiegend unter dem linken Stimmbande und an der Hinterwand des Kehlkopfes, kleine Anfänge zeigen sich auch auf der rechten Seite.“<sup>20</sup>

Ganze sieben Wochen später, am 7. Januar 1888, stellte Mackenzie jedoch seine Diagnose im *British Medical Journal* mit den vieldeutigen Worten in Frage: “there is now good ground for hoping that the disease may be of the comparatively favourable character here indicated [chronic inflammation]”.<sup>21</sup> Ende Januar erstellte Virchow wiederum ein Gutachten, das auf der pathologischen Untersuchung eines Gewebestückes basierte, das Friedrich zuvor ausgehustet hatte. In dem gesamten Dokument fiel kein einziges Mal das Wort „Krebs“, noch war von einer „bösartigen Neubildung“ die Rede. Die Mediziner um Ernst von Bergmann lasen dieses Gutachten, das die Zellstruktur als vollkommen entdifferenziert beschrieb, dennoch als verklausulierte Krebsdiagnose.<sup>22</sup>

In der von Virchow gewählten begrifflichen Offenheit konnte sein Gutachten allerdings so oder so verstanden werden und mit der „Autorität“ Mackenzies im Rücken entschied sich das Kronprinzenpaar Anfang 1888, an die Version „Nicht-Krebs“ zu glauben und nur diese Version an die Öffentlichkeit weiterzugeben. In den offiziellen Verlautbarungen war fortan nur noch von den „katarrhischen“ Beschwerden des

<sup>19</sup> Winfried Baumgart (Hg.), Kaiser Friedrich III. Tagebücher 1866-1888, Paderborn 2012, S. 555 (Eintrag vom 11. November 1887).

<sup>20</sup> Deutscher Reichs-Anzeiger und Königlich Preußischer Staats-Anzeiger 266 (12.11.1887) und 268 (15.11.1887), S. 1.

<sup>21</sup> Anonym, The Illness of the Crown Prince, in: *British Medical Journal* 1410, 1 (07.01.1888), S. 31.

<sup>22</sup> Es heißt dort: „[...] zeigten sich fast in jedem mikroskopischen Schnitt sogenannte Nester (Zwiebeln) von epidermoidalen, häufig ganz homogen gewordenen Zellen.“, vgl. Rudolf Virchow, XII. Gutachten über ein aus dem Kehlkopfe Sr. K. K. Hoheit des Kronprinzen entleertes Gewebstück, in: *Deutsches Medicinisches Wochenblatt* 14, 8 (23.02.1888), S. 159. Der Archäologe Heinrich Schliemann, der mit Virchow gut bekannt war, las auch ein späteres Gutachten Virchows, das das Wort „Krebs“ vermied, als gezielten Versuch Virchows, Friedrich zu beruhigen. Er schrieb im Mai 1888 Virchow diese Vermutung in einem persönlichen Brief, dem Virchow nicht widersprach, vgl. Wolf, *Die Krankheit*, S. 83f.



Kronprinzen die Rede.<sup>23</sup> Auf Bitten Friedrichs schrieb Mackenzie einen Brief an eine Reihe deutscher und britischer Fachzeitschriften, in dem er betonte, dass „at this moment medical science does not permit me to affirm that any other disease is present than chronic interstitial inflammation of the larynx combined with perichondritis“.<sup>24</sup> Offiziell blieb er bis zu Friedrichs Tod am 15. Juni 1888 dabei, dass in seinem Hals infolge einer chronischen Knorpelentzündung (einer Perichondritis) „wilde Fleisch“ wuchere. Dass auch das lebensgefährlich sein konnte, wurde der Öffentlichkeit spätestens in dem Moment deutlich, als Friedrich aufgrund von akuter Atemnot am 9. Februar 1888 in einer Notoperation ein Luftröhrenschnitt gelegt werden musste.<sup>25</sup> Aber: Das „wilde Fleisch“ war nicht „böartig“. Seit dem 3. März 1888 wussten allerdings alle beteiligten Ärzte, auch Mackenzie, dass Friedrichs Krankheit Krebs hieß, denn der Anatom Heinrich Wilhelm Waldeyer hatte an diesem Tag eine weitere Gewebeprobe untersucht und unzweifelhaft Krebszellen identifiziert. Dieses Ergebnis wurde allerdings dem Kronprinzen nicht vorgelegt und es drang von diesem pathologischen Gutachten bis zu Friedrichs Tod nichts an die Öffentlichkeit.<sup>26</sup> Mackenzie erklärte noch am 9. Juni 1888 im *British Medical Journal*, dass sich der Gesundheitszustand des Kaisers so verbessert habe, „that the physicians [...] are no

<sup>23</sup> So hieß es zum Beispiel kurz nach Mackenzies Stellungnahme im *Deutschen Reichs-Anzeiger*: „Die katarrhischen Erscheinungen bei Sr. Majestät dem Kaiser und König bestehen noch fort und bedingen die Nothwendigkeit einer weiteren Schonung“, in: *Deutscher Reichs-Anzeiger und Königlich Preußischer Staats-Anzeiger* 7 (09.01.1888, abends), S. 1.

<sup>24</sup> Vgl. Morell Mackenzie, *The Case of His Imperial Highness the Crown Prince of Germany*, in: *The Lancet* 131, 3364 (18.02.1888), S. 339f. Eine deutsche Version wurde zum Beispiel veröffentlicht als: Morell Mackenzie, *Die Krankheit Sr. Kaiserlichen Hoheit des deutschen Kronprinzen*, in: *Deutsche Medicinische Wochenschrift* 14, 8 (23.02.1888), S. 159f. Aufgrund von Morells Brief kam *The Lancet* zu dem Schluss, dass „it is impossible to find in it [dem Brief Mackenzies] anything that implies that in his opinion the disease is certainly not cancer“. Vgl. Anonym, *The Crown Prince*, in: *The Lancet* 131, 3364 (18.02.1888), S. 338. Auch Perichondritis, eine seltene Entzündung der Knorpelhaut, war im 19. Jahrhundert eine meist tödliche Erkrankung, die nicht geheilt werden konnte. Die meisten Erkrankten erstickten, wenn der in diesem Fall sehr schwierige Luftröhrenschnitt nicht gelang, vgl. August Lünig, *Die Laryngo- und Tracheostenosen im Verlaufe des Abdominaltyphus und ihre chirurgische Behandlung*, in: *Archiv für klinische Chirurgie* 30, 2 (1884), S. 225-340. Insofern bot Mackenzie hier also keine per se „harmlose“ Diagnose an, aber eine, die nicht das mit Krebs einhergehende Stigma der „Bösartigkeit“ trug.

<sup>25</sup> *Deutscher Reichs-Anzeiger und königlich Preußischer Staats-Anzeiger* 36 (10.02.1888).

<sup>26</sup> Im *Deutschen Reichs-Anzeiger* wurde lediglich ein von allen Ärzten unterschriebenes Bulletin veröffentlicht, dass „hinsichtlich der Natur und Beurteilung der Krankheit eine Meinungsverschiedenheit unter ihnen nicht besteht. Ebenso wenig ist von ihnen die Nähe einer gefährlichen Wendung des Leidens behauptet worden.“ Hinsichtlich welcher Diagnose die Ärzte sich einig waren, wurde nicht mitgeteilt, so dass viele Zeitungen diese Meldung als Bestätigung dafür verstanden, dass die optimistischen Meldungen des Frühjahrs zuträfen, Friedrich also nicht an Krebs leide. Vgl. *Deutscher Reichs-Anzeiger und königlich Preußischer Staats-Anzeiger* 61 (06.03.1888). Zu den Hintergründen der Entscheidung: Müller, *99-Tage-Kaiser*, S. 273.

longer sure about the diagnosis. [...] This uncertainty of course is in itself an immense improvement on the terrible diagnosis which was arrived at in November”.<sup>27</sup>

Am 15. Juni 1888 starb Friedrich III. im Potsdamer Neuen Palais, das zu diesem Zeitpunkt den Namen Schloss Friedrichskron trug. Die ersten Nachrichten von seinem Tod sprachen nur von „tückischer Krankheit“, nicht von Krebs.<sup>28</sup> Sein Sohn Wilhelm ordnete eine Autopsie der Leiche an, um sich letzte Gewissheit über die Frage: War es Krebs? zu verschaffen – eine Frage, die längst zum Politikum in der Auseinandersetzung mit seiner Mutter, der verhassten „Englandfreundin“ Victoria, und dem von ihr favorisierten britischen Arzt Mackenzie einerseits, sowie den „deutschen“ Ärzten um Carl Gerhardt und Ernst von Bergmann andererseits geworden war. Die Autopsie bestätigte, dass Friedrich an einem Karzinom gestorben war.

Bereits am 11. Juli 1888 erschien ein amtlicher Bericht über „Die Krankheit Kaiser Friedrich’s III.“. Dieser basierte ausschließlich auf den Gutachten und Niederschriften der „deutschen“ Ärzte und enthielt den Autopsiebericht. Im Resultat wurden hier schwere Vorwürfe gegen Mackenzie erhoben, der aufgrund fehlender Fachkompetenz die „Krebsnatur der Krankheit“ nicht oder nur zu spät erkannt habe. Mit den Zeitungsartikeln über diesen amtlichen Bericht wurde die Krebsdiagnose schließlich einer breiteren Öffentlichkeit als Gewissheit dargestellt.<sup>29</sup> Mackenzie setzte sich gegen die im Bericht formulierten Anschuldigungen zur Wehr, indem er noch im gleichen Jahr seine eigene Version von der „Fatal Illness of Frederick the Noble“ veröffentlichte.<sup>30</sup> Dass Friedrich an Krebs gestorben sei, stellte er dort nicht in Abrede. Er erklärte allerdings ausführlich, warum er so lange auf der Seite des Zweifels verharret hatte, obwohl auch aus seiner Sicht vieles eine Krebskrankheit plausibel gemacht hatte. Dabei spielten Überlegungen eine Rolle, wie er als Arzt gegenüber seinem Patienten,

<sup>27</sup> From Our Own Correspondent, Health of the Emperor, in: *British Medical Journal* 1, 1432 (09.06.1888), S. 1245.

<sup>28</sup> Vgl. zum Beispiel: Anonym, Der Tod des Kaisers Friedrich, in: *Illustrierte Zeitung* 2347 (1888), S. 652.

<sup>29</sup> Anonym, Die Krankheit Kaiser Friedrichs des Dritten. Dargestellt nach amtlichen Quellen und den im königl. Hausministerium niedergelegten Berichten der Aerzte, Berlin 1888. Als Beispiel für die Zeitungsberichterstattung: Anonym, Amtlicher Bericht über die Krankheit Kaiser Friedrich’s, in: *Illustrierte Zeitung* 2351 (1888).

<sup>30</sup> Morell Mackenzie, *The Fatal Illness of Frederick the Noble*, London 1888. Die britischen medizinischen Fachgesellschaften nahmen Anstoß daran, dass Mackenzie mit dieser Schrift schwere Vorwürfe gegenüber seinen deutschen Kollegen in die Öffentlichkeit getragen hatte. Vom *Royal College of Physicians* wurde Mackenzie aufgefordert, seine Mitgliedschaft niederzulegen – eine Aufforderung, der er am 23. November 1888 nachkam. Vom *Council of the Royal College of Surgeons* wurde er wegen dieser Publikation offiziell gemaßregelt. Vgl. Wolf, *Die Krankheit*, S. 151.

dem „Menschen“ Friedrich, über Krebs sprechen sollte und welche Chancen auf Erfolg er einer Operation einräumte.

Auch wenn der amtliche Bericht ebenso wie Mackenzies Schrift jeweils klar erkennbaren Rechtfertigungs- beziehungsweise Schuldzuweisungsstrategien folgten, erlauben sie es doch, einen Blick darauf zu werfen, wie und warum Ärzte im ausgehenden 19. Jahrhundert mit einem Patienten über seine Krebserkrankung sprachen. Denn immer wieder rekurrten die Ärzte auf einen *common sense* der Mediziner, der allein ihren „Erzählungen“ eine gewisse Glaubwürdigkeit verleihen konnte.

Glaut man dem Bericht Mackenzies, so erfuhr der Kronprinz vom ersten Krebsverdacht seiner Ärzte durch ein peinliches Versehen: Carl Gerhardt, der die Geschwulst im Frühjahr 1887 mehrmals wegbrannte, hatte Friedrich nichts von seinem heimlichen Krebsverdacht gesagt, sondern ihn völlig ahnungslos auf Kur nach Bad Ems geschickt.<sup>31</sup> Dort sei der Kronprinz von einem Bekannten auf seine Krebserkrankung angesprochen worden. Dieser hatte durch eine Indiskretion Gerhardts von der Verdachtsdiagnose Krebs gehört und ging offenbar davon aus, dass auch Friedrich wusste, wie es um ihn stand. Mackenzie, der diese Geschichte im Mai 1887 von Friedrich erzählt bekommen haben will, empörte sich über diese Indiskretion mit den Worten: „Although, for the sake of his family, he [Friedrich] manfully assumed a cheerful demeanour, the horrible idea that he was the subject of cancer must have frequently occurred to him.”<sup>32</sup>

Ohne Zweifel beabsichtigte Mackenzie mit dieser Erzählung die ärztliche Loyalität Gerhardts in Frage zu stellen und zugleich zu demonstrieren, dass Friedrich früh eine Ahnung hatte, um was es ging. Trotz dieses möglichen Kalküls erscheint die Geschichte einigermaßen plausibel. Denn dass Gerhardt seinen noch sehr unbestimmten Krebsverdacht dem Kronprinzen verschwiegen haben soll, entspricht dem paternalistischen Rollenverständnis von Ärzten im 19. Jahrhundert.<sup>33</sup> Dass sich ein Arzt zu einer Indiskretion hinreißen ließ, wäre in Friedrichs an gezielten oder versehentlichen

---

<sup>31</sup> Die Tagebuch-Eintragungen aus den Monaten März und April 1887 erwähnen diesen Verdacht mit keinem Wort und berichten jeweils nur kurz und kommentarlos von Gerhardts Untersuchungen und Brennbehandlungen, vgl. Baumgart, Tagebücher, S. 526-534.

<sup>32</sup> Mackenzie, Fatal Illness, S. 19f.

<sup>33</sup> Nolte, Todkrank, S. 114; Barbara Elkeles, Die schweigsame Welt von Arzt und Patient. Einwilligung und Aufklärung in der Arzt-Patienten-Beziehung des 19. und 20. Jahrhunderts, in: Medizin, Gesellschaft und Geschichte 8 (1989), S. 63-91. Vgl. zum paternalistischen Rollenverständnis auch: Claudia Huerkamp, Der Aufstieg der Ärzte, Göttingen 1985 und Ute Frevert, Krankheit als politisches Problem, Göttingen 1984.

Indiskretionen reichen Geschichte ebenfalls kaum verwunderlich. Die eigentliche Überraschung dieser von Mackenzie kolportierten Begebenheit liegt darin, dass der namentlich nicht genannte Bekannte des Kronprinzen annahm, Friedrich wisse, wie es um ihn stehe und ihn deshalb auf seinen Gesundheitszustand ansprach. Dies ist ein erster Hinweis darauf, dass nicht alle Ärzte in jedem denkbaren Fall eine Krebsdiagnose verschweigen würden.

Diese Vermutung erhält deutlichere Konturen durch einen Blick auf die nächste Situation, in der es um die Krebsdiagnose ging. Denn als der Kronprinz im Mai 1887 aus Bad Ems zurückkehrte und von Gerhardt und Ernst von Bergmann untersucht wurde, gelangten beide zu der Überzeugung, dass es sich zweifelsfrei um Krebs handeln müsste und rieten zur sofortigen Operation. Eine weitere Untersuchung fand am 18. Mai statt, an der nun sogar vier Ärzte teilnahmen, darunter zwei explizit von Kaiser Wilhelm, dem Vater Friedrichs, dazu gebetene Ärzte. Die Ärzte verfassten gemeinsam ein einstimmiges Votum, das auf „Krebs“ und „Operation“ lautete. Die Operation wurde für den 21. Mai 1887 angesetzt.

Alle vorhandenen Berichte über diese Tage im Mai 1887 lassen keinen anderen Schluss zu als den, dass niemand dem mehrfach untersuchten Friedrich mitteilte, dass Krebs diagnostiziert worden war.<sup>34</sup> Explizit bestätigt wird diese Annahme durch die Briefe, die die Kronprinzessin Victoria in diesen Tagen an ihre Mutter, die englische Königin Victoria, schrieb. Aus ihnen geht hervor, dass die Ärzte mit Victoria in Abwesenheit ihres Mannes sprachen. Aber auch ihr wurde die „wahre“ Diagnose offenbar nicht gesagt. Stattdessen bezeichnete man ihr gegenüber die Geschwulst als „Epitheliom“, ein durchaus mehrdeutiger Begriff.<sup>35</sup> Außerdem wurde ihr am 18. Mai 1887 vom Konsilium der Ärzte erklärt, dass eine Operation unbedingt nötig sei. Ihrer Mutter gegenüber kommentierte sie dies mit den Worten:

„Ich fürchte nicht etwa, daß Fritzens Leben in Gefahr ist; Gott sei Dank habe ich in dieser Beziehung keine Besorgnisse und glaube auch nicht, daß die Schwellung krebsartiger Natur ist; auch Bergmann glaubt dies nicht und sagt, daß sie nicht wiederkommen wird, wenn sie einmal entfernt worden ist.“<sup>36</sup>

---

<sup>34</sup> Die beteiligten Ärzte verloren in ihren nachträglich publizierten Gutachten und Berichten kein Wort über die Frage, wer wann und in welcher Form von der Krebsdiagnose informiert wurde – im Unterschied zur Situation Anfang November 1887, in der diese Frage auch in den ärztlichen Berichten eine Rolle spielte.

<sup>35</sup> Brief vom 17. Mai 1887, in: Frederick Ponsonby (Hg.), Briefe der Kaiserin Friedrich, Berlin 1928, S. 257f.

<sup>36</sup> Brief vom 19. Mai 1887, in: Ponsonby, Briefe, S. 263.

Angesichts der Tatsache, dass Victoria auch später, nachdem sie nachweisbar von der Krebserkrankung wusste, diese Diagnose anderen gegenüber bestritt, ist nicht auszuschließen, dass sie auch am 19. Mai 1887 wider besseres Wissen behauptete, Bergmann habe keine Krebserkrankung diagnostiziert.<sup>37</sup> Wahrscheinlicher ist es allerdings, dass Bergmann genauso vorging, wie sie es schilderte: Indem er sie einerseits beruhigte und ihr versicherte, es sei (noch) kein Krebs, ihr aber andererseits nahelegte, es könne Krebs werden, wenn man nicht operierte, spielte er die eine Angst (vor Krebs) gegen die andere (vor der Operation) aus, um ihre Skepsis gegenüber der geplanten risikoreichen Operation zu überwinden. Dieses Kalkül ging zunächst auf, denn sie gab ihren Widerstand gegen die Operation unter der Voraussetzung auf, dass auch der herbeitelegraphierte Mackenzie die Operation für notwendig halten würde.

Ahnungslos blieb nach wie vor Friedrich selbst. Weder sagten ihm die Ärzte, dass seine Geschwulst ihrer Meinung nach ein Krebstumor war, noch klärte ihn jemand über die bevorstehende Operation auf. Denn wie sowohl Victoria in ihrem Brief vom 19. Mai als auch der ihr keineswegs nahestehende Reichskanzler Otto von Bismarck in seinen Erinnerungen übereinstimmend berichteten, planten die Ärzte, Friedrich zu operieren, ohne dass dieser um seine Einwilligung gebeten oder auch nur informiert worden wäre.<sup>38</sup>

Dieses Vorgehen war zu dieser Zeit kein vollkommen unübliches Verfahren. Denn während vor Einführung der Narkose ohne Zustimmung des Patienten aus „technischen“ Gründen gar nicht operiert werden konnte, machte die Narkose es möglich, auf die Zustimmung des Patienten ganz oder teilweise zu verzichten.<sup>39</sup> Dies führte dazu, dass mit den Patienten oft nicht mehr darüber verhandelt wurde, wie eingreifend die Operation im schlimmsten Fall sein durfte. In einzelnen Fällen kam es nun sogar vor, dass Patienten „zwangschloroformiert“ wurden und ohne ihre Einwilligung

---

<sup>37</sup> Zur Haltung Victorias vgl. auch: Wolf, Krankheit, S. 90-95.

<sup>38</sup> Victoria schrieb: „Fritz wird bis zum entscheidenden Augenblick nichts gesagt werden.“ (Brief vom 19. Mai 1887, Ponsonby, Briefe, S. 263). Bei Bismarck heißt es: „Die behandelnden Aerzte waren Ende Mai 1887 entschlossen, den Kronprinzen bewußtlos zu machen und die Exstirpation des Kehlkopfs auszuführen, ohne ihm ihre Absicht angekündigt zu haben.“, vgl. Otto Fürst von Bismarck, Gedanken und Erinnerungen, Bd. 2, Stuttgart 1898, S. 306. Dies berichtete auch Lucius von Ballhausen in: Hellmuth Lucius von Stoedten (Hg.), Bismarck-Erinnerungen des Staatsministers Freiherrn Lucius von Ballhausen, Stuttgart/Berlin 1920, S. 391.

<sup>39</sup> Dass vor dem „Zeitalter der Narkose“ (d.h. bis in die 1860er Jahre) oft Art und Umfang der Operationen zwischen Arzt und Patient ausgehandelt wurden und keineswegs in jedem Fall der Arzt in paternalistischer Manier über das Patientenwohl bestimmte, weist Karen Nolte nach, vgl. dies., Zeitalter des ärztlichen Paternalismus: Überlegungen zu Aufklärung und Einwilligung von Patienten im 19. Jahrhundert, in: Medizin, Gesellschaft und Geschichte 25 (2006), S. 59-89.

oder sogar gegen ihren ausdrücklichen Wunsch operiert wurden.<sup>40</sup> Begründet wurde dieses Vorgehen einerseits paternalistisch damit, dass nur der Arzt entscheiden könne, was das Beste im Sinne des Patienten sei, andererseits aber auch durch die Annahme, dass die Angst des Patienten das Operationsergebnis ungünstig beeinflussen könne oder der Patient aus Angst seinem Leben ein Ende setzen würde.<sup>41</sup>

Victoria akzeptierte offenbar dieses Argument und verriet ihrem Mann nichts von der geplanten Operation, auch wenn es ihr schwerfiel „gleichmütig zu erscheinen“, denn sie meinte nur so erreichen zu können, „daß er ißt und schläft und sich wohl fühlt bis zu diesem Augenblick“.<sup>42</sup> Dass Friedrich schließlich doch von der geplanten Operation erfuhr und um seine Einwilligung gebeten wurde, ging nicht auf Victorias Initiative zurück. Es war Bismarck, der intervenierte, vermutlich weil er die Operation ablehnte und sie auf diesem Weg verhindern wollte.<sup>43</sup> Er argumentierte damit, dass der Thronfolger aus staatsrechtlichen Gründen nicht ohne Zustimmung des Kaisers operiert werden dürfe. Ob er auch verlangte, dass Friedrich in die Entscheidung einbezogen würde, bleibt unklar. In seinen 1898 veröffentlichten Erinnerungen behauptete er dies. Victoria schrieb allerdings am 20. Mai 1887 an ihre Mutter, Bismarck habe ihr gesagt: „Sie [die Ärzte] müssen den Kaiser um die Erlaubnis fragen, eine so schwere Operation ausführen zu dürfen und ihm alles berichten, da sie Fritz nichts sagen dürfen.“<sup>44</sup> Möglicherweise hat Bismarck hier also rückblickend seine Intervention größer dargestellt, als sie es eigentlich war, weil die „Wahrheit“ im Fall Friedrich zwischenzeitlich zum Politikum geworden war. Eine Rolle mag es auch gespielt haben, dass das Reichsgericht 1894, wenige Jahre vor Veröffentlichung von Bismarcks Erinnerungen, ein Urteil gefällt hatte, das eine Operation ohne Einwilligung des Patienten als Körperverletzung wertete und unter Strafe stellte.<sup>45</sup>

<sup>40</sup> Vgl. Thorsten Noack, *Eingriffe in das Selbstbestimmungsrecht des Patienten. Juristische Entscheidungen, Politik und ärztliche Positionen 1890-1960*, Frankfurt a.M. 2004, S. 17-19.

<sup>41</sup> Das Argument, dass die Angst Einfluss auf das Operationsergebnis nehmen könnte, wurde bereits im frühen 19. Jahrhundert angeführt und trat im Laufe des 19. Jahrhunderts zurück, vgl. Karen Nolte, „Telling the Painful Truth“ – Nurses and Physicians in the Nineteenth Century, in: *Nursing History Review* 16, 1 (2008), S. 115-134, hier S. 102.

<sup>42</sup> Brief vom 19. Mai 1887, in: Ponsonby, *Briefe*, S. 263.

<sup>43</sup> Wolf, *Die Krankheit*, S. 99.

<sup>44</sup> Brief vom 20. Mai 1887, in: Ponsonby, *Briefe*, S. 264 und Bismarck, *Gedanken*, S. 306.

<sup>45</sup> In diesem Urteil von 1894 war es um den Fall eines siebenjährigen Mädchens gegangen, dem die Ärzte gegen den ausdrücklichen Willen des Vaters einen Fuß amputiert hatten, um sie von Knochentuberkulose zu heilen. Der Vater hatte die Ärzte angezeigt, die allerdings vom Landgericht Hamburg Recht bekommen hatten, da sie feststellten, dass das Mädchen durch die Operation geheilt worden sei. Erst in der Revision vor dem Reichsgericht wurde das Vorgehen der Ärzte gemäß § 223 Reichsstrafgesetzbuch als vorsätzliche rechtswidrige Körperverletzung geahndet, vgl. Noack, *Eingriffe*, S. 26-43 und Andreas-Holger Maehle, *Assault and Battery, or Legitimate Treatment?*

Festzuhalten ist also, dass Bismarck nachweislich Kaiser Wilhelm I. informierte, der daraufhin festlegte, dass die Operation nur mit Friedrichs Einverständnis durchgeführt werden sollte. Ob die Ärzte in diesem Zusammenhang Friedrich sagten, woran er ihrer Einschätzung nach litt, ist nicht zu erschließen. Keiner der Ärzte berichtete rückblickend von einer solchen Mitteilung. Ebenso wenig ist davon in den Briefen Victorias oder im Tagebuch Friedrichs zu lesen, so dass vieles darauf hindeutet, dass niemand ihm die Diagnose mitteilte und er auch nicht, wie für den November 1887 von verschiedenen Seiten kolportiert wurde, danach fragte. Es ist allerdings sehr unwahrscheinlich, dass er angesichts der großen Aufregung, der ständigen ärztlichen Konsultationen, der Hinzuziehung eines Spezialisten aus England und dem ihm schließlich doch mitgeteilten Operationsplan nicht an die Möglichkeit einer Krebserkrankung gedacht haben sollte. Dafür spricht, dass Victoria in ihren Briefen davon berichtete, dass ihr Mann ihr gegenüber traurig die Befürchtung geäußert habe, dass ihn sein hoch betagter Vater überleben werde.<sup>46</sup> Das bereits erwähnte, auf den 20. Juni 1887 datierte Gespräch zwischen Friedrich und Mackenzie über die Indiskretion Carl Gerhardts mag also auch ein Versuch Friedrichs gewesen sein, über die Möglichkeit einer Krebsdiagnose mit einem Arzt zu sprechen, der aus seiner Sicht nicht vom preußischen Hof beeinflusst war. Ob Mackenzie zu diesem Zeitpunkt auf dieses „Gesprächsangebot“ einging, ist seinem Bericht nicht zu entnehmen. Wenige Tage später erfuhr Friedrich allerdings, dass Krebs von dem Konsilium der deutschen Ärzte in Erwägung gezogen worden war.

Denn Mackenzie schloss sich der eindeutig getroffenen Diagnose der anderen Ärzte nicht an und konnte dabei auf das auf seine Veranlassung hin erstellte Gutachten Virchows verweisen, nach dem in der Gewebeprobe kein Anzeichen von Krebs zu entdecken war. Zwar ist auch hier nicht überliefert, wie mit Friedrich über den Krebsverdacht gesprochen wurde. Dass zumindest Mackenzie darüber gesprochen haben wird, geht daraus hervor, dass am 24. Mai 1887 die ersten englischen Zeitungen meldeten, ein vorher bestehender Krebsverdacht sei ausgeräumt worden und sich dabei auf Mackenzie beriefen. Es ist höchst unwahrscheinlich, dass Mackenzie diese Information an die englische Presse weitergegeben hätte, wenn er nicht hätte sicher sein können, dass Friedrich davon wusste.

---

German Legal Debates on the Status of Medical Interventions Without Consent, c. 1890-1914, in: *Gesnerus* 57, 3/4 (2000), S. 206-221, hier S. 213f.

<sup>46</sup> Brief vom 17. Mai 1887, in: Ponsonby, Briefe, S. 258.

Wieso Mackenzie allerdings überhaupt der Diagnose widersprach, darüber ist seit damals ergebnislos gestritten worden. Während der amtliche Bericht ihm die Kompetenz absprach, kursierten in der Öffentlichkeit andere Gerüchte: Manche vermuteten, er habe sich von der Behandlung des hoch gestellten Patienten, die ihm dann ja auch tatsächlich anvertraut wurde, persönliche Vorteile, Gewinn und Ansehen versprochen. Politische Gegner des Kronprinzenpaares behaupteten, Mackenzie habe im Auftrag Victorias dafür sorgen sollen, die Operation mit ihrem möglicherweise tödlichen Ausgang zu verhindern, damit Friedrich, wenn auch sterbenskrank, noch den Thron besteigen und die von beiden gefürchtete Herrschaft des Sohnes zumindest aufgeschoben werden könne.<sup>47</sup>

Mackenzie selber erklärte sein Zögern im Rückblick anders und zumindest im Blick auf die Situation im Mai 1887 erscheint seine Erklärung auch einigermaßen überzeugend.<sup>48</sup> Er führte aus, dass er die Erkrankung so lange nicht als Krebs ansehen und behandeln wollte, wie kein eindeutiger positiver Nachweis dafür vorgelegen hätte. Seine Zweifel an der Krebsdiagnose verknüpfte er im Nachhinein 1888 in seiner Rechtfertigungsschrift direkt mit seiner Ablehnung der geplanten Operation. So erklärte er:

“I did not say that it was not cancer; I only said that that opinion was ‘not proven’; and in the absence of positive proof I refused to sanction surgical procedures which at present are at the best more or less of the nature of experiments, which are always dangerous to life, nearly always destructive to the voice, and which, even when ‘successful,’ too often leave the patient unfit for the business of life, or even sometimes in a condition worse than death itself.”<sup>49</sup>

Wenn man allerdings einen Blick auf Mackenzies vor 1887 verfasste medizinische Schriften wirft, stellt sich die Frage, ob er die Operation tatsächlich nur deshalb als zu risikoreich ablehnte, weil er an der Krebsdiagnose zweifelte. Denn in seinem 1880 veröffentlichten, umfangreichen und international hoch angesehenen Handbuch der Hals-Nasen-Krankheiten, dem er unter anderem seinen Ruf als einer der besten Laryngologen weltweit verdankte, hatte er ein eigenes Kapitel der Diagnose und Behandlung des Kehlkopfkrebises gewidmet. Aufgrund eigener Erfahrungen und der Studien von Kollegen hatte er dort ausgeführt und mit Daten belegt, dass die Operation

<sup>47</sup> Freund, Drama, S. 69f. Vgl. dazu auch Müller, 99-Tage-Kaiser, S. 263f. und Wolf, Die Krankheit, S. 122f.

<sup>48</sup> Zu einer ähnlichen Einschätzung kommt Müller, 99-Tage-Kaiser, S. 264f.

<sup>49</sup> Mackenzie, Fatal Illness, S. 29f.



des Kehlkopfkrebsses in keinem der ihm bekannten Fälle zur Heilung oder zumindest deutlichen Lebensverlängerung im Vergleich zu einer rein symptomatischen Behandlung geführt habe. Diesen von ihm als „extremely unsatisfactory“ qualifizierten Operationsergebnissen stand die Tatsache gegenüber, dass nicht wenige Patienten bei der Operation oder unmittelbar danach starben.<sup>50</sup> Vor diesem Hintergrund erscheint es denkbar, dass Mackenzie wie die anderen Ärzte auch bereits im Mai 1887 erkannte, dass Friedrichs Geschwulst ein Krebstumor war, dass er diese Diagnose aber offiziell in Zweifel zog, um die von ihm als ineffektiv, hoch riskant und verstümmelnd angesehene Operation zu verhindern.<sup>51</sup> Diese These würde auch erklären, warum Mackenzie bis in den November 1887 gegenüber den anderen Ärzten an seinen Zweifeln festhielt – eine „Blindheit“, die angesichts der zweifellosen Kompetenz Mackenzies vielen Historikern bisher rätselhaft erschienen ist.<sup>52</sup> Denn wenn es sein Ziel war, die Operation zu verhindern, musste er so lange an seinen Zweifeln festhalten, bis die Diagnose entweder nicht mehr zu bezweifeln war oder die Operation auch aus Sicht des operationsfreudigeren Chirurgen von Bergmann zu risikoreich geworden war. Beides war Anfang November der Fall: Der Untersuchungsbefund war so eindeutig, dass auch der noch ausstehende pathologische Beweis von Mackenzie nur noch als schwacher Zweifel formuliert wurde. Und da der Tumor inzwischen so weit gewachsen war, dass der ganze Kehlkopf hätte entfernt werden müssen, Friedrichs

---

<sup>50</sup> Mackenzie berichtete dort von 20 Fällen, in denen eine Thyrotomie, die für Friedrich nach Bergmanns rückblickender Aussage vorgeschlagene Operation, durchgeführt worden war: Zwei Patienten überlebten die Operation nicht, bei acht Patienten wuchs der Tumor innerhalb von 14 Tagen nach, bei fünf weiteren trat nach spätestens 6 Monaten ein Rezidiv auf, bei einem weiteren Patienten nach 18 Monaten. Nur bei einem Patienten trat kein Rezidiv auf, allerdings verstarb dieser 22 Monate später an Nierenmetastasen. Über die verbliebenen 3 Patienten lagen Mackenzie keine Daten vor. Angesichts einer durchschnittlichen Überlebenszeit nach Diagnose ohne Thyrotomie von 18 Monaten kam Mackenzie zu der Schlussfolgerung: „It will thus be seen that the results of thyrotomy are extremely unsatisfactory.“ Für erfolgversprechender, wenn auch riskanter hielt Mackenzie die vollständige Entfernung des Kehlkopfes. Nach den von ihm im Handbuch vorgelegten Statistiken starben allerdings von 19 operierten Patienten neun an den Operationsfolgen, bei sieben weiteren traten bald Rezidive auf. Nur bei drei operierten Patienten hielt der Heilerfolg länger an, allerdings litten zwei davon nicht an einem Karzinom, sondern an einem Sarkom, und bei allen drei Patienten war die Geschwulst zum Zeitpunkt der Operation sehr klein. Vgl. Morell Mackenzie, *A Manual of Diseases of the Throat and Nose*, New York 1880, S. 248-250.

<sup>51</sup> Diese These zieht auch Frank Lorenz Müller im Rückgriff auf Wolfs Darstellung in seiner *Friedrich-Biographie* in Erwägung, vgl. ders., *99-Tage-Kaiser*, S. 265 und Wolf, *Die Krankheit*, S. 53-59. Hier standen sich zwei unterschiedliche medizinische Auffassungen gegenüber, denn die Mehrzahl der deutschen Laryngologen votierte um 1890 für eine operative Entfernung des Kehlkopfes bei Krebs, während in Großbritannien und Frankreich deutlich mehr Spezialisten diese Operation ablehnten und nur die palliative Tracheotomie, den Luftröhrenschnitt, durchführten, vgl. Wolf, *Die Krankheit*, S. 65-75.

<sup>52</sup> Müller, *99-Tage-Kaiser*, S. 265.

Gesundheitszustand aber bereits sehr angegriffen war, konnte er trotz der Krebsdiagnose die Operation ablehnen, ohne dass die anderen Ärzte dem entschieden entgegentraten.<sup>53</sup> Trifft diese These zu, benutzte zumindest Mackenzie in dieser ersten Phase das Verschweigen der Diagnose als Mittel, um die sich aus der Diagnose in diesem Kontext fast zwangsläufig ergebende Operation zu verhindern. Die anderen Ärzte versuchten dagegen, mit der angedeuteten zukünftigen Krebsgefahr die Zustimmung der Angehörigen Friedrichs zur Operation zu erlangen, dem die Diagnose zu seinem eigenen Besten verschwiegen werden sollte.

Aufschlussreich ist es nun zu sehen, wie die Ärzte Friedrich, seiner Familie und der Öffentlichkeit gegenüber auftraten, als die Kehlkopfoperation als Option eigentlich nicht mehr bestand. Mackenzie beschrieb die Schlüsselszene, seine Untersuchung Friedrichs am 6. November 1887, in seiner Verteidigungsschrift mit den Worten:

„Without raising from my chair I informed His Imperial Highness that a very unfavourable change had taken place in his throat. He said, ‘Is it cancer?’ to which I replied, ‘I am sorry to say, Sir, it looks very much like it, but it is impossible to be certain.’ I felt that evasive answers, which for the patient’s own sake medical men are often compelled to give under similar circumstances, would in the present instance have been out of place.”<sup>54</sup>

Ohne Frage diente diese Passage zwei Absichten: Zum einen wollte Mackenzie deutlich machen, dass Friedrich zu diesem Zeitpunkt nicht völlig ahnungslos gewesen sei – und damit den Vorwurf entkräften, er habe ihn schamlos betrogen und falsche Hoffnungen geschürt. Zum anderen zeigt sich hier – wie in vielen anderen Passagen seines Buches – sein Bemühen, den Kronprinzen als würdevollen, starken und mutigen Mann darzustellen und so einen Gegenentwurf zu den vielen Schmähbildern seiner politischen Gegner zu zeichnen, die ihn als willenlose Marionette in den Händen seiner herrschsüchtigen englischen Frau darstellten. Da Mackenzies Bericht der einzigen anderen Schilderung dieser Situation, dem entsprechenden Tagebucheintrag Friedrichs, nicht widerspricht, ist davon auszugehen, dass sie sich so oder ähnlich abgespielt hat. Die einzige Abweichung ergibt sich in einem nicht unwichtigen Detail: Während Mackenzie festhielt, Friedrich habe ihn direkt nach Krebs gefragt, notierte dieser selbst nur den Befund Mackenzies, nach dem „Anlage zum Cancer nicht ausgeschlossen

<sup>53</sup> Vgl. Wolf, *Die Krankheit*, S. 24.

<sup>54</sup> Mackenzie, *Fatal Illness*, S. 66f.

sei“.<sup>55</sup> Ob Mackenzie hier im Rückblick Friedrich versehentlich oder absichtsvoll eine Frage in den Mund legte, die dieser nachweislich fünf Tage später an von Schrötter stellte oder ob Friedrich in diesen Tagen zweimal fragte, um Gewissheit über seine Krankheit zu bekommen, lässt sich nicht abschließend klären. Zumindest aber kann man sicher sein, dass Mackenzie das von ihm in dieser Situation beschriebene Verhalten für richtig und vorbildhaft hielt, da er sonst die Szene nicht so detailliert beschrieben hätte. Liest man diese Szene also als medizinethisches Exempel, so ergibt sich daraus folgende Regel: Der Arzt vermeidet es, das Wort „Krebs“ zu benutzen, leugnet die Diagnose jedoch nicht, wenn der Patient konkret danach fragt. Aber er lässt einen kleinen Hoffnungsschimmer in Form des letzten Zweifels, den er mit den Worten benannte: „it is impossible to be certain“.

Die anderen Ärzte verhielten sich wenige Tage später ähnlich, als sie Friedrich nach gemeinsamer Beratung den Befund mitteilten: Indem ihr „Sprecher“, der Wiener Professor von Schrötter, das Wort Krebs vermied oder zumindest ausweichend auf Friedrichs Frage nach Krebs antwortete, blieb ein kleiner Raum des Zweifels offen, der vom Patienten mit Hoffnung gefüllt werden konnte.<sup>56</sup> Trotz dieser sprachlichen Ausweichstrategie waren sich die Ärzte sicher, dass Friedrich sehr genau verstanden hatte, dass er an Krebs litt.<sup>57</sup> Und dass sie mit dieser Annahme Recht hatten, macht Friedrichs Tagebucheintrag vom 11. November 1887 deutlich, aus dem die klare Einsicht spricht, dass sein naher Tod bevorstand.<sup>58</sup>

---

<sup>55</sup> In Friedrichs Tagebuch steht über den 6. November 1887: „Sir Morell Mackenzie untersuchte meinen Hals, er fand eine neue Warzenbildung tiefer als diejenige des Frühjahrs, aber ungünstiger als jene im Aussehen, so daß Anlage zum Cancer nicht ausgeschlossen sei.“ Vgl. Baumgart, Tagebücher, S. 554.

<sup>56</sup> Mackenzie berichtete im Rückblick, dass von Schrötter das Wort Krebs nicht benutzte. Friedrich schrieb dagegen in seinem Tagebuch, in das er in der Regel am Tag selbst seine Erlebnisse eintrug: „Dr v. Schrötter [...] theilte mir [...] mit, daß sie [die Ärzte] bedauerten mir kein günstigeres Ergebnis ihrer Beobachtungen geben zu können, indem der vorliegende Fall ein ernster sei. Ich fragte ihn ob er es Krebs nenne, worauf er erwiderte: ‚wenigstens mit demselben verwandt‘, doch seien ihm Fälle bekannt und auch ganz neuerdings vorgekommen, wo selbiger in der Entwicklung stehen geblieben, sogar zurückgegangen sei.“ Ähnlich auch der rückblickende Bericht von Schrötters selbst, der schrieb, dass Friedrich ihn direkt gefragt habe, „ohne die Ruhe in irgend einer Weise zu verlieren, ob das Leiden Krebs sei, worauf ich allerdings eine etwas umschreibende Antwort geben mußte.“ Vgl. die Schilderungen bei Mackenzie, Fatal Illness, S. 72; Baumgart, Tagebücher, S. 555 und Bericht des Professor Schrötter, in: Anonym, Krankheit Kaiser Friedrich des Dritten, S. 37-44, hier S. 43.

<sup>57</sup> Mackenzie, Fatal Illness, S. 72.

<sup>58</sup> Baumgart, Tagebücher, S. 555.

Außerdem waren sich alle anwesenden Ärzte einig, dass sie die Krebsdiagnose vor der Öffentlichkeit geheim halten wollten.<sup>59</sup> Dem amtierenden Kaiser, Friedrichs Vater Wilhelm, erstatteten sie allerdings wahrheitsgemäß Bericht und benannten in diesem Bericht die Krankheit eindeutig als „böartige Neubildung“. Als Mackenzie wenige Tage später erfuhr, dass Wilhelm diese ärztliche Mitteilung unverändert im *Deutschen Reichs-Anzeiger* hatte abdrucken lassen, war er überaus erbost – und zwar nicht so sehr, weil auf diese Weise die Öffentlichkeit von der Krebsdiagnose erfahren hatte, sondern weil die eindeutig als Krebs benannte Diagnose so Friedrich „without any disguise or palliation“ vor Augen gekommen sei.<sup>60</sup> Diese Bemerkung macht deutlich, dass die von allen Ärzten gemeinsam gewählte Form der Diagnosemitteilung im November 1887 keineswegs eine aus Schicklichkeitserwägungen gewählte Form der Umschreibung eines im Grunde offensichtlichen Sachverhalts war, sondern dass dahinter der Versuch eines fein austarierten Gefühlsmanagements stand. Denn einerseits sollte Friedrich mit dieser Mitteilung unmissverständlich darauf hingewiesen werden, dass er mit hoher Wahrscheinlichkeit in naher Zukunft sterben würde. Dafür spricht auch, dass Mackenzie im Laufe des Jahres 1888 immer wieder Friedrich gegenüber andeutete, dass dessen Tod näher rückte, damit dieser die Möglichkeit hatte, seine amtlichen und familiären Angelegenheiten rechtzeitig zu regeln.<sup>61</sup> Andererseits aber sollte die Botschaft durch ihre begriffliche Vagheit einen kleinen Hoffnungsschimmer übrig lassen und zwar gar nicht so sehr im Blick auf den nahenden Tod als vielmehr auf das Sterben. Und in dieser Hinsicht erschien es den beteiligten Ärzten sinnvoll, die Diagnose Krebs nicht in den Vordergrund zu rücken, denn – wie Mackenzie es an anderer Stelle ausdrückte – die Krebsdiagnose „was something much worse than a mere

---

<sup>59</sup> Von dieser Übereinkunft berichtete nur Mackenzie. Von Schrötter gab an, man habe die Öffentlichkeit schrittweise „auf die Schwere der Situation“ vorbereiten wollen. Vgl. Mackenzie, *Fatal Illness*, S. 73 und Schrötter, *Bericht*, S. 44.

<sup>60</sup> Mackenzie, *Fatal Illness*, S. 73. Kaiser Wilhelm I. hatte die Krebsdiagnose vermutlich veröffentlichen lassen, weil er auf diese Weise andeuten wollte, dass er seinen Enkel Wilhelm als seinen wahrscheinlichen Nachfolger sah – eine Tatsache, die er kurz zuvor mit der vor Friedrich Wilhelm zunächst geheim gehaltenen Ernennung Wilhelms zu seinem Stellvertreter deutlich gemacht hatte, vgl. Müller, *99-Tage-Kaiser*, S. 275.

<sup>61</sup> So am 20.04.1888 und schließlich erneut am 10.06.1888, vgl. Mackenzie, *Fatal Illness*, S. 158 und S. 172. Dass Friedrich diese Hinweise sehr gut verstand, ohne dass er Mackenzie gegenüber direkt von seinem Sterben redete, zeigt etwa die Tatsache, dass das Kronprinzenpaar im Mai und Juni 1888 vertrauliche Papiere zu Victorias Mutter nach England bringen ließ, wo sie bereits im Juli 1887 anlässlich ihrer Englandreise drei mit Dokumenten gefüllte Truhen deponiert hatten, vgl. Müller, *99-Tage-Kaiser*, S. 312.

sentence of death“. Sie bedeutete „that he [Friedrich] was doomed only too surely to a lingering agony worse than death“.<sup>62</sup>

Hinter dieser Einschätzung stand die klare Einsicht Mackenzies, dass er nicht viel in der Hand hatte, um seinem Patienten das Sterben an Krebs zu erleichtern. Zwar konnten die Ärzte des ausgehenden 19. Jahrhunderts etwas gegen das drohende Erstickten im Fall des Kehlkopfkrebsses tun, denn viele Chirurgen beherrschten die Technik des Luftröhrenschnittes. Aber die zur Beatmung benutzten Silber- oder Aluminiumkanülen waren nicht flexibel. Oft traten deshalb Komplikationen auf. So gab es auch bei Friedrich nach dem Luftröhrenschnitt im Februar 1887 kaum noch einen Tag, an dem er nicht unter Blutungen, Eiter und Schleimbildung in der Luftröhre oder um die Wunde herum zu leiden hatte. Die regelmäßig notwendigen Kanülenwechsel, von denen die Presse in dürren Worten berichtete, müssen sehr unangenehm und schmerzhaft gewesen sein.<sup>63</sup> Gegen die Tumorschmerzen verfügten die Ärzte zwar über Morphin und Opium. Mackenzie selbst hatte in seinem bereits erwähnten Handbuch empfohlen, den an Kehlkopfkrebs Erkrankten ein oder zwei Mal täglich ein mit Morphin gemischtes Puder auf den Kehlkopf zu applizieren.<sup>64</sup> Ein entsprechendes Puder kam bei Friedrich vermutlich bereits seit Mai 1887 zum Einsatz.<sup>65</sup> Allerdings konnten auch Morphin und Opium die Tumorschmerzen nicht immer unter Kontrolle bringen. Zudem gab es unter Medizinern und Theologen dieser Zeit eine heftige Auseinandersetzung darüber, ob und in welchem Umfang der Einsatz dieser Schmerzmittel ethisch vertretbar sei. Denn einerseits konnten insbesondere bei Krebspatienten die Schmerzen, wenn überhaupt, oft nur durch so hohe Dosen betäubt werden, dass die Patienten nicht mehr bei (vollem) Bewusstsein waren, andererseits fürchteten die Ärzte,

---

<sup>62</sup> Mackenzie, *Fatal Illness*, S. 66.

<sup>63</sup> Zum Beispiel hieß es in der *Illustrierten Zeitung* mit Datum vom 10. Juni 1888 lapidar: „Es fand an diesem Tage ein Canülenwechsel statt.“ Vgl. Anonym, Hofnachrichten, in: *Illustrierte Zeitung* 2346 (10. Juni 1888), S. 616.

<sup>64</sup> Mackenzie, *A Manual*, S. 250.

<sup>65</sup> Gerhardt berichtete, dass erstmals am 23. Mai 1887 ein „Pulver aus Morphin, Wismuth, Catechu und Zucker eingeblasen“ wurde. Aufgrund der Zusammensetzung ist zu vermuten, dass dieses Pulver nicht nur schmerzstillend, sondern auch heilend wirken sollte, vgl. Gerhardt, Bericht, S. 11. Friedrich notierte Behandlungen mit einem Pulver am 9. Juli 1887, 1. August 1887, 13. August 1887, 18. August 1887, 30. August 1887, 19. September 1887, 24. September 1887, 30. September 1887, 4. Oktober 1887, 5. Oktober 1887, 7. Oktober 1887, 8. Oktober 1887, 24. Oktober 1887, 8. März 1888 (Pulver diente der Blutstillung), in: Baumgart, *Tagebücher*, S. 542-552, 562. In allen diesen Einträgen ist davon die Rede, dass einer der Ärzte „pustete“, der Eintrag vom 19. September 1887 (S. 547) besagt eindeutig, dass das eingepustete Pulver der Schmerzstillung diene. Die möglicherweise wechselnde Zusammensetzung des Pulvers wurde allerdings nicht genauer benannt.

dass ihre Patienten morphium- oder opiumsüchtig würden.<sup>66</sup> Beides war im Blick auf den Kronprinzen kaum zu rechtfertigen, wollte er nicht auf den Thron verzichten. So waren dem Einsatz von Schmerzmitteln in seinem Fall enge Grenzen gesetzt. Dass also die letzten Lebensmonate Friedrichs von starken Schmerzen, ständigen unangenehmen Komplikationen und zunehmender Schwäche beherrscht werden würden, war für jeden Mediziner vorauszusehen. Die Berichte all jener, die ihm während dieser Zeit persönlich begegneten, lassen keinen Zweifel daran, dass die letzten Wochen Friedrichs tatsächlich quälend und schmerzvoll waren.<sup>67</sup>

Die Vision eines solchen Sterbens wollten Mackenzie und die anderen Ärzte mit ihrer begrifflich ausweichenden Diagnosemitteilung so lange wie möglich von Friedrich fernhalten. Auch Mackenzies Agieren im Frühjahr 1888 ist zumindest teilweise durch diese Absicht zu erklären: Indem er die Diagnose in Perichondritis abwandelte, bedeutete er Friedrich, dass er sterben müsse, denn diese Knorpelerkrankung des Kehlkopfes endete in dieser Zeit fast immer tödlich. Aber er bot ihm eine Alternative zur Krebsdiagnose vom November 1887, eine Alternative, die ebenfalls seine Beschwerden erklären konnte, die aber nicht die „Last“ der Krebsdiagnose trug, auf eine schmerzvolle, langwährende Agonie vorauszuweisen. Auch Virchow vermied es vermutlich aus diesem Grund, in seinem Gutachten von Ende Januar 1888 die Diagnose eindeutig zu benennen.<sup>68</sup> Ob Friedrich an die alternative Diagnose glaubte oder sie nur aus politischen Gründen oder aus „Rücksicht“ auf die Erwartungen von Familie und Arzt übernahm, ist mangels entsprechender Dokumente nicht zu klären.<sup>69</sup> Friedrichs Frau Victoria wusste allerdings Bescheid, denn sie war von Mackenzie über das von Waldeyer am 3. März 1888 angefertigte pathologische Gutachten informiert worden.<sup>70</sup> Ob sie diese Information an Friedrich weitergab, ist nicht überliefert.

---

<sup>66</sup> Nur eine Minderheit von Ärzten, so etwa der Berliner Arzt Albert Moll, verteidigte den großzügigen Einsatz von Morphium und Opium mit dem Argument, dass ohne diese Schmerzmittel der unheilbar Kranke und Sterbende durch seinen „lebhaften Schmerz“ so in Anspruch genommen sei, „dass ihm das Bewusstsein für die Umgebung, ein Urteil über die Welt abgeht“. Vgl. Albert Moll, *Ärztliche Ethik. Die Pflichten des Arztes in allen Beziehungen seiner Thätigkeit*, Stuttgart 1902, S. 130. Vgl. dazu auch: Bourke, *Story of Pain*, S. 285-287.

<sup>67</sup> Vgl. die detaillierte Darstellung bei: Freund, *Drama*, S. 291-393.

<sup>68</sup> So kommentierte Mackenzie rückblickend Virchows zweites Gutachten vom 9. Juni 1887 mit den Worten: „It must be borne in mind that Virchow, knowing that his report would come under the eyes of the patient, was naturally anxious to make it as favourable as he could consistently with truth.“, vgl. Mackenzie, *Fatal Illness*, S. 34.

<sup>69</sup> Während die Krebsdiagnose es wahrscheinlich machte, dass Friedrich bald körperlich kaum noch in der Lage sein würde, die Regierungsgeschäfte zu führen, war die Prognose bei Perichondritis ungewisser. Insofern diente sie gegenüber der Öffentlichkeit vermutlich dazu, Friedrichs auch in Zukunft zu erwartende Handlungsfähigkeit zu bekräftigen.

<sup>70</sup> Wolf, *Die Krankheit*, S. 33f.

Mackenzie berichtete im Rückblick, dass Friedrich ihn nach der Perichondritis-Diagnose nicht mehr nach der Art seiner Krankheit gefragt und nur noch über seine Symptome und deren mögliche Linderung gesprochen habe. Mackenzie interpretierte dies als eine Art stillschweigende beiderseitige Übereinkunft darüber, über Krebs nicht mehr zu sprechen, auch wenn er vermutete, dass Friedrich durch Indiskretion sehr wohl davon wusste, dass er eigentlich an Krebs litt. Er schrieb dazu:

„What the Emperor’s own inmost thoughts were as to his condition and prospects I am quite unable to say. [...] It may be that he hoped against hope, but he never spoke either of his hopes or fears to me. It must be remembered too that the Emperor had had far greater opportunities of hearing the truth – or what was supposed to be the truth – about his condition than fall to the lot of ordinary patients.“<sup>71</sup>

Das Schweigen über Hoffnungen und Ängste verlieh Friedrich in der Darstellung Mackenzies einen Zug würdevoller Männlichkeit und diene dementsprechend ohne Zweifel auch der bereits erwähnten Verteidigung Friedrichs. Doch es ging hier nicht nur um männlich definierte Verhaltenserwartungen, sondern auch darum, was aus Sicht Mackenzies und vieler anderer Ärzte in einer solchen Situation hilfreich sein konnte. Zu den wenigen „Hilfsmitteln“ gehörte zweifellos die Hoffnung, ob nun als Hoffnung auf Heilung oder als Hoffnung auf ein einigermaßen erträgliches Ende. Insofern war die „Hoffnung gegen alle Hoffnung“ ein Gefühl, auf das Ärzte zählten und das sie nicht zerstören wollten. Möglich wurde diese Hoffnung erst in einem Raum, der durch Mackenzies ausweichende Auskunft geschaffen worden war – ein Raum allerdings, der Friedrich nun wie ein Vakuum umgab und ihn in gewisser Weise dazu nötigte, über bestimmte persönliche Gefühle seinem Arzt gegenüber zu schweigen. Möglicherweise erlebte Friedrich das als eine ihm aufgenötigte Form der emotionalen Isolation, die er mit Rücksicht auf seine Umgebung und deren Erwartungen nicht zu durchbrechen wagte. Nicht weniger wahrscheinlich ist es jedoch, dass er dieser Form der „Gefühlsstabilisierung“ aus innerer Überzeugung heraus zustimmte und das Nicht-Reden über seine Ängste und Hoffnungen als eine bewusste Abkehr von dieser grundsätzlichen Frage für sich gestaltete, so dass er nun im Gespräch mit seinem Arzt seine konkreten Beschwerden so weit wie möglich lindern lassen und sich auf seine „Lebensaufgabe“ konzentrieren konnte.

---

<sup>71</sup> Mackenzie, *Fatal Illness*, S. 185f.

In Friedrichs Tagebuch, in dem er oft dem Ärger über seine Zurücksetzung durch seinen Vater Wilhelm Ausdruck gab und viele medizinische Maßnahmen notierte, findet sich nur an einer Stelle eine kurze Notiz, die Aufschluss über seine Gefühle angesichts seiner Krankheit gibt, das heißt, auch hier gab er seinen Gefühlen angesichts von Krankheit und Tod nur wenig Raum. Mit der erwähnten Ausnahme: Als er am 4. November 1887 nach einem Sommer und Herbst, in dem die Hoffnung auf Genesung hochgehalten worden war, von seinem Arzt erfuhr, dass dieser wegen der Kehlkopfgeschwulst so in Sorge war, dass er Mackenzie telegrafisch herbeigerufen hatte, vertraute Friedrich seinem Tagebuch an: „Mithin bin ich wohl so weit wie Ende Mai [...] Ich bin sehr niedergeschlagen, zumal noch vor 8 Tagen alle Umgebungen die Stimme so sehr gekräftigt fanden – was ich freilich niemals wahrgenommen hatte.“<sup>72</sup>

Als er dann wenige Tage später erfuhr, dass alle Ärzte Krebs oder „etwas Verwandtes“ vermuteten, beschrieb er die Situation in seinem Tagebuch zwar einigermaßen detailliert, übergang seine eigenen Gefühle dagegen mit Schweigen, während er die Reaktion seiner Frau mit den Worten festhielt: „Frauchen bewundernswürdig wie immer, in ihrer Fassung u. ihrem Muth.“<sup>73</sup> Diese wenigen Worte entsprechen dem, was auch verschiedene Vertraute und Beobachter des Kronprinzenpaares in Briefen und Erinnerungen über diese Zeit berichteten. Danach beteuerten sowohl Friedrich als auch seine Frau anderen ebenso wie sich selbst gegenüber, dass es noch Hoffnung gab, und unterstrichen alles, was auf Heilung hindeuten konnte.<sup>74</sup> Auch wenn Victoria spätestens seit März 1888 eindeutig über die Krebsdiagnose informiert war, bekräftigte sie in Briefen an ihre Mutter, dass ihr Mann an Perichondritis und nicht an Krebs litt.<sup>75</sup> Viele Beobachter vermuteten, dass sie selbst an ihre eigenen Beteuerungen glaubte.<sup>76</sup> In jedem Fall trat sie depressiven Stimmungen und Verzweiflungsgefühlen ihres Mannes,

<sup>72</sup> Baumgart, Tagebücher, S. 554 (04.11.1887).

<sup>73</sup> Baumgart, Tagebücher, S. 555 (11.11.1887).

<sup>74</sup> So etwa der Bericht Anton von Werners über seine Begegnung mit der Kronprinzenfamilie in San Remo, vgl. ders., *Erlebnisse*, S. 502. Auch in einem Brief, den Friedrich am 17. November 1887 an Ernst Curtius schrieb, berichtete er nur davon, dass seine Genesung durch „eine peinliche Störung“ aufgehalten worden sei, vgl. den Abdruck des Briefes in: Ernst Curtius, *Ein Lebensbild in Briefen*, hg. von Friedrich Curtius, Berlin 1903, S. 675f. Ähnlich: Margaretha von Poschinger, *Kaiser Friedrich*. In neuer quellenmäßiger Darstellung, Bd. 3, Berlin 1899, S. 432f.

<sup>75</sup> Wolf, *Die Krankheit*, S. 94. Erst wenige Tage vor Friedrichs Tod sprach Victoria in Briefen an ihre Mutter davon, nur noch wenig Hoffnung zu haben, vgl. Ponsonby, *Briefe*, S. 329f. (Brief vom 12. Juni 1888).

<sup>76</sup> Heinrich Otto Meisner (Hg.), *Aus dem Briefwechsel des Generalfeldmarschalls Alfred Grafen von Waldersee*, Bd. 1: *Die Berliner Jahre 1886-1891*, Stuttgart/Berlin/Leipzig 1928, S. 152. Vgl. auch den Tagebucheintrag von Lucius von Ballhausen über eine Audienz bei Victoria: *Stoedten, Bismarck-Erinnerungen*, S. 453f. (18.05.1888).



die dieser hin und wieder durchblicken ließ, entschieden entgegen.<sup>77</sup> Ob sie ihrem Mann, der diese ihre Haltung zumindest in seinem Tagebuch als „bewundernswürdig“ bezeichnet hatte, so half, über Gefühle der Verzweiflung hinwegzukommen und Hoffnung zu bewahren, oder ob er diese Gefühle nur aus Rücksicht ihr gegenüber und im Bemühen um die von ihm erwartete männlich-würdevolle Haltung verbarg, lässt sich nicht mit letzter Gewissheit klären. Seine Zeitgenossen allerdings zeigten sich überzeugt, dass Haltung und hoffnungsvoller Mut Gefühlshaltungen waren, zu denen man sich entschließen konnte und die dann tatsächlich „echt“ und innerlich vorhanden waren.<sup>78</sup>

Viele dieser Überlegungen und Details drangen (zunächst) nicht an die Öffentlichkeit. Anderes dagegen schon: Dass Friedrichs Ärzte über die Diagnose immer wieder uneins waren, dass im November 1887 die Krankheit offen und amtlich als „böartige Neubildung“ bezeichnet wurde, diese Diagnose im Januar 1888 jedoch wieder in „chronische Entzündung und Perichondritis“ abgewandelt wurde, blieb wochenlang Thema in allen deutschsprachigen Zeitungen.<sup>79</sup> Zwar wurde die Uneinigkeit der Ärzte überwiegend als Konsequenz aus ihrer Zugehörigkeit zu den verschiedenen, miteinander zerstrittenen Lagern im Kaiserhaus gedeutet. Aber dass es überhaupt möglich war, dass eine Riege der angesehensten medizinischen Spezialisten über Monate hinweg unterschiedliche Diagnosen aufrechterhalten konnte, eine Krebserkrankung also möglicherweise nicht eindeutig frühzeitig zu diagnostizieren war, wurde in der Causa Friedrich in beunruhigender Weise offenbar. Denn noch bis wenige Tage vor Friedrichs Tod konnte man in verschiedenen deutschsprachigen Zeitungen lesen, dass sich die

---

<sup>77</sup> Der Schriftsteller Gustav Freytag schrieb bereits im Sommer 1887 an seine Frau, dass Friedrich kaum „Lebensmut“ mehr zeige. Alfred von Waldersee, der bei Hof ein- und ausging und 1888 von Wilhelm II. zum Chef des Generalstabs ernannt wurde, vermerkte ebenfalls „Depressionszustände“. In einem Brief an Mary Ponsonby, eine Hofdame der Queen Victoria, beschrieb Victoria Friedrich während ihres gemeinsamen Aufenthaltes in Venedig im Oktober 1887 als „depressed, impatient and fidgety“. Vgl. Gustav Freytag, Briefe an seine Gattin, 3. und 4. Auflage, Berlin 1912, S. 120 (Brief vom 17. Mai 1887) und S. 125 (dort das Zitat; Brief vom 27. Mai 1887); Waldersee, Briefwechsel, S. 86 und Mary Ponsonby, A Memoir, Some Letters and a Journal, hg. von Magdalen Ponsonby, London 1927, S. 258. Siehe auch Wolf, Die Krankheit, S. 88f.

<sup>78</sup> Anton von Werner schrieb darüber: „Denn ihr fester Glaube und ihre unerschütterliche Zuversicht haben, wo doch nichts mehr zu retten war, ihr und dem heißgeliebten Gatten wenigstens verzweiflungsvolle Stunden erspart, deren Qual gar nicht auszudenken wäre.“ Vgl. ders., Erlebnisse, S. 526. Anna von Helmholtz schrieb in einem Brief vom 19. November 1887: „Die Frau Kronprinzessin hat so viel Energie, daß sie Alle aufrecht erhält.“ Vgl. dies., Ein Lebensbild in Briefen, hg. von Ellen von Siemens-Helmholtz, Bd. 1, Berlin 1929, S. 310.

<sup>79</sup> Zur Zeitungsberichterstattung vgl. auch Wolf, Die Krankheit, S. 104-115.

Ärzte nicht sicher seien, ob neben der Perichondritis auch eine Krebserkrankung vorliege; andere meldeten, dass Krebs sicher nicht vorhanden sei.<sup>80</sup>

Auch die Frage der „Wahrhaftigkeit“ in Sachen Krebsdiagnose wurde noch zu Lebzeiten Friedrichs zum öffentlichen Thema. Denn insbesondere die politischen Gegner Friedrichs waren überzeugt davon, dass dieser von einem von Mackenzie und Victoria verantworteten „Vertuschungssystem“ über seinen Zustand getäuscht würde, so dass die „deutschen“ Ärzte nicht die notwendigen medizinischen Maßnahmen hätten ergreifen können.<sup>81</sup> Auch wenn die angenommene Täuschung hier politisch instrumentalisiert wurde, gelangte die Frage, ob die Krebsdiagnose dem betroffenen Patienten mitgeteilt werden sollte, damit auf die Agenda einer intensiv geführten öffentlichen Debatte.<sup>82</sup> Viele Ärzte berichteten, dass die Erkrankung des Kronprinzen ein großes medizinisches Interesse der Bevölkerung an der Krebskrankheit geweckt habe. Eine Reihe von Bildungs- und Wohltätigkeitsvereinen reagierte darauf mit der Organisation von Veranstaltungen, auf denen Ärzte die Anatomie des Kehlkopfes ebenso wie die möglichen Krebstherapien ausführlich erläuterten.<sup>83</sup> Einzelne Ärzte berichteten auch darüber, dass Patienten die Krankengeschichte Friedrichs als Argument anführten, um ihre Skepsis gegenüber einer vom Arzt angeratenen Operation zu rechtfertigen.<sup>84</sup>

Die nachträglich publizierten Rechenschaftsberichte vertieften diese Diskussionen. Zwar wurden sie aller Wahrscheinlichkeit nur vom gebildeten Publikum im Original gelesen, die breite Diskussion in der Medienöffentlichkeit trug aber die Debatten in alle gesellschaftlichen Schichten des Deutschen Reiches. Zentral war hier einerseits die Frage nach der (Un)Sicherheit des medizinischen Wissens, andererseits die medizinethische Frage nach der Wahrhaftigkeit gegenüber dem Krebskranken. Einige Zeitungen wie etwa die nationalliberale *Heidelberger Zeitung* verteidigten

<sup>80</sup> Die *Weser-Zeitung* meldete zum Beispiel unter Berufung auf die *Volkszeitung*, dass alle Ärzte die Ansicht, dass Friedrich Krebs habe, aufgegeben hätten, vgl. Anonym, Über das Befinden des Kaisers, in: *Weser-Zeitung* 14894 (04.06.1888). Vgl. dazu auch: Wolf, *Die Krankheit*, S. 114.

<sup>81</sup> Anonym, Die neuesten Nachrichten über den Zustand des deutschen Kronprinzen, in: *Schwäbischer Merkur* 268 (12.11.1887), S. 1961f.

<sup>82</sup> Zur über die Zeitungsberichterstattung hinausgehenden öffentlichen Debatte im Deutschen Reich vgl. Wolf, *Die Krankheit*, S. 115-149.

<sup>83</sup> Wolf, *Die Krankheit*, S. 116f.

<sup>84</sup> Max Schaeffer, Larynxcarcinom, in: *Deutsche Medicinische Wochenschrift* 16, 28 (1890), S. 608-610 und Bernhard Fraenkel, Die intralaryngeale Behandlung des Kehlkopfkrebsses, in: *Archiv für Laryngologie und Rhinologie* 6 (1897), S. 361-374, hier S. 364. Fraenkel gab an, der betreffende Patient sei ein Schneidermeister aus Kyritz gewesen; Schaeffer macht keine Angaben zu Beruf oder sozialer Zugehörigkeit seines Patienten.

Mackenzie in dieser Frage mit dem Argument, Friedrich habe Hoffnung bewahren können, weil er die Krebsdiagnose nicht kannte. Mackenzie habe ihm also durch seinen Irrtum oder die bewusste Fehlinformation einen Dienst erwiesen.<sup>85</sup> Der Historiker Heinrich von Treitschke bediente sich dagegen älterer nationalistischer Stereotype, indem er die Haltung der Ärzte als Ausdruck des jeweiligen Nationalcharakters interpretierte: hier der „deutsche“ Wille zur „Wahrheit ohne Menschenfurcht“, dort die „unerhörte Verlogenheit“ des englischen Arztes.<sup>86</sup>

Trotz des nationalistischen Furors, der diese Debatte zu weiten Teilen überlagerte, konnte jeder, der sich ein wenig genauer in die Schriften der Gegner vertiefte, herauslesen, dass beide Seiten ihre jeweilige Wahrheit dem Hauptbetroffenen, dem Kronprinzen Friedrich, nicht von Anfang bis Ende ohne Umschweife und Furcht mitteilten. So enthüllt die Krankengeschichte Friedrichs ein kompliziertes Regelwerk des verschleierns Redens über Krebs, das unterschiedliche Zwecke erfüllen konnte. Dem Kranken gegenüber vermieden es alle Ärzte, eindeutig Krebs als Diagnose zu benennen. Auch als es um die Wahl der Therapie ging, wurde dem Kranken nicht mitgeteilt, um welche Krankheit es ging – denn die Ärzte hielten es nicht für nötig, möglicherweise sogar für nachteilig, den Patienten Friedrich in die Abwägung mit einzubeziehen oder auch nur um seine Einwilligung zu bitten. Dieses durch die Möglichkeit der Narkose noch erweiterte paternalistische Rollenverständnis der Ärzte wurde allerdings nicht von allen geteilt: Während seine Frau dies zu akzeptieren geneigt war, stellten sich Bismarck und Kaiser Wilhelm dagegen. Was auch immer für weitere persönliche oder politische Beweggründe für dieses Veto im Spiel gewesen sein mögen: Als Argument diente der Verweis auf die politische und damit, wenn man so will, berufliche Verantwortung Friedrichs. Dazu traten vermutlich Vorstellungen soldatischer, todesmutiger Männlichkeit, die als Rollenerwartung an Friedrich herangetragen wurden.

Die Angehörigen dagegen wurden von den Ärzten einbezogen und zwar, ohne dass deutliche Geschlechtsunterschiede gemacht worden wären. Mit dem Hinweis, dass sich Krebs entwickeln könnte, hatten die Ärzte die Angst vor Krebs benutzt, um die

---

<sup>85</sup> Anonym, Zu Kaiser Friedrichs Heimgang, in: Heidelberger Zeitung 140 (18.06.1888), S. 1. Vgl. dazu auch Wolf, Die Krankheit, S. 126.

<sup>86</sup> Heinrich von Treitschke, Zwei Kaiser, in: ders., Deutsche Kämpfe. Neue Folge. Schriften zur Tagespolitik, Leipzig 1896, S. 369-384, hier S. 381.

von ihnen bereits entschiedene therapeutische Maßnahme durchzusetzen. Im Blick auf den aktuellen Zustand des Kranken hatten die Ärzte die Krankheit jedoch den Angehörigen gegenüber nicht als Krebs benannt, sondern mehrdeutige Begriffe gebraucht. Ähnliche rhetorische Strategien benutzten sie, als später der Kranke selbst direkt nach Krebs fragte: Ohne die Krebserkrankung rundweg zu leugnen, wichen sie aus oder betonten wider besseres Wissen die Unvorhersehbarkeit des Krankheitsverlaufs. Das Wort „Krebs“ und andere, der Medizinersprache entlehnte Synonyme wie „bösartige Neubildung“ blieben tabu. Dieses Tabu verfügte allerdings über eine paradoxe kommunikative Struktur. Denn die Ärzte waren überzeugt, dass der Patient dennoch begriff, dass sie ihm auf diese Weise mitteilten, dass er an Krebs litt. Indem sie aber der Krankheit ihren Namen verweigerten, sollte ihr sprachlich der Status einer unbestreitbaren Tatsache entzogen werden. Hinter dieser Strategie stand ein bestimmtes Bild vom Menschen: das eines Wesens, dessen Angewiesenheit auf die Lebenshoffnung so groß war, dass es wider den eigenen Verstand und das eigene Wissen hoffen konnte und wollte, sofern dem Wissen die letzte Gewissheit fehlte, so dass die Hoffnung den kleinen Zweifel groß machen konnte. Solange der Patient sprachlich innerhalb dieser paradoxen Tabustruktur blieb, konnte er mit seinem Arzt und seinen Angehörigen über viele Empfindungen sprechen. Diese Struktur zu verlassen, stieß jedoch auf heftigen Widerstand seitens der Ärzte, denn viele teilten die Angst, die ihr Standeskollege Carl Haerberlin noch dreißig Jahre später in klaren Worten formulierte: „er [der Arzt] könnte töten, wenn er die Hoffnung tötet.“<sup>87</sup>

Indem Teile dieses Regelwerks mit der Diskussion um Krankheit und Tod Friedrichs III. aus der medizinisch-theologischen Fachöffentlichkeit in die „Laien“-Öffentlichkeit gelangten, verlor dieses paradoxe Krebstabu im Prinzip seine Grundlage, denn von einer stillschweigenden Übereinkunft konnte nun nicht länger die Rede sein.<sup>88</sup>

<sup>87</sup> Carl Haerberlin, *Vom Beruf des Arztes*, 2. neu durchgesehene Auflage, München 1925, S. 108.

<sup>88</sup> Der hier verwandte Tabubegriff orientiert sich an einem soziologischen beziehungsweise linguistischen Verständnis des verbalen Tabus. Danach legt ein verbales Tabu fest, worüber nicht oder nur in einer bestimmten „etikettierten“ Form gesprochen werden soll. Anders als ein Verbot wird das Tabu weder an irgendeiner Stelle ausformuliert noch folgen der Übertretung des Tabus vorgeschriebene Sanktionen. Dementsprechend wird es stärker affektiv aufgeladen als das Verbot. Vgl. zum Tabubegriff: Hartmut Schröder, *Tabu*, in: Alois Wierlacher/Andrea Bogner (Hg.), *Handbuch Interkulturelle Germanistik*, Stuttgart/Weimar 2003, S. 307-315. Andrea Przyrembel hat nicht nur die Geschichte des Begriffs aufgearbeitet, sondern auch die Bedeutung des Tabus sowie der Diskussion von Tabus in der Geschichte der Hygienebewegung – mithin also zu genau der Zeit, in der dieses Kapitel ansetzt. Aus Sicht Przyrembels ist das Tabu an dieser Stelle ebenfalls stark mit bestimmten, oft nicht ausdrücklich benannten Emotionen verknüpft, vgl. dies., *Verbote und*

#### **4.2 Diskussionen um die Patienteneinwilligung und die Frage der Diagnoseaufklärung: Ansätze einer Neukonzeption von Angst und Hoffnung um 1900**

Vor diesem Hintergrund mag es erstaunen, dass sich zunächst einmal wenig änderte. Allerdings war ja, wie der Fall Friedrich enthüllt, das Wissen des Patienten um diese Form des Verschleierns, seine Fähigkeit, die Botschaft zu dechiffrieren und dennoch zu hoffen, integraler Bestandteil der zeitgenössischen Praxis des Krebstabus. Insofern stellte die öffentliche Diskussion über das Verschweigen, die Wahrheit und die Hoffnung diese Form des Krebstabus nicht grundsätzlich in Frage.

Eine viel grundsätzlichere Infragestellung bahnte sich dagegen durch eine Diskussion an, die auch in der Krankengeschichte Friedrichs eine Rolle gespielt hatte: die Diskussion über die Frage, ob der Arzt für die von ihm für notwendig erachteten medizinischen Maßnahmen die Einwilligung des Patienten einholen musste. Bei dieser Frage, die seit etwa 1890 immer öfter den Gerichten zur Entscheidung vorgelegt wurde, ging es in der Regel um zwei unterschiedliche Situationen in der Begegnung von Arzt und Patient. Zum einen drehte es sich wie bei Friedrich darum, inwiefern Ärzte operieren durften, ohne dass ihre Patienten dem grundsätzlich zugestimmt oder aber über den möglichen Umfang des operativen Eingriffs aufgeklärt worden waren. Zum anderen stand die Frage zur Diskussion, ob im Krankenhaus Patienten ohne deren Einverständnis oder gar Wissen für Experimente „benutzt“ werden durften, die zwar dem medizinischen Fortschritt dienten und damit auf die Allgemeinheit bezogen einen erhofften therapeutischen Nutzen hatten, nicht aber im Hinblick auf den betreffenden Patienten.

In beiden Situationen waren Ärzte in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts vielfach ohne Einwilligung und Information ihrer Patienten vorgegangen, ohne dass dieses Vorgehen auf einen öffentlichen Protest ihrer Standeskollegen gestoßen wäre. Beide Praktiken waren in gewisser Weise verknüpft mit dem, was man gemeinhin zu den Errungenschaften der „modernen“ Medizin zählt: Denn die Operation ohne Zustimmung war – wie bereits erwähnt – erst durch die Äther- oder Chloroformnarkose möglich geworden. Die nicht-therapeutischen Menschenexperimente standen dagegen oft im Zusammenhang mit den Annahmen der Bakteriologie und dienten dazu zu überprüfen, auf welchem Weg und ob überhaupt bestimmte Krankheiten übertragen

---

Geheimnisse. Das Tabu und die Genese der europäischen Moderne, Frankfurt/New York 2011, S. 271-298.

wurden sowie ob diese Übertragung durch Impfseren vermieden werden könnte.<sup>89</sup> Zudem fand das nicht-therapeutische Menschenexperiment in der Regel in Krankenhäusern statt, deren Zahl seit den 1870er Jahren deutlich gestiegen war.

In beiden Fällen sahen sich die Ärzte im Dienste der Heilung agieren, im ersten Fall mit Blick auf den Patienten, im zweiten in Hinsicht auf die Menschheit und dem ihr dienenden medizinischen Fortschritt. Wie im jeweiligen Fall vorzugehen war, mussten sie nach ihrem eigenen paternalistischen Rollenverständnis allein aufgrund ihres Wissens und Könnens entscheiden – das heißt, dass sie im ersten Fall entschieden, wie mit dem Körper des Patienten zu dessen eigenen Besten zu verfahren sei, während sie im zweiten Fall entschieden, wie mit dem Körper des Patienten zum allgemeinen Besten zu verfahren sei. Dass beide Umgangsweisen also keinesfalls gleichzusetzen waren, liegt auf der Hand, denn im Falle des Humanexperiments wurde das allgemeine Beste vom Arzt höher bewertet als das Beste des ihm anvertrauten Patienten (und öfter noch der Patientin), die Person von Patient oder Patientin damit also zu einer Art experimentellem „Ding“ gemacht.<sup>90</sup> Das traf nicht zufällig regelmäßig solche Menschen, deren Heilung aus moralischen Gründen nicht viel galt oder deren Heilung als aussichtslos angesehen wurde: Experimente wurden darum fast ausschließlich an Prostituierten oder Unterschichtsfrauen mit „zweifelhaftem“ Leumund, an Heimkindern oder aber an „Unheilbaren“ und Sterbenden durchgeführt.<sup>91</sup>

Trotz dieser unbestreitbaren Differenzen wurden beide Entscheidungssituationen zeitgleich ab etwa 1890 zum Thema medizinrechtlicher und -ethischer Diskussionen und wurden des Öfteren in den gleichen Schriften verhandelt. Denn beide Fälle einte die Grundsatzfrage: Durften und sollten Ärzte aufgrund ihres Wissens und Könnens allein entscheiden, was mit den Körpern ihrer Patienten zu deren eigenen oder dem allgemeinen Besten zu geschehen hatte? Waren sie zu diesem Zweck berechtigt,

<sup>89</sup> Vgl. zu den Syphilisexperimenten, bei denen der Dermatologe Albert Neisser im späten 19. Jahrhundert Prostituierte mit einem aus dem Blut von Syphilis-Patienten gewonnenen zellfreien Serum infizierte, um herauszufinden, ob dieses Serum die Krankheit übertragen könne: Katja Sabisch, *Das Weib als Versuchsperson: medizinische Menschenexperimente im 19. Jahrhundert am Beispiel der Syphilisforschung*, Bielefeld 2007. Zur Diskussion um die Zulässigkeit solcher Experimente vgl. Barbara Elkeles, *Der moralische Diskurs über das medizinische Menschenexperiment im 19. Jahrhundert*, Stuttgart/Jena/New York 1996 sowie dies., *Wissenschaft, Medizinethik und gesellschaftliches Umfeld: Die Diskussion um den Heilversuch um 1900*, in: Andreas Frewer/Josef N. Neumann (Hg.), *Medizingeschichte und Medizinethik. Kontroversen und Begründungsansätze 1900-1950*, Frankfurt a.M. 2001, S. 21-43.

<sup>90</sup> Diese „Verdinglichung“ des weiblichen Körpers im Rahmen von medizinischen Experimenten steht im Mittelpunkt von Katja Sabischs Studie, vgl. dies., *Das Weib als Versuchsperson*.

<sup>91</sup> Zu der Praxis, medizinische Versuche an „Unheilbaren“ oder Sterbenden durchzuführen, vgl. auch Kapitel 5.

den Patienten Informationen über deren Krankheit sowie über Ausmaß und Gefahren geplanter Eingriffe vorzuenthalten? Wie diese Fragen beantwortet wurden, hing nicht zuletzt damit zusammen, welche Rolle in diesem Zusammenhang den Gefühlen Angst und Hoffnung zugemessen wurde?

Dass diese Diskussion mehr oder weniger im Anschluss an den Tod Friedrichs III. aufflammte, erscheint zunächst als zeitliche Koinzidenz. Denn an dieser Stelle liefen ältere Entwicklungslinien zusammen, für die die hier dargestellte Krankengeschichte Friedrichs eher Symptom denn Auslöser war. Fachintern waren dies die bereits erwähnten technisch-therapeutischen Neuerungen, die Erfolge der Bakteriologie, die das Selbstbewusstsein der Ärzte ebenso wie ihr Ansehen als Spezialisten stärkten, sowie institutionelle Entwicklungen, zu denen die zunehmende Professionalisierung der Ärzte, der Neu- und Ausbau von Krankenhäusern und die Einführung der gesetzlichen Krankenversicherung seit den 1880er Jahren zählen. Diese Entwicklungen sorgten dafür, dass sich die bestehende paternalistische Haltung vieler Ärzte noch stärker ausprägte und vorher bestehende Aushandlungsprozesse zwischen Arzt und Patient zurückgedrängt wurden, umso mehr als in den neu gebauten Krankenhäusern eine immer größere Zahl von nun krankenversicherten Unterschichtsangehörigen behandelt wurde, denen nicht einmal ein rudimentäres medizinisches Verständnis zuge-  
traut wurde.<sup>92</sup>

Dem entgegen stand allerdings eine andere innermedizinische Entwicklung: Die Ärzte des 18. und frühen 19. Jahrhunderts hatten ihre Praxis, Patienten nicht oder nicht umfassend über deren Krankheit, eine bevorstehende Operation oder ihr näher rückendes Sterben aufzuklären, nicht nur mit dem Hinweis auf ihr überlegenes medizinisches Fachwissen gerechtfertigt. Grundlage ihrer Haltung war auch ihr Verständnis davon, welche Wirkung Gefühle haben konnten. So mahnte Christoph Martin Hufeland, hoch angesehener Naturheilkundler und zeitweilig Leibarzt der Familie des preußischen Königs Friedrich Wilhelm III., seine Kollegen in seinem medizinischen Vermächtnis von 1836/1837 mit folgenden Worten zur Täuschung:

„Ist es nicht entschieden, daß Furcht, besonders des Todes, Angst und Schrecken die gefährlichsten Gifte sind und die Lebenskraft unmittelbar lähmen, Hoffnung und Muth hingegen die größten Belebungsmittel, die oft alle Arzneien an Kraft übertreffen, ja ohne welche selbst die besten Mittel ihre Kraft verlieren? Der Arzt muß sich also vor allen Dingen angelegen sein lassen, Hoffnung und Muth beim Kranken zu erhalten, lieber die Sache leicht machen,

---

<sup>92</sup> Noack, Eingriffe, S. 19f.

alle Gefahr verbergen ... Den Tod verkündigen, heißt den Tod geben, und das kann, das darf nie ein Geschäft dessen sein, der bloß da ist, um Leben zu verbreiten.“<sup>93</sup>

Nicht nur Vitalisten wie Hufeland, die eine spezifische Lebenskraft ins Zentrum menschlicher Existenz stellten, waren im frühen 19. Jahrhundert überzeugt davon, dass Gefühle wie Angst oder Hoffnung unmittelbar auf den Körper wirkten und damit buchstäblich töten konnten. Diese Überzeugung war ein starkes Argument gegen die „Wahrheit“ am Krankenbett und die schonungslose Gefahrenaufklärung vor Operationen.<sup>94</sup> Allerdings war diese Auffassung mit der Zellulärpathologie und Bakteriologie in Frage gestellt und von vielen „modernen“ Ärzten ad acta gelegt worden.<sup>95</sup> Denn wenn Zellen und Bakterien als „Agenten“ von Krankheit unter dem Mikroskop studiert werden konnten – dort, wo menschliche Gefühle keinen Platz fanden – so konnte die Wirkung von Gefühlen im körperlichen Krankheitsgeschehen nur gering oder vorübergehend sein. Insofern war den Ärzten des späten 19. Jahrhunderts ein wichtiges Argument für die noch von Hufeland empfohlene Praxis des „schonenden Betrügens“ abhandengekommen und tatsächlich gab es Ärzte, die daraus Konsequenzen ziehen wollten. In diesem Sinne bekräftigte etwa der schottische Gynäkologe James Matthews Duncan, Mitglied des Londoner *College of Physicians*, vor Kollegen:

„It had been said that a knowledge of the truth will accelerate the progress of a cancer of the liver. I do not believe it. It is said that a knowledge of the truth has an injurious effect on the progress of many diseases. I do not believe it. [...] I am among those who believe that the truth communicated to an inquiring doubting patient has a decidedly beneficial therapeutic effect, at least in the majority of cases.“<sup>96</sup>

Der Zweifel, der vielen Ärzten zuvor als Garant der Hoffnung erschienen war, wurde von Duncan nun also als schädlicher dargestellt als es die Zerstörung der Hoffnung durch die Gewissheit sein konnte. Tatsächlich blieb ein so dezidiertes ärztliches Plädoyer gegen den hoffnungsvollen Zweifel und für die eindeutige Gewissheit vorerst

<sup>93</sup> Christoph Martin Hufeland, *Enchiridion medicum oder Anleitung zur medicinischen Praxis: Vermächtniß einer fünfzigjährigen Erfahrung*, Herisau 1837, S. 502.

<sup>94</sup> Vgl. dazu auch Nolte, *Telling the Painful Truth*, S. 116-120.

<sup>95</sup> Hitzer, *Gefühle heilen*, S. 127-134.

<sup>96</sup> James Matthews Duncan, *Concerning Medical Education. An Address Delivered at the Opening of the Session of the Abernethian Society, October 14th, 1886*, London 1886, S. 16f., zitiert nach Oswald Browne, *On the Care of the Dying. A Lecture to Nurses*, London 1894, S. 23. Vgl. dazu auch Michael Stolberg, der ebenfalls auf Matthews Duncan verweist: *Stolberg, Geschichte der Palliativmedizin*, S. 178-185.



eine Ausnahme – in Großbritannien, aber auch und vor allem im Deutschen Reich, wo keine einzige vergleichbar deutliche Stellungnahme in schriftlicher Form zu finden ist.

Erste öffentliche Kritik an der mangelnden Aufklärung und ausbleibenden Frage nach der Einwilligung von Patientinnen und Patienten wurde denn auch von medizinischen Laien vorgebracht, in erster Linie von Juristen.<sup>97</sup> Grundlage dieser Kritik war die Rechtsauffassung, dass dem bürgerlichen Subjekt über seinen Körper ebenso wie über seine sonstigen Güter das Entscheidungsrecht zugestanden werden müsse.<sup>98</sup> Dieses Argument lässt eine gewisse Verbindung zur Krankengeschichte Friedrichs sichtbar werden. Zwar argumentierte Bismarck in seinen publizierten Erinnerungen nicht mit der Autonomie des bürgerlichen Subjekts, als er von seiner Forderung berichtete, Friedrich in die Entscheidung über die Operation einzubeziehen. Aber es stand für ihn das Argument der politischen und hausväterlichen Verantwortung im Vordergrund. Diese Verantwortung konnte es erforderlich machen, dass der kranke

---

<sup>97</sup> Auch einige wenige Schriftsteller formulierten in ihren Werken zu dieser Zeit Kritik an der ärztlichen Täuschung. Eine der eindrucklichsten Anklagen findet sich in Tolstois Novelle „Der Tod des Iwan Iljitsch“ (geschrieben 1886, veröffentlicht 1892), die allerdings erst 1913 ins Deutsche übersetzt wurde. In dieser Novelle ließ Tolstoi den auktorialen Erzähler feststellen: „Die größte Qual für Iwan Iljitsch war die Lüge, jene von allen sanktionierte Lüge, die ihm weismachen wollte, er sei bloß krank und vom Sterben sei keine Rede [...] Und diese Lüge quälte ihn, es quälte ihn, daß keiner aus seiner Umgebung ihm bekennen wollte, was alle und er selbst wußten, daß sie im Gegenteil angesichts einer entsetzlichen Lage ihn belogen und ihn selbst dazu zwangen, sich an dieser Lüge zu beteiligen.“ Leo Tolstoi, *Der Tod des Iwan Iljitsch*, in: ders., *Gesammelte Werke. Die Erzählungen*, Köln 2016, S. 410-483, hier S. 460f. Auch Arthur Schnitzler setzte sich in seiner 1892 veröffentlichten Novelle „Sterben“ damit auseinander, ob ein Mensch über seinen nahenden Tod Bescheid wissen sollte. Das Bild, das seine Novelle zeichnete, ist jedoch keineswegs so eindeutig wie die Worte von Tolstois Iwan Iljitsch. Denn der in Schnitzlers Novelle an einer ungenannten Krankheit (vermutlich Schwindsucht) langsam sterbende Protagonist Felix wird von seinem Arzt und Freund Alfred über die Unheilbarkeit seiner Krankheit zunächst getäuscht. Felix ahnt den Betrug, da er um die „Pflicht“ weiß, „ihm die Komödie vorzuspielen, welche eben gegenüber Schwerkranken seit jeher mit wechselndem Glück gespielt wird“. Aus diesem Grund sucht er einen Medizinprofessor auf, der ihm nach langem Drängen und dem Hinweis auf Felix' bevorstehende Verheiratung sagt, dass er nur noch ein Jahr zu leben habe. Obwohl Felix diese Information zunächst ruhig und mit einer gewissen Erleichterung zur Kenntnis nimmt, wird sein Leben von da an beherrscht von der Angst vor dem Tod. Auch in der Beziehung zu seiner Geliebten Marie führt das gemeinsame Wissen über Felix' nahenden Tod nur kurzfristig zu einem Gefühl großer Nähe. Sehr bald beginnen beide sehr ambivalente Gefühle zu entwickeln, die sie voreinander verbergen. Während Felix' Gefühle zwischen Liebe und Hass auf die gesunde Marie schwanken, empfindet sie einerseits Trauer und Liebe, andererseits Angst vor dem oft abweisenden und ihr unheimlich erscheinenden Felix sowie schließlich ein Gefühl des Ersticktwerdens. Kurz vor seinem Tod versucht Felix Marie zu erwürgen, damit sie ihn nicht überlebt. Sie kann sich befreien und er stirbt wenige Augenblicke später ganz allein. – Anders als in Tolstois Novelle, in der nur die Lüge, nicht aber das Wirken der „Wahrheit“ beschrieben wird, erscheint in der Novelle Schnitzlers die Mitteilung der „Wahrheit“ durch den „Professor“ als unerträgliche Bürde. Das Wissen über seinen bevorstehenden Tod „trennt“ Felix von den Lebenden, führt bei ihm zu Gefühlen von Hass und Isolation. Vgl. Arthur Schnitzler, *Sterben*, 11. und 12. Auflage, Berlin: Fischer.

<sup>98</sup> Noack, *Eingriffe*, S. 21.

Mensch als Gefühlsmensch nicht geschont werden konnte, sondern eine Entscheidung über sich als verantwortliches Subjekt zu treffen hatte.

Aber es gibt noch eine andere, weniger sichtbare Verbindungslinie zwischen der von Juristen formulierten Kritik und der Krankengeschichte Friedrichs. Die erste eingehende deutschsprachige kasuistische Erörterung der Einwilligungsfrage legte der Strafrechtler Lassa Oppenheim bei seiner 1891 an der Universität Basel gehaltenen Antrittsvorlesung vor.<sup>99</sup> Hinter seiner Themenwahl stand moralische Empörung über einen Fall, der kurz zuvor publik geworden war und in dessen Mittelpunkt die Berliner Chirurgen Eugen von Hahn und Ernst von Bergmann standen – und damit also eine der zentralen Figuren der Causa Friedrich. Beiden, Hahn und Bergmann, hatte der Regierungsassessor Dr. Leidig in einem offenen Brief an die *Nationalzeitung* vorgeworfen, ihnen anvertrauten Patienten Teile von Krebsgeschwülsten auf gesunde Haut transplantiert zu haben, um herauszufinden, ob das Krebsgewebe anwachsen und weiter wuchern würde.<sup>100</sup> Nachdem die Presse bereits zuvor ausgiebig und voller Empörung über ähnliche „chirurgische Verbrechen“ in Frankreich berichtet hatte, war der Schock groß, dass im Deutschen Reich vergleichbare Verfehlungen möglich sein sollten.<sup>101</sup> Der Berliner Magistrat reagierte sofort und bat zunächst Eugen von Hahn, auf Intervention des preußischen Kultusministeriums auch Ernst von Bergmann, um eine Stellungnahme zu den Vorfällen.<sup>102</sup>

Wie Bergmann in seiner an das Ministerium gerichteten Erklärung vom 14. Juli 1891 darlegte, hatte er die in Rede stehenden Versuche bereits in den frühen 1870er Jahren an der chirurgischen Klinik in Dorpat (heute: Tartu, Estland) durchgeführt, an die er 1871 als Professor der Chirurgie berufen worden war.<sup>103</sup> Hätte Bergmann diese mehr als ein Jahrzehnt alten Versuche nicht erneut auf dem *Kongress der deutschen Chirurgen* im April 1889 präsentiert, wäre wohl Eugen von Hahn 1891 allein ins Kreuzfeuer der öffentlichen Kritik geraten. Aber es gab für Bergmann einen äußerst

<sup>99</sup> Lassa Francis Lawrence Oppenheim, *Das ärztliche Recht zu körperlichen Eingriffen an Kranken und Gesunden*, Basel 1892.

<sup>100</sup> Eugen Leidig, Brief von Dr. Eugen Leidig an die Redaktion, in: *Nationalzeitung* (05.07.1891). GStA PK I. HA Rep. 76 VIII B Nr. 3846, Bl. 16.

<sup>101</sup> So etwa die Artikel: Anonym, Ein chirurgisches Verbrechen, in: *Nationalzeitung* (01.07.1891) und Medizinisches Verbrechen, in: *Das Rhein-Journal*, 06.07.1891. GStA PK I. HA Rep. 76 VIII B Nr. 3846, Bl. 3f.

<sup>102</sup> Brief des Magistrat hiesiger Königl. Haupt- & Residenzstadt an den Minister des geistlichen Unterrichts & Medizinalangelegenheiten vom 13. Juli 1891. GStA PK I. HA Rep. 76 VIII B Nr. 3846, Bl. 17.

<sup>103</sup> GStA PK I. HA Rep. 76 VIII B Nr. 3846, Bl. 18-29.

wichtigen Grund, seine Versuchsergebnisse genau zu diesem Zeitpunkt in Erinnerung zu rufen: Sein Ziel war es, alle Zweifel an seinen therapeutischen Empfehlungen im Fall des Kronprinzen und Kaisers Friedrich III. aus dem Weg zu räumen. Denn wenn der Krebs – wie er mit seinen Versuchen beweisen zu können meinte – zunächst eine lokale Krankheit war, so war die frühzeitige Operation das einzig richtige Mittel zur Heilung. Wenn aber, wie einzelne Kritiker ihm entgegenhielten, Krebs zunächst eine allgemeine Erkrankung war, auf deren Boden sich erst später der Tumor entwickelte, war die Operation therapeutisch sinnlos, möglicherweise sogar schädlich. In Bergmanns Augen war die in seinen Versuchen gezeigte Tatsache, dass ein operativ entfernter Krebsknoten an anderer, „gesunder“ Stelle wieder anwuchs und dort zu wuchern begann, ein eindeutiger Beweis dafür, dass der Primärtumor den Beginn der Krebserkrankung darstellte.

Gegenüber dem Vorwurf, er habe mit seinen Versuchen „die Grenze des ärztlichen Berufs und der ärztlichen Gewalt über die Patienten“ überschritten, rechtfertigte sich Bergmann mit einer ganzen Reihe von Argumenten:<sup>104</sup> Zunächst erklärte er, dass alle von ihm einbezogenen Patienten bereits an Metastasen litten und deshalb nur noch kurze Zeit zu leben hatten, also in jedem Fall an ihrer Krebserkrankung bald gestorben wären. Darum – so behauptete er – hätten die zusätzlichen Krebsgeschwülste ihr Leben nicht verkürzt. Zudem sei der Eingriff für sie vollkommen schmerzlos gewesen, da er ihnen Krebsknoten entfernt hätte, die aufgrund ihrer Lage etwa in den Achselhöhlen besonders schmerzhaft gewesen seien und die er dann während derselben Operation an eine unempfindliche Stelle (die Vorderseite des Oberschenkels) transplantiert hätte. Insofern seien den Patienten durch diese Versuche Schmerzen gelindert und nicht verursacht worden. Deshalb sei sein Vorgehen „ein Werk der Humanität“ gewesen, überdies auch weil auf diese Weise das ohnehin verlorene Leben der sterbenden Krebskranken der Forschung einen Erkenntnisgewinn verschafft und damit zukünftigen Patienten bessere Heilungschancen hätten eröffnet werden können. So hätten manche Patienten den Versuchen „freudig“ zugestimmt.<sup>105</sup> Allerdings hielt Bergmann die Frage der Einwilligung sowieso für irrelevant, wie er in seinem Schreiben mit ausführte:<sup>106</sup>

---

<sup>104</sup> Diesen Vorwurf äußerte Leidig in einem Brief an die Redaktion der *Nationalzeitung*, den diese veröffentlichte: Leidig, Brief GStA PK I. HA Rep. 76, VIII B Nr. 3846, Bl. 16.

<sup>105</sup> GStA PK I. HA Rep. 76 VIII B Nr. 3846, Bl. 23 RS.

<sup>106</sup> Bergmann hatte seine Patienten aber nicht um schriftliche Einwilligungen gebeten (was zu diesem Zeitpunkt unüblich war), insofern ließe sich seine Angabe, die im Sterben liegenden Patienten hätten eingewilligt, nicht überprüfen.

„Auch an der Einwilligung der Patienten zu dem Versuche hat es nicht gefehlt, obgleich ich darauf kein Gewicht lege, denn mit solchen Patienten kann der Arzt, der für sie sorgt und ihnen die Wohlthat einer schmerzstillenden Behandlung, einer Bettung und mit allen Hilfsmitteln unserer Zeit ausgestatteten Verpflegung zu Theil werden läßt, alles machen, was er will.“<sup>107</sup>

Dieser Passus gibt den Blick frei auf die Begegnung zwischen einem Medizinprofessor einerseits und den mehrheitlich wenig begüterten Patienten in den Krankensälen des späten 19. Jahrhunderts andererseits. In dieser Situation stand die ärztliche Macht in Form von Wissen, Ansehen, Hilfsversprechen und der Verfügungsgewalt über materielle Güter gegen die existentielle Angewiesenheit, die Statusunterlegenheit und die körperliche, schmerzgequälte Schwäche von kranken Menschen. Die Geringschätzung Bergmanns gegenüber dem Wert der Einwilligung von Patienten war damit einerseits Ausdruck einer realistischen Einschätzung dieser Situation, die keinen angemessenen Rahmen abgab für eine selbstbestimmte Entscheidung auf Seiten des Patienten. Andererseits zeigen diese Sätze aber auch den Willen Bergmanns, dieses Machtgefälle in dem von ihm für richtig gehaltenen Sinn zu nutzen, und geben seiner Herabsetzung des freien Willens „solcher Patienten“ deutlich Ausdruck. Genau an dieser Haltung nahm der vermutlich juristisch vorgebildete Berichterstatter im Kultusministerium Anstoß, denn dies ist die einzige Passage in Bergmanns zwölfseitigem handschriftlichen Brief, die er am Rand mit einem dicken Fragezeichen versah.

Der Baseler Strafrechtsprofessor Lassa Oppenheim kannte diese Stellungnahme Bergmanns nicht, denn sie wurde nicht veröffentlicht. Bergmann hatte in seiner Stellungnahme explizit darum gebeten, die Sache auf sich beruhen zu lassen und ihn nicht öffentlich zu verteidigen, da er annahm, dass die Diskussion auf diese Weise schneller in Vergessenheit geraten würde. Für Oppenheim jedoch waren die 1891 publik gewordenen Versuche Bergmanns und Hahns der Anlass, sich eingehender damit auseinanderzusetzen, wie ärztliche Eingriffe gleich welcher Art juristisch zu benennen, zu regeln und zu begrenzen waren.<sup>108</sup> Im Ergebnis kam er zu der Auffassung, dass ärztliche Eingriffe bis auf wenige Ausnahmen eine Körperverletzung oder Nötigung darstellten, wenn sie nicht durch die ausdrückliche Einwilligung des Patienten legitimiert worden waren.<sup>109</sup>

<sup>107</sup> GStA PK I. HA Rep. 76 VIII B Nr. 3846, Bl. 24 VS.

<sup>108</sup> Noack, Eingriffe, S. 23.

<sup>109</sup> Zu den von Oppenheim genannten Maßnahmen zählte die Rettung aus unmittelbarer Lebensgefahr, zu der der Arzt – etwa im Falle eines Selbstmordversuchs – auch gegen den ausdrücklichen Willen des betroffenen Menschen berechtigt sei. Davon abgesehen hielt Oppenheim fest: „Niemand

Dieser Auffassung folgte 1894 auch das Reichsgericht, als es erstmals über eine Klage gegen einen Chirurgen zu entscheiden hatte, der gegen den ausdrücklichen Willen eines Vaters dessen Tochter den Fuß amputiert hatte, um – letztlich erfolgreich – eine Knochentuberkulose zu heilen. Dieses Urteil, nach dem Ort des Geschehens „Hamburger Fall“ genannt, steckte bis in die Weimarer Republik in groben Zügen den rechtlichen Rahmen in der Einwilligungsfra ge ab. Tatsächlich wurden allerdings nur wenige Ärzte auf dieser Grundlage verurteilt – so wie auch im „Hamburger Fall“ selbst, in dem der Arzt vom Landgericht, an das das Reichsgericht den Fall zurücküberwiesen hatte, mit der Begründung freigesprochen wurde, es habe sich um eine Not-Operation gehandelt und darum sei der Arzt berechtigt gewesen, ohne Einwilligung und sogar gegen den Willen des Vaters zu amputieren.<sup>110</sup> Eine Mehrzahl von Ärzten nahm an dem Reichsgericht-Urteil vor allem deshalb Anstoß, weil hier der ärztliche Eingriff als Körperverletzung qualifiziert worden war. Aber auch unter Rechtstheoretikern blieb das Urteil umstritten. Fraglich erschien vielen insbesondere, ob der Patient nicht bereits mit dem Gang in die Klinik oder Praxis sein Einverständnis in jegliche, vom Arzt für notwendig gehaltene Maßnahmen dokumentiert hatte, so dass sein ausdrückliches Einverständnis zu einzelnen Eingriffen überflüssig sei.<sup>111</sup>

Einwilligung und Aufklärung waren nicht zwangsläufig miteinander verknüpft. Auch denjenigen Ärzten und Juristen, die eine ausdrückliche Einwilligung für notwendig erachteten, erschien es legitim, den Patienten nur in groben Zügen über die geplante Operation aufzuklären, so wie es ein Reichsgerichtsurteil 1912 präziserte:

„Eine umfassende Belehrung des Arztes, den Kranken über alle möglichen nachteiligen Folgen der Operation aufzuklären, würde nicht selten sogar falsch sein, sei es, daß der Kranke dadurch abgeschreckt wird, sich der Operation zu unterwerfen, obwohl sie trotz der damit verbundenen Gefahren geboten oder doch zweckmäßig ist, sei es, daß der Kranke durch die Vorstellung der mit der Operation verbundenen Gefahren in Angst und Erregung versetzt und so der günstige Verlauf der Operation und der Heilung gefährdet wird.“<sup>112</sup>

---

braucht sich, wenn er volljährig und geistesgesund ist, Eingriffen zwecks Heilung gegen seinen Willen zu unterziehen. Gegen den Willen eines Patienten vorgenommene ärztliche Eingriffe an ihm stellen sich, wenn nicht als Körperverletzung, so doch als strafbare Nötigung dar.“ Vgl. ders., Das ärztliche Recht, S. 21.

<sup>110</sup> Eine detaillierte historische Aufarbeitung des Falles sowie eine Einordnung der Prozessbeteiligten bietet Noack, Eingriffe, S. 26-37.

<sup>111</sup> Zu den Details der Rechtsdiskussion bis in die Weimarer Republik vgl. Noack, Eingriffe, S. 17-147 und Elkeles, Die schweigsame Welt.

<sup>112</sup> III. Zivilsenat, Urt. v. 1. März 1912 III. 231/11, 1. Ist der Arzt verpflichtet, den Kranken auf die nachteiligen Folgen aufmerksam zu machen, die möglicherweise bei einer beabsichtigten Operation

Auch die Aufklärung über die Diagnose war in den Augen vieler Zeitgenossen nicht Voraussetzung für eine Einwilligung, da es nicht darum ging zu beurteilen, ob die vom Arzt vorgeschlagene Maßnahme medizinisch sinnvoll war, sondern darum, ob der Patient die Folgen der Operation am eigenen Körper hinzunehmen bereit waren.

Dennoch setzte die Diskussion um die Einwilligung die Praxis des „schonenden Betrügens“ im Falle einer Krebserkrankung unter einen höheren Rechtfertigungsdruck. Denn mit der Rechtsidee, dass Patienten in irgendeiner Form ein Mitspracherecht in der Frage der Behandlung ihres Körpers haben sollten, zeigte sich ein erster Riss in der vorher oft „schweigsamen Welt von Arzt und Patient“, die der Arzt und Jurist Jay Katz 1984 rückblickend als inhuman beschrieb.<sup>113</sup> Und zwar nicht nur rechtstheoretisch und medizinethisch, sondern auch ganz konkret: Denn wenn Ärzte eine schriftliche Einwilligung des Patienten einforderten oder erbateten, lag die Frage nach dem „Warum?“ der Behandlung näher als zuvor und konnte zum Argument für oder wider die erforderliche Einwilligung werden. Zudem relativierte die Idee der vorherigen ausdrücklichen Einwilligung die Annahme, dass *jede* Andeutung von zukünftiger Gefährdung des Körpers zu unterlassen sei, um Angst oder Hoffnungslosigkeit, die den Körper potentiell schädigen könnten, zu vermeiden. Diesem Gedanken wurde zwar in der medizinischen Forschung kaum mehr Gewicht beigemessen, in der medizinischen Praxis und im Medizinrecht wurde er aber durchaus noch für plausibel gehalten, wie das zitierte Urteil von 1912 zeigt.

Dass diese Argumente auf Skepsis stießen, lässt sich daran ablesen, dass sich Ärzte in Zeitungsartikeln, Fachaufsätzen und Ärzteratgebern immer häufiger wortreich mit der Frage auseinandersetzten, ob und unter welchen Umständen ein „Recht des Kranken auf Wahrheit“ bestehe.<sup>114</sup> Den Ärzten des 19. Jahrhunderts war das Verschleiern „infauster“ Diagnosen und Prognosen dagegen vor dem Hintergrund der Annahme, dass Hoffnungslosigkeit tatsächlich töten könne, so wenig fraglich erschienen, dass sie darüber selten mehr Worte als der zuvor zitierte Christoph Martin Hufeland verloren hatten. Denn zu dieser Zeit wurde die Praxis des Verschleierns allein von

---

entstehen können? 2. Zur Frage der Beweislast beim Eintritte schädlicher Folgen einer Operation, in: Entscheidungen des Reichsgerichtes in Zivilsachen 78 (1912), S. 432-436, hier S. 434.

<sup>113</sup> Jay Katz, *The Silent World of Doctor and Patient*, Baltimore/London 1984. Dass Katz in seinem Bemühen um eine historisch fundierte Anklage dieser Praxis diese Welt in mancher Hinsicht noch schweigsamer darstellte, als sie es war, sollte aus dem Vorgegangenen deutlich geworden sein. Ähnlich argumentiert auch Nolte, *Zeitalter des ärztlichen Paternalismus*, S. 82-84.

<sup>114</sup> So der Titel eines Zeitungsartikels: Albert Moll, *Das Recht des Kranken auf Wahrheit*, in: Berliner Tageblatt und Handels-Zeitung 45, 272 (28.05.1916), 2. Beiblatt.

den Kirchen infrage gestellt, die das bewusst erlebte und kirchlich begleitete Sterben als Chance zur Buße und Glaubensfestigung verstanden. Diese widerstreitenden Auffassungen über die Notwendigkeit eines bewusst erlebten Sterbens führten in dieser Zeit immer wieder zu Konflikten zwischen Ärzten und konfessionellen Pflegerinnen oder Krankenschwestern, die allerdings aus Sicht der Ärzte keine grundsätzliche Infragestellung ihrer Position mit sich brachten.<sup>115</sup> Nach der Jahrhundertwende formulierten dagegen auch Ärzte (fach-)öffentlich Bedenken gegenüber dem aus unrealistischen Hoffnungen gewebten Schleier, der die Krebskrankheit und den nahenden Tod zuvor oft vor den Blicken der Patienten verborgen hatte.

### **4.3 *Hoffnung gegen Hoffnung: Aporien des Verschweigens in der „modernen“ Krebsbehandlung***

Gleich zu Beginn des 20. Jahrhunderts erschien eine der für viele Jahre ausführlichsten deutschsprachigen Auseinandersetzungen mit der Frage nach Zulässigkeit oder Verwerflichkeit ärztlicher Täuschung. Es handelt sich um die 1902 publizierte, 650 Seiten starke „Ärztliche Ethik“ des Berliner Arztes, Psychiaters und Sexualwissenschaftlers Albert Moll (1862-1939).<sup>116</sup> Auch für Moll war die Empörung über Experimente am kranken Menschen der Auslöser, um die „Pflichten des Arztes in allen Beziehungen seiner Thätigkeit“ – so der Untertitel – auf eine neue ethische Grundlage zu stellen: Denn aus Sicht Molls war es im späten 19. Jahrhundert im Zeichen der „modernen“ naturwissenschaftlichen Medizin zu einer beunruhigenden Verschiebung der moralischen Gefühle und Begriffe von Ärzten und Forschern gekommen. Diese ließen sich zwar wortreich über die ärztliche Moral aus, meinten damit aber die Pflichten eines Arztes gegenüber seinen Standeskollegen und dem Berufsstand im Allgemeinen, so wie sie etwa vor den 1899 neu eingerichteten ärztlichen

---

<sup>115</sup> Nolte, *Telling the Painful Truth*, S. 122-128.

<sup>116</sup> Vgl. dazu und zum Entstehungskontext: Andreas-Holger Maehle, „God’s Ethicist“: Albert Moll and His Medical Ethics in Theory and Practice, in: *Medical History* 56, 2 (2012), S. 217-236 und Andreas-Holger Maehle, Zwischen medizinischem Paternalismus und Patientenautonomie: Albert Molls „Ärztliche Ethik“ (1902) im historischen Kontext, in: Andreas Frewer/Josef N. Neumann (Hg.), *Medizingeschichte und Medizinethik. Kontroversen und Begründungsansätze 1900-1950*, Frankfurt/New York 2001, S. 44-56. Eine öffentlich sichtbare Rolle spielte Moll vor allem als Gutachter in der sogenannten Harden-Eulenberg-Affäre. Molls Gutachten im Revisionsprozess war es zu verdanken, dass Kuno von Moltke, enger Vertrauter Wilhelms II., vom Vorwurf der Homosexualität gerichtlich freigesprochen wurde – ein Vorwurf, den Maximilian Harden öffentlich gegen ihn erhoben und der in einem ersten Prozess durch ein Gutachten von Magnus Hirschfeld bestätigt worden war. Vgl. dazu: Norman Domeier, *Der Eulenburg-Skandal. Eine politische Kulturgeschichte des Kaiserreichs*, Frankfurt a.M./New York 2010.

Ehrengerichten in Preußen und Sachsen verhandelt wurden.<sup>117</sup> Diese Diskussion wurde aus Molls Sicht zu Unrecht unter dem Rubrum „ärztliche Ethik“ geführt, da sie sich eigentlich nur um „Etikettefragen“ drehte. Besonders beklagte er aber, dass sich nur wenige Ärzte ähnlich engagiert zum eigentlichen Kernbereich ärztlicher Ethik, dem Umgang mit Patienten, äußerten. Dieses Desinteresse erschien ihm besonders bedenklich in einer Zeit, in der Patienten nur zu leicht wie „Versuchskaninchen“ behandelt würden, wie er auf der Grundlage von sechshundert Fach-Veröffentlichungen über an Menschen durchgeführte ärztliche Versuche feststellte, die er als Ausgangspunkt für seine „Ärztliche Ethik“ gesammelt hatte.<sup>118</sup> Diese Versuche waren in seinen Augen nicht nur Entgleisungen, bei denen die sonst feststehende „Grenze zwischen Mensch und Tier [...] verwischt“ worden war, sondern sie verlangten eine grundlegende Neubestimmung des Verhältnisses von Arzt und Patient, die eine solche Grenzverwischung unmöglich machen würde.<sup>119</sup>

Dies war der Grund, warum Moll das Arzt-Patienten-Verhältnis als Vertragsverhältnis fasste, in dem der Patient zum Klienten wurde, der mit einer bestimmten festgelegten Zweckbestimmung die Beziehung zum Arzt initiierte, dessen Pflichten sich aus den je unterschiedlichen Zweckbestimmungen des Vertrages ergaben.<sup>120</sup> Moll unterschied drei Rollen, die der Arzt in dieser Vertragsbeziehung spielen konnte: die des Gutachters, die des Behandlers sowie die des Haus- und Familienarztes.<sup>121</sup> Aus diesen Rollen, die der Klient-Patient mit seinen Fragen und Erwartungen an den Arzt festlegte, ergaben sich für den Arzt unterschiedliche Pflichten und Zwecke.

---

<sup>117</sup> Barbara Rabi, *Ärztliche Ethik – Eine Frage der Ehre? Die Prozesse und Urteile der ärztlichen Ehrengerichte in Preußen und Sachsen 1918–1933*, Frankfurt a.M. 2002 und ders., Professional Ethics and Discipline: The Prussian Medical Courts of Honour, 1899–1920, in: *Medizinhistorisches Journal* 34, 3/4 (1999), S. 309–338.

<sup>118</sup> Moll, *Ärztliche Ethik*, S. 5f.

<sup>119</sup> Moll, *Ärztliche Ethik*, S. 504. Moll spielte damit auch auf die Debatten um die sogenannte Vivisektion an – Experimente, bei denen Tiere bei lebendigem Leibe aufgeschnitten oder seziert wurden, um deren Reflexe oder Lebensfunktionen besser zu verstehen. In dieser Debatte stand auch die Frage zur Diskussion, ob Tiere fühlen können und inwiefern diese Annahme die Grenze zwischen Mensch oder Tier aufhebe oder durchlässig mache, vgl. dazu u.a. Pascal Eitler, „Weil sie fühlen, was wir fühlen“: Menschen, Tiere und die Genealogie der Emotionen im 19. Jahrhundert, in: *Historische Anthropologie* 19, 2 (2011), S. 211–228.

<sup>120</sup> Dieser Vertragsbeziehung zwischen Arzt und Klient widmete Moll ein separates Kapitel seiner *Ethik*, S. 33–183.

<sup>121</sup> Moll, *Ärztliche Ethik*, S. 124.



Diese Zweckbestimmungen hatten nach Moll unmittelbare Auswirkungen darauf, ob und in welchem Maße das „relativ unmoralische Mittel“ der Täuschung zulässig war.<sup>122</sup> Suchte der Klient-Patient den Arzt auf, um von ihm als „Sachverständige[m] ein Gutachten über den Gesundheitszustand“ zu bekommen, so hatte der Arzt nach Ansicht Molls im Grundsatz die Pflicht, das Gutachten wahrheitsgemäß zu erstatten, auch wenn es für den Arzt „ein äusserst schmerzhaftes [Gefühl] ist, wenn er einem Patienten zu sagen hat, er leide an einer lebensgefährlichen Krankheit“.<sup>123</sup> Moll nannte drei Gründe, die den Patienten dazu motivieren konnten, den Arzt als Gutachter zu befragen: Erstens benötigte der Patient dieses Wissen möglicherweise, um über berufliche oder familiäre Angelegenheiten zu entscheiden, etwa um ein Testament aufzusetzen, die Versorgung der Familie zu regeln oder um über seine berufliche Nachfolge zu bestimmen. Zweitens war es möglich, dass sich der „Klient“ in einer seiner Religion gemäßen Weise auf das Sterben vorbereiten wollte. Und drittens konnte der Klient vom Arzt ein Gutachten darüber einfordern, ob eine bestimmte Therapie angemessen und aussichtsreich sei – und dazu war aus Sicht Molls eine konkrete Auskunft über die vorliegende Krankheit unverzichtbar.

In allen drei Fällen war der Arzt als Gutachter verpflichtet, dem Klient-Patienten wahrheitsgemäß die Auskunft zur Verfügung zu stellen, die diesem die ihm jeweils wichtige Entscheidung erlaubte, denn: „Des Patienten Sache, nicht die des Arztes ist es, alle Umstände gegeneinander abzuwägen.“<sup>124</sup> Um dem Klienten-Patienten dennoch einen „Hoffnungsschimmer“ zu lassen, empfahl Moll, die Auskunft in „schonender Weise“ und in dem Bewusstsein zu geben, „dass alles Wissen und Voraussagen nur eine bedingte Gültigkeit hat“.<sup>125</sup> Daneben schlug er vor, die erwünschte Auskunft nicht dem Patienten direkt zu geben, sondern einer dritten Person, in der Regel einem Angehörigen, der dann allerdings die Information wahrheitsgemäß an den Patienten weitergeben sollte. Auch auf diese Weise konnte nach Molls Ansicht die Hoffnung ein Stück weit bewahrt werden, da die Mitteilung der Unheilbarkeit „aus dem Munde des Arztes einen weit ernsteren Einfluss auf die Gemütsverfassung ausüben muss, als aus dem Munde eines Laien“.<sup>126</sup> Nur wenn der Arzt guten Grund zur Annahme hatte, dass der Patient aufgrund der wahrheitsgemäßen Auskunft Selbstmord verüben würde,

---

<sup>122</sup> Moll, *Ärztliche Ethik*, S. 219.

<sup>123</sup> Moll, *Ärztliche Ethik*, S. 121, S. 123 und S. 213.

<sup>124</sup> Moll, *Ärztliche Ethik*, S. 215.

<sup>125</sup> Moll, *Ärztliche Ethik*, S. 212f.

<sup>126</sup> Moll, *Ärztliche Ethik*, S. 125.

durfte er als Gutachter zum Mittel der Täuschung greifen. Diesen Fall wollte Moll allerdings explizit als Ausnahme verstanden wissen, deren Begründung entweder in der besonders schrecklichen Diagnose (Moll nannte das Beispiel der progressiven „Gehirnerweichung“) oder in der Persönlichkeit von Patientin oder Patient liegen konnte, nicht aber automatisch aus der Unheilbarkeit oder Tödlichkeit der diagnostizierten Krankheit folgte.<sup>127</sup>

Wesentlich für dieses Plädoyer, nur in extremen Ausnahmefällen zu täuschen, waren einerseits Molls moralische Überzeugungen.<sup>128</sup> Andererseits spielte hier auch Molls Einschätzung der menschlichen Fähigkeit und Entschlossenheit zur Hoffnung eine wesentliche Rolle. Diese hielt er aufgrund seiner Erfahrungen als Arzt für ausgesprochen groß, robust und schwer zerstörbar, so dass er fast lapidar feststellte: „Im allgemeinen braucht man es mit der ‚letzten Hoffnung‘ nicht so ernst zu nehmen. Nach dem ‚letzten Versuch‘ machen die Patienten gewöhnlich noch mehrere allerletzte, wie die tägliche Erfahrung lehrt.“<sup>129</sup>

Wurde der Arzt jedoch vom Klienten-Patienten als Behandler aufgesucht, sah Moll einen größeren Spielraum für die Täuschung. Die entscheidende Rolle spielte auch bei diesen Abwägungen die Macht der Hoffnung, weniger dagegen die potentiell tödliche Gewalt der Hoffnungslosigkeit, die von „älteren“ Ärzten wie Hufeland oft ins Feld geführt worden war. Denn Moll, der als Psychiater auch Spezialist für Hypnoseverfahren war, zeigte sich überzeugt davon, dass der Glaube an die Heilbarkeit einer Krankheitserscheinung sowie die Hoffnung auf eine bestimmte Therapie unter Umständen bereits Heilung bewirken oder bei tatsächlich unheilbaren Krankheiten zumindest eine Besserung der Symptome herbeiführen konnten.<sup>130</sup> Insofern erschien ihm die

<sup>127</sup> Moll, *Ärztliche Ethik*, S. 214.

<sup>128</sup> Er grenzte sich zwar mit seinen Überlegungen von der etwa von Kant erhobenen Forderung unbedingter Wahrhaftigkeit ab, hielt Täuschung aber dennoch für ein im Grundsatz unmoralisches Mittel. Vgl. zu Kants Position v.a. ders., *Über ein vermeintes Recht aus Menschenliebe zu lügen*, in ders., *Werke in zwölf Bänden*. Bd. 8: *Schriften zur Ethik und Religionsphilosophie 2*, Frankfurt am Main 1977. Kant definierte darin eine unbedingte Pflicht zur Wahrheit, weil die Lüge bzw. das Recht, unter bestimmten Bedingungen zu lügen, das Vertrauen auf Wahrhaftigkeit als Grundlage der Gesellschaft zerstören würde. Diese Position Kants wurde von vielen seiner Zeitgenossen, aber auch von vielen späteren Philosophen bis heute als moralischer Rigorismus heftig kritisiert, der die Realität von Interessen- und Wertekonflikten negieren würde. Vgl. als Einstieg: Simone Dietz, *Immanuel Kants Begründungen des Lügenverbots*, in: Rochus Leonhardt/Martin Rösel (Hg.), *Dürfen wir lügen? Beiträge zu einem aktuellen Thema*, Neukirchen-Vluyn 2002, S. 91-115.

<sup>129</sup> Moll, *Ärztliche Ethik*, S. 216.

<sup>130</sup> Bereits 1889 hatte Moll, der zuvor bei Jean-Martin Charcot die Hypnose als Technik zur Heilung der Hysterie gelernt hatte, ein Lehrbuch der Hypnose verfasst, das in mehreren Auflagen erschien und auch ins Englische übersetzt wurde. Als Therapie nutzte er die Hypnose in seiner nervenärztlichen Praxis in Berlin unter anderem als Mittel, um Homosexualität zu therapieren: Albert Moll,

durch Täuschung erzeugte Hoffnung als Mittel zulässig, solange ihre Anwendung im „Interesse der Gesundheit des Patienten“ erfolgte.<sup>131</sup> Allerdings durfte diese Form der Hoffnung nur nach sorgfältiger Abwägung von möglichem Erfolg und potentieller Schädigung eingesetzt werden. Denn legitim erschien ihm dieser instrumentelle Einsatz der Hoffnung nur, wenn die Wahrscheinlichkeit hoch war, dass der gewünschte Erfolg eintrat und mehr als nur einen kleinen Moment währte. Wenn sich der Erfolg aber voraussehbar nach kurzer Dauer wieder verflüchtigen würde, die Symptome des Unheilbaren wieder stärker und schmerzhafter werden würden, sollte diese Form der auf Täuschung beruhenden Hoffnung gar nicht erst benutzt werden. In diesem Fall überwog der Schaden: Denn wenn der Patient erkennen würde, dass er wiederholt vom Arzt getäuscht wurde, verlöre er das Vertrauen in den Arzt – und dem Vertrag zwischen Arzt und Klient-Patient würde damit die Grundlage entzogen.<sup>132</sup> Außerdem habe der Patient möglicherweise Zeit und Geld aufgewandt, um sich der Therapie namens Hoffnung zu unterziehen – beides schlug in Molls Verständnis als Schaden des Klienten zu Buche, wenn der Erfolg nur flüchtig war. Damit waren der auf Täuschung gebauten Hoffnung als Therapeutikum des Arztes sehr enge Grenzen gesetzt.

Auch in der letzten Rolle als Haus- oder Familienarzt sah Moll nur wenig legitimen Spielraum für Täuschung. Im Gegenteil: Da der Hausarzt nicht ausschließlich der Gesundheit des betreffenden Patienten, sondern ebenso den Interessen der gesamten Familie verpflichtet war, erkannte er auch den Angehörigen gegenüber eine gewisse Verpflichtung an, über die Unheilbarkeit oder den bevorstehenden Tod aufzuklären, damit familiäre und berufliche Angelegenheiten geregelt werden konnten. Eine alleinige Aufklärung der Angehörigen lehnte er jedoch ab, da zu befürchten sei, „dass die Angehörigen in seiner Abwesenheit den Klienten über seinen Zustand aufklären, sei es, dass sie dies absichtlich mit Worten thun, sei es unabsichtlich dadurch, dass sie ihre Unruhe und Angst nicht unterdrücken können und damit dem Kranken seinen Zustand verraten“.<sup>133</sup> Damit galten auch in dieser Beziehung ähnliche Kommunikationsregeln wie im Falle des Arztes als Gutachter.

---

Der Hypnotismus, Berlin 1889 (2. Auflage: 1890, 3. Aufl.: 1895; engl. Übersetzungen: New York 1890, London 1890, davon 2. Aufl. 1890, 3. Aufl. 1894).

<sup>131</sup> Vgl. dazu und zum Folgenden: Moll, *Ärztliche Ethik*, S. 217-219.

<sup>132</sup> Moll schrieb dazu: „Falls der Arzt durch das Versprechen einer dauernden Beseitigung der Schmerzen diese nur auf ganz kurze Zeit beseitigt hat, kann dieser scheinbare Erfolg für den Patienten die ernstesten Folgen haben, weil er ihm das Vertrauen zum Arzt geraubt hat.“ Ders., *Ärztliche Ethik*, S. 219.

<sup>133</sup> Moll, *Ärztliche Ethik*, S. 122f. und 217.

Mit seiner „Ärztlichen Ethik“ entwickelte Moll also keine bedingungslose Pflicht des Arztes, dem Patienten die Wahrheit über die Diagnose mitzuteilen. Allerdings stellte er in sehr grundsätzlicher Weise den Automatismus in Frage, mit dem Ärzte die Krebsdiagnose oder die Diagnose einer anderen tödlich verlaufenden Krankheit verschwiegen, weil sie annahmen, dass daraus immer Hoffnungslosigkeit resultierte, vor deren zerstörerischen Folgen sie sich fürchteten. Moll setzte dem entgegen, dass die Hoffnung des Menschen schwerer zu zerstören sei als angenommen. Daneben machte er aber auch darauf aufmerksam, dass wahrheitsgemäße Auskunft Voraussetzung für solche Entscheidungen sei, die zu treffen ein Mensch das Recht haben müsse, da sie ihn als spirituelles und physisches Wesen unmittelbar beträfen. Damit betonte er, dass es neben der von vielen Ärzten seiner Zeit allein thematisierten (Über-)Lebenshoffnung andere Hoffnungen und einen anderen Trost geben könne, sei es, dass sich diese Hoffnungen auf eine Form des spirituellen Seelenheils richteten oder auf den Trost, in dem Bewusstsein zu sterben, die eigenen Angelegenheiten geordnet und die Familie vorbereitet zu haben.

Diese Perspektive, dass Wahrhaftigkeit in Sachen Krebsdiagnose zulässig sei, weil sich Hoffnung auf Anderes als das Überleben richten könnte, spitzte Moll in einem Zeitungsartikel zu, den er am 28. Mai 1916 im *Berliner Tageblatt* veröffentlichte. Mit diesem Artikel machte Moll deutlich, dass mit dieser von ihm 1902 erstmals ausbuchstabierte Ausdifferenzierung von Hoffnung eine normative Erwartung an den Patienten verbunden sein konnte: die Erwartung, das Wissen um den nahenden Tod auszuhalten und Hoffnung und Trost daraus zu gewinnen, dass die Existenz der eigenen Person in etwas Größeres eingebettet sei, etwas, das die begrenzte individuelle Existenz überleben würde. Damit vollzog Moll eine folgenschwere Verschiebung seiner Gedanken über die Wahrhaftigkeit: Hier ging es ihm nicht mehr in erster Linie darum zu erklären, dass die Kranken das Wissen um eine potentiell tödliche Erkrankung wie den Krebs „überleben“ *konnten*, sondern darum festzustellen, dass Kranke die Kraft haben *sollten*, dieses Wissen zu ertragen und im Blick über ihre begrenzte Existenz hinaus Hoffnung zu bewahren. Dass Moll diese Erwartung gerade zu diesem Zeitpunkt, im Mai 1916, öffentlich formulierte, ist kein Zufall. Denn zu diesem Zeitpunkt tobte bereits seit Monaten um Verdun die schrecklichste und verlustreichste Materialschlacht des Ersten Weltkriegs. Eine dem allgegenwärtigen Tod angemessene Haltung zu erzielen, war deshalb in seiner Sicht eine Aufgabe der Erziehung, so wie er es im letzten Abschnitt seines Zeitungsartikels über „Das Recht des Kranken auf Wahrheit“ darlegte:

„Man soll die Menschen so erziehen, daß sie dem Tode möglichst ruhig entgegensehen. Daß die Erziehung sehr viel dabei vermag, kann keinem Zweifel unterliegen, aber hierher gehört eine Erziehung, die das Individuum lehrt, sich auf etwas Höheres einzustellen. Daß die verflossene Periode der rein materialistischen Weltanschauung, die die Seele nur als eine Funktion des Körpers ansah, solcher Erziehung nicht günstig war, ist wohl sicher. Auch wird eine Weltanschauung nicht dazu beitragen, die das Wohlbefinden des Einzelnen für das Höchste ansieht. Nur das Aufgehen in der Allgemeinheit, sei es des Volkes, sei es der Menschheit, sei es der gesamten Welt, kann die Grundlage solcher Erziehung sein. Nur in diesem Falle kann sich der einzelne als ein kleines Glied des Ganzen fühlen lernen, und der daraus hervorgehende Seelenzustand kann über die Furcht vor dem Tode, der den eigenen Mikrokosmos betrifft, hinweghelfen.“<sup>134</sup>

Was genau das „Höhere“ sein konnte oder sollte, ließ Moll hier offen. Sicher dachte er hier auch an religiöse Überzeugungen, die er bereits in seiner „Ärztlichen Ethik“ als vom Arzt zu respektierende spirituelle Orientierung angeführt hatte. Im Jahr 1916 stellte Moll, der sich als konservativer Patriot verstand, das Volk als mögliche „Allgemeinheit“ gleichberechtigt neben die Menschheit und die Welt – damit zeigt sich, dass ihm zu diesem Zeitpunkt die Überwindung eines aus seiner Sicht materialistischen, seelenlosen Individualismus am wichtigsten erschien.

Obwohl ihm in seiner konservativen Medizinkritik viele Ärzte, insbesondere aus dem Lager der sich gerade erst formierenden Ganzheitsbewegung, gefolgt wären, schlossen sich nur wenige Ärzte in der Weimarer Zeit einer ähnlichen Position im Blick auf Täuschung und Wahrhaftigkeit explizit an, auch wenn keiner von Molls Rezensenten diesen Punkt ablehnend heraushob.<sup>135</sup> Dennoch lehnten es die meisten derjenigen Ärzte, die sich während der Weimarer Republik dazu äußerten, ab, Patienten über eine Krebsdiagnose und den nahenden Tod aufzuklären. Viele hielten diese Ablehnung nach wie vor für so unumstritten, dass sie sich mit wenigen, sentenzenhaft verdichteten Worten begnügten und mahnten: „Du sollst nur in der Gestalt wahr sagen,

<sup>134</sup> Moll, *Recht des Kranken*.

<sup>135</sup> Viele Rezensionen kritisierten den Umfang, aber die meisten stimmten den Überlegungen Molls inhaltlich grundsätzlich zu, vgl. Leopold Henius, *Ärztliche Ethik*, in: *Deutsche Medizinische Wochenschrift* 28, 29 (1902), S. 528f.; Karl Jaffé, *Ärztliche Ethik*, in: *Münchener Medizinische Wochenschrift* 49 (1902), S. 287; Gustav Aschaffenburg, *Ärztliche Ethik*, in: *Zeitschrift für Socialwissenschaft* 5 (1902), S. 751f.; Kaminer, *Ärztliche Ethik*, in: *Deutsche Aerzte-Zeitung* 5 (1903), S. 11; Korn, *Ärztliche Ethik*, in: *Die ärztliche Praxis* 15, 10 (1902), S. 152f.; R., *Ärztliche Ethik*, in: *Deutsche Medizinische Zeitung* 23 (1902), S. 121-125. Auf diese Rezensionen weist hin: Maehle, *God's Ethicist*, Anm. 15. Zum Genre der Arzttratte: Andreas-Holger Maehle, *Doctors, Honour and the Law: Medical Ethics in Imperial Germany*, Basingstoke 2009, S. 95-121.

daß du nicht Hoffnung raubst. [...] Andernfalls mußt du lügen, das soll heißen: Trost spenden.“<sup>136</sup>

Albert Krecke, Chirurg, Chef einer Privatklinik in München und Mitherausgeber der *Münchener Medizinischen Wochenschrift*, beschäftigte sich dagegen in einer Reihe von Aufsätzen, die er Anfang der 1930er Jahre publizierte, intensiv mit dieser Frage.<sup>137</sup> Diese (und andere) Aufsätze erschienen schließlich postum 1932 als eine Art Vermächtnis, das nicht nur von Ärzten, sondern auch von einer interessierten Öffentlichkeit gelesen und aufgrund seines Erfolges schon 1934 ins Englische übersetzt wurde.<sup>138</sup> Er, der als Chirurg in einer oft von Prominenten aufgesuchten Privatklinik eine Vielzahl von Krebspatienten behandelt hatte, sprach sich kategorisch dagegen aus, die Krebsdiagnose dem Patienten oder dessen nächsten Angehörigen mitzuteilen und schlug eine Liste von Tarnbegriffen vor: Das Kolonkarzinom könne als Blinddarmentzündung bezeichnet werden, Mastdarm- und Magenkarzinome als gutartige Geschwüre, Brustkrebs als „unschuldige Brustgeschwulst“.<sup>139</sup> Der Grund, warum Krecke eindringlich davor warnte, den Patienten über seine Krebserkrankung aufzuklären, lag in seiner festen Überzeugung, dass diese Mitteilung einen „schweren psychischen Schock“ verursachen würde.<sup>140</sup> Diese „seelische Erschütterung“ war nach Meinung Kreckes so grundlegend, dass sie nicht mehr zu überwinden sei:

<sup>136</sup> Hermann F. Hoffmann, *Über Ärzte und Patienten*, Stuttgart 1935, S. 41. Ähnlich schon 1906 der Greifswalder Medizinprofessor Erich Peiper, der im Falle eines Karzinoms für eine „vorsichtige, umschreibende Mitteilung“ an die Angehörigen plädierte: ders., *Der Arzt. Einführung in die ärztlichen Berufs- und Standesfragen in XVI Vorlesungen*, Wiesbaden 1906, S. 56, vgl. auch Carl Haeblerlin, *Vom Beruf des Arztes*, 2. neu durchgesehene Auflage, München 1925, S. 108f. Ähnlich auch Friedrich Scholz in seinem äußerst populären, zwischen 1899 und 1927 fünf Mal aufgelegten Ratgeber (die beiden letzten Auflagen postum, da Scholz 1907 starb): ders., *Von Aerzten und Patienten. Lustige und unlustige Plaudereien*, 5. Auflage hg. von Erwin Liek, München 1927, S. 104 und 108: „Wo der Arzt dem Kranken nichts geben, wenigstens nicht das einzig Gewünschte, die Gesundheit geben kann, soll er ihm auch nichts rauben, namentlich nicht die Hoffnung. [...] Den Angehörigen gegenüber ist es bei schweren akuten Krankheiten mit bedenklicher oder schlechter Voraussage und bei unheilbaren chronischen Krankheiten geboten, mehr mit der Wahrheit herauszugehen [...] Auch hier jedoch sei man noch nicht ganz und gar absprechend und lasse immer noch ein Zipfelchen Hoffnung, wenn auch nur auf vorübergehende Besserung oder auf Nachlaß der Schmerzen oder dieses oder jenes quälenden Symptomes, durchblicken.“

<sup>137</sup> So zum Beispiel: Albert Krecke, *Über die seelische Behandlung der Krebskranken und über die Krebsangst*, in: *Ärztliche Rundschau* 16 (1931), S. 219-224.

<sup>138</sup> Albert Krecke, *Vom Arzt und seinen Kranken*, München 1932 sowie ders., *The Doctor and His Patients*, London 1934. Kurt Tucholsky etwa äußerte sich 1935 in einem Brief voller Anerkennung über das von Krecke in seinem Buch zum Ausdruck gebrachte Verständnis des Arztseins, dessen „Güte“, „Hilfsbereitschaft und echte Christlichkeit“ – obwohl er wusste, dass Krecke ein „Nazi“ gewesen war. Vgl. Brief an Dr. Hedwig Müller, 27. Mai 1935, in: ders., *Briefe aus dem Schweigen 1932-1935*, hg. von Mary Gerold-Tucholsky und Gustav Huonker, Reinbek bei Hamburg 1977, S. 179f.

<sup>139</sup> Albert Krecke, *Vom Arzt*, S. 108.

<sup>140</sup> Albert Krecke, *Vom Arzt*, S. 65.

„von da ab [verliert der Patient] die Freude am Leben und seiner Tätigkeit [...] Auch die Frau des krebserkrankten Mannes büßt von dem Augenblick ab, wo sie die Natur der Krankheit erfährt, alle Zuversicht und alle Hoffnungsfreudigkeit ein, deren sie unbedingt bedarf, um dem Mann in der bevorstehenden schweren Zeit Halt und Trost zu sein.“<sup>141</sup>

Hier wird deutlich, dass an die Stelle des „alten“ psychosomatischen Konzeptes, das eine unmittelbare körperliche Wirkung von Gefühlen der Angst und Hoffnungslosigkeit angenommen hatte, ein neues Konzept getreten war: der Schock als langfristig psychisch verstörendes Ereignis. Dieses Konzept war im Verlauf des Ersten Weltkriegs immer klarer von Militärpsychiatern ausformuliert worden, die an allen Fronten mit einer so noch nie gekannten hohen Zahl an psychisch erkrankten Soldaten konfrontiert waren. Auch wenn vor allem die deutschen Psychiater Persönlichkeitsmerkmale der Soldaten, wie etwa deren „konstitutionelle Schwäche“, dafür verantwortlich machten, dass der Krieg bei ihnen zu einer psychischen Erkrankung führte, stimmten sie darin überein, dass weniger die lang anhaltende Angst als vielmehr die plötzliche Katastrophe, der Schock, psychisch krank machten.<sup>142</sup>

Implizite Voraussetzung dafür, die Mitteilung der Krebsdiagnose als ein solches Schockerlebnis zu denken, war die Annahme, dass „Krebs“ tatsächlich oder zumindest in der gesellschaftlichen Wahrnehmung ein katastrophisches Ereignis war, so dass das Aussprechen dieses einen Wortes in der Lage war, das Leben mit einem Mal aus den Angeln zu heben, weil es radikal und unausweichlich bedroht war. Genau dies war nach den Beobachtungen Kreckes in der öffentlichen Wahrnehmung der Fall, wenn er auch selbst von einigen Patienten zu berichten wusste, die eine Krebserkrankung jahrelang überlebt hatten.<sup>143</sup>

Diesem Schreckbild „Krebs“ als unheilbare und unaussprechlich qualvolle Erkrankung, das der Allgemeinchirurg Krecke als gegeben voraussetzte, wollten einige Krebspezialisten in dieser Zeit entgegentreten: einerseits mit den bereits erwähnten Früherkennungskampagnen, andererseits aber, indem sie Spezialinstitute gründen halfen, die aufgrund der spezialisierten Behandlung und der dort zugleich betriebenen

---

<sup>141</sup> Albert Krecke, Vom Arzt, S. 57.

<sup>142</sup> Susanne Michl, Erster Weltkrieg 1914-1918: Gefühlswelten – Konzepte von Angst in der Kriegspsychiatrie, in: Deutsches Ärzteblatt 111, 33-34 (2014), A1414-A1416 sowie im Vergleich der verschiedenen nationalen Konzepte von Angst, Schock und Neurose: Susanne Michl/Jan Plamper, Soldatische Angst im Ersten Weltkrieg. Die Karriere eines Gefühls in der Kriegspsychiatrie Deutschlands, Frankreichs und Russlands, in: Geschichte und Gesellschaft 35, 2 (2009), S. 209-248.

<sup>143</sup> Krecke, Vom Arzt, S. 58 und 108.

Forschung die Heilungschancen verbesserten – und zwar auch für diejenigen Krebspatienten, die zuvor als „inoperabel“ verloren gegeben worden waren.

Das von Krecke und anderen als einzig humane Form des Umgangs mit Krebs verteidigte Sprechtabu stellte genau diese frühen Krebs-Fachärzte vor beträchtliche Schwierigkeiten und verwickelte sie in beständige Widersprüche. Das fing bereits bei der Benennung der von ihnen geplanten Institute an. Vinzenz Czerny, auf dessen Initiative 1906 das *Heidelberger Institut für experimentelle Krebsforschung* gegründet wurde, verhandelte lange mit dem zuständigen Ministerium, der medizinischen Fakultät, den Stiftern und dem Großherzogspaar, das das Protektorat über das Institut übernahm, über den Namen der dem Institut angeschlossenen Krankenabteilung mit zunächst 47 Betten. Endlich einigte man sich auf einen Namen, der nicht das „Stigma der Unheilbarkeit an der Stirne“ tragen sollte: „Samariterhaus (Heil- und Pflegeanstalt für Geschwülste und Geschwüre)“ hieß die Lösung.<sup>144</sup> Das 1902/1903 an der Berliner *Charité* gegründete *Institut für Krebsforschung* verfügte ebenfalls über eine eigene Krankenabteilung: eine Männer- und eine Frauenbaracke mit jeweils zehn Betten.<sup>145</sup> Auch wenn die Tageszeitungen anlässlich der feierlichen Eröffnung des Instituts die beiden Baracken eindeutig als Krankenabteilungen für Krebskranke benannten, wurde über den Eingangstüren der Baracken nur das schlichte Schild: „Baracke 1 [bzw. 2] der I. Mediz. Klinik“ angebracht.<sup>146</sup>

---

<sup>144</sup> Czerny, *Das Heidelberger Institut*, S. 2-4.

<sup>145</sup> Der Bau von Krankenhausbaracken war eine architektonische Neuerung, die auf die Kriege des 19. Jahrhunderts und die daraus folgende Notwendigkeit zurückging, schnell und günstig gut belüftete und belichtete Lazarette zu bauen. Baracken waren also nicht – wie im heutigen Sprachgebrauch – vernachlässigte Gebäude mit niedrigem Standard, wurden aber von Krankenhäusern im späten 19., frühen 20. Jahrhundert insbesondere dann gebaut, wenn neue Abteilungen für infektiöse oder abzusondernde Kranke benötigt wurden, vgl. Voswinckel, *Erinnerungsort Krebsbaracke*, S. 9f.

<sup>146</sup> Dr. M., *Eröffnung des Laboratoriums für Krebsforschung*, in: *Berliner Lokalanzeiger* (08.06.1903), Abendausgabe, S. 1.





Abb. 35: Baracke 1 der Abteilung für Krebsforschung an der I. Med. Universitätsklinik, Berlin (1904)

Patienten und deren Angehörigen gegenüber sollte die Abteilung nur „Ca.-Baracke“ genannt werden – in der Annahme, dass Laien mit der medizinischen Abkürzung Ca. (für Carcinom) nichts anzufangen wüssten. Wie wichtig der Leitung des Krebsforschungsinstituts anfänglich diese unverfängliche Bezeichnung war, zeigt eine Beschwerde Georg Klemperers, der 1910 die Leitung der Krebsbaracken übernommen hatte. In einem Schreiben an die *Charité*-Direktion teilte er mit, dass Besuchern und Patienten, die im Aufnahme-Gebäude nach den Ca.-Baracken gefragt hätten, oft geantwortet wurde: „Ach, das sind ja die Krebsbaracken.“, wodurch Besucher und Kranke „auf das Lebhafteste beunruhigt“ worden seien. Die *Charité*-Direktion nahm diese Beschwerde so ernst, dass sie eine schriftliche Anweisung an die Bureau- und Kassenbeamten verfasste, nach der diese ausschließlich die Bezeichnung „Ca.-Baracken“ benutzen sollten. Alle in Frage kommenden Beamten mussten mit ihrer Unterschrift bestätigen, dass sie die Anweisung zur Kenntnis genommen hatten.<sup>147</sup>

Die Furcht davor, die Krebskrankheit den Kranken und ihren Angehörigen gegenüber beim Namen zu nennen, scheint allerdings insbesondere unter den Ärzten der Spezial-Krebsinstitute mit der Zeit geringer geworden zu sein. Diese Ärzte hatten

<sup>147</sup> Abschrift eines Schreibens von Prof. Dr. Klemperer an die Königliche *Charité*-Direktion. Berlin, den 21. August 1911. HU Archiv, *Charité*-Direktion, 949, Bl. 293.

tagtäglich mit Patienten zu tun, deren Krebserkrankung weit fortgeschritten war und häufig als inoperabel angesehen wurde – denn weniger schwer erkrankte, noch operable Patienten wurden in der Regel auf den chirurgischen Stationen oder in der Gynäkologie behandelt. Für die Tendenz einer Entdramatisierung des Krebsbegriffs an diesen Spezialkliniken finden sich bereits während des Ersten Weltkriegs, als die beiden Krebsforschungsinstitute auf gut zehn Jahre Krebsbehandlung und -erforschung zurückblicken konnten, erste Hinweise. 1915 etwa richtete Ferdinand Blumenthal, der gerade erst die Leitung des Berliner Krebsforschungsinstituts von Georg Klemperer übernommen hatte, in Absprache mit der Berliner Armendirektion eine Sprechstunde im Parterre der Luisenstraße 9 ein, die Stadtarmen mit „verdächtigen“ Symptomen dreimal wöchentlich die Möglichkeit bot, sich untersuchen zu lassen. Diese Einrichtung nannte Blumenthal „Sprechstunde für Krebskranke, Geschwulstkranke und -verdächtige“ – vermied es also nicht mehr, von Krebs zu sprechen, wenn auch der danebenstehende Begriff „Geschwulst“ eine „gutartige“ Krankheit bezeichnen konnte. Mit dieser Benennung wollte Blumenthal erreichen, dass „die Kliniken und Aerzte, wenn sie Kranke in unser Institut schicken, nicht mit der Ueberweisung an das Krebsinstitut dem Kranken gewissermassen schon die Diagnose mit auf den Weg geben.“ Und er kommentierte aus der Rückschau diese Entscheidung mit den Worten: „Das hat sich sehr bewährt, denn die Kranken kommen ohne jede Verängstigung und hoffnungsvoll in unser Institut.“<sup>148</sup> Mit dieser Benennung sollte einerseits die Diagnose nicht vorweggenommen werden, die ja tatsächlich noch ausstand. Andererseits wurde es so dem Armenarzt, der den Überweisungsschein in die Sprechstunde ausfüllte, überlassen, „wenn er es für nötig hält, dem Kranken oder seinen Angehörigen die Krankheit [zu] verschweigen.“<sup>149</sup>

Blumenthal selbst hielt es jedoch offenbar nicht mehr für unbedingt notwendig, den Patienten ihre Erkrankung zu verschweigen, setzte aber voraus, dass sich viele Armenärzte (möglicherweise auch andere niedergelassene Ärzte) scheuen würden, Patienten mit einer Verdachtsdiagnose Krebs an Blumenthals Institut zu überweisen, wenn ihnen nicht mit einer „weitläufigen“ Benennung der Sprechstunde eine

---

<sup>148</sup> Beide Zitate aus: Ferdinand Blumenthal, Bericht über das Institut für Krebsforschung, gerichtet an den Minister für geistliche, Unterrichts- und Medizinal-Angelegenheiten. Berlin, den 21. Juni 1915. HU Archiv, Charité-Direktion, 950, Bl. 150-158, hier Bl. 151.

<sup>149</sup> Ferdinand Blumenthal, Brief an die Königliche Charité-Direktion. Berlin, den 5. Mai 1915. HU Archiv, Charité-Direktion, 950, Bl. 135f.

Verschleierungsmöglichkeit geboten wurde. Blumenthal hatte dagegen in den zurückliegenden Jahren als Assistent des ersten Institutsdirektors Ernst von Leyden die Erfahrung gemacht, dass „eine nicht kleine Zahl“ von Patienten gerade deshalb das Krebsforschungsinstitut aufsuchte, weil sie wussten, dass dieses Institut auf die Therapie der Krebskrankheit spezialisiert war und Behandlungsmöglichkeiten bot, die anderswo nicht verfügbar waren – bei diesen Patienten, die nach längerer Krankengeschichte zumindest ahnten, dass sie an Krebs litten, weckte der Name „Krebsforschungsinstitut“ nach Blumenthals Erfahrung mehr Vertrauen und Hoffnung, als ihnen die versuchte Täuschung hätte geben können.<sup>150</sup>

Ähnliches hatte auch Vinzenz Czerny über seine Erfahrungen als Leiter des Heidelberger Krebsforschungsinstituts zu berichten. Dort hatte man anfangs befürchtet, die Krankensäle nicht mit Patienten füllen zu können, weil entweder die Ärzte trotz des mit Bedacht gewählten „unverfänglichen“ Namens ihre Patienten nicht ins Samariterhaus überweisen oder weil die Patienten selbst sich weigern würden, in ein Krebskrankenhaus zu gehen. Tatsächlich blieben insbesondere in den Sälen der III. Klasse in den allerersten Jahren viele Betten frei – obwohl dort einige Behandlungsplätze finanziert von privaten Stiftungsgeldern als sogenannte Freiplätze kostenlos zur Verfügung standen. Um dem Samariterhaus den Nimbus des Sterbehauses zu nehmen, entschied sich die Verwaltung daraufhin bereits 1907, nicht nur inoperable Krebskranke, sondern auch Patienten mit gutartigen Geschwülsten sowie Verdachtsfälle aufzunehmen. Doch nach Einschätzung Czernys war es vor allem die vom Samariterhaus angebotene spezialisierte „moderne“ Krebsbehandlung, die die anfängliche Scheu durch die Hoffnung überwinden half, „dasselbst Hilfe zu finden, nachdem die Hoffnung anderwärts oft wiederholt getäuscht worden war“.<sup>151</sup> Und dies, obwohl es den Ärzten im Samariterhaus nach ihrer eigenen Beurteilung nur bei einem kleinen Teil ihrer Patienten gelang, die Krebserkrankung zu heilen. Dennoch konnte die Behandlung im Samariterhaus nach Ansicht Czernys Hoffnung wecken, weil sie ausdrücklich und mit aller damals bekannten Expertise gerade den inoperablen Krebskranken gewidmet war:

---

<sup>150</sup> Ferdinand Blumenthal, Bericht über das Institut für Krebsforschung, gerichtet an den Minister für geistliche, Unterrichts- und Medizinal-Angelegenheiten. Berlin, den 21. Juni 1915. HU Archiv, Charité-Direktion, 950, Bl. 152. Ähnlich argumentierte auch noch 1933 ein kurzer Beitrag, der unter dem Kürzel V.E.M. erschien und die Diskussion um Krebskrankenhäuser in Deutschland mit der Situation anderer Länder verglich, vgl. V.E.M., Mitteilungen. Europa. Deutschland, in: Monatsschrift für Krebsbekämpfung 1, 5 (1933), S. 236f.

<sup>151</sup> Czerny, Das Heidelberger Institut, S. 11.

„Aber fast immer gelingt es bei diesen hoffnungslosen Kranken, die Hoffnung neu zu beleben, Linderung ihrer Leiden und Besserung ihres Zustandes herbeizuführen. Sie empfinden wohlthätig, daß sie täglich von einem erfahrenen Arzte, der ihr Zutrauen besitzt, besucht, von talentvollen, warmherzigen jüngeren Kollegen behandelt und von aufopferungsfähigen gutgeschulten Krankenschwestern gepflegt werden, daß, wenn ein Mittel versagt, immer noch etwas Neues parat ist, das ihren Mut stärkt und das qualvolle Leiden erträglicher macht. Und wenn der unerbittliche, aber in vielen dieser Fälle von qualvollen Leiden erlösende Tod ein Opfer verlangt, so stirbt der Kranke mit der Ueberzeugung, daß geschehen ist, was Menschen möglich ist, um sein Leiden zu lindern und zu erleichtern, wenn die Heilung unmöglich war.“<sup>152</sup>

Die Hoffnung der – wie es zu dieser Zeit oft hieß – „hoffnungslosen Kranken“ richtete sich also darauf, dass im Samariterhaus alles, was getan werden konnte, auch getan wurde, weil niemand sich besser mit Krebs auskannte als die dortigen Ärzte. Daneben aber – und das nimmt in Czernys Beschreibung breiten Raum ein – verloren die Kranken im Samariterhaus auch deshalb bis zu ihrem Tod nicht den Mut, weil sie hier niemals aufgegeben, immer neue Mittel der Schmerzlinderung versucht wurden und Ärzte und Schwestern sich auch dann weiter um sie kümmerten, wenn Heilung nicht mehr möglich war.

Selbst wenn der Alltag im Samariterhaus oder in den Berliner Krebsbaracken diesen hohen Ansprüchen nicht immer gerecht wurde: Beide Kliniken waren die ersten in Deutschland, die sich überhaupt um nicht mehr operable Krebskranke kümmern wollten. Der klinische Alltag sah in den allermeisten Kliniken anders aus. Nach Operation oder Bestrahlung wurden die krebskranken Patientinnen und Patienten nach Hause entlassen. Traten nicht mehr operable Rezidive oder Metastasen auf oder wurde die Krebserkrankung erst zu spät für eine Operation entdeckt, lehnten die Kliniken die Behandlung in der Regel ab. Wenn die Familien sich um ihre an Krebs erkrankten Angehörigen dann nicht kümmern wollten oder konnten, blieb nur der Weg in eines der Hospitäler, die allerdings keine wirkliche Pflege oder palliative Behandlung anboten.<sup>153</sup> Vor diesem ausgesprochen traurigen Hintergrund der Verlassenheit und des Aufgegebenwerdens wird erst verständlich, welche Hoffnung die beiden Kliniken in Heidelberg und Berlin gerade in ihrer mit den Jahren ihres Bestehens immer offener eingestandenen Eigenschaft als Krebskliniken für viele Menschen verkörpern konnten. Auch Arthur Hintze, seit 1927 Leiter des auf Krebsbehandlung spezialisierten Röntgen-Radium-Instituts der Chirurgischen Universitätsklinik Berlin, plädierte in einem Fazit

<sup>152</sup> Czerny, Das Heidelberger Institut, S. 11f.

<sup>153</sup> Dieser klinische Alltag der Krebsbehandlung wird im fünften Kapitel detailliert dargestellt.

seiner Erfahrungen dafür, „dem Kranken, soweit irgend angängig, reinen Wein ein[zuschenken].“<sup>154</sup>

Diese Praxis stand aber außerhalb und zum Teil auch innerhalb der Spezialkliniken unter einem hohen Rechtfertigungsdruck, da die Mehrheit der Mediziner und viele Gesundheitspolitiker nach wie vor an der Überzeugung festhielten, dass eine Krebserkrankung unbedingt vor dem Patienten geheim gehalten werden musste. So wies noch 1935 der Berliner Oberbürgermeister seine Bezirksbürgermeister an, darauf zu dringen, dass die Ärzte der städtischen Krankenhäuser ihren Patienten niemals offen Entlassungsscheine in die Hand geben dürften, auf denen die Diagnose „Ca“ vermerkt sei. Denn – so der Oberbürgermeister: „Die Patienten wissen heutzutage in der Regel was ‚Ca‘ heißt und werden durch eine solche ihnen offen übergebene Mitteilung unter Umständen psychisch nachteilig beeindruckt.“<sup>155</sup> Dieser Anweisung vorausgegangen war eine Beschwerde von Karl Frik, der in Berlin-Moabit seit 1924 das *Werner-Siemens-Institut für Röntgenforschung* leitete und dem im April 1935 zwei Patientinnen von einem anderen Krankenhaus zur Bestrahlung geschickt worden waren, die aus den ihnen unverschlossen ausgehändigten Überweisungsformularen ihre Diagnose (Ovarial-Ca. bzw. Portio-Ca.) erfahren hatten.<sup>156</sup>

Der Wunsch, vor den Patienten ihre Krebserkrankung zu verbergen, konnte in einzelnen Fällen sogar so weit gehen, dass Ärzte eine eigentlich für medizinisch sinnvoll gehaltene Bestrahlung unterließen, weil sie oder die Angehörigen befürchteten, dass die Betroffenen daraus auf ihre Krebserkrankung schließen würden – hatten sie doch oft genug den Früherkennungskampagnen entnehmen können, dass Bestrahlung von Gebärmutter oder Eierstöcken die Therapie der Wahl bei Gebärmutter(hals)- und Eierstockkrebs war.<sup>157</sup> Letztlich zeigt sich an dieser Konsequenz, dass die Angst vor

---

<sup>154</sup> Arthur Hintze, *Unsere Erfahrungen in der Krebsbekämpfung und unsere Erfolge in der Krebsbehandlung in 20jähriger Tätigkeit*, o. O. 1932. BArch R 1501/126319, Bl. 228. Von einer ähnlichen Hoffnung auf die Erfolge einer spezialisierten Krebsbehandlung berichtete auch der Leiter der Frauenklinik des 1906 eröffneten Berliner *Rudolf-Virchow-Krankenhauses* Alfred Koblanck: ders., *Über die Wirkung von Röntgen- und Radiumstrahlen auf den menschlichen Körper* (Teil 2), in: *Krankenpflegezeitschrift* 18, 12 (1915), S. 157-160.

<sup>155</sup> Schreiben des Oberbürgermeisters an die Bezirksbürgermeister der Verwaltungsbezirke 2, 3, 5-9, 11, 14, 16-20. Berlin, den 2. Mai 1935. LAB A Rep. 003-04-03, Nr. 143.

<sup>156</sup> Ibid.

<sup>157</sup> So die Klage Blumenthals in: ders., *Krebsfilm* BArch R 86 / 2584. Ähnlich auch Blumenthal in: ders., *Die Bekämpfung des Krebses*, in: *Krankenpflegezeitschrift* 2 (1930), S. 13-16. Dass die Früherkennungskampagnen viel Wissen über die Krebserkrankung und ihre Behandlung in die Gesellschaft der Nicht-Ärzte getragen haben, bestätigte auch Albert Krecke, der aus diesem Grund in allen Fällen von krebsähnlichen Symptomen, in denen aber keine Krebserkrankung vorlag, sich angewöhnt hatte, den Patienten gegenüber eine Krebserkrankung explizit auszuschließen, vgl. ders., *Vom Arzt*, S. 117.

der Todesverzweiflung der Krebskranken bei einigen Ärzten und Angehörigen so groß war, dass unter Umständen sogar der noch zu verhindernde oder zumindest aufzuhaltende Tod dieser Menschen in Kauf genommen wurde, um die an Krebs Erkrankten vor dieser Verzweiflung zu schützen – und zugleich vielleicht auch sich selbst davor, diese Verzweiflung auszuhalten.<sup>158</sup> Ausdrücklich wurden die möglichen Gefühle des Arztes zu dieser Zeit allerdings nur von wenigen thematisiert. Eine seltene Ausnahme stellt ein 1938 publizierter Artikel des österreichischen Psychoanalytikers Anton Mißriegler dar, der im *Hippokrates* über die „Krebsangst“ schrieb:

„Beim Krebs aber läßt uns [die Ärzte] die Angst Vogel-Strauß-Politik treiben. Schon bei der Differentialdiagnose steht sie an letzter Stelle (nicht nur in den Lehrbüchern). Schlagen wir etwa bei einem unklaren Krankheitsbild dem Patienten eine serologische Untersuchung auf Krebs so rasch vor wie eine Wassermann-Reaktion [Test auf Syphilis]? [...] Unsre eigene Angst, die uns vor dem Krebs mutlos macht und die uns hindert, die Angst des Patienten zu zerstreuen. Nicht dadurch zu zerstreuen, daß wir über die Gefahr hinwegsehen, sondern dadurch, daß wir ihr offen und ehrlich in die Augen sehen, das ‚Kind beim rechten Namen nennen‘ und rechtzeitig alles in die Wege leiten.“<sup>159</sup>

Die stattdessen dominierende Praxis des „schonenden Betrügens“ brachte für den Arzt jedoch ein anderes Risiko mit sich, denn er durfte ja die von ihm als richtig erkannte Diagnose nicht mitteilen. Was aber, wenn der Kranke eine Zweitmeinung einholte und der dabei konsultierte Arzt die Diagnose Krebs aussprach? Albert Krecke bezeichnete dieses Szenario in seinem 1932 veröffentlichten Ärzteratgeber als durchaus realistisch – ein weiterer Hinweis darauf, dass sich die Risse in der schweigsamen Welt von Arzt und Patient trotz des öffentlichen Festhaltens an der „humanen“ Täuschung vertieften. Allerdings vermutete Krecke hinter dieser Offenheit weniger eine dem Patienten zugewandte Wahrheitsliebe als den Wunsch, in einer Zeit zunehmender Konkurrenz unter Ärzten mit der eigenen ärztlichen Kompetenz auf Kosten eines anderen zu punkten – oder aber den Versuch des Arztes, einen zögernden Kranken mit dieser Eröffnung zur Operation oder zur Bestrahlung zu überreden, also lieber die

<sup>158</sup> Albert Krecke schrieb im Blick auf die Operation, zu der der Patient möglicherweise durch die Diagnosemitteilung hätte überredet werden können: „Es mag sein, daß vielleicht einer oder der andere dieser Kranken durch die Nennung des Wortes Krebs sich zur Operation entschieden hätte. Ich bin aber der festen Überzeugung, daß ein solches Wort bei allen meinen Patienten mehr Unheil angestiftet hätte als eine gelegentliche Unterlassung der Operation, von der man immer noch nicht weiß, ob sie zu einem dauernden Erfolg geführt haben würde. Das beruhigende, tröstende Aufrichten eines Kranken scheint mir im Grunde doch noch wichtiger, als ihn durch rücksichtslose Offenheit und durch Darlegung der ihm bevorstehenden Schrecken zu einer Operation zu bewegen.“ Vgl. Krecke, *Vom Arzt*, S. 128.

<sup>159</sup> Anton Mißriegler, *Die Krebsangst*, in: *Hippokrates* 18 (1938), S. 469-471, hier S. 470f.

Verzweiflung des Kranken in Kauf zu nehmen als den Versuch, sein Leben zu retten oder zu verlängern, aufzugeben.<sup>160</sup>

Auch auf die Gefahr hin, den eigenen Ruf zu gefährden, hielt Krecke es allerdings für unbedingt geboten, die Krebsdiagnose dem Kranken zu verschweigen und sie im äußersten Fall einem guten Freund oder ferner stehenden Verwandten gegenüber zu enthüllen, um auf diese Weise einen „Zeugen“ für die eigene diagnostische Kompetenz verfügbar zu haben.<sup>161</sup> Nähere Verwandte kamen für diese Art von Zeugenschaft nach Meinung Kreckes und einer Reihe anderer Ärzte nicht in Betracht: Denn entweder würden die dem Kranken emotional nahestehenden Angehörigen durch dieses Wissen selbst in die Verzweiflung getrieben und könnten den Kranken deshalb keine Hoffnung und Zuversicht mehr einflößen – oder sie würden den ungeliebten Verwandten noch lebend abschreiben, sich nicht mehr um ihn kümmern und ihm möglicherweise aus reiner Boshaftigkeit die Diagnose Krebs offenbaren.<sup>162</sup>

Tatsächlich aber war es offenbar in der alltäglichen Begegnung von Arzt und Krebspatient üblich, dass die Diagnose – wenn überhaupt – den nächsten Angehörigen mitgeteilt wurde: Das zeigen einerseits die Warnungen Kreckes und anderer, die an dieser von ihnen selbst als weit verbreitet bezeichneten Praxis Anstoß nahmen. So empfahl es andererseits auch eine Reihe von Arztratgebern.<sup>163</sup> Und nicht zuletzt gibt es

<sup>160</sup> Krecke, *Vom Arzt*, S. 58f, S. 108 und S. 127. Auch unter Strahlentherapeuten galt die „schonungslose Aufklärung“ als Mittel, um Patientinnen und Patienten nach den anfänglichen Erfolgen der Strahlenbehandlung zur weiteren Behandlung zu überreden, damit sie auch nach den therapiefreien Intervallen zur nächsten Bestrahlungsserie kamen, vgl. L. Adler, Zur operativen und Strahlenbehandlung des Gebärmutterkrebses, in: *Strahlentherapie* 12 (1921), S. 109-116, hier S. 112f.

<sup>161</sup> Krecke, *Vom Arzt*, S. 60 und 129f. sowie F.G. Dietel, Die Strahlenbehandlung der Uteruskarzinome an der Universitäts-Frauenklinik Heidelberg (mit einer Statistik der Jahre 1913-1924), in: *Strahlentherapie* 46 (1933), S. 201-272, hier S. 212.

<sup>162</sup> Die zweite Form des Umgangs mit Krebskranken war nach Ansicht Kreckes eher in „bäuerlichen Kreisen“ zu finden. Da Krecke allerdings von 1896 bis zu seinem Tod 1932 eine teure Privatklinik in München leitete, ist davon auszugehen, dass er in seinem klinischen Alltag keine Berührung mit den von ihm hier geschmähten Bauern hatte, er also negative Erfahrungen aus seiner Klinik entweder auf diese Schicht projizierte oder er einen solchen Umgang nur vom Hörensagen kannte, eine solche Zuschreibung also mit großer Skepsis zu betrachten ist, vgl. ders., *Vom Arzt*, S. 109. Ähnliche Skepsis gegenüber der Information von Angehörigen hegte auch Gustav Schulte, Leiter der Röntgenabteilung des *Knappschaftskrankenhauses Recklinghausen*: ders., Erfahrungen bei der ambulanten und stationären Krebsbehandlung, in: *Strahlentherapie* 60 (1937), S. 323-329, hier S. 327.

<sup>163</sup> So lautete die Empfehlung in einem der am weitesten verbreiteten Ratgeber für Ärzte: „Einem *verständigen* Angehörigen muß jedoch stets die volle Wahrheit gesagt werden mit der Bitte, daß er sich mit Rücksicht auf den Kranken diesem gegenüber ebenso verhalte wie der Arzt und die Schwestern, und daß er so den Kranken über seinen Zustand hinwegtäusche.“ [Kursivierung im Original] Vgl. Carly Seyfarth, *Der „Ärzte-Knigge“*. Über den Umgang mit Kranken und über Pflichten, Kunst und Dienst der Krankenhausärzte, Leipzig 1935, S. 61. Der im renommierten Thieme-Verlag publizierte „Ärzte-Knigge“ wurde bis 1946 insgesamt fünf Mal neu aufgelegt.

Hinweise auf eine solche Praxis in den wenigen erhalten gebliebenen Dokumenten der 1920er bis 1940er Jahre, in denen die Angehörigen von Patienten zu Wort kommen.<sup>164</sup>

Ein besonders eindrückliches Beispiel findet sich in den Akten der zu diesem Zeitpunkt von Karl Heinrich Bauer geleiteten Heidelberger Universitätschirurgie. Dort wurde im April/Mai 1944 der sechzigjährige Major a.D. Anton K. behandelt. Er hatte zunächst wegen Magenbeschwerden und Gewichtsverlust einen befreundeten Arzt in Saarbrücken aufgesucht, der ihn zur Röntgenuntersuchung an einen Kollegen im Saarbrücker Bürgerhospital überwies. Beide Ärzte kannten Anton K. seit Jahren persönlich. Der Radiologe kam aufgrund seiner Untersuchung zu dem Ergebnis, dass es sich mit „grösster Wahrscheinlichkeit“ um ein Magencarcinom handelte, weshalb er den Major zur Operation nach Heidelberg schickte. In seinem Überweisungsbrief informierte der Radiologe den Heidelberger Chefarzt Bauer darüber, dass er Anton K., den er als „sehr lebensbejahenden und sehr lebenslustigen Mann und treusorgenden Familienvater [...] [von] vier Töchtern“ kenne, erzählt habe, dass er wegen eines gutartigen Magengeschwürs operiert werden solle. Der Ehefrau von Anton K. gegenüber habe er allerdings seinen Krebsverdacht geäußert, denn: „Die Gattin kenne ich als eine sehr tapfere Frau, sie wollte unbedingt Klarheit haben und will das Äusserste versuchen, ihren Mann zu erhalten“.<sup>165</sup> Die am 17. April 1944 in Heidelberg durchgeführte Operation zeigte jedoch, dass sich das Carcinom bereits im gesamten Bauchraum ausgebreitet hatte, so dass der Tumor nicht mehr operiert werden konnte und lediglich ein Probeschnitt vorgenommen wurde, bevor die Operateure die Bauchwunde wieder vernähten.

Auch in Heidelberg folgte man der Kommunikationsstrategie, die der mit Anton K. befreundete Saarbrücker Radiologe vorgeschlagen hatte: Der Ehefrau teilte der Chefarzt Bauer die nun feststehende Krebs-Diagnose mit und eröffnete ihr zudem, dass ihr Mann nur noch wenige Monate leben würde. Sie unterstützte die Ärzte in ihrem Bemühen, die wahre Diagnose vor ihrem Mann zu verheimlichen und ihn stattdessen an eine „hochgradige Magenschleimhautentzündung“ glauben zu lassen, die „erst in

---

<sup>164</sup> Vgl. zum Beispiel einen Brief, in dem eine Frau von der Krebserkrankung ihres Vaters berichtete, über die sie informiert war: Brief der Luise Balck, Altona, an den Präsidenten vom Reichsgesundheitsamt Professor Dr. Reiter. Altona, den 3. Januar 1934. BArch R 86 / 4136, Bl. 96-98, hier Bl. 96 RS.

<sup>165</sup> Brief Prof. Dr. med. H. Erbsen an Prof. Dr. med. Bauer. Saarbrücken, 11.04.1944. UAH, vorläufige Signatur: Acc. 11/02 (Chirurgische Klinik), Best. 2,1944, KrBl 95.



der Ruhe abklingen werde“.<sup>166</sup> Lobend schrieb der Heidelberger Chefarzt Bauer nach der Anfang Mai 1944 erfolgten Entlassung des Patienten an seinen Saarbrücker Kollegen, der die weitere Behandlung übernehmen sollte: „Dank der besonders einsichtigen Einstellung seiner Frau nahm er [Anton K.] die schnelle Überwindung der unmittelbaren, postoperativen Reaktion als ein günstiges Zeichen seiner Genesung, sodass er völlig ahnungslos über seinen wahren Zustand im Krankenwagen der Reichsbahn nach A. am Starnberger See [seinem Wohnort] verlegt werden konnte.“<sup>167</sup>

Einige Zeit nach der Entlassung schrieb die Ehefrau Lotte K. einen Brief an den Heidelberger Chefarzt, in dem sie sich für die Behandlung in Heidelberg bedankte und den körperlichen Verfall ihres Mannes schilderte:

„Nun aber der körperliche Zustand, da habe ich den Eindruck, daß allmählich die schlimmste Phase eintritt. - Seit einigen Tagen leidet der Patient fast bei jedem Essen an Brechreiz, u. sonst großen Beschwerden. - Ich gebe jetzt nur noch fast flüssige Nahrung, u. 2-3 Pantopon-Spritzen.<sup>168</sup> Glaube aber, daß ich jetzt zu Morphium übergehen muß. Der Leib ist ganz hart, u. die Kreislaufstörungen machen sich bemerkbar. Die Füße, bis zum Knöchel schwellen an, u. die Gesichtsfarbe ist schon sehr gelb, auch die Augäpfel haben sich verfärbt.

Sonst ist mein Mann noch sehr interessiert an allen Dingen, geht täglich in den Garten, u. glaubt felsenfest an seine Genesung. [...] [ich] hoffe nur, daß ich bis zum Schluß die Illusion bei meinem Kranken erhalten kann, daß es ihm täglich etwas besser geht, oft bitter schwer.“<sup>169</sup>

Dieser Brief ist das letzte Dokument über das Sterben Anton K.s, das in seiner Heidelberger Krankenakte zu finden war. Eine Nachricht über seinen Tod, die sonst manchmal von den Hausärzten an die Heidelberger Klinik gesandt oder von der Klinik erfragt wurde, fehlt. Aufgrund der Schilderungen Lotte K.s ist jedoch anzunehmen, dass ihr Mann noch im Jahr 1944 gestorben ist.

Auch in diesem Fall erlauben es die erhaltenen Dokumente nicht, ins Innere des Tabus vorzudringen und herauszufinden, ob Anton K. tatsächlich „felsenfest an seine

<sup>166</sup> So ein Eintrag in der Krankenakte, der auch festhielt, dass Anton K. explizit nach dem Operationsbefund gefragt habe: UAH, vorläufige Signatur: Acc. 11/02 (Chirurgische Klinik), Best. 2,1944, KrBl 95.

<sup>167</sup> Brief von K.H. Bauer an Professor Dr. Noetzel, Saarbrücken. Heidelberg, 06.05.1944. UAH, vorläufige Signatur: Acc. 11/02 (Chirurgische Klinik), Best. 2,1944, KrBl 95.

<sup>168</sup> Pantopon ist ein schmerzstillendes Opiumpräparat, das 1909 von der Pharmafirma Hoffmann-La Roche auf den Markt gebracht worden war und weniger stark auf das Atemzentrum wirkte als Morphium. Zur Wirkungsweise vgl. H. Winternitz, Ueber morphinfreies Pantopon und die Wirkung der Nebenalkaloide des Opiums beim Menschen, in: Münchener Medizinische Wochenschrift 59, 16 (1912), S. 853f.

<sup>169</sup> Brief von Lotte K. an Professor Karl Heinrich Bauer. A. am Starnberger See, undatiert. UAH, vorläufige Signatur: Acc. 11/02 (Chirurgische Klinik), Best. 2,1944, KrBl 95.

Genesung“ geglaubt, seiner Krebserkrankung gegenüber völlig „ahnungslos“ geblieben ist. Dies ist einerseits wenig erstaunlich, denn genau dieses Schweigen entspricht der Struktur des Tabus: wie im Auge des Sturms herrscht im Inneren des künstlich erzeugten Taburaums Stille. Diese Stille, dieses Schweigen stabilisiert das Tabu. Andererseits: Wenn fast alle Erkrankten gewusst haben sollten, dass sie an Krebs litten, und sich „lediglich“ den an sie herangetragenen Erwartungen um den Preis der eigenen emotionalen Isolation gebeugt haben, erscheint es doch ein Stück weit erstaunlich, dass es offenbar kaum Dokumente gibt, die vom Tabubruch einzelner Patienten berichten.<sup>170</sup> Was aber bedeutet es, dass es bis in die 1950er Jahre keine (oder möglicherweise nur sehr wenige) überlieferte Quellen gibt, die darüber berichten, dass Patienten das Tabu von sich aus zu brechen versucht und über Gefühle der Isolation und Vereinsamung mit Angehörigen, Ärzten und Ärztinnen, Krankenschwestern, Pflegern oder Krankenhausseelsorgern gesprochen haben?

Eine mögliche Erklärung kann die Heidelberger Korrespondenz aus dem Jahr 1944 geben. Denn die in der Krankenakte erhalten gebliebenen Briefe zeigen deutlich, dass es trotz der sozialen Stellung der Lotte K., ihrer zweifellos vorhandenen Bildung und Wohlhabenheit, die sie bei einem gesellschaftlichen Ereignis dem Ehepaar Bauer hätte ebenbürtig erscheinen lassen, eine fraglos akzeptierte Hierarchie in diesem Verhältnis gab, die in erster Linie auf die (chef-)ärztliche Autorität Bauers gegenüber einem Patienten und dessen Frau zurückzuführen war.<sup>171</sup> Dieser Arzt erwartete ein gewisses Verhalten nicht nur von seinen Patienten, sondern auch von deren Angehörigen: Die Ärzte signalisierten Lotte K. deutlich, dass sie ihrem Mann die Krebsdiagnose verheimlichen und die Täuschungsbemühungen der Ärzte emotional gefasst – „tapfer“ – unterstützen sollte. Damit, so das Versprechen, ermöglichte sie ihrem Mann eine „heitere“ Stimmung, wie es an anderer Stelle in ihrem Brief hieß, und sie bewahrte ihn vor einem möglichen Absturz in eine würdelose Verzweiflung, die insbesondere für einen ehemaligen Offizier nur schwer zu ertragen gewesen wäre – daran glaubte sie ebenso wie die beteiligten Ärzte.

Indem sie wie gewünscht die Kommunikationsstrategie der Ärzte übernahm, wurde sie zu einem Teil des medizinischen Behandlungsteams. Sie bekam für ihre

<sup>170</sup> Weder in den von mir durchgesehenen Patientenakten der Heidelberger Klinik noch in anderen mir bekannten Quellen habe ich Andeutungen eines solchen Tabubruchs finden können.

<sup>171</sup> Die Tatsache, dass Lotte K. als Frau hier einem Mann gegenübergestanden hat, spielte in dieser Hinsicht nicht die entscheidende Rolle, da sich eine ähnliche Unterordnung auch aus Patientenakten ersehen lässt, in denen die Frau Patientin und der Mann Angehöriger war.

„Einsicht“ Anerkennung von Bauer und den anderen Ärzten, die ihr dementsprechend die Pflege ihres Mannes ebenso wie die selbständige Entscheidung über die Gabe und Auswahl der zur Verfügung stehenden Schmerzmittel überließen. Dass sie diese ihr zugedachte Rolle zumindest im Gespräch mit Bauer annahm, enthüllt ihr Brief: Sobald sie die körperlichen Beschwerden sowie die von ihr getroffenen Maßnahmen beschrieb, wurde ihr Mann für sie zum „Patienten“ oder zu „meinem Kranken“, seine schmerzenden Körperteile wurden durch ihren beschreibenden Blick von ihm als fühlendem Subjekt gelöst, wurden zu „der Leib“, „die Füße“, „die Augäpfel“. Damit imitierte sie den medizinischen Blick des Arztes und kehrte erst zu ihrem Mann als Person zurück, als es im Brief um seine geistigen Interessen ging.

Dass ihr diese Haltung „oft bitter schwer“ wurde, räumte sie nur am Rande ein, denn sie wusste sehr genau, dass Bauer diese Haltung von ihr erwartete und dass einer „tapferen“ Frau eine ausführlichere Klage darüber im Gespräch mit dem Arzt nicht gestattet war, wollte sie nicht die ihr zugestandene Rolle als medizinische Assistentin und „einsichtige“ Pflegerin ihres Mannes verlieren. Dies zeigt einerseits, dass das „schonende Betrügen“ für die Angehörigen auch einen „Gewinn“ bringen konnte, sofern sie die Grundannahme des Tabus teilten: die Überzeugung, dass Hoffnung und Heiterkeit und damit auch eine würdevolle Haltung für *alle* Beteiligten das Sterben eines geliebten Menschen erleichterte. Jede und jeder, der davon abwich und mit einem Angehörigen über die Krebserkrankung und das bevorstehende Sterben sprechen wollte, riskierte nicht nur die von den Ärzten angekündigte Verzweiflung des sterbenden Menschen, sondern auch das vernichtende Urteil der „Anderen“ dafür, dass man dem Sterbenden – tatsächlich oder angeblich – Hoffnung, Heiterkeit und Würde genommen habe. Solange also das Sterben und die daran geknüpften Gefühle von einer Mehrheit innerhalb der Gesellschaft auf diese Weise gewertet wurden, ist davon auszugehen, dass nur wenige es für richtig hielten oder sich trauten, diesen Weg zu gehen, und dass diejenigen, die dies möglicherweise getan haben sollten, dies eher versteckt getan und nicht darüber geschrieben haben.

Dies erklärt allerdings nicht vollständig, warum auch Dokumente darüber fehlen, dass an Krebs erkrankte Menschen von sich aus das Tabu durchbrochen haben und darauf bestanden, über die von ihnen vermutete Krankheit mit ihrer Familie zu reden. Geschah auch dies im Verborgenen, so dass keiner darüber schrieb? Oder scheiterten alle Versuche eines „offenen“ Gesprächs? Im Hinblick auf das Gespräch mit dem medizinischen Personal gibt es dafür eine Reihe an Hinweisen. Denn in Ärztberatungen,

Medizin- oder Pflegefachzeitschriften wurde zwar durchaus davon berichtet, dass Patienten wie Anton K. ganz konkret danach fragten, woran sie erkrankt waren und ob sie an Krebs litten. Und nicht alle gaben sich so wie Anton K. mit den ausweichenden Auskünften von Ärzten und Schwestern zufrieden: Sie fragten immer wieder nach oder versuchten sich Einblick in Krankenblätter oder Arztbriefe zu verschaffen, die eigentlich vor ihnen verschlossen bleiben sollten.<sup>172</sup>

Die meisten akzeptierten dagegen – scheinbar oder tatsächlich – die Auskunft, sie litten an einem gutartigen Geschwür oder Ähnlichem, ohne weiter nachzufragen. Vielleicht weil sie damit bereits genug zu wissen meinten: Diese Annahme stützt ein Brief, den Luise B. aus Altona 1934 an den Präsidenten des Reichsgesundheitsamtes schrieb, um ihre Theorie darzulegen, dass Spulwürmer und andere Parasiten für die Entstehung von Krebs verantwortlich seien. Geradezu lapidar dechiffrierte sie dort en passant die Auskünfte ihres Arztes als verklausulierte Krebsdiagnose und schrieb:

„Der Arzt gebrauchte dafür [für den Röntgenbefund] den Ausdruck ‚Verkrampfungen‘. Auf meine Frage, ob es Krebs sei, erhielt ich den Bescheid, daß es noch keiner sei, aber leicht welcher werden könne. Diese Auskunft bestärkte meine schon vorher in dieser Richtung gehegten Befürchtungen – kurzvorher war nämlich mein Vater nach dem Zeugnis maßgebender Ärzte an Krebs gestorben und zwar unter ganz ähnlichen Begleiterscheinungen wie den oben geschilderten – und veranlaßte mich zu genauester Beobachtung des Krankheitsverlaufes, aller Begleiterscheinungen sowie der Reaktionen des Körpers darauf.“<sup>173</sup>

Vermutete also auch zehn Jahre später der Major a.D. Anton K., dass die schwere Magenschleimhautentzündung Krebs war, ohne dass er weiter hätte nachfragen müssen? Liest man den „Bericht“ seiner Frau darüber, wie gravierend seine Beschwerden und Schmerzen waren, wie diese zudem mit jedem Tag des Sommers 1944 zunahmen, erscheint es kaum vorstellbar, dass Anton K., der in seinem sechzigjährigen Leben mit Sicherheit bereits Merkblätter oder Anzeigen von Früherkennungsmaßnahmen gesehen hatte und in dessen Umfeld Menschen an Krebs gestorben sein werden, nicht zumindest zeitweise an der Diagnose Magenschleimhautentzündung zweifelte, dass ihm nicht zumindest dann und wann der Verdacht gekommen sein könnte, dass die Krankheit, an der er litt und die seinen Körper verfallen ließ, Krebs hieß. Dass seine Frau trotz der

<sup>172</sup> Vgl. zum Beispiel: Irmgard Linde, Krebsfürsorge im Rahmen der Krankenhausfürsorge, in: Die Strahlentherapie 97 (1955), S. 633-642, hier S. 636.

<sup>173</sup> Brief der Luise B., Altona, an den Präsidenten des Reichsgesundheitsamtes Professor Dr. Reiter. Altona, den 3. Januar 1934. BArch R 86 / 4136, Bl. 96-98, hier Bl. 96 RS.

greifbaren Verschlechterung seines Zustandes keine weiteren Fragen von seiner Seite erwähnte, lässt es noch plausibler erscheinen, dass er die ihm erteilten Auskünfte bereits „übersetzt“ hatte. War es also nicht er, dessen „Illusionen“ aufrechterhalten werden mussten, sondern seine Frau? Verzichtete er möglicherweise deshalb auf das Gespräch über die „Wahrheit“, weil er *ihre* Verzweiflung fürchtete? Eine zweifelsfreie Antwort auf diese Frage wird es nicht geben, solange nicht neue Dokumente gefunden werden – die aber wohl aller Wahrscheinlichkeit nie geschrieben worden sind.

Aus Sicht eines heute dominanten Emotionsverständnisses, das das Sprechen über Gefühle als heilsam ansieht, die Verdrängung negativer Gefühle wie Angst oder Verzweiflung dagegen als eine Form der gefährlichen Selbstentfremdung begreift, erscheint die Möglichkeit, dass das Ehepaar K. über die Krebskrankheit und das Sterben des Anton K. nicht sprach, als eine Form der Vereinsamung und emotionalen Isolation. Dieses Emotionsverständnis ist allerdings – wie das zweite Kapitel gezeigt hat – selbst ein Produkt der Geschichte. In der Zwischenkriegszeit und stärker noch in den frühen 1950er Jahre beherrschte dagegen ein anderes Emotionsverständnis die öffentliche Diskussion: Nach diesem Verständnis war es ein Kennzeichen des gereiften, „würdevollen“ Menschen, Gefühle von Angst und Verzweiflung zu beherrschen, darüber nicht zu reden und aus dieser Form der Gefühlsbeherrschung innere Stärke zu gewinnen.<sup>174</sup> Einem solchen Bemühen kam das Krebstabu entgegen. Unter der Prämisse, dass Gefühle und Gefühlshaltungen historisch wandelbar, kulturell geprägt und bis zu einem gewissen Grad „erziehbar“ sind, erscheint so der Sommer 1944 im Leben des Ehepaares K. nicht zwangsläufig als Zeit der grausamen Verstellung, des auf den Seelen beider Menschen schwer lastenden Verstummens und der einsamen Verzweiflung: Möglicherweise wussten oder ahnten beide, dass der Tod des Herrn K. bevorstand, übernahmen aber das Sprechverbot nicht nur unter dem Druck der zweifellos vorhandenen äußeren Erwartung, sondern auch aus innerer Zustimmung und in einer Art schweigendem Einverständnis darüber, dass sie Gefühle von Angst und

---

<sup>174</sup> Zwar veränderten sich in den Jahren zwischen 1918 und 1950 Vorstellungen und Erziehungsmaximen darüber, wie mit Angst umgegangen werden sollte. Dass das Sprechen über Gefühle der Angst und Verzweiflung hilfreich oder heilsam sein könnte, wurde jedoch in der Regel nicht angenommen, Angstbewältigung als Aufgabe des „inneren“ Menschen gesehen, die er (oder sie) aus sich heraus zu leisten hatte. Zum Wandel von Angstbegriffen und Erziehungskonzepten in dieser Zeit: Hitzer, Jim Button's Fear; Stearns/Haggerty, The Role of Fear; Bakker, The Meaning of Fear sowie Michael Roper, Between Manliness and Masculinity: The "War Generation" and the Psychology of Fear in Britain, 1914-1950, in: Journal of British Studies 44, 2 (2005), S. 343-362.

Verzweiflung *nicht* teilen wollten, weil sie glaubten, diese Gefühle so besser beherrschen und ihr verbleibendes gemeinsames Leben auf diese Weise glücklicher ausfüllen zu können. Letztlich muss dies aber Spekulation bleiben, da es keine Spuren (mehr?) gibt, die weiter hinein in das Innere des Tabus führen.

#### **4.4 „Deutsche“ Appelle zu Mut und Wahrheit im Zeichen einer Entdramatisierung des Sterbens**

Während also an einigen Orten die Krebserkrankung bis weit in die 1940er Jahre (und darüber hinaus) den Patienten gegenüber verschwiegen wurde, begann man an anderen Orten immer öfter darüber zu sprechen.<sup>175</sup> Manchmal lagen diese Orte gar nicht so weit auseinander. In der Heidelberger Chirurgie, auf der Anton K. 1944 ohne Erfolg operiert wurde, war das Verschweigen offenbar üblich – darauf deuten die in den Akten aufbewahrten Briefe an die Hausärzte der Patienten.<sup>176</sup> In der Heidelberger Inneren Klinik, insbesondere auf der neurologischen Station, sah die Situation anders aus: Unter den hier behandelten Patienten litten nur wenige an Krebs. Diejenigen allerdings, denen hier die Diagnose Krebs gestellt wurde, waren entweder an Tumoren im Kopf oder Rückenmark erkrankt oder sie litten an Metastasen in der Wirbelsäule oder im Gehirn, die zu neurologischen Ausfällen geführt hatten. Wenn in den erhalten gebliebenen Akten der hier behandelten Krebspatienten etwas über die Frage der Diagnosemitteilung festgehalten wurde, dann fast immer in dem Sinne, dass die Patienten über ihre Krebserkrankung aufgeklärt wurden. Ob es sich um einen 36-jährigen verheirateten Maschinenarbeiter mit einer Hirnmetastase handelte, eine 35-jährige Diakonisse mit Beckenmetastasen oder einen 61-jährigen verheirateten Maler mit einem Hirntumor: Mit allen drei Patienten sprachen die Heidelberger Ärzte über ihre Krebserkrankung, verschwiegen weder der Diakonisse, dass sie bald sterben würde, noch ließen sie den Maschinenarbeiter im Ungewissen darüber, dass einzig eine extrem

<sup>175</sup> Nach Einschätzung der Herausgeber eines 1938 erschienenen Standardwerkes zum Arztrecht hielt eine Mehrheit der Ärzte noch Ende der 1930er Jahre das Verschweigen für die einzig humane Art des Umgangs mit an Krebs erkrankten Menschen, vgl. Werner Liertz/Hans Paffrath, Handbuch des Arztrechtes, Düsseldorf 1938, S. 197.

<sup>176</sup> Vgl. z.B. das Schreiben des Assistenzarztes Dr. Müller an Dr. Kraus, Hockenheim, vom 17.07.1939: „Über die Natur des Leidens haben wir die Frau nicht unterrichtet.“ Krankenblatt Eva L., 59 J., Hausfrau aus Hockenheim. UAH, vorläufige Signatur: Acc. 11/02 (Chirurgische Klinik) Best. 2,1939, KrBl, Nr. 2149.

gefährliche Operation sein Leben retten könnte, eine Operation, für die er sich dennoch entschied, die er aber nicht überlebte.<sup>177</sup>

Warum diese Patienten über ihren Zustand aufgeklärt wurden, lässt sich weder mit ihrem Alter noch mit ihrem Geschlecht oder Familienstand erklären, denn dazu unterscheiden sich diese drei Patienten zu sehr. Wenn auch bei der Diakonisse ihr Glaube eine Rolle gespielt haben könnte, so fehlen in den beiden anderen Fällen Hinweise auf religiöse Überzeugungen der Patienten völlig. Auch im Blick auf die Persönlichkeit der Patienten gibt es kein Indiz dafür, dass sie aus Sicht der Ärzte als besonders stabil und gefestigt erschienen – im Gegenteil: Den Maschinenarbeiter beschrieb der aufnehmende Arzt in der Anamnese als „etwas uneinsichtigen, kritischschwachen, aber sonst unauffälligen Mann“.<sup>178</sup> Das einzige, was diese drei Patienten miteinander verband, war, dass alle drei an einer Krebserkrankung mit geringer oder fehlender Aussicht auf Heilung litten. Eine vergleichbare Einschätzung der Erkrankung von Anton K. hatte allerdings den Chirurgen und Krebspezialisten Karl Heinrich Bauer nicht dazu bringen können, mit seinem Patienten offen über dessen Erkrankung zu reden. Insofern erscheint die Annahme gerechtfertigt, dass die Gründe für Verschweigen oder Reden nicht auf der Seite von Patientin oder Patient oder in der Art und Prognose ihrer Krebserkrankung zu suchen sind. Es war der Arzt, der über den Verlauf des Gespräches entschied, und offenbar war der ausschlaggebende Faktor für diese Entscheidung nicht die Person des Patienten, sondern die Überzeugung des Arztes, ob über ein Krebsleiden oder das Sterben gesprochen werden sollte.

Wovon hing diese Überzeugung ab? Eine mögliche These wäre es zu vermuten, dass die Fachrichtung und die dadurch in gewisser Weise vorstrukturierte Art der Begegnung mit Patienten ausschlaggebend dafür waren. Redeten Chirurgen seltener mit ihren Patienten über Krebs und Sterben, weil sie ihre Patienten mit einem anatomisch geschulten Blick ansahen, eher auf das zu operierende Körperteil als auf den „ganzen“ Menschen sahen? Weil sie nur in Ausnahmefällen Patienten lange auf Station behielten, während Neurologen oder Internisten eher nach den im Menschen wirkenden Zusammenhängen von Körper und Psyche fragten und ihre Patienten oft über längere

---

<sup>177</sup> Vgl. die entsprechenden Eintragungen in: Krankenakte Frieda Sch., geb. 18.5.1903, led. Kinderchwester aus Karlsruhe; Krankenakte Wilhelm St., geb. 15.9.1902, Masch. Arbeiter aus Neulußheim und Krankenakte Eduard Th., geb. 9.7.1879, verh. Maler aus Landau. UAH, vorläufige Signatur: Acc. 30/01 (Neuro), neu: L-V, 1938, Nr. 917; Nr. 930 und Nr. 977.

<sup>178</sup> Krankenakte Wilhelm St., geb. 15.9.1902, Masch. Arbeiter aus Neulußheim. UAH, vorläufige Signatur: Acc. 30/01 (Neuro), neu: L-V, 1938, Nr. 930.

Zeiträume betreuten, insofern mehr Gelegenheit hatten, den Patienten nahezukommen und qua medizinischer Disziplin eine größere Aufmerksamkeit für deren psychisches Befinden mitbrachten? So überzeugend diese These auf den ersten Blick erscheint, so stellen sich doch schnell Zweifel ein, wenn man den Blick über die konkrete Heidelberger Situation hinaus weitet. Denn während Bauer für das Verschweigen optierte, trat sein prominenter und hoch angesehener Kollege Ferdinand Sauerbruch in Berlin dafür ein, Patienten in der Regel über eine Krebsdiagnose aufzuklären.<sup>179</sup> Ludolf von Krehl, der bis 1931 die Innere Klinik in Heidelberg geleitet und als Lehrer von Viktor von Weizsäcker und Richard Siebeck der psychosomatischen Medizin den Weg bereitet hatte, lehnte dagegen eine wahrheitsgemäße Aufklärung seiner Patienten kategorisch ab.<sup>180</sup> Diese umgekehrte Konstellation legt es also nahe, an anderer Stelle nach den Gründen zu suchen, die dafür verantwortlich waren, dass sich einige Ärzte und Klinikdirektoren bereits in den 1930er Jahren gegen die bis dato dominante Tradition des Verschweigens wandten. Die Diskussion darüber wurde, wie schon um 1900, auf zwei Feldern geführt: einerseits im Recht, andererseits in medizinischen,

---

<sup>179</sup> Von dieser Haltung berichtete Sauerbruch in seiner 1951, seinem Todesjahr, publizierten Autobiographie. Er berichtete, dass er die Überzeugung, man müsse in jedem Fall die Wahrheit sagen, von seinem Breslauer Chefarzt von Mikulicz gelehrt bekommen habe. Dieser habe ihm kurz vor seinem Tod 1905 ein Gewebstück gezeigt und um Sauerbruchs Diagnose gebeten. Nachdem Sauerbruch auf „Carcinom“ erkannt hatte, enthüllte ihm Mikulicz, dass das Gewebe ihm selbst bei einer vom Wiener Spezialisten Eiselsberg durchgeführten Operation entnommen worden war. Eiselsberg hatte Mikulicz nicht mitgeteilt, dass er an Krebs litt und die Erkrankung so weit fortgeschritten war, dass er seinen Bauch bei der Operation, an der Sauerbruch als Anästhesist teilgenommen hatte, sofort wieder verschloss. Mikulicz kommentierte dies nach Sauerbruchs Erinnerung mit den Worten: „Wenn Sie einmal selbständig geworden sind, lieber Sauerbruch, dürfen Sie niemals so etwas tun. Die Wahrheit muß der Arzt immer sagen, niemals die Unwahrheit, um einem Kranken Erleichterung zu verschaffen, denn der Kranke hat einen Anspruch darauf, die Wahrheit zu erfahren.“ Sauerbruch bemerkte dazu in seiner Autobiographie: „Ich selbst habe mich grundsätzlich an dieses Wort gehalten, und ich habe auch immer meine Studenten gelehrt, so zu verfahren.“ Vgl. ders., *Das war mein Leben*, Bad Wörishofen 1951, S. 123. Da zu Beginn der 1950er Jahre die Praxis der Täuschung noch sehr verbreitet war, besteht wenig Grund zur Annahme, dass Sauerbruch seinen Umgang mit der Diagnosemitteilung im Rückblick der aktuellen Meinung angepasst haben sollte.

<sup>180</sup> Gerade das Gewicht, das Krehl seelischen Faktoren im Rahmen der Behandlung beimaß, veranlasste ihn zu dieser Ablehnung, denn seiner Überzeugung nach war es „des Arztes Aufgabe [...] zu fragen: Was kann er beitragen, um dem Kranken bei und trotz seiner Krankheit zu innerer Ruhe und Harmonie zu verhelfen. [...] Denn der Kranke braucht, er mag es leugnen, soviel er will, in letzter Hinsicht einen Trost, eine Hoffnung, einen Anhalt, sei es auf Gesundwerden, sei es auf Höheres.“ Ludolf Krehl, *Die Behandlung innerer Krankheiten*, 2. unveränderte Auflage, Berlin 1934, S. 79. Richard Siebeck berichtete rückblickend davon, wie er als junger Arzt mit Krehl, seinem Chefarzt, darüber diskutiert habe, ob Ärzte eine Krebsdiagnose mitteilen sollten. Krehl sei allerdings von seiner Auffassung nicht abgerückt und habe Siebecks Argumenten entgegengehalten, dass nur der, der wie Siebeck noch nie ernsthaft krank gewesen sei oder eine solche Krankheit aus nächster Nähe erlebt habe, für Offenheit und „Wahrheit“ im Umgang mit Krebs eintreten könne, sich diese Einschätzung aber vollkommen verändere, sobald man selber betroffen sei, vgl. Siebeck, *Medizin in Bewegung*, S. 400f. sowie Krehl, *Der Arzt*, 1937.



psychologischen, theologischen und weltanschaulichen Diskussionen über die Bedeutsamkeit und zugleich Normalität des Sterbens sowie über die Rolle von Gefühlen im therapeutischen Prozess.

In der medizinischen und medizinrechtlichen Diskussion erregte 1932 ein Urteil des Reichsgerichts Aufmerksamkeit, das erstmals höchstrichterlich darüber befand, ob die Aufklärung über eine Krebsdiagnose im Allgemeinen geboten war oder ob eine solche Aufklärung unter Umständen sogar als Körperverletzung zu gelten habe.<sup>181</sup> Dem Urteil zugrunde lag der Fall der Frau L. aus dem ostpreußischen Braunsberg, die 1930 wegen unklarer Beschwerden einen „Heilbehandler“ aufgesucht hatte, der mittels Augen- und Pendeldiagnose eine beginnende Krebserkrankung diagnostiziert hatte, die er zu heilen versprach. Nach diesem Besuch geriet Frau L. in so große Angst, dass ein anderer Arzt eine schwere Depression sowie eine Angstpsychose diagnostizierte und Suizidgefahr gegeben sah. Daraufhin wurde Frau L. als „geisteskrank“ in eine psychiatrische Klinik eingewiesen.<sup>182</sup> Die Familie zeigte den „Heilbehandler“ wegen Körperverletzung an, da die schonungslose Aufklärung über die beginnende Krebserkrankung Frau L.s Psychose verursacht hätte.

Der Fall wurde zunächst vor dem Braunsberger Schöffengericht verhandelt, das Berufungsverfahren fand vor dem Landgericht Braunsberg statt. Das Landgericht gab der Klage statt und erkannte auf fahrlässige Körperverletzung, da der „Angeklagte durch die *schonungslose* Aufklärung der Frau L. über die Krebserkrankung den Ausbruch der Geisteskrankheit ‚jedenfalls mit-verursacht‘ hat.“<sup>183</sup> Dieses Urteil wurde angefochten, so dass der Fall schließlich im Februar 1932 vor dem Reichsgericht landete, dessen zweiter Strafsenat das Urteil aufhob und den Fall an das Landgericht zurückverwies. In der Begründung dazu hielt das Reichsgericht unmissverständlich mit Blick auf das Landgerichtsurteil fest:

„Soweit hiermit gesagt werden soll es sei *regelmäßig* dem Kranken zu verheimlichen, daß er an Krebs leide, kann dem nicht zugestimmt werden. Auch bei schweren Erkrankungen wie bei Krebs hat der Kranke das Interesse und den Anspruch, von dem Heilbehandler (Arzt oder Naturheilkundigen), dem er sich

---

<sup>181</sup> Vgl. zum Beispiel die Berichterstattung in: Willy Schumacher, Inwieweit darf der Arzt den Kranken über eine gefährliche Erkrankung wahrheitsgemäß aufklären, in: Monatsschrift für Krebsbekämpfung 3 (1933), S. 135f.; Gustav Schläger, Aufklärung und Verschwiegenheit bei Krebsverdacht, in: Monatsschrift für Krebsbekämpfung 10 (1943), S. 150-155, hier S. 153.

<sup>182</sup> II. Strafsenat, Urteil v. 29. Februar 1932, II 57/32, Inwieweit ist ein Heilbehandler verpflichtet, den sich ihm anvertrauenden Kranken, auch den gefährlich Erkrankten, über sein Leiden aufzuklären?, in Entscheidungen des Reichsgerichts in Strafsachen 66 (1932), S. 181-185, hier S. 181f.

<sup>183</sup> II. Strafsenat, Inwieweit ist ein Heilbehandler verpflichtet, S. 184 [Hervorhebung im Original].

anvertraut, wahrheitsgemäß über die Natur seines Leidens unterrichtet zu werden. Er kann sich nur dann sachgemäß darüber entscheiden, ob er sich überhaupt einer Heilbehandlung und welcher er sich unterziehen [...] will. [...] Auch einen Krebskranken hat also der Heilbehandler wahrheitsgemäß über sein Leiden – wenn auch nicht notwendig über alle Einzelheiten und Folgen – aufzuklären, soweit nicht daraus aus besonderen Gründen des Einzelfalls eine Beeinträchtigung der Heilung zu befürchten ist.“<sup>184</sup>

Damit kehrte das Reichsgericht die Argumentation des Landgerichts, die der in Ärzteratgebern und Lehrbüchern verbreiteten Ansicht entsprach, um. Das Verheimlichen sollte nicht die Regel sein, sondern im Gegenteil: das Sprechen über die Krebsdiagnose. Als Begründung wurde das bereits in den früheren Reichsgerichtsurteilen zur Eingriffsaufklärung benutzte Argument genannt, dass Menschen über Eingriffe in ihren Körper selbst zu entscheiden hatten und ihnen dafür die notwendigen medizinischen Informationen zur Verfügung gestellt werden mussten. Neu an diesem Urteil war allerdings, dass es nun nicht mehr nur um Informationen über das Ausmaß des therapeutischen Eingriffs, mögliche Komplikationen und Nebenwirkungen ging, sondern auch um Informationen über die Art der Erkrankung und damit um ein eigenständiges Urteil darüber, ob der vom „Heilbehandler“ empfohlene Eingriff dem Patienten grundsätzlich sinnvoll erschien. Zudem stellte das Reichsgerichtsurteil semantisch einen Zusammenhang zwischen der „wahrheitsgemäßen“ Aufklärung und dem vom Patienten aufbrachten Vertrauen her, so dass das dem Arzt oder Naturheilkundigen geschenkte Vertrauen nunmehr quasi implizierte, dass dieser im Gegenzug dem Patienten „Wahrheit“ schenken müsse. Damit näherte sich die Position des Reichsgerichts der von Albert Moll skizzierten Vorstellung einer Vertragsbeziehung zwischen Arzt und Patient an, als deren Basis hier das Vertrauen erschien. Nur im Einzelfall einer besonders labilen oder gefährdeten Persönlichkeit konnte von dieser Auskunftspflichtung abgewichen werden. Wie eng das Reichsgericht jedoch die Grenzen einer solchen Ausnahme zog, zeigte die Tatsache, dass das Reichsgericht den Fall an das Landgericht zurückverwies, da dieses nicht durch Sachverständige habe prüfen lassen, ob Frau L. schon vor ihrer Krebsdiagnose eine labile Persönlichkeit gewesen sei, und das Landgericht es auch versäumt habe nachzuweisen, inwiefern der „Heilbehandler“ davon habe wissen können.

Ohne dass die Richter in diesem Urteil über Hoffnung, Hoffnungslosigkeit und Verzweiflung sprachen, fällten sie doch zugleich ein Urteil darüber, wie wichtig ihnen

---

<sup>184</sup> II. Strafsenat, Inwieweit ist ein Heilbehandler verpflichtet, S. 182f. [Hervorhebung im Original].

das von vielen Ärzten angeführte Argument erschien, dass die Mitteilung einer Krebsdiagnose den betroffenen Menschen töten könne, da sie ihm jegliche Hoffnung nehme. Das Recht auf Selbstbestimmung hatte aus höchstrichterlicher Sicht Vorrang.<sup>185</sup>

Ausdrücklich bekräftigte der 3. Zivilsenat des Reichsgerichts diese Vorrangigkeit in einem Urteil vom 8. März 1940.<sup>186</sup> Verhandelt wurde hier über das Revisionsbegehren eines Chirurgen, der von seiner Patientin Hedwig H. auf 6000 Reichsmark Schadensersatz verklagt worden war. Er hatte ihr im Februar 1936 die rechte Brust amputiert, weil er überzeugt gewesen war, einen Krebsknoten gefunden zu haben – ein Verdacht, der durch die spätere Gewebeuntersuchung nicht bestätigt wurde. Hedwig H. hatte allerdings von einem Krebsverdacht vor der Operation nichts gewusst und geglaubt, es handle sich um eine lokal begrenzte gutartige Geschwulst. In diesem Glauben hatte sie dem Arzt lediglich die Einwilligung zu einer operativen Entfernung der Geschwulst gegeben. Erst beim ersten Verbandswechsel nach der Operation begriff sie, dass ihr eine Brust amputiert worden war. Infolge der Operation blieb die Beweglichkeit ihres rechten Armes stark eingeschränkt, so dass sie ihre frühere Arbeit nicht in vollem Umfang wiederaufnehmen konnte.

---

<sup>185</sup> Dies war bereits in einem 1931 vor dem Reichsgericht verhandelten Fall festgestellt worden, dem die Klage einer Frau zugrunde lag, der die Gebärmutter wegen eines Karzinoms entfernt worden war, obwohl sie vor der Operation nichts von einer Krebserkrankung gewusst hatte und einer Gebärmutterentfernung nicht zugestimmt hatte (Urteil vom 19. Mai 1931; 202/30 III). Darüber entbrannte in der *Juristischen Wochenschrift* eine Debatte, in der sich u.a. der Frankfurter Rechtsanwalt Carl Neukirch zu Wort meldete und forderte, die Rechtsfigur der Vertragsbeziehung im Arzt-Patienten-Verhältnis anders zu definieren, denn: „Bisher haben Ärzte und Laien es als hohe Aufgabe des Arztes angesehen, neben dem Körper auch die Seele des Patienten zu behandeln und zu schonen. Dazu gehört aber in erster Linie, dass der Arzt den Kranken über die Bösartigkeit des Leidens täuscht. [...] Wollte man der Entsch. grundsätzliche Bedeutung beimessen, so müßte in Zukunft der Chirurg zunächst den Patienten über die Bösartigkeit des Leidens aufklären. Ist die Natur des Leidens zweifelhaft, so müßte er ihn darauf hinweisen, daß es sich *vielleicht* um ein bösartiges Leiden handelt, damit der Patient sich auf Grund dieser nach der Ansicht des RG. gebotenen Art der ärztlichen Beratung darüber schlüssig machen kann, ob er die Kosten der Operation nicht lieber durch seinen schnellen Tod ersparen will. [...] Gerade im Bereiche der ärztlichen Kunst muß die richtige Anwendung von § 242 [BGB] dahin führen, daß die Grundsätze der ärztlichen Ethik und die ärztliche Standesanschauung, soweit sie mit dem Empfinden aller Billigdenkenden übereinstimmen, gegenüber begrifflichen Deduktionen aus dem Gebiete des Vertragsrechts den Vorrang haben.“ [Hervorhebung im Original], vgl. Sch., 2. §242 BGB- Der Arzt ist verpflichtet, dem Patienten mitzuteilen, daß eine vorzunehmende Operation nicht unbedingt den gewünschten Erfolg verspreche oder daß sie gewisse Nebenwirkungen nicht ausschließe, in: *Juristische Wochenschrift* 61, 3 (1932), S. 3329.

<sup>186</sup> III. Zivilsenat, Urteil vom 8. März 1940, III 117/39, 1. Zur Sorgfaltspflicht des Arztes vor einem schwerwiegenden Eingriff. 2. Wie ist die Rechtslage, wenn der Arzt bewußtermaßen einen schwerwiegenden Eingriff ohne die Einwilligung des Kranken vorgenommen hat, obwohl ihm deren Einholung möglich gewesen wäre, und wenn sich der Eingriff später als nicht erforderlich herausstellt?, in: *Entscheidungen des Reichsgerichtes in Zivilsachen*, III 117/39 (online: <http://www.rgst.degruyter.de>, letzter Zugriff 27.03.2017).

Ihrem Schadensersatzbegehren hatten das Landgericht Leipzig und das Oberlandesgericht Dresden stattgegeben, weil der Arzt seinen Krebsverdacht nicht durch eine Biopsie vor oder während der Operation hatte überprüfen lassen. Dieser Argumentation folgte das Reichsgericht bei seiner Überprüfung des Revisionsantrags nicht. Aufgrund von Sachverständigengutachten hielten es die Richter für medizinisch vertretbar, allein aufgrund einer klinischen Brustkrebsdiagnose die Entscheidung zur Amputation zu treffen, da eine vorhergehende Biopsie Risiken berge und das klinische Bild in diesem Fall nach Einschätzung der Sachverständigen eine Krebserkrankung sehr wahrscheinlich gemacht habe. Dennoch lehnte das Reichsgericht den Revisionsantrag ab und zwar allein deshalb, weil der Arzt vor der Operation die Patientin über ihre Erkrankung hätte aufklären und ihre Einwilligung zur geplanten Amputation hätte einholen müsse. Die Richter verwarfen damit die Argumentation des Arztes, der diesen Fall als eben jene vom Reichsgericht im Urteil von 1932 beschriebene Ausnahme dargestellt hatte: Der Patientin sei die Aufklärung über den Krebsverdacht emotional nicht zuzumuten gewesen, da ihre Mutter kurz zuvor an Krebs gestorben sei; die Einwilligung zur Amputation sei nicht zu erlangen gewesen, ohne dass der Krebsverdacht zur Sprache gekommen wäre. Das Reichsgericht konstatierte demgegenüber:

„Der Rechtssatz, daß [...] dem einzelnen auch gegenüber dem Arzt die Verfügung über seinen Körper vorbehalten bleiben muß, ist so allgemeiner Natur und wird durch so wohlbegründete Erwägungen gefordert [...], daß er sich auch gegenüber derartigen Bedenken, wie sie die Revision erhebt, durchsetzen muß. Selbstverständlich wird der Arzt versuchen, den Kranken vor schädlicher Ängstlichkeit zu bewahren [...] Aber das muß gegenüber der Notwendigkeit zurücktreten, daß der Arzt sich vor jedem Eingriff der klaren, auf zutreffenden Vorstellungen über Art und Folgen des Eingriffs beruhenden (wenn auch naturgemäß nicht die Einzelheiten dieser umfassenden) Einwilligung des Kranken versichert. Soweit die mit ihrer Einholung verbundene Aufklärung die Herabdrückung seiner Stimmung oder seines Allgemeinbefindens zur Folge hat, handelt es sich um unvermeidbare Nachteile, die in Kauf genommen werden müssen.“<sup>187</sup>

Damit stuften die Richter das Selbstbestimmungsrecht höher ein als den durch die Angst verursachten Schaden. Mit ihrer Wortwahl deuteten sie auch an, dass die Krebsdiagnose aus ihrer Sicht nicht zwangsläufig existentielle Angst, Verzweiflung und Hoffnungslosigkeit hervorrufen musste. Denn die möglichen emotionalen Folgen

---

<sup>187</sup> III. Zivilsenat, 1. Zur Sorgfaltspflicht des Arztes, S. 137f.

einer Aufklärung über Krebs wurden in diesem Urteil als minder schwerwiegende, eventuell auch nur vorübergehende „herabgedrückte Stimmungen“ oder „Ängstlichkeit“ beschrieben, die zwar „nachteilig“ für die Patientin sein konnten, nicht aber deren Leben bedrohten oder unerträglich machten. Diese veränderte Bewertung von Angst, Hoffnungslosigkeit und Tod ist nicht allein im Rückgriff auf die juristische Argumentation zu erklären.

Ein für diesen Wandel entscheidender Diskussionsfaden entspann sich im Schnittpunkt von ärztlicher, psychoanalytischer und theologischer Diskussion um die Folgen der Moderne und die mögliche Suche nach einer neuen Ganzheit. Bereits Mitte der 1920er Jahre hatten einige Psychoanalytiker den dezidierten Atheismus von Freud beklagt, weil sie die „moderne“ Entwurzelung als wesentliche Ursache der Neurosen begriffen und sich fragten, wie sie ihren Patienten Formen der Bindung und des Gemeinschaftserlebnisses nahebringen konnten und ob die religiöse Bindung dabei eine Rolle spielen sollte.<sup>188</sup> Viele bezogen sich dabei auf Alfred Adlers Individualpsychologie, die die sozialen Beziehungen des Individuums ebenso wie das Gemeinschaftsgefühl in den Mittelpunkt stellte und darüber Auskunft gab, wie durch Erziehung Fehlentwicklungen verhindert werden könnten. Dementsprechend gründeten Adler und einige seiner Schüler in Wien, Berlin und anderen deutschen Städten in den 1920er Jahren Erziehungsberatungsstellen, die eng mit kommunalen Einrichtungen kooperierten.<sup>189</sup> Auf der anderen Seite gab es innerhalb der christlichen Kirchen eine Reihe von Seelsorgern, die sich mit Psychotherapie beschäftigten und darüber

---

<sup>188</sup> Der bis heute einflussreichste Vordenker einer solchen Synthese war der Wiener Psychiater Victor Frankl, der sich aber gegen eine religiöse oder weltanschauliche Beeinflussung der Patienten durch den Therapeuten oder Arzt aussprach, vgl. ders., *Psychotherapie und Weltanschauung. Zur grundsätzlichen Kritik ihrer Beziehungen*, in: *Internationale Zeitschrift für Individualpsychologie* 3 (1925), S. 250-252. Frankl hatte offenbar keinen direkten Kontakt zu den Berliner Ärzten und Psychiatern, die sich 1925/6 zur *Arbeitsgemeinschaft zwischen Ärzten und Geistlichen* zusammenschlossen. Zum Kontext: Julia Annette Friederike Röseler, *Die ärztliche Seelsorge nach Edgar Michaelis*, Diss., Universität Zürich 2012, S. 7-32 und Frank Uwe Zeller, *Psychotherapie in der Weimarer Zeit: Die Gründung der „Allgemeinen Ärztlichen Gesellschaft für Psychotherapie“*, Tübingen 2001.

<sup>189</sup> Zur Einführung in die Grundbegriffe der Individualpsychologie: Rudolf Dreikurs, *Grundbegriffe der Individualpsychologie* (mit einem Vorwort von Alfred Adler), 14. Auflage, Stuttgart 2014 [Erstpublikation 1933]. Über die Berliner Individualpsychologen um Fritz Künkel, Manès Sperber und Arthur Kronfeld, die eng mit Reform- und Sozialpädagogen zusammenarbeiteten und in den Berliner Jugendämtern großen Einfluss hatten und zum Teil dort Positionen innehatten: Michael Gregor Kölch, *Theorie und Praxis der Kinder- und Jugendpsychiatrie in Berlin 1920–1935. Die Diagnose „Psychopathie“ im Spannungsfeld von Psychiatrie, Individualpsychologie und Politik*, Med. Diss., FU Berlin 2006, S. 259-319.

nachdachten, inwieweit die Psychotherapie als „Seelentechnik“ in die Pastoraltheologie integriert werden sollte oder musste.<sup>190</sup>

Ein Ergebnis dieser wechselseitigen Bemühungen war die Gründung der *Arbeitsgemeinschaft „Arzt und Seelsorger“*, die seit 1925 im Verlag Friedrich Bahn eine gleichnamige Schriftenreihe herausgab und sich mehrmals jährlich traf.<sup>191</sup> Die Initiative ging auf den protestantischen Theologen Carl Gunther Schweitzer zurück, der der *Inneren Mission* angehörte und die *Apologetische Zentrale* in Berlin-Spandau leitete. Aus Schweitzers Sicht war dieser Dialog notwendig geworden, weil einige Ärzte aufgrund ihrer Kriegserfahrungen nach einer Orientierung jenseits des „Materialismus“ suchten, während die Theologen „in unserer nervengeschwächten Zeit“ sich nach Hilfe auf dem Gebiet der Medizin umsahen.<sup>192</sup>

Von ärztlicher Seite spielten in dieser Arbeitsgemeinschaft Fritz Künkel und Johannes Heinrich Schultz eine treibende Rolle, zwei in Berlin praktizierende Psychiater, die in der deutschsprachigen Szene der Psychotherapeuten und psychotherapeutisch interessierten Ärzte ausgesprochen bekannt und institutionell gut vernetzt waren. Beide gehörten ab 1936 dem von Matthias Göring geleiteten *Deutschen Institut für psychologische Forschung und Psychotherapie* an, das eine nationalsozialistische „Neue Deutsche Seelenheilkunde“ als Gegenentwurf zur „jüdischen“ Psychoanalyse Freuds entwickeln und propagieren wollte.<sup>193</sup> Während Schultz bis 1945 als stellvertretender Direktor des Instituts fungierte, kehrte Künkel 1939 von einer Vortragsreise in die USA nicht mehr nach Deutschland zurück.<sup>194</sup>

<sup>190</sup> Vgl. vor allem im Blick auf die katholische Kirche: Benjamin Ziemann, *Katholische Kirche und Sozialwissenschaften 1945-1975*, Göttingen 2007, S. 266-271 sowie ders., *The Gospel of Psychology: Therapeutic Concepts and the Scientification of Pastoral Care in the West German Catholic Church, 1950-1980*, in: *Central European History* 39, 1 (2006), S. 79-106, hier S. 81f.

<sup>191</sup> Vgl. die Informationen bei R. Gaupp, *Psychotherapie*, in: A. Géronne (Hg.), *Verhandlungen der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin. 39. Kongress, gehalten zu Wiesbaden vom 25.-28. April 1927*, Berlin/Heidelberg 1927, S. 11-35, hier S. 29. In der Literatur findet sich auch der Name *Arbeitsgemeinschaft zwischen Geistlichen und Ärzten*. Die ursprünglich in Berlin beheimatete Arbeitsgemeinschaft wurde 1954 zur Europäischen Arbeitsgemeinschaft erweitert und erhielt schließlich den Namen *Internationale Gesellschaft für Tiefenpsychologie*, vgl. Klaus Winkler, *Seelsorge*, 2. verbesserte und erweiterte Auflage, Berlin/New York 2000, S. 133 und Röseler, *Ärztliche Seelsorge*, S. 14-20.

<sup>192</sup> Zitiert nach: Ernst Jahn, *Geschichte und Problematik der Arbeit*, in: *40 Jahre Berliner Arbeitsgemeinschaft Arzt und Seelsorger* (= Berliner Hefte zur Förderung der evangelischen Krankenseelsorge, H. 18), hg. von Evangelischen Konsistorium Berlin-Brandenburg, Berlin 1965, S. 13-31, hier S. 20.

<sup>193</sup> Vgl. zur „Neuen Deutschen Seelenheilkunde“ auch die Ausführungen in Kapitel 2.

<sup>194</sup> Fritz Künkel (1889-1956), ein Adler-Schüler, praktizierte seit 1924 als Nervenarzt in Berlin. Er war seit 1925 Mitherausgeber der *Internationalen Zeitschrift für Individualpsychologie*. Nach seiner Emigration in die USA praktizierte er bis zu seinem Tod 1956 in Los Angeles als „religious psychologist“. Obwohl Künkel in den 1920er und 1930er Jahren zu den zentralen Gestalten der

Insbesondere Künkel trat in den 1920er Jahren mehrfach öffentlich für eine religionsphilosophische Durchdringung der Psychotherapie ein und fragte in diesem Zusammenhang auch nach der Bedeutung von Mut und Gemeinschaftsgefühl für die seelische Gesundheit.<sup>195</sup> Angst wurde in diesem Rahmen immer stärker entdramatisiert. Wie der an anderer Stelle erwähnte *Gartenlauben*-Artikel von Charlotte Köhn-Behrens, die ebenfalls der „Neuen Deutschen Seelenheilkunde“ nahestand, konstatierte, sollte Angst nicht gefürchtet werden, da sich erst aus der „offenen“ Konfrontation mit der eigenen Angst Mut entwickeln würde.<sup>196</sup> Die Vermeidung von Angst geriet damit zur Feigheit, zum Symptom eines „Charakters“, dem Mut und Tapferkeit fehlten.<sup>197</sup> Entsprechende Emotionsstrategien hatte bereits die vom Hygienemuseum verantwortete Wanderausstellung „Kampf dem Krebs“ unter dem Stichwort „Seelische Hygiene“ propagiert, ein Themenkomplex, dem in der 1930 eröffneten Dauer-ausstellung eine eigene Abteilung gewidmet worden war.<sup>198</sup>

Genau diese Begrifflichkeiten und Konzepte tauchten in einer Reihe von Diskussionen wieder auf, die die *Arbeitsgemeinschaft „Arzt und Seelsorger“* 1937 zum Thema „Soll man den Kranken die volle Wahrheit sagen?“ organisierte.<sup>199</sup> Aufgeworfen hatte diese Frage erstmals Fritz Künkel selbst, der im Juni 1937 im großen

---

Berliner Individualpsychologie zählte, geriet er aufgrund seiner Arbeit am *Görling-Institut* und seiner „verspäteten“ Emigration in die USA weitgehend in Vergessenheit, vgl. Kölch, *Theorie und Praxis*, S. 265-273. Johannes Heinrich Schultz, der das autogene Training entwickelte und sich ebenfalls 1924 als Nervenarzt in Berlin niederließ, gehörte als Gründungs- und Vorstandsmitglied der *Allgemeinen Ärztlichen Gesellschaft für Psychotherapie* zu den einflussreichsten deutschsprachigen Psychotherapeuten. Er begrüßte die Machtübernahme der Nationalsozialisten, bekam aber zunächst Schwierigkeiten und durfte nicht der NSDAP beitreten, weil er in erster Ehe mit einer Jüdin verheiratet gewesen war. Vgl. Brunner/Steger, Johannes Heinrich Schultz.

<sup>195</sup> Künkel referierte bereits 1924 auf einer Tagung des *Internationalen Vereins für Individualpsychologie* über „Gemeinschaftsgefühl und Mut“, hielt 1929 auf dem *IV. allgemeinen ärztlichen Kongreß für Psychotherapie* eines der Grundsatzreferate im Rahmen einer Aussprache zur Beziehung von Psychotherapie und Religion und trug auch auf dem ersten „Internationalen Religionspsychologischen Kongreß“ in Wien 1931 vor. Vgl. Johannes Neumann, Über den IV. allg. ärztlichen Kongreß für Psychotherapie in Bad Nauheim 12.-14. April, in: *Internationale Zeitschrift für Individualpsychologie* 7 (1929), S. 303-305 und Kölch, *Theorie und Praxis*, S. 268f.

<sup>196</sup> Vgl. Köhn-Behrens, Kapitel von der Angst.

<sup>197</sup> Künkel setzte sich in Fortführung von Adlers Psychologie in einer Reihe von Publikationen mit der Frage nach der Bildung und Erziehung eines Charakters heraus und benutzte damit ein Konzept, das zur gleichen Zeit u.a. von Ludwig Klages vertreten wurde. Vgl. als Publikationen Künkels: ders., *Charakterkunde*, 6 Bände, Leipzig 1928-1935; *Die Arbeit am Charakter*. Die neuere Psychotherapie in ihrer Anwendung auf Erziehung, Selbsterziehung und Seelenführung, Schwerin 1929 und Grundzüge der politischen Charakterkunde, Berlin 1931. Zum charakterologischen Denken und dessen Verbindung zu Rassismus und Antisemitismus: Leo, *Wille zum Wesen*.

<sup>198</sup> Hitzer, *Körper-Sorge(n)*, S. 60f.

<sup>199</sup> In dem von Ernst Jahn 1965 verfassten Rückblick auf die Geschichte der *Arbeitsgemeinschaft* heißt es, dass diese nur bis 1932 bestanden habe, u.a. weil Carl Gunther Schweitzer, der Haupt-Organisator auf kirchlicher Seite, 1933 den *Pfarrernotbund* gegen die *Deutschen Christen* mitgründete und so bereits frühzeitig mit dem nationalsozialistischen Regime in Konflikt geriet, seiner

Sitzungssaal des *Evangelischen Konsistoriums zu Berlin* vor den Mitgliedern der Arbeitsgemeinschaft seine Gedanken zur „Ethik der Krankenbehandlung“ dargelegt hatte.<sup>200</sup> Zentraler Gesichtspunkt seiner Ethik war die Einbettung der Ich-Du-Zweierbeziehung von Patient und Arzt oder Krankenschwester in eine größere „Einheitsfront“, zu der neben den Angehörigen auch der „Volkskörper“ gehören sollte. Wenn der Patient in diesem erweiterten „Wirkkreis“ gesehen und für sich selbst sichtbar platziert werde, würde er aus seiner „ichhaften“ Einstellung befreit und Arzt und Schwester könnten durch das „Scheinsubjekt“ und dessen scheinhafte Willensbekundungen hindurch auf den eigentlichen Kern des Kranken, seinen „Gesundheitswillen“ und sein „Gesundheitsgewissen“, schauen.

Diese von Künkel entworfene Ethik erlaubte es aus seiner Sicht, mit dem Ziel der Gesundung gegen den erklärten Willen des Kranken zu (be)handeln, da die Behandlung dennoch im Einklang mit dem eigentlichen, wesensmäßigen Willen des Kranken stehen würde und dieser durch eine solche Behandlung gerade nicht zum Objekt degradiert, sondern zum eigentlichen Subjekt befreit würde.<sup>201</sup> Was diese Ethik im Blick auf das Sterben und die unbedingte Aufrichtigkeit dem Kranken gegenüber bedeutete, riss Künkel am Ende seines Vortrages nur an, so dass für den 2. September 1937 eine eigene Sitzung zum Thema „Wahrheit am Krankenbett“ anberaumt wurde.

Als sich an diesem Tag die Mitglieder und Gäste der *Arbeitsgemeinschaft* erneut im prachtvollen barocken Gebäude des *Konsistoriums* in der Berliner Lindenstraße 14 einfanden, reichten die Plätze des großen Saales nicht aus, so dass viele stehen und

---

Ämter enthoben und 1935 inhaftiert wurde sowie schließlich 1939 nach Großbritannien floh (vgl. Jahn, Geschichte, S. 22). Tatsächlich bestand die *Arbeitsgemeinschaft* jedoch fort oder wurde spätestens 1936 neu gegründet – Fritz Künkel und Johannes R. Schultz spielten dort weiterhin eine zentrale Rolle, vgl. die Akte: Arbeitsgemeinschaft „Arzt und Seelsorger“. 01.1936-11.1942. Evangelisches Zentralarchiv [EZA] 1/2899.

<sup>200</sup> Zu dieser Tagung wurde u.a. der Theologe Walter Grundmann (1906-1976) eingeladen, der bereits 1930 in die NSDAP eingetreten war und sich im Frühjahr 1933 der *Glaubensbewegung Deutsche Christen* angeschlossen hatte. Noch 1933 wurde er Assistent des sächsischen Landesbischofs. Ohne Habilitation wurde er 1938 zum Professor in Jena ernannt und trat 1939 das Amt des akademischen Direktors des neu gegründeten *Instituts zur Erforschung jüdischen Einflusses auf das deutsche kirchliche Leben* an. Vgl. Einladung zur Arbeitsgemeinschaft zwischen Ärzten und Geistlichen in Berlin mit Stellungnahme zum Referat von Dr. Künkel: Zur Ethik der Krankenbehandlung (Anlage, 13.8.37). Landeskirchenarchiv Eisenach [EKM], 23-002 Quellen zur Geschichte der Deutschen Christen (DC) Nr. DC 212, Bl. 16-18. Zur Biographie Grundmanns, der später auch für die Staatssicherheit arbeitete: Susannah Heschel, Die zwei Karrieren des Theologen Walter Grundmann. Der Neutestamentler als Nazi-Propagandist und Stasi-Informant, in: Manfred Gailus (Hg.), Täter und Komplizen in Theologie und Kirchen 1933-1945, Göttingen 2015, S. 171-196.

<sup>201</sup> Zur Ethik der Krankenbehandlung. Bericht über einen Vortrag Dr. Künkels auf einer Tagung der Arbeitsgemeinschaft zwischen Ärzten und Geistlichen am 8. Juni 1937. LAB A Rep. 003-04-03, Nr. 55.



einige nach Hause geschickt werden mussten – so groß war das Interesse an diesem Thema.<sup>202</sup> Eingeleitet wurde die Diskussion durch einen Vortrag, in dem der Medizinprofessor Schwarz zunächst einen Überblick über die Positionen der bekanntesten ärztlichen Ratgeber von Peiper über Haerberlin bis zu Seyfarth gab, um dann zu konstatieren, dass eine fundierte, über den bloßen „Meinungsaustausch“ hinausgehende Position einzig von Albert Moll vorgelegt worden sei.<sup>203</sup> Doch obwohl Schwarz im Rückgriff auf Moll und Kant eine unbedingte Pflicht zur Wahrhaftigkeit konstatierte, schloss er seinen Vortrag mit den vieldeutigen Worten:

„Also Wahrhaftigkeit auch für den Arzt! Aber nicht Wahrheit und erst recht nicht die volle Wahrheit, wer will sich anmassen, sie zu besitzen! Sondern Wahrhaftigkeit in allen ‚Aussagen, die man nicht umgehen kann‘, das bleibt die grosse und schwere Aufgabe, die wir zu erfüllen haben, und zwar so zu erfüllen, dass wir dadurch nicht töten und nicht schaden, sondern heilen und Leben wirken, wobei wir den Menschen nicht nur als Körper sondern vor allem als Seele und Geist hinzunehmen haben.“<sup>204</sup>

Dieses Fazit, das zwischen einer Haltung der Wahrhaftigkeit und einer niemals vollständig zu ergründenden und darum zu verbergenden Wahrheit unterschied, ging deutlich hinter die Position des Reichsgerichts von 1932 zurück. Einzig Friedrich Härtel, Direktor der chirurgischen Abteilung des Oskar-Ziethen-Krankenhauses in Berlin-Lichtenberg, pflichtete Schwarz in seinem Plädoyer gegen die „Wahrheit“ bei und betonte, dass die Patienten im Krankenhaus „am Leben [hängen] und diese Lebenshoffnung [...] ihnen bis zur letzten Stunde nicht genommen werden“ dürfe.<sup>205</sup> Nicht gegen die Hoffnung, wohl aber gegen das Verbergen der „Wahrheit“ des heranahenden Todes sprachen sich viele der anwesenden Theologen wie der Berliner Superintendent Schulze oder der Hofprediger Walter Richter-Reichhelm aus, damit das

<sup>202</sup> Das *Evangelische Konsistorium* residierte zu diesem Zeitpunkt im sogenannten Collegienhaus, das bis 1913 vom Berliner Kammergericht genutzt worden war. Heute ist das Gebäude Teil des *Jüdischen Museums*. Zur Überfüllung der Tagung: Soll man dem Kranken die volle Wahrheit sagen? Vortrag von Professor Schwarz sowie anschließende Diskussion. Tagung der Arbeitsgemeinschaft zwischen Ärzten und Geistlichen am 2. September 1937, S. 1. LAB A Rep. 003-04-03, Nr. 55.

<sup>203</sup> Leider wird im Dokument an keiner Stelle der Vorname des Vortragenden „Professor Schwarz“ genannt, der auch auf anderen Wegen nicht ermittelt werden konnte. Aus der Einladung an Walter Grundmann war nur zu erfahren, dass „Professor Schwarz“ aus Berlin-Charlottenburg kam: EKM - Landeskirchenarchiv Eisenach [EKM], 23-002 Quellen zur Geschichte der Deutschen Christen (DC) Nr. DC 212, Bl. 16. Zum Vortrag: Soll man dem Kranken die volle Wahrheit sagen? (Referat von Professor Schwarz). Tagung der Arbeitsgemeinschaft zwischen Ärzten und Geistlichen am 2. September 1937, S. 2/3. LAB A Rep. 003-04-03, Nr. 55.

<sup>204</sup> Soll man dem Kranken die volle Wahrheit sagen? (Referat von Professor Schwarz). Tagung der Arbeitsgemeinschaft zwischen Ärzten und Geistlichen am 2. September 1937, S. 3. LAB A Rep. 003-04-03, Nr. 55.

<sup>205</sup> Soll man dem Kranken die volle Wahrheit sagen? (Diskussion). Tagung der Arbeitsgemeinschaft zwischen Ärzten und Geistlichen am 2. September 1937, S. 1. LAB A Rep. 003-04-03, Nr. 55.

Sterben als „weihevoller Abschluss“, als „das Höchste des Lebens“ bewusst erlebt werden könne, wie es der katholische Seelsorger der Krankenanstalten in Berlin-Buch formulierte.

Viel radikalere Positionen bezogen dagegen Fritz Künkel und Johannes H. Schultz. Schultz stellte sich klar hinter das Reichsgerichtsurteil von 1932 und betonte, das Nicht-Sagen müsse die Ausnahme, nicht die Regel sein. Anders als bei der Urteilsbegründung spielte in seinen Überlegungen allerdings das Selbstbestimmungsrecht der Patienten keine Rolle. Denn ihm ging es dabei um etwas ganz Anderes, weder um Recht, noch um eine Ethik à la Kant, sondern um die neue emotionale Grundhaltung des „deutschen“ Menschen, die sich in Sterben und Tod zu bewähren hatte, ja gefordert werden müsse. So führte er aus:

„Heute ist der Mut zur Wahrheit eine der wichtigsten Forderungen unserer Zeit. Das neue Deutschland will mutige Menschen, die auch den Mut zur Wahrheit haben. Der deutsche Mensch soll nicht nur mutig leben, sondern auch mutig sterben können. [...] Ein lebendiger Christ wird auch zu sterben wissen und es liegt kein Grund vor, ihm die Wahrheit vorzuenthalten.“<sup>206</sup>

Ausgenommen von dieser Regel waren nach seiner Einschätzung nur „haltlose, innerlich brüchige Menschen“, in deren Fall „zwischen Arzt und Seelsorger ausgewertet werden [muss] [...], was zu tun ist.“<sup>207</sup> Das Sterben wurde damit auch außerhalb des Schlachtfeldes zur „letzten“ Mut- und Bewährungsprobe eines „deutschen“ Menschen erklärt, dem nur durch „Wahrheit“ die Probe ermöglicht werden konnte. Im Umkehrschluss wurde dessen Identität als innerlich stabiler „Deutscher“ zur Disposition gestellt, wenn er die Probe nicht zu bestehen hatte oder selbst den Mut nicht aufbrachte, dem Tod gefasst entgegenzutreten.

Künkel nahm diesen Gedanken der Mutprobe, des Examens, auf, stellte aber weniger das „Deutsche“ des Mutes als das versachlichende Element, die „Schlichtheit“ des Mutes in den Vordergrund seiner Argumentation, in der er nicht nur gegen das Täuschen aus „Humanität“ Stellung bezog, sondern auch gegen die großzügige Gabe von Schmerzmitteln. So mahnte er die anderen Diskussionsteilnehmer:

„Man versuche nicht, dem Menschen das Sterben leichter zu machen, als es ist. Aus dem Erleben des Krieges, wo alles viel selbstverständlicher zugeht, kennen wir jene Einfachheit des Sterbens, wie wir auch etwa beim Bauern wie bei allen Menschen, die noch im Urwir drinstehen, diese sachliche Art, zu sterben, finden. Man unterlasse es, den Kranken zu ‚beseelsorgern‘. Hier ist der

<sup>206</sup> Soll man dem Kranken die volle Wahrheit sagen? (Diskussion), S. 3.

<sup>207</sup> Ibid.

Sterbende an der Reihe. Hier steht er im letzten grossen Examen. Wird er die Prüfung bestehen? Man kann den Menschen auf dieses letzte Examen nur vorbereiten und man tue es in aller Aufrichtigkeit, ohne ihm die Wahrheit vorzuenthalten.“<sup>208</sup>

Aus Sicht Künkels stellte das bewusste Sterben die paradigmatische Leidenskrise dar, das „Werde-Leid“, um seine Worte zu gebrauchen, das für die Charakterbildung unverzichtbar war.<sup>209</sup> Dass bei der Überwindung dieser Leidenskrise der Bezug auf die Identität in der Gemeinschaft, im „Wir“, eine Rolle spielte, deutete er hier nur an, indem er den Bauern als Beispiel eines im mütterlichen „Urwir“ verhafteten Menschen nannte. Diesem erschien das Leiden deshalb nicht als dramatisch und hoffnungslos, weil er sein individuelles Leben nicht als in sich abgeschlossenes, einzig aus sich heraus wertvolles Leben begriff. Erst dadurch konnte er – folgte man Künkels psychologischer Argumentation – seinem eigenen Sterben einfach und sachlich begegnen, so wie es auch der Krieg durch die Alltäglichkeit des Sterbens in der Gemeinschaft gelehrt habe. Diese Argumentation erinnert nicht ohne Grund an den von Albert Moll mitten im Ersten Weltkrieg veröffentlichten Artikel über „Das Recht des Kranken auf Wahrheit“, in dem dieser ebenfalls in der Erziehung zum „Aufgehen in der Allgemeinheit“ *das* Heilmittel gegen die verzweifelungsvolle Endgültigkeit des Sterbens gesehen hatte.<sup>210</sup>

Dieser bereits bei Moll sichtbare Konnex zwischen dem Bestreben nach einer Entdramatisierung des Sterbens im Zeichen einer neuen, im Krieg gefestigten Gemeinschaft einerseits und dem „offenen“ Reden über die Krebsdiagnose andererseits nahm bei einigen Ärzten schließlich eine immer deutlichere nationalsozialistische Färbung an. August Mayer, der die Universitätsfrauenklinik in Tübingen leitete, berichtete 1941 in einem für die Fachzeitschrift „Strahlentherapie“ geschriebenen Artikel davon, dass er seine anfänglichen, psychologisch begründeten Vorbehalte gegen spezielle Krebsstationen zur Behandlung von an Krebs erkrankten Menschen sowie gegen „Krebshäuser“ zur Unterbringung von unheilbaren Krebskranken aufgegeben habe. Denn seiner Beobachtung nach würden immer mehr krebskranke Frauen „das Bewußtsein ihres Leidens mit merkwürdigem und erfreulichem Gleichmut“ tragen – man müsse ihnen also gar nicht mehr verheimlichen, woran sie litten. Direkt im An-

---

<sup>208</sup> Soll man dem Kranken die volle Wahrheit sagen? (Diskussion), S. 5 [Hervorhebung im Original].

<sup>209</sup> Der Begriff des „Werde-Leids“ wurde von Künkel in seinen charakterkundlichen Schriften geprägt, vgl. u.a. ders., Charakter, Krisis und Weltanschauung. Die vitale Dialektik als Grundlage der angewandten Charakterkunde, 3. Auflage, Stuttgart 1976 [Originalausgabe 1935], S. 147.

<sup>210</sup> Moll, Das Recht des Kranken.

schluss diskutierte Mayer, der bereits vor 1933 in seiner Klinik Frauen hatte zwangsweise sterilisieren lassen, darüber, ob das Leben unheilbar an Krebs erkrankter Menschen „wertlos“ sei und also „vernichtet“ werden solle, ein „vom rein rationalen Standpunkt aus [...] verlockender“ Gedanke. Da aber die Patientinnen am Leben hingen und nicht mehr sterben wollten, sobald ihnen die Schmerzen genommen worden waren, und um das Vertrauen der Bevölkerung in die Ärzte zu bewahren, schränkte Mayer diese Position schließlich ein mit den Worten: „Gegen die Vernichtung unwerten Lebens durch den behandelnden Arzt bestehen also ernste Bedenken.“<sup>211</sup> Ob er damit etwas verklausuliert die Euthanasie generell ablehnen wollte oder sich lediglich gegen eine Beteiligung der Ärzte aussprach, bleibt hier letztlich unklar.<sup>212</sup> Deutlich wird an dieser Stelle jedoch, dass auch in seinem Denken ein innerer Zusammenhang bestand zwischen einer Form der Versachlichung des Umgangs mit dem Tod, dessen eine, extremste Form die nationalsozialistische Euthanasie war, und der Entdramatisierung des Sterbens an Krebs, die das offene, „gleichmütige“ Reden und Ertragen der „Wahrheit“ möglich machen sollte.

---

<sup>211</sup> August Mayer, Die Entwicklung unserer Therapie beim Uterus-Kollumkarzinom, in: Strahlentherapie 69 (1941), S. 17-28, hier S. 26f. Zu den in der von Mayer geleiteten Klinik durchgeführten Zwangssterilisationen: Doneith, Mayer, S. 72 und S. 100-105.

<sup>212</sup> Doneith zitiert aus einem im Universitätsarchiv Tübingen aufbewahrten Vorlesungsmanuskript Mayers von 1941, in dem er gegen den Euthanasie-Propagandafilm „Ich klage an“ mit den Worten Stellung bezog: „Man muß sich eher fragen, ob hinter diesem ‚Recht auf Tod‘ nicht letzten Endes auch eine ‚Pflicht zum Tod‘ steckt, d.h. ein Recht der Allgemeinheit, einen Menschen, der nicht mehr arbeiten kann, aus dem Leben zu schaffen, worauf letzten Endes die Dinge hinauslaufen. [...] Die ganze Welt wird uns Unkultur vorwerfen.“ Doneith, Mayer, S. 99. Der von Wolfgang Liebeneier inszenierte und mit populären Schauspielern besetzte Film basierte auf Hellmuth Ungers Roman „Sendung und Gewissen“, veränderte aber wesentliche Teile der Rahmenhandlung. Im Zentrum steht eine „Tötung auf Verlangen“: Der Medizinprofessor Thomas Heyt verabreicht seiner an multipler Sklerose erkrankten Frau auf deren eigenen Wunsch eine tödliche Überdosis. Er wird des Mordes angeklagt. Das Gerichtsverfahren steht im Mittelpunkt der zweiten Hälfte des Films. In einem weiteren Handlungsstrang wird ein Kind vorgestellt, das nach einer schweren Hirnhautentzündung, die es durch ärztliche Behandlung überlebte, geistig behindert zurückbleibt. Die Eltern werfen dem behandelnden Arzt vor, ihr Kind nicht sterben gelassen zu haben, da es absehbar gewesen wäre, dass das Kind nur mit schweren Einschränkungen überleben würde. Durch diesen Handlungsstrang wird die anfängliche Diskussion über die „Tötung auf Verlangen“ propagandistisch geschickt zur Diskussion über die Tötung unheilbar kranker Menschen ausgeweitet. Das Ende des Films blieb offen. Vgl. Karl Ludwig Rost, „Ich klage an“ – ein historischer Film?, in: Udo Benzenhöfer/Wolfgang U. Eckart (Hg.), Medizin im Spielfilm des Nationalsozialismus, Tecklenburg 1990, S. 34-51.

#### **4.5 *Hoffen, Hoffnung, Optimismus: Auseinandersetzungen um eine Neubestimmung sozialer Beziehungen und menschlicher Existenz nach dem Krieg***

August Mayer konnte nach Kriegsende seine Tätigkeit als Direktor der Tübinger Universitätsfrauenklinik ungebrochen fortsetzen, da er trotz seiner SA-Mitgliedschaft und den unter seiner Leitung durchgeführten Zwangssterilisierungen in den Spruchkammerverfahren als „entlastet“ eingestuft und diese Einschätzung vom zuständigen Staatskommissar für die politische Säuberung im April 1949 übernommen wurde.<sup>213</sup> Aus Altersgründen wurde der mittlerweile 73-jährige Mayer allerdings im Oktober 1949 emeritiert. Doch auch im Ruhestand ließ ihm das Thema der „Wahrheit am Krankenbett“ keine Ruhe und so veröffentlichte er 1951 in der katholischen Zeitschrift *Die Kirche in der Welt* einen langen Artikel, in dem er einige seiner 1940 formulierten Positionen revidierte, ohne allerdings auf seinen „alten“ Aufsatz ausdrücklich Bezug zu nehmen oder auch nur anzudeuten, dass er sich an dieser Stelle mit eigenen früheren Positionen auseinandersetzte.<sup>214</sup>

Im Mittelpunkt seiner erneuten Auseinandersetzung mit der „Wahrheit“ stand eine deutlich andere Akzentuierung des Leidens und Sterbens. Er, der auch schon vor 1945 nach psychosomatischen Ursachen weiblicher Beschwerden gesucht hatte, übernahm nun das biographische Konzept, das von Viktor von Weizsäcker und Richard Siebeck in Heidelberg vertreten wurde. Damit erschien ihm körperliche Krankheit als „Mittel zur Genesung der Persönlichkeit und ihrer Seele“, die Sorge um Kranke, auch unheilbar Kranke, als „Leidenschule“, aus der dem „Volksganzen [...] hochwertige sittliche Kräfte“ erwachsen könnten.<sup>215</sup> Vor diesem Hintergrund nahm er 1951 dezidiert

---

<sup>213</sup> Doneith, Mayer, S. 159-164. Diese Einschätzung von Mayers Rolle im NS wurde erstmals 1976 in Frage gestellt, als der Medizinhistoriker Hans H. Simmer zur Vorbereitung auf eine Gedenkveranstaltung für Mayer dessen Unterlagen und Akten konsultierte und darin ein anderes Bild von Mayers nationalsozialistischer Vergangenheit fand, als es bis dahin von Mayer selbst und seinen Kollegen und Schülern gezeichnet worden war. Nachdem dies im Vorfeld der geplanten Tagung bekannt geworden war, versuchten Studierende aus Tübingen die Veranstaltung zu sprengen. Im Ergebnis wurde der öffentliche Teil der Tagung abgebrochen, so dass Simmer seinen Vortrag nicht halten konnte – der wissenschaftliche, nicht-öffentliche Teil der Tagung fand dagegen unverändert statt, vgl. Doneith, Mayer, S. 167-170.

<sup>214</sup> August Mayer, *Wahrheit am Krankenbett*, in: *Die Kirche in der Welt* 4, 9 (1951), S. 59-66 und 4, 29 (1951), S. 209-216. Der einzige eigene Aufsatz, den Mayer hier als Referenz nannte, war ein Artikel von 1929.

<sup>215</sup> Mayer, *Wahrheit*, S. 214. Den Begriff der „Leidenschule“ entlehnte Mayer einem Buch des katholischen Bischofs Paul Wilhelm von Keppler, das dieser Ende 1914 publiziert hatte und in dem dieser den Krieg als „Leidenslehrer“ dargestellt und in Verbindung zum neu entstandenen Herz-Jesu-Kult gebracht hatte: Paul Wilhelm von Keppler, *Leidenschule*, Freiburg i.Br. 1914. Vgl. zum Zusammenhang mit dem Herz-Jesu-Kult: Claudia Schlager, *Kult und Krieg. Herz Jesu – Sacré Cœur – Christus Rex im deutsch-französischen Vergleich (1914-1925)*, Tübingen 2011, S. 183f.

gegen die Euthanasie Stellung. Auch lehnte er nun die von ihm 1940 geforderten „Krebshäuser“ zur Betreuung sterbender Krebspatienten ab, weil er diesen ebenso wie ihren Angehörigen die „Wahrheit“ nur noch „tropfenweise“ beibringen wolle, um sie nicht mit dem Wissen über ihr nahe bevorstehendes Sterben aus der Gemeinschaft der Lebenden auszusondern.<sup>216</sup> Eine ganz ähnliche argumentative Verbindung zwischen der Diagnosemitteilung und der Gefahr, der Euthanasie Vorschub zu leisten, stellte auch der Münchner Psychiater Max Mikorey her, der 1955 einen von den Verfechtern der „barmherzigen Lüge“ viel zitierten Aufsatz veröffentlichte. Hier charakterisierte Mikorey die Mitteilung der Krebsdiagnose als ein Ereignis, das den Kranken vor der Zeit zum Toten statuiere und so eine abschüssige Bahn eröffne, die über den Wunsch nach Sterbehilfe schließlich zur Euthanasie führen könne.<sup>217</sup>

„Wer heute seinen Kranken den Tod voraussagt, kann morgen von ihnen gebeten werden, dieses Todesurteil in subjektiv möglichst angenehmer Form auch zu vollstrecken. Wer sich aber einmal herbeigelassen hat, solchen Todeswünschen entgegenzukommen, der kann sehr leicht in staatliche Euthanasieprogramme gegen Kranke verwickelt werden, die es mit dem Sterben keineswegs so eilig haben.“<sup>218</sup>

Allerdings standen bei Mikorey anders als bei Mayer keine Überlegungen zum Leiden und dessen humanisierender Wirkung im Hintergrund, sondern eher die Vorstellung, dass sich Angst angesichts des Todes sehr leicht in Panik verwandeln könne – ein Problem, das Mikorey zur gleichen Zeit in einer Vielzahl von Vorträgen und Denkschriften als psychiatrischer Berater der gerade erst neu gegründeten Bundeswehr intensiv bearbeitete.<sup>219</sup>

---

<sup>216</sup> Mayer, Wahrheit, S. 212.

<sup>217</sup> Zur Euthanasie gibt es keine belegten Äußerungen Mikoreys aus den Jahren 1933-1945. Er äußerte sich allerdings mehrfach zur Zwangssterilisation. Im Entnazifizierungsverfahren legte er eine an Hans Frank adressierte Denkschrift vor, mit der er 1933 gegen das geplante „Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ protestiert haben will – dass dieses Schreiben tatsächlich von 1933 stammte, ließ sich allerdings nur durch eine eidesstattliche Versicherung des zum Tode verurteilten Hans Frank belegen, mit dem Mikorey bis 1945 persönlich verkehrt hatte. Belegbar sind allerdings Stellungnahmen Mikoreys, in denen er für die Kastration von „gefährlichen Gewohnheitsverbrechern“ eintrat, vgl. Andreas Michael Weidmann, Prof. Dr. med. Max Mikorey (1899-1977). Leben und Werk eines Psychiaters an der Psychiatrischen und Nervenlinik der Ludwig-Maximilians-Universität München, Med. Diss., Technische Universität München 2007, S. 89-101.

<sup>218</sup> Max Mikorey, Der Arzt und die letzten Dinge, in: Medizinische Klinik 50, 22 (1955), S. 954-961, hier S. 960.

<sup>219</sup> Weidmann, Mikorey, S. 250-258.

Eine solche Form der Re-Dramatisierung von Angst und Sterben, die zugleich die irrationalen Dimensionen von Angst und den ihr verwandten Gefühlen herausstellte, war auch in der juristischen Diskussion um die Aufklärungspflicht des Arztes zu finden. Diese setzte etwa Mitte der 1950er Jahre in der Bundesrepublik mit einer Reihe von Prozessen erneut ein und orientierte sich zunehmend am amerikanischen Rechtsbegriff des *informed consent*, der dort gerade erst ausformuliert worden war.<sup>220</sup> Die bundesdeutschen Urteile rückten in der Hauptsache, der Einwilligungsfrage, nur wenig von den Urteilen des Reichsgerichts ab. Wie schon das Reichsgericht stellten die verschiedenen Instanzen der Gerichtsbarkeit fest, dass Eingriffe nur mit Einwilligung der Patienten erfolgen dürften. Die Einwilligungserklärung setze eine Aufklärung über Art und mögliche Folgen des Eingriffs voraus.

Im Hinblick auf die Diagnoseaufklärung insbesondere im Fall einer Krebserkrankung nahmen allerdings die Gerichte eine abweichende Position ein, die der Bundesgerichtshof in einem Urteil von 1959 erneut bestätigte.<sup>221</sup> Geklagt hatte eine an Gebärmutterhalskrebs erkrankte Frau, die die vom Arzt zur Therapie ihrer Beschwerden vorgeschlagene Bestrahlung über sich hatte ergehen lassen, ohne über die Diagnose oder die möglichen Nebenwirkungen dieser Therapie aufgeklärt worden zu sein.<sup>222</sup> Als Folge der Bestrahlung war ihre Harnblase chronisch entzündet und schließlich geschrumpft, so dass es zu einer gefährlichen Harnstauung gekommen war, die nur durch eine Operation beseitigt werden konnte. Der Bundesgerichtshof gab der Klage der Patientin Recht, da eine Bestrahlung nicht hätte erfolgen dürfen, ohne dass sie über mögliche Folgen und Komplikationen der Therapie informiert worden sei. Allerdings hoben die Richter explizit hervor, dass zur geforderten Einwilligungsaufklärung nicht zwangsläufig die Diagnoseaufklärung gehöre, denn „eine ausreichende Belehrung über die Gefahren der geplanten Behandlung [sei] auch ohne ausdrückliche Eröffnung der Krebs-Diagnose möglich“. Wenn jedoch die Einwilligung von Patientin oder Patient

---

<sup>220</sup> Zum Zusammenhang zwischen technischen Fortschritten in der Strahlenbehandlung der Krebskrankheit und den in den USA geführten ersten Prozessen um einen *informed consent* vgl. Hitzer, *Oncomotions*, S. 164f. Allgemein zur Geschichte des *informed consent*: Ruth R. Faden/Tom L. Beauchamp, *A History and Theory of Informed Consent*, New York 1986.

<sup>221</sup> Vgl. z.B. zur Diagnoseaufklärung bei Krebs: OLG Hamburg, BGB §§ 823, 276. Beschluß vom 24.02.1958 (1 W 8/58), in: *Versicherungsrecht* (1958), S. 388 sowie zu Umfang der Behandlung von Zungenkrebs und therapeutischen Privileg: LG Frankfurt/M., BGB §§ 276, 631ff., 823. Urteil vom 22.05.1958 (2/4 0 232/57), in: *Versicherungsrecht* (1958), S. 868f.

<sup>222</sup> Hans Römer/Ernst Steindorff, Zur Aufklärungspflicht des Arztes gegenüber Krebskranken, in: *Juristenzeitung* 15, 5/6 (1960), S. 137-142, hier S. 138. Zu den Hintergründen des „Falls“ vgl. auch: Wilhelm Adam, Zum Thema: „Die barmherzige Lüge“, in: *Die Medizinische Welt* 2 (1959), S. 1185-1189, hier S. 1185.

nicht anders zu erreichen sei, müsse der Arzt auch den Krebsbefund mitteilen, stellten die BGH-Richter fest und erklärten dann, wie sie sich eine solche Mitteilung dachten:

„Das bedeutet aber nicht, daß ihm [dem Patienten] unvermittelt ‚die nackte Krebsdiagnose‘ mitgeteilt werden soll. Der Arzt wird vielmehr tastend erfragen, was dem Kranken über seinen Zustand – vielleicht aus Mitteilungen der Ärzte, die ihn früher behandelt haben – bereits bekannt ist. Soweit es sich dann noch als nötig erweist, wird er den Kranken in vorsichtiger Weise über die eigene Diagnose unterrichten und ihm auch, schon um den Heilungswillen aufzurichten, den Ernst seiner schweren Lage nicht vorenthalten. Dabei das richtige Wort gegenüber seinen Patienten zu finden, ist auch hier seine ärztliche Aufgabe.“<sup>223</sup>

Mit dieser Erklärung, dass und wie die Mitteilung der „nackten Krebsdiagnose“ möglichst zu vermeiden sei, rückten die BGH-Richter von der 1940 formulierten Einschätzung der Reichsrichter ab, die als mögliche Folge der Diagnosemitteilung lediglich eine „Herabdrückung“ der Stimmung des Patienten angenommen hatten. Ähnlich wie nun der BGH hatte bereits das Landgericht Frankfurt betont, dass das Wissen um die Krebsdiagnose „erfahrungsgemäß eine erhebliche seelische Erschütterung“ bedeute. Diesen Aspekt hob auch der Münchner Chirurg Wolfgang Perret in einem Überblicksartikel zur Aufklärungspflicht hervor, indem er in ausdrücklicher Abgrenzung zum Urteil des Reichsgerichts betonte:

„Hat der Kranke sein Todesurteil gehört oder muß er es aus den zu weit gegangenen Aufklärungen des Arztes entnehmen, dann folgt daraus nicht – wie es der Richter vermutet – eine ‚Herabdrückung seiner Stimmung oder seines Allgemeinbefindens‘. Daraus resultieren nach ärztlicher Erfahrung Furcht, Sorge, Grauen, Entsetzen, Schreck, Beklemmung, vor allem Angst. Klare Besonnenheit wird durch Angsteffekte getrübt.“<sup>224</sup>

Perret nahm damit in zweierlei Hinsicht eine Neubewertung vor: Erstens knüpfte er an Diskurse der 1920er Jahre wieder an, die Tod und Krebserkrankung gleichsetzten und diese Todeserwartung als Vernichtung der noch verbliebenen Lebensspanne durch Gefühle von Angst und Furcht charakterisierten. Zweitens definierte er Angst als irrationales Gefühl, das Abwägung und rationale Entscheidung unmöglich machen würde. Mit dieser Einschätzung griff Perret auf Angstkonzepte zurück, die auch auf

<sup>223</sup> M., BGB §§ 276, 823 (Aufklärungspflicht des Arztes bei Krebs). Auch bei Krebserkrankungen ist der Arzt in der Regel nicht davon befreit, den Patienten über die besonderen Gefahren einer Strahlenbehandlung aufzuklären. BGH, Urt. v. 16.1.1959 – VI ZR 179/57 (Düsseldorf), in: Neue Juristische Wochenschrift 12, 18 (1959), S. 814f., hier S. 815.

<sup>224</sup> Wolfgang Perret, Über das Ausmaß der Aufklärungspflicht des Arztes bei Krebserkrankung, in: Medizinische Klinik 4 (1959), S. 138-140, hier S. 139. Ähnlich auch Adam, Zum Thema, S. 1186.



anderen gesellschaftlichen Feldern in der frühen Bundesrepublik an Plausibilität gewannen: sei es in der Ökonomie, in den Sozialwissenschaften oder in der Politik, in der die Evokation von Angst etwa im Rahmen von Zivilschutzkampagnen geradezu angstvoll zu vermeiden gesucht wurde, da der Grad zwischen Angst und kopfloser, gefährlicher Panik – wie bereits die Überlegungen Mikoreys zeigten – nur allzu schnell überschritten schien.<sup>225</sup>

Obwohl die BGH-Richter diesen vom Chirurgen Perret eingeforderten Angst-Begriff offenbar teilten und aus ähnlichen Erwägungen heraus die vom Reichsgericht als Rechtsregel postulierte Diagnoseaufklärung zur Ausnahme zurückstufen, erregte das sogenannte Strahlenurteil vom Januar 1959 sowohl in der Fach- als auch in der Publikumspresse großes Aufsehen – und zwar eben gerade nicht, weil es von der Argumentation des Reichsgerichts abwich, sondern weil es von vielen als Strafandrohung gegenüber einer Praxis verstanden wurde, die das Verschweigen erneut zur Regel fast ohne Ausnahme gemacht hatte. Vor diesem Hintergrund „überlesen“ nicht wenige, dass die BGH-Richter im Gegensatz zum Reichsgerichtsurteil von 1940 eingeräumt hatten, dass die Mitteilung der Krebsdiagnose eine seelisch erschütternde Wirkung haben konnte, also nicht als „Herabdrückung der Stimmung“ verharmlost werden sollte.

Dementsprechend skizzierte der Jurist Gerald Grünwald in der Zeitschrift *Die Strahlentherapie* das Menschenbild der Juristen als „das Bild eines Menschen, der sich von äußeren Geschehnissen und von inneren Motiven und Ängsten nicht überwältigen lässt, dessen Einsicht und Wille vielmehr all das, was ihn von außen und aus den tieferen Schichten seiner Persönlichkeit bedrängt, beherrscht und lenkt.“<sup>226</sup> Dass dieses Menschenbild der medizinischen Praxis nicht standhalten könnte, demonstrierte „Dr. med. Fabian“ publikumswirksam 1962 in seiner regelmäßigen *Bunte*-Kolumne. „Dr. med. Fabian“, hinter dem der Chirurg Willy Erich Josef Schneidrzik steckte, berichtete dort, wie er gegenüber einem Staatsanwalt die von diesem geforderte wahrheitsgemäße und vollständige Aufklärung über eine (ausgedachte) Krebserkrankung simuliert habe, bis dieser schließlich in Panik geraten sei.<sup>227</sup> Erst dann klärte „Dr. med. Fabian“ seinen

<sup>225</sup> Vgl. dazu Hitzer, *Oncomotions* und dies., *Angst, Panik* sowie Biess, *Concept of Panic*.

<sup>226</sup> Gerald Grünwald, *Die Aufklärungspflicht des Arztes* (Vortrag gehalten auf Einladung der niedersächsischen Röntgengesellschaft anlässlich der Jahrestagung 1960 in Bad Pyrmont am 1.10.1960), in: *Strahlentherapie* 114 (1961), S. 165-178.

<sup>227</sup> Schneidrzik, 1915 geboren, wurde noch 1941 zum Dr. med. promoviert und hatte 1953 eine Stelle als Oberarzt auf der Chirurgie der Kölner Universitätsklinik angetreten. 1956 und 1959 veröffentlichte er unter dem Pseudonym Peter Sebastian zwei Romane, die den Krankenhausbetrieb kritisierten und dafür eintraten, das Wissen der Heilpraktiker ernst zu nehmen („Kaserne Krankenhaus“ und „Der Chefarzt“). Als die Kölner Universitätshautklinik, für die er seit 1957 als plastischer Chirurg

Patienten über das mit ihm vorgenommene Experiment auf. Nach dieser Erfahrung am eigenen Leib habe der Staatsanwalt verstanden, dass das juristische Menschenbild schöne Theorie sei, und habe dem Arzt gegenüber zugegeben, dass „man allen Mut verliert, wenn ihm [dem Patienten] so etwas eröffnet wird“.<sup>228</sup>

Sowohl der Jurist Grünwald als auch Dr. med. Fabian alias Schneidrzik rechtfertigten ihre kritische Sicht auf das BGH-Urteil mit dem Hinweis darauf, dass Hoffnungslosigkeit ein so mächtiges, den ganzen Menschen ergreifendes Gefühl sei, dass dieses Gefühl ohne irgendeinen weiteren organischen Befund töten könne. Wieviel schlimmer und tödlicher also musste Hoffnungslosigkeit sein, wenn ein Mensch *außerdem* noch an Krebs erkrankt war? Als Kronzeugen für das Phänomen „Tod aus Hoffnungslosigkeit“ führten beide Arthur Jores (1901-1982) an, Ordinarius an der Zweiten Medizinischen Universitätsklinik in Hamburg mit dezidiert psychosomatischer Ausrichtung.<sup>229</sup> Jores hatte Ende der 1950er Jahre mit einer Reihe von Studien auf sich aufmerksam gemacht, in denen er darlegte, dass Hoffnungslosigkeit in Krankheit und Gesundheit „der ausschlaggebende Faktor für den Tod“ sei.<sup>230</sup> Um diese These zu beweisen, verwies er auf die Erfahrungen der Kriegs- und Nachkriegszeit: Ob KZ-Häftlinge oder russische Kriegsgefangene ihre Leiden überlebt hätten, sei auch dadurch entschieden worden, ob sie ihre Hoffnung darauf, in ihr altes Leben zurückkehren zu können, hätten bewahren können.<sup>231</sup> Darüber hinaus belegte Jores

---

arbeitete, erfuhr, dass Schneidrzik hinter dem Pseudonym stand, wurde er entlassen. 1960 schrieb er unter dem Pseudonym „Dr. med. Fabian“ die erste Kolumne für die Zeitschrift *Bunte*, arbeitete aber noch bis 1972 als niedergelassener Chirurg. Von 1982 bis 2000 schrieb Schneidrzik als „Dr. Satorik“ eine wöchentliche Ratgeberkolumne für die Zeitschrift *Prisma*. Vgl. Clarissa, Clarissas Krambude. Autoren erzählen von ihren Pseudonymen, Neckenmarkt 2011, S. 209f.

<sup>228</sup> Dr. med. Fabian, Der Arzt als Messerstecher, in: Die Bunte 42 (1962), S. 71.

<sup>229</sup> Jores hatte bereits in den späten 1920er Jahren als Assistenzarzt in Altona mit Forschungen auf dem Gebiet der Endokrinologie begonnen. 1936 wurde ihm aufgrund einer Denunziation von der Universität Rostock gekündigt und die *venia legendi* entzogen. Er arbeitete daraufhin für die Hamburger Pharmaindustrie als Endokrinologe, bis er von der Wehrmacht eingezogen und bis Kriegsende als Lazarettarzt tätig war. Nach dem Krieg wandte er sich der Psychosomatik zu und legte seine Überzeugungen erstmals in dem Buch „Der Mensch und seine Krankheit. Grundlagen der anthropologischen Medizin“ (1956) dar. Vgl. Forschungsstelle Universitätsgeschichte, Arthur Jores, *Catalogus Professorum Rostochiensium*, Universität Rostock (06.10.2015), (<http://purl.uni-rostock.de/cpr/00003358>, letzter Zugriff 28.03.2017).

<sup>230</sup> Arthur Jores, Der Tod des Menschen in psychologischer Sicht, in: *Medizinische Klinik* 54, 7 (1959), S. 237-241, hier S. 239.

<sup>231</sup> In dem von Jores unter Berufung auf den Internisten Mark Hochrein zitierten Fall hatte ein Deutscher in russischer Kriegsgefangenschaft einen Brief von seiner Frau bekommen, mit dem diese ihm mitgeteilt hatte, dass sie ein Kind von einem anderen Mann erwartete. Der Kriegsgefangene, der zuvor die Gefangenschaft körperlich gut überstanden hätte, sei wenige Tage später gestorben. Vgl. Jores, Der Tod, S. 239. Die Bedeutung der Hoffnung für das Überleben betonte auch der Theologe Helmut Gollwitzer in seinem viel diskutierten und in viele Sprachen übersetzten Bericht über seine sowjetische Kriegsgefangenschaft: ders., ... und führen, wohin du nicht willst. Bericht einer Gefangenschaft, München 1951.

seine Annahme mit den Ergebnissen einer von ihm geleiteten Studie, in deren Verlauf er gemeinsam mit seinem Kollegen Hans-Georg Puchta die Sterblichkeit von pensionierten Hamburger Beamten untersucht hatte und zu dem Schluss gekommen war, „daß diejenigen Beamten überleben, die ihrem Leben noch ein neues Ziel und einen neuen Inhalt zu geben wußten“.<sup>232</sup> Damit deutete Jores an, dass Hoffnung nicht in der Hoffnung auf physisches Überleben aufgehen musste, dass die Aussicht auf den fast unausweichlich scheinenden Tod keineswegs gleichbedeutend mit Hoffnungslosigkeit sein musste.

Diese mögliche Vielschichtigkeit von Hoffnung war seit Mitte der 1950er Jahre zu einem wichtigen Thema unter Medizinern, Philosophen und Theologen geworden. Sie hatten damit ein anderes Gefühl als die Angst, die Leere und das Nichts in den Mittelpunkt gestellt, die von der Existenzphilosophie seit Kierkegaard in das Zentrum menschlicher Existenz gerückt worden waren. Diese neue Diskussion um die Hoffnung bot denen einen Ansatzpunkt, die – zunächst als Minderheitenmeinung – dafür eintraten, eine Krebsdiagnose nicht mehr vollständig zu verheimlichen. An dieser Diskussion nahmen im Unterschied zur juristischen Debatte auch Mediziner aus der DDR teil, wenngleich sie überwiegend in westlichen Fachpublikationen und -medien geführt wurde. Diese Debatte kreiste um die Unterscheidung zwischen einer auf das Leben und Überleben gerichteten konkreten Hoffnung und einem tiefer im Menschen verborgenen Hoffen, das sich auf den als unzerstörbar wahrgenommenen Kern der Person und nicht mehr auf konkrete Ziele und Wünsche beziehen würde. Wie konkrete Hoffnung und das Hoffen miteinander verbunden waren, blieb die wesentliche Frage im Blick auf die Entscheidung, ob Ärzte Krebskranken das Wissen um ihre Erkrankung zumuten dürften oder müssten.

Der Heidelberger Internist Herbert Plügge war einer der ersten deutschsprachigen Ärzte, die Anfang der 1950er Jahre die Hoffnung als komplexes und vielschichtiges Phänomen entdeckten. Ausgangspunkt waren Beobachtungen Plüggés bei der Behandlung von Menschen, die in den Jahren 1949 und 1950 wegen eines gescheiterten Suizidversuchs auf seine Station eingewiesen worden waren.<sup>233</sup> Alle diese (jungen) Menschen erschienen Plügge aufgrund ihrer Kriegssozialisation von einer existentiellen Langeweile, einem *ennui*, erfasst, als dessen Gegenspieler Plügge die

---

<sup>232</sup> Arthur Jores/Hans-Georg Puchta, Der Pensionierungstod: Untersuchungen an Hamburger Beamten, in: Medizinische Klinik 54, 25 (1959), S. 1158-1164, hier S. 1164.

<sup>233</sup> Herbert Plügge, Über suizidale Kranke, in: Psyche 5, 7 (1951), S. 433-450.

fundamentale Hoffnung identifizierte, die nach seiner Einschätzung dafür verantwortlich war, dass sich unter den „suizidalen Kranken“ kaum körperlich Schwerkranke fanden. Diesen scheinbaren Widerspruch, der auch dem von Ärzten häufig vorgebrachten Argument widersprach, dass sich an Krebs erkrankte Menschen selbst töten würden, wenn sie von ihrer Diagnose wüssten, erklärte Plügge mit der Unterscheidung zwischen einer „gemeinen Hoffnung“, deren Verlust Hoffnungslosigkeit bedeute, und einer „fundamentalen Hoffnung“, ohne die das Leben der existenznegierenden Verzweiflung anheimfiele. Die wesentliche Einsicht Plüggens bestand nun in der Annahme, dass erst durch den „Verlust der gemeinen Hoffnung [...] die fundamentale Hoffnung erkennbar und wirksam werden kann“.<sup>234</sup>

Im Unterschied zur „gemeinen Hoffnung“ richtete sich die von Plügge angenommene „fundamentale Hoffnung“ nicht auf konkrete Ziele, sondern auf eine unbestimmte „Gewißheit, daß es irgendwie in eine Zukunft hineingeht, und daß nicht ein Ende bevorsteht, das einfach ein Loch, ein Nichts ist“.<sup>235</sup> Damit verfügte diese „fundamentale“ Hoffnung über einen transzendentalen Bezug, der zwar auf die christliche Hoffnung hinführen konnte, aber nicht notwendigerweise musste. Im Prinzip konnte diese Form der Hoffnung in der Vorstellung eines inneren und der Krankheit entzogenen „Heil-Seins“ aufgehen, wie Plügge unter Rückgriff auf den Philosophen und Reformpädagogen Otto Friedrich Bollnow argumentierte.<sup>236</sup> Gerade dadurch aber verliere das Hoffen den ausschließlichen Bezug auf das Zukünftige und werde etwas Gegenwärtiges, eine unverlierbare und im Gegensatz zur „gemeinen Hoffnung“ nicht zu enttäuschende Gewissheit.<sup>237</sup> Um die „gemeine Hoffnung“ zu zerstören und zugleich nicht durch ein anderes, konkret auf die Zukunft gerichtetes Gefühl – die Angst – zu ersetzen, plädierte Plügge gerade im Hinblick auf an Krebs erkrankte Menschen dafür ihre konkreten Hoffnungen als Illusionen zu zerstören, zugleich aber die unbestimmte Hoffnung auf ein Weitergehen, ein Weiterbestehen zu bestätigen.<sup>238</sup>

---

<sup>234</sup> Plügge, Über suizidale Kranke, S. 438.

<sup>235</sup> Herbert Plügge, Über die Hoffnung, in: Situation 1 (1954), S. 54-67, hier S. 60.

<sup>236</sup> Plügge, Hoffnung, S. 62. Zur Biographie Bollnows (1903-1991), der in den 1920er Jahren an der reformpädagogischen Odenwaldschule arbeitete, im November 1933 das „Bekenntnis der Professoren an den deutschen Universitäten und Hochschulen zu Adolf Hitler und dem nationalsozialistischen Staat“ unterzeichnete, ab 1946 in Mainz und ab 1953 in Tübingen lehrte vgl. Klee, Das Personenlexikon, S. 62f.

<sup>237</sup> Plügge, Hoffnung, S. 65.

<sup>238</sup> So das Beispiel der von Plügge vorgestellten, an Brustkrebs erkrankten 44-jährigen Frau H.M., Plügge, Hoffnung, S. 56-59.

Walter Brednow, Medizinprofessor in Jena, sprach sich in einem 1954 vor der evangelischen Studentengemeinde in Jena gehaltenen Vortrag für eine andere Art von Komplementärbeziehung beider Hoffnungen aus. Im Rückgriff auf Georges Bernanos nannte er die konkrete Hoffnung *espoir* und schrieb ihr ein „vital-tierhaftes Drängen“ zu, das erst im Verlauf der Krankheit an Kraft verliere und der *espérance* Raum gebe, die das Wissen über den nahenden Tod ertragen helfe.<sup>239</sup> Daraus zog Brednow den Schluss, dass eine Diagnose wie Krebs nicht sofort mitgeteilt werden dürfe, nicht so lange die vitale Hoffnung stark sei. Erst wenn diese Hoffnung mit dem Schwinden der körperlichen Kräfte an Vitalität verliere, dürfe über Krebs und Unheilbarkeit gesprochen werden – falls der Kranke dann an dieser Frage überhaupt noch interessiert sei.<sup>240</sup>

Damit näherte sich Brednow Positionen an, die zeitgleich sowohl von Theologen als auch von Psychologen mit jeweils unterschiedlichen Argumenten vertreten wurden, denen aber die Überzeugung gemein war, dass eine sogenannte infauste Diagnose nicht sofort mitgeteilt werden dürfe. Stattdessen sollte der Arzt den Patienten langsam zu dieser Wahrheit hinführen, so dass der Mensch dieser Wahrheit in der Suche nach der eigentlichen inneren Wahrheit seines Seins „entgegenreifen“ könne.<sup>241</sup> Diese Betonung der Prozesshaftigkeit der Wahrheitsfindung ging einher mit einer Neufassung des Sterbens als letzte und existenziell bedeutsamste Möglichkeit, das eigene unverwechselbare und unzerstörbare innere Wesen zu entdecken und zu erfahren. Sterben sollte also nicht mehr als Prüfung, sondern als höchste innere Erfahrung

---

<sup>239</sup> Brednow bezog sich dabei auf das „Journal d’un curé de campagne“, das Georges Bernanos 1936 veröffentlicht hatte. Im letzten Teil dieser fiktiven Tagebücher ließ Bernanos den Priester, der das Tagebuch führte, einen Arzt konsultieren. Nachdem dieser den Priester zunächst beruhigt und getröstet hatte, beginnen beide ein Gespräch über die Lüge und die Wahrheit, in dem der Priester für die Wahrheit eintritt. Der Arzt entgegnet daraufhin: „Votre rôle est moins difficile que le mien: vous n’avez affaire qu’à des moribonds, je suppose. La plupart des agonies sont euphoriques. Autre chose est de jeter bas d’un seul coup, d’une seule parole, tout l’espoir d’un homme. Cela m’est arrivé une fois ou deux. Oh ! je sais ce que vous pourriez me répondre, vos théologiens ont fait de l’espérance une vertu, votre espérance a les mains jointes. Passe pour l’espérance, personne n’a jamais vu cette divinité-là de très près. Mais l’espoir est une bête, je vous dis, une bête dans l’homme, une puissante bête, et féroce. Mieux vaut la laisser s’éteindre tout doucement.“ Da der Priester darauf beharrt, dass er sein Schicksal freudig annehmen werde, eröffnet ihm der Arzt, dass er an einem inoperablen Magencarcinom leide, vgl. Georges Bernanos, Journal d’un curé de campagne, Paris 1936, S. 230f.

<sup>240</sup> Auch Max Mikorey argumentierte, dass der „Tod reifen“ müsse und dass dieser „kunstvolle psychosomatische Demarkationsprozess“ nicht durch eine vorzeitige „Voraussage“ des Todes gestört werden dürfe. Vgl. Walter Brednow, Der Mensch und die Hoffnung (nach einem am 5.3.53 im Rahmen der Ev. Studentengemeinde Jena gehaltenen Vortrag), in: Die Sammlung 9 (1954), S. 529-539 und S. 596-608, hier S. 606-608 und Mikorey, Der Arzt, S. 959.

<sup>241</sup> So zum Beispiel der evangelische Theologe Helmut Thielicke, in: ders., Der Konflikt zwischen Wahrheit und Liebe, in: Theologie als Glaubenswagnis: Festschrift zum 80. Geburtstag von Karl Heim, Hamburg 1954, S. 137-154, hier S. 149f.

verstanden werden, um die ein Mensch nicht betrogen werden dürfe, die aber langsam vorbereitet werden müsse.<sup>242</sup>

Diese Neukonzeption wandte sich dezidiert moderne- und medizinkritisch gegen die angenommene Entindividualisierung und Versachlichung des Sterbens im Krankenhaus und auf dem Schlachtfeld, wie sowohl Brednow als auch der Theologe Helmut Thielicke unter Berufung auf Rainer Maria Rilkes Unterscheidung des „großen“ und des „kleinen“ Todes betonten, die dieser bereits 1910 in den „Aufzeichnungen des Malte Laurids Brigge“ mit den Worten vorgenommen hatte:

„Jetzt wird in 559 Betten gestorben. Natürlich fabrikmäßig. Bei so enormer Produktion ist der einzelne Tod nicht so gut ausgeführt, aber darauf kommt es auch nicht an. Die Masse macht es. Wer giebt heute noch etwas für einen gut ausgearbeiteten Tod? [...] der Wunsch, einen eigenen Tod zu haben, wird immer seltener. Eine Weile noch, und er wird ebenso selten sein wie ein eigenes Leben. [...] man stirbt den Tod, der zu der Krankheit gehört, die man hat (denn seit man alle Krankheiten kennt, weiß man auch, daß die verschiedenen letalen Abschlüsse zu den Krankheiten gehören und nicht zu den Menschen; und der Kranke hat sozusagen nichts zu tun).“<sup>243</sup>

Indem der Jenaer Professor Walter Brednow in Anlehnung an Rilke den gesichtslosen „kleinen“ Tod verwarf und demgegenüber den bewusst erlebten „großen“ Tod sowie die an ihn geknüpfte existentielle Hoffnung ins Zentrum seiner Überlegungen stellte, begab er sich in einen deutlichen Widerspruch zum sozialistischen Menschenbild der frühen DDR. Denn in dieser Sicht gab es keinen im Individuum auffindbaren oder gar dessen Existenz transzendierenden Lebenssinn. Sinn konnte in dieser Lesart nicht gefunden, sondern nur geschaffen werden, indem der Einzelne im Hier und Jetzt am kollektiven Sinn, an der Realisierung der kommunistischen Gesellschaft, teilhatte. Darum galt nicht Hoffnung, sondern Optimismus als zentrale Tugend, die sich einzig im Leben realisieren und deshalb den Tod als endgültigen und nicht transzendierbaren Abbruch individueller menschlicher Existenz erscheinen ließ.<sup>244</sup> Auf dieser ideologischen Grundlage wurde sowohl das Medizinrecht als auch die Medizinethik der DDR

<sup>242</sup> Ähnliche Überlegungen finden sich auch in evangelischen Pflegezeitschriften, die ebenfalls unter anderem auf Jores, Weizsäcker, Siebeck und Rilke verwiesen, vgl. z.B.: Anonym, Zur Aussprache: Darf der Arzt schweigen?, in: Die Evangelische Krankenpflege 3, 5 (1954), S. 133f.; Schw. H. Goldammer (Schwesternhochschule der Diakonie), Die Schwester in der Begegnung mit Sterbenden, in: Die Diakonieschwester 58, 7 (1962), S. 135-137 und 58, 8 (1962), S. 169-173.

<sup>243</sup> Rainer Maria Rilke, Die Aufzeichnungen des Malte Laurids Brigge, Frankfurt a.M./Leipzig 1999, S. 13 [Original: 1910]. Genau diese Passage zitierte auch Thielicke, Der Konflikt, S. 152.

<sup>244</sup> Andrea Quitz, Staat, Macht, Moral. Die medizinische Ethik in der DDR, Berlin 2015, S. 134f.

in den 1950er und 1960er Jahren ausformuliert, die die Gesunderhaltung des Menschen als unangefochten höchsten Wert in den Mittelpunkt stellten.

Während in den 1950er Jahren jedoch abweichende öffentliche Positionen wie die Brednows noch geduldet wurden und tatsächlich in den Kliniken nicht selten zu finden waren, versuchte die Parteiführung spätestens seit 1961 immer offensiver, eine den marxistisch-leninistischen Grundlagen gemäße Medizinethik zu entwickeln und diese notfalls mit Repressalien gegenüber abweichenden Meinungen durchzusetzen. Dies erfuhr auch Walter Brednow, der seine Ethik der Hoffnung 1960 und 1961 erneut in einem Vortrag ausbuchstabierte, den er zunächst auf der feierlichen Schlussitzung der *Gesellschaft Deutscher Naturforscher und Ärzte* in Hannover, dann auf einer öffentlichen Sitzung der *Deutschen Akademie der Naturforscher* (Leopoldina) in Halle hielt und der schließlich sogar gedruckt und zugleich auf Schallplatte aufgenommen in der Reihe „Die Stimme des Arztes“ einem breiteren Publikum in der DDR und in der Bundesrepublik zugänglich gemacht wurde.<sup>245</sup> Dieser Vortrag veranlasste die Jenaer Universitätsparteileitung, eine Kampagne zu initiieren, in deren Verlauf eine Reihe von regimetreuen Professoren und Medizinern den „sozialistischen Humanismus“ als Gegenentwurf zu Brednows Positionen in Stellung brachten. Zum Schluss dieser Kampagne wurde der 66-jährige Brednow unauffällig zum 1. September 1962 emeritiert und zum 31. Januar 1963 auch von seinen Leitungsfunktionen an der Medizinischen und Nerven-Klinik sowie der Universitäts-Tuberkulose-Klinik in Jena entbunden.<sup>246</sup>

#### **4.6 Interaktionen: Die Gefühle des Arztes und das Vertrauen der Patienten**

Damit brach in der DDR die fach-öffentliche Diskussion über die Rolle von Hoffnung, Hoffen, Hoffnungslosigkeit und Verzweiflung zunächst ab. Stattdessen verwiesen nun die meisten Publikationen zu diesen Fragen auf die im Vergleich zur Bundesrepublik andere Rechtslage und die sich daraus ergebenden anderen Umgangsweisen. Denn

---

<sup>245</sup> Susanne Zimmermann/Sebastian Tomesch, Der Vortrag von Walter Brednow „Der Kranke und seine Krankheit“ und seine Folgen, in: Uwe Hoßfeld/Tobias Kaiser/Heinz Mestrup (Hg.), Hochschule im Sozialismus. Studien zur Geschichte der Friedrich-Schiller-Universität Jena, Bd. 2, Köln u.a. 2007, S. 1336-1345, hier S. 1337. Vgl. auch die Druckfassung: Walter Brednow, Der Kranke und seine Krankheit, in: Nova Acta Leopoldina 24 (1961), S. 1-16.

<sup>246</sup> Die Kritik machte sich vor allem daran fest, dass Brednow sich in seinem Vortrag auf den „antikommunistischen Elitetheoretiker“ Alfred Weber bezogen hatte, zielte aber darüber hinaus auf den Gesamtentwurf Brednows, vgl. Zimmermann/Tomesch, Der Vortrag von Walter Brednow, S. 1338 und 1342f.

während in der Bundesrepublik die am Rechtsgut der körperlichen Selbstbestimmung orientierte Rechtstradition des BGB fortgeschrieben und der therapeutische Eingriff nach wie vor als Körperverletzung definiert wurde, der nur durch die explizite Einwilligung des Patienten legitimiert werden konnte, vollzog das DDR-Recht in dieser Hinsicht einen deutlichen Bruch: Der therapeutische Eingriff galt im DDR-Recht nicht als Körperverletzung, sondern als Heileingriff, der auf einem stillschweigenden Vertrag zwischen Patient und Patientin einerseits, den staatlichen Gesundheitseinrichtungen andererseits beruhte.<sup>247</sup> Der Heilzweck, abgeleitet aus dem in Artikel 35 der DDR-Verfassung festgehaltenen Grundrecht auf Gesundheitsschutz, war in dieser Beziehung das oberste Rechtsgut. Ein straf- oder zivilrechtliches Haftungsrecht des Arztes gegenüber dem Patienten wurde aufgrund der ideologisch begründeten, immer schon vorausgesetzten Übereinstimmung zwischen individuellen und gesellschaftlichen Interessen ausgeschlossen, so dass sich Ärzte im Falle von Behandlungsfehlern arbeitsrechtlich oder disziplinarisch einzig gegenüber der für sie zuständigen Gesundheitseinrichtung zu verantworten hatten.<sup>248</sup>

Dennoch sollten auch Ärzte in der DDR ihre Patienten über Art, Verlauf und Prognose der bei ihnen diagnostizierten Krankheit aufklären und sie um ihre Einwilligung zur Therapie bitten. Doch hinter diesem Bemühen um Aufklärung und Einwilligung stand nicht, wie im BGB, die straf- und zivilrechtlich einklagbare Achtung vor der Selbstbestimmung eines jeden Menschen, sondern die Annahme, dass Wissen und innere Zustimmung die äußere und innere Bereitschaft zur Mitarbeit am Heilungsprozess fördern würden. So führten etwa die Juristen Gerhard Hansen (Jena) und Herbert Vetterlein (Berlin) in einem vielfach neu aufgelegten Standardwerk zu den „rechtlichen Pflichten“ ärztlichen Handelns in der DDR aus:

„Durch das Verständnis des Krankheitsgeschehens soll der Patient zur Einhaltung der erforderlichen diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen und zur aktiven Beteiligung am Genesungsprozeß veranlaßt werden. Daraus ergibt

---

<sup>247</sup> G. Hansen/H. Vetterlein, *Ärztliches Handeln – Rechtliche Pflichten in der Deutschen Demokratischen Republik*, 2. verbesserte Auflage, Leipzig 1962, S. 62.

<sup>248</sup> Diese Rechtsbestimmungen beruhten zunächst auf der Rahmenkrankenhausordnung von 1954 und wurden spezifiziert und weiterentwickelt in der Approbationsordnung für Ärzte, der Approbationsordnung für Zahnärzte (beides 1977) sowie im 1976 verabschiedeten Zivilgesetzbuch der Deutschen Demokratischen Republik, § 331. Vgl. dazu die zeitgenössischen Auslegungen in: G. Hansen/H. Vetterlein, *Ärztliches Handeln – Rechtliche Pflichten in der Deutschen Demokratischen Republik*, 1. Auflage unter dem Titel: *Arzt und Recht in der Deutschen Demokratischen Republik*, Leipzig 1959 (dann mehrfach neu aufgelegt) sowie Günter Becker, *Arzt und Patient im sozialistischen Recht*, 1. Auflage, Berlin 1973; Günter Becker, *Arzt und Patient im sozialistischen Recht*, 2. überarbeitete Auflage, Berlin 1978.



sich, daß die Aufklärung des Patienten eine dem Heilzweck untergeordnete Pflicht des Arztes ist.“<sup>249</sup>

Es blieb also dem Arzt überlassen zu entscheiden, in welcher Form und bis zu welchem Grad der Patient über seine Krankheit oder die möglichen Folgen eines Eingriffs aufgeklärt wurden. Allerdings waren sich die Juristen ebenso wie die meisten der öffentlich Stellung beziehenden Ärzte darin einig, dass die Aufklärung „ihre Grenze dort findet, wo sie der Psyche des Kranken nicht mehr zuträglich erscheint, wo die Aufklärung also eine Verschlimmerung des Krankheitszustandes oder eine Verzögerung im Heilungsverlauf befürchten läßt“.<sup>250</sup> Ausdrücklich wurde darum geraten, an Krebs erkrankte Menschen durch „beredtes Schweigen“ über ihre Krankheit zu täuschen und die Diagnose nur dann mitzuteilen, wenn sie sich der aus Sicht des Arztes erforderlichen Therapie verweigern würden. Mit dieser Abwägung wurde noch einmal hervorgehoben, dass der Heilzweck, die irgend mögliche Wiederherstellung des Körpers, aus Sicht der DDR-Juristen, Medizinethiker und Ärzte in den 1960er Jahren das größte Gewicht hatte.<sup>251</sup>

Neben dieser offiziellen Position der DDR-Medizinethik zur Diagnoseaufklärung, die sich bis Anfang der 1980er Jahre kaum ändern sollte, finden sich jedoch Hinweise darauf, dass diese Frage von Klinikärzten zum Teil anders diskutiert und im klinischen Alltag manchmal anders entschieden wurde. Vermutlich um den Konflikt mit der offiziellen, politisch vorgegebenen Leitlinie zu vermeiden, wurde hier oft vom konkreten medizinischen Alltag aus argumentiert und nicht in erster Linie auf der Grundlage von ethischen Setzungen oder juristischen Bestimmungen. So führte H. Schilling, Gynäkologe an der Medizinischen Akademie „Carl Gustav Carus“, 1975 aus:

„Früher oder später erfährt der Patient mit Sicherheit doch die Diagnose seines Leidens, sei es durch eine unvorsichtige Äußerung, sei es allein durch die Kennzeichen der heutigen organisierten Geschwulstbehandlung, z.B. Intensiv-Strahlentherapie. Auch die Diagnoseschlüsselnummern auf den Arbeitsbefreiungsscheinen und im SV-Ausweis sind bereits einem Teil der Kranken bekannt. Hinzu kommen die späteren Rehabilitationsmaßnahmen, die

<sup>249</sup> G. Hansen/H. Vetterlein, *Ärztliches Handeln – Rechtliche Pflichten in der Deutschen Demokratischen Republik*, 5. überarbeitete Auflage, Leipzig 1973, S. 72. In der ersten und zweiten Auflage hatte der Passus zur „Aufklärungspflicht“ des Arztes noch gefehlt.

<sup>250</sup> Hansen/Vetterlein, *Ärztliches Handeln* (1973), S. 72. Ähnlich argumentierte: Becker, (Oberrichter am Bezirksgericht Leipzig), *Arzt und Patient* (1978), S. 62.

<sup>251</sup> So die Argumentation in: O. Günther (Chefarzt und Ärztlicher Direktor, II. medizinische Klinik des Bezirkskrankenhauses Dresden-Friedrichsstadt), *Aufgaben und Probleme des Internisten bei der Aufklärung*, in: Gerhard Burkhardt/Wolfgang Reimann (Hg.), *Aufklärungs- und Schweigepflicht des Arztes und seiner Mitarbeiter. Medizinisch-juristische Grundlagen*, Dresden 1975, S. 38-42, hier S. 39 und Becker, *Arzt und Patient* (1978), S. 63.

statistische Erfassung und die fürsorgliche Tätigkeit der Behandlungsstelle für Geschwulstkranke usw.“<sup>252</sup>

Ganz ähnlich hatte bereits 1962 der Radiologe Claus, Chefarzt des Strahleninstituts am erzgebirgischen *Bergarbeiter-Krankenhaus Erlabrunn*, auf die Gegebenheiten der „modernen“ Krebsbehandlung, insbesondere der Bestrahlung hingewiesen, um zu betonen:

„Den über sein Leiden völlig unaufgeklärten Geschwulstpatienten gibt es, zumindest nach Abschluß der radiologischen Intensivtherapie, im Grunde meist nicht. Durch die Einweisung in eine Strahlenabteilung, die Strahlentherapie selbst, durch Mitpatienten in der gleichen ungewissen Situation, die es sich gern angelegen sein lassen, dem etwas Ähnliches ahnenden neuen Leidensgefährten die ‚Wahrheit‘ zu sagen, die ihm von den Ärzten vorenthalten wird, kommt ihm letztlich mehr oder weniger zu Bewußtsein, daß auch er an ‚Krebs‘ leide.“<sup>253</sup>

Die Beobachtungen des Radiologen Claus ebenso wie des Gynäkologen Schilling lassen sich auf zwei Arten lesen: Zum einen geben sie beredt Zeugnis davon, wie viele Anstrengungen ein Großteil der Akteure im Gesundheitssystem der DDR noch in den 1960er und 1970er Jahren unternahm, um vor den Patienten zu verbergen, dass sie an Krebs erkrankt waren. Es war nicht nur der Arzt, der die Erstdiagnose stellte, der anstelle von Krebs dem ihm anvertrauten Patienten eine „harmlose“ Erklärung für seine Beschwerden bot. Auch sämtliche an der Therapie beteiligten Ärzte schlossen sich diesem Versuch an und mussten untereinander abstimmen, welche Erklärungen den Patienten für Symptome und Therapien gegeben wurden – vom Hausarzt, von den Operateuren und Strahlentherapeuten bis hin zu den Internisten. Aber auch Schwestern und Pfleger mussten tagtäglich Nachfragen der Patienten gemäß der einmal gewählten Strategie des „beredten Schweigens“ beantworten, Nachsorgeeinrichtungen mussten informiert werden und es wurden Codenummern erfunden, die den Krankenkassenmitarbeitern und Sozialversicherungsträgern enthüllten, dass der Mensch, um den es hier ging, an Krebs litt, ohne dass dieser selbst davon etwas ahnen sollte.

Ähnliche Anstrengungen wurden auch in der Bundesrepublik unternommen – und zwar ebenfalls nicht nur von den Ärzten, Krankenschwestern und anderem Klinikpersonal. Denn wenn die wohlmeinende Täuschung gelingen sollte, mussten auch hier

<sup>252</sup> H. Schilling (Frauenklinik der Medizinischen Akademie „Carl Gustav Carus“, Chefarzt ist B. Sarembe), Spezielle Fragestellungen in Gynäkologie und Geburtshilfe, in: Gerhard Burkhardt/Wolfgang Reimann (Hg.), Aufklärungs- und Schweigepflicht des Arztes und seiner Mitarbeiter. Medizinisch-juristische Grundlagen, Dresden 1975, S. 63-72, hier S. 65.

<sup>253</sup> H.-D. Claus, Zu einigen praktischen Fragen der Metaphylaxe nach Strahlentherapie der Geschwulstleiden, in: Deutsches Gesundheitswesen 17, 35 (1962), S. 1489-1498, hier S. 1490.

Krankenkassen, Fürsorgeverbände und Träger der Nachsorgeeinrichtungen einbezogen werden. So findet sich in den Akten des Bundesarchivs ein auf das Jahr 1958 datierter Briefwechsel zwischen dem Direktor des *Landschaftsverbandes Rheinland*, der als Fürsorgeverband die Kosten für die als unheilbar geltenden Krebskranken anstelle der Krankenkassen übernahm, und dem Geschäftsführer der nordrhein-westfälischen *Gesellschaft zur Bekämpfung der Krebskrankheiten*, die in eigener Regie Genesungsheime und andere Nachsorgeeinrichtungen aufgebaut hatte. Landschaftsverband und Krebsbekämpfungsgesellschaft verabredeten hier, dass das Wort „Krebs“ in allen den Patienten zugänglichen Schriftstücken vermieden werden und dass vor allem verborgen werden sollte, dass die Kosten nicht mehr von der Krankenkasse, sondern vom Fürsorgeverband erstattet wurden, weil diese „Aussteuerung“ von den Patienten als Hinweis auf ihren „hoffnungslosen“ Zustand verstanden werden könnte. Aus diesem Grund hatten sich die Krankenkassen bereit erklärt, zunächst weiterhin für den Patienten sichtbar die Kosten zu erstatten und die entsprechenden Beträge dann mit einem eigens entworfenen Formular bei den Fürsorgeverbänden, die eigentlich für die Erstattung zuständig waren, einzufordern.<sup>254</sup>

Täuschung wurde also – das stellten die zuvor zitierten Ärzte Claus und Schilling fest – von dem Moment an immer schwieriger, in dem die Krebstherapie zeitlich und therapeutisch ausgreifender wurde und sich nicht mehr auf eine einzelne Operation oder Bestrahlungsserie beschränkte, so dass die Absprache zwischen Hausarzt und Chirurg beziehungsweise Radiologen ausgereicht hätte. Beide Ärzte nutzten diese von ihnen konstatierte Macht des Faktischen, um die Diskussion zu verschieben: Ob sie es grundsätzlich für richtig, hilfreich und heilsam hielten, dass Patienten von ihrer Krebserkrankung erfuhren, mussten sie nicht mehr diskutieren, wenn sie feststellen konnten, dass die möglicherweise im Grundsatz richtige Täuschung faktisch unmöglich geworden war. Diese Einschätzung wurde allerdings nicht von allen Ärzten geteilt. Zwar räumten viele Ärzte ein, dass zahlreiche Patienten von Mit-Patienten oder durch Ungeschicklichkeiten des nicht perfekt eingespielten medizinischen Räderwerks von ihrer Krebserkrankung erfuhren, betonten aber zugleich, dass das Bedürfnis der

---

<sup>254</sup> Der Direktor des Landschaftsverbandes Rheinland, Abteilung III Sozial- und Gesundheitswesen, Klaus, an den Geschäftsführer der Gesellschaft zur Bekämpfung der Krebskrankheiten [NRW], Dr. Spohr. Düsseldorf, den 23.6.1958. BArch B 142/3434, Bl. 311-313.

Patienten nach Hoffnung so groß sei, dass sie sich bereitwillig von ihren behandelnden Ärzten beruhigen und erneut „täuschen“ ließen.<sup>255</sup>

Claus und Schilling verwiesen demgegenüber auf gänzlich andere Erfahrungen und Konfliktlinien, die sich nach ihren Beobachtungen aus der Spannung zwischen Täuschung und Enthüllung im Verlauf einer Krebsbehandlung entwickeln konnten. Während Schilling hier nur kurz auf den daraus resultierenden Vertrauensverlust der Patientinnen verwies, erläuterte der Radiologe Claus ausführlich, welche desaströsen Folgen sich für das Verhältnis zwischen Arzt und Patient und damit letztlich vor allem für die erwünschte Heilung des Patienten ergaben:

„Versucht man, den Kranken mit durchsichtigen Redensarten darüber [über die Erkenntnis, an Krebs erkrankt zu sein] hinwegzutäuschen, ergibt sich zwischen Arzt und Patient ein Spannungsverhältnis des Mißtrauens und der Unaufrichtigkeit, das sich denkbar ungünstig nicht nur auf das Verhalten und die Einstellung des Kranken zu Arzt, Pflegepersonal und anderen Patienten sowie überhaupt zu seiner ganzen Situation auswirkt, sondern auch mittelbar dazu beiträgt, die Widerstandskraft seines Organismus herabzusetzen und verderblich zu beeinflussen. Es pflegt sich mithin gerade jener Effekt einzustellen, den man durch das Verschweigen der Tatsachen zu umgehen gedachte. Ein solcher Patient glaubt zudem häufig nicht, daß die eingeleiteten Maßnahmen zu seinem Besten ausgewählt sind und mißtraut jedem ärztlichen Eingriff und jeder Anordnung. [...] Ein solcher Patient empfindet Angst. Die Angst aber führt ihn zur Hoffnungslosigkeit und lähmt seinen Lebenswillen.“<sup>256</sup>

Genau besehen verließ der Chefarzt der Radiologie im erzgebirgischen Erlabrunn hier nicht die von der offiziellen DDR-Medizinethik vorgesehene Argumentation, nur stellte er sie sozusagen auf andere Füße: Der Heilungswille und die Zustimmung zur Heilbehandlung, die als Grundlage der aktiven „Mitarbeit“ des Patienten galten, wurden auch von Claus als Leitwerte benannt. Indem er aber die Enthüllung der Krebsdiagnose als unvermeidliches Ergebnis der länger dauernden Krebsbehandlung kennzeichnete, rückte das Arzt-Patienten-Verhältnis an die erste Stelle der Argumentationskette. Und um dieses für die Heilbehandlung wesentliche Verhältnis, das aus seiner Sicht auf dem Vertrauen des Patienten in die Aufrichtigkeit des Arztes basierte, zu bewahren, erschien es ihm notwendig, dass der Arzt die Krebsdiagnose dem Patienten in einer umschreibenden, nicht schockierenden Formulierung mitteilte.

<sup>255</sup> Vgl. zum Beispiel: Kretz/Pötzl, *Psyche des Krebskranken*, S. 23f. sowie Charlotte Neumann, *Psychische Besonderheiten bei Krebs-Patientinnen*, in: *Zeitschrift für Psycho-somatische Medizin* 5, 2 (1959), S. 91-101, hier S. 91.

<sup>256</sup> Claus, *Zu einigen praktischen Fragen*, S. 1490.

Damit rückte er einen Aspekt in den Vordergrund, der zuvor nicht zentral für Annahmen über das Arzt-Patienten-Verhältnis gewesen war: das Vertrauen in die Aufrichtigkeit des Arztes und seinen an dieser Aufrichtigkeit gemessenen Willen, dem Patienten „zu dessen Besten“ zu helfen. Die Notwendigkeit, diese Form des Vertrauens zu erwerben, hatten die Ärzteratgeber der 1920er und 1930er Jahre nicht gesehen. Ihnen war es darum gegangen zu erklären, wie der Arzt das Zutrauen der Patienten in seine fachliche Kompetenz fördern und bewahren konnte – vor allem auch in Konkurrenz zu anderen Ärzten, die womöglich mit „nackten“ Krebsdiagnosen auftrumpfen würden, ebenso aber auch mit Blick auf die „Kurfuscher“, denen manche Patienten in punkto Krebsbehandlung mehr zutrauten als den Ärzten.

Warum nun, Anfang der 1960er Jahre, ein ganz anders geartetes Vertrauen als eine notwendige Grundlage der Arzt-Patienten-Beziehung in den Blick rückte, hatte mehrere Ursachen. Ein Grund mag gewesen sein, dass personales Vertrauen als Vertrauen in die Ehrlichkeit und stabile Zugewandtheit des Gegenüber im Laufe des 20. Jahrhunderts als wichtige moralische Ressource aufgewertet worden war.<sup>257</sup> Eine größere Rolle im Blick auf die Arzt-Patienten-Beziehung hat aber sicherlich die Diskussion um die Rolle von Ärzten im Nationalsozialismus gespielt. Denn kaum zwei Jahre, bevor der Radiologe Claus seinen Aufsatz veröffentlichte, hatten Alexander Mitscherlich und Fred Mielke ihre Protokolle des Nürnberger Ärzteprozesses erneut veröffentlicht – dieses Mal setzte quasi über Nacht eine breite Debatte über die Ursachen und Konsequenzen einer „Medizin ohne Menschlichkeit“ ein, die zwar in bundesrepublikanischen Medien geführt, aber von Ärzten in der DDR durchaus wahrgenommen wurde.<sup>258</sup> Dass Ärzte nicht immer zum Besten der ihnen anvertrauten Patienten handelten, wurde zwar schon um 1900 in der bereits erwähnten Diskussion um Menschenversuche in Berlin und Breslau zum öffentlichen Thema. Dass Ärzte sich aber derart systematisch zur Vernichtung von Leben und zum grausamen Menschenexperiment hergaben, wurde in der öffentlichen Diskussion als vollkommen neue Dimension ärztlichen Fehlhandelns begriffen, die das Vertrauen in die Wirksamkeit des hippokratischen *primum non nocere* grundsätzlich in Frage stellte.

---

<sup>257</sup> Diese Aufwertung des Vertrauens zeichnet Ute Frevert auf unterschiedlichen gesellschaftlichen Feldern, von den Liebes- und Freundschaftsbeziehungen über die Ökonomie bis hin zur Politik, für das 19. und 20. Jahrhundert nach, vgl. dies., Vertrauensfragen, vor allem S. 213.

<sup>258</sup> Freimüller, Mitscherlich, S. 100-133 und S. 267-271.

Diese mit dem Vertrauensbegriff vorgenommene Verschiebung der Perspektive, die nun die emotionale Qualität des reziproken Arzt-Patienten-Verhältnisses stärker in den Mittelpunkt stellte, zeigte sich auch in Veröffentlichungen von Ärzten in der Bundesrepublik. Allerdings argumentierten die meisten derjenigen, die einen Bezug zwischen Wahrheit, Aufrichtigkeit und Vertrauen herstellten, in einem weit gefassten Sinn psychoanalytisch. Schon 1949 hatte der Heidelberger Internist und Weizsäcker-Schüler Richard Siebeck seine mit den Jahren klinischer Arbeit gewachsene Skepsis gegenüber dem Verschweigen einer Krebsdiagnose zum Ausdruck gebracht und in diesem Zusammenhang auf ein Problem des Verschweigens aufmerksam gemacht, auf das ihn ein Psychotherapeut mit der Mahnung gestoßen habe: „Wenn Sie mit schlechtem Gewissen lügen, dann lügen Sie nur schlecht!“<sup>259</sup>

Auf den ersten Blick scheint diese Mahnung so zu verstehen zu sein, dass das schlechte Gewissen schlicht und einfach die überzeugende schauspielerische Darstellung des Arztes beeinträchtigen könnte. Da Siebeck allerdings an dieser Stelle einen Psychotherapeuten als Kronzeugen anführte, ging es ihm hier offensichtlich nicht nur um die Frage der Performanz, sondern um das von der Psychoanalyse identifizierte Problem von Übertragung und Gegenübertragung. Diese bereits von Freud problematisierte „Entdeckung“ bezog sich zunächst auf das Verhältnis zwischen Psychoanalytiker und Analysanden: Während der Analysand im Verlauf der Therapie Gefühle und Beziehungsmuster seines kindlichen Ich auf den Psychoanalytiker projiziert, reagiert dieser auf die von ihm wahrgenommenen Projektionen mit Gefühlen, die aus seiner eigenen Lebensgeschichte stammten und darum weniger mit dem Analysanden und dessen Geschichte als mit der Persönlichkeit des Analytikers zu tun hatten. Bedeutsam wurde diese Gegenübertragung in den Augen Freuds und anderer dadurch, dass die Gefühle des Analytikers seine therapeutischen Entscheidungen beeinflussten und auch vom Analysanden wahrgenommen wurden, selbst wenn der Psychoanalytiker diese Gefühle nicht auslebte oder offenlegte. Wie auch immer dieses zunächst unbewusste Spiel aus Gefühl und Gegengefühl therapeutisch einzuhegen oder zu nutzen war: In jedem Fall musste sich der Therapeut über seine eigenen Gefühle, deren Bedeutung und Herkunft klar werden, eben weil sie in der therapeutischen Beziehung zwangsläufig wirksam wurden.<sup>260</sup>

---

<sup>259</sup> Siebeck, *Medizin in Bewegung*, S. 406.

<sup>260</sup> Ob diese Gegenübertragung auf Seiten des Analytikers in jedem Fall eingehengt und kontrolliert werden müsse oder ihrerseits diagnostisch oder therapeutisch genutzt werden konnte oder sollte,

Dieses Modell übertrug der 1939 nach England emigrierte ungarische Psychoanalytiker Michael Balint auf die Beziehung zwischen dem Allgemeinarzt und seinen Patienten. Ausgehend von seinen Erfahrungen im *Family Discussion Bureau* der Londoner *Tavistock Clinic* initiierte Balint 1950 ein erstes Seminar für Allgemeinmediziner, eine Art Supervisionsgruppe von Ärzten für Ärzte. In diesen Gruppen sollten sich die Ärzte von ihnen behandelte „Fälle“ vorstellen, um gemeinsam herauszufinden, wie die Dynamik zwischen Patient und Arzt von dessen eigenen, zunächst nicht bewussten Gefühlen und Vorstellungen beeinflusst wurde und inwiefern der Arzt sich selbst als eine Art Medikament in die Beziehung zum Patienten einbrachte oder einbringen sollte. Damit lenkte Balint den Blick auf die Innenwelt des Arztes und deren Bedeutung für das Verhalten des Arztes, für die von ihm gewählte Anamnesestrategie ebenso wie für seine therapeutischen Entscheidungen und schließlich seine therapeutische Wirksamkeit. Einige der Diskussionen aus den Gruppen, die Balint im Laufe der 1950er Jahre in London leitete, fasste er 1957 in einem Buch zusammen, das seine Annahmen über die Dynamik des Arzt-Patienten-Verhältnisses ebenso wie die von ihm als Korrektiv entwickelte Technik der Supervisionsgruppe präsentierte. Dieses Buch wurde bereits 1958 unter dem Titel „Der Arzt, sein Patient und die Krankheit“ ins Deutsche übersetzt und fand in der Bundesrepublik zunächst eine auf wenige psychoanalytisch interessierte Ärzte beschränkte Resonanz. Diese wurde allerdings Ende der 1960er Jahre immer lebhafter und führte Anfang der 1970er Jahre dazu, dass immer mehr der sogenannten Balint-Gruppen gegründet wurden, die im Gespräch zwischen den auf Station arbeitenden Ärzten, Psychologen, Seelsorgern und Pflegekräften die eigene Arbeit reflektieren sollten.<sup>261</sup> Auch in der DDR wurden die Theorien und die daran geknüpften Techniken Balints rezipiert.<sup>262</sup> Allerdings war der

---

wurde (und wird) unter Psychoanalytikern diskutiert, vgl. im Blick auf Freud und die historische Entwicklung des Analysesettings: Jensen, Zuviel der Liebe, Kapitel: Therapeutische Emotionen.

<sup>261</sup> Die englische Ausgabe wurde bereits im Jahr ihres Erscheinens von Wolfgang Loch, einem Heidelberger Mitarbeiter Mitscherlichs rezensiert, der 1971 einen Lehrstuhl für Psychoanalyse und Psychotherapie in Tübingen bekam und dessen psychoanalytische Arbeit stark von Balints Theorie beeinflusst wurde, vgl. ders., Balint, Michael: *The Doctor, His Patient and the Illness*, in: *Psyche* 10, 12 (1957), S. 932f. Auch die 1958 publizierte Übersetzung wurde von Loch rezensiert: ders., Balint, Michael: *Der Arzt, sein Patient und die Krankheit*, in: *Psyche* 11, 12 (1958), S. 922. Verweise auf Balintgruppen finden sich z.B. in Hermann Argelander, Balint-Gruppen Arbeit mit Seelsorgern, in: *Psyche* 27, 2 (1973), S. 129-150; Mathis Bromberger u.a., Geschichte einer Balint-Gruppe anhand von Falldarstellungen, in: *Psyche* 27, 12 (1973), S. 1090-1105; Horst Petri, Balint-Gruppen mit Klinikärzten, in: *Psyche* 36, 9 (1982), S. 830-847. Arthur Jores verwies schon 1970 im Gespräch mit *Stern*-Reportern auf einen Workshop mit Balint: Wann darf ein Mensch sterben?, in: *Stern* 47 (1970), S. 140-142.

<sup>262</sup> Hans-Joachim Maaz, seit 1980 einer der ersten Fachärzte für Psychotherapie in der DDR, betont, dass es den Ärzten und Psychologen in der DDR durchaus möglich gewesen sei, sich Zugang zur

Kreis derjenigen, die die Balint-Arbeit aufnahmen, deutlich kleiner und bestand überwiegend aus Ärzten. Zudem wurde in den „Problemfallseminaren“, wie die Gruppen in der DDR hießen, dem Leiter eine zentralere Rolle eingeräumt als in den bundesdeutschen Balint-Gruppen und die Teilnehmer solcher Gruppen verständigten sich darauf, auf psychoanalytische Gesprächsverfahren weitgehend zu verzichten.<sup>263</sup>

Die eigentliche Neuentdeckung Balints war weniger die Annahme, *dass* die Worte und die emotionale Haltung des Arztes gegenüber dem Patienten therapeutisch – etwa als Suggestion oder Placebo – wirken konnten. Für Gesprächsstoff sorgte vielmehr die These Balints, dass gerade die dem Arzt unbewussten eigenen Gefühle und Vorstellungen in die Dynamik seiner Beziehung zum Patienten eingriffen. Nach den Beobachtungen Balints beeinflussten und steuerten diese Gefühle und Prägungen des Arztes dessen Gesprächsstrategien und medizinische Entscheidungen in hohem Maße, obwohl dieser selbst überzeugt war, rational und von Gefühlen unbeeinflusst zu handeln und zu entscheiden. Auch wenn schwerkranke oder sterbende Menschen nicht im Fokus von Balints erstem Buch standen, so gab er hier Erfahrungen wieder, die im Blick auf diese Patienten besonderes Gewicht bekamen. So mahnte er die Ärzte, die ihrem Impuls zu trösten und zu beruhigen folgen wollten, innezuhalten und über ihre eigenen Beweggründe nachzudenken, denn: „Zu oft erfolgt der beruhigende Zuspruch nur um des Arztes willen, weil ihm die Last der Tatsache, daß er nicht genug weiß oder nicht helfen kann, unerträglich ist.“<sup>264</sup>

Ein Jahr, bevor die englische Originalausgabe des Balint-Buches erschien, hatte die weltweit einflussreichste Psychologengemeinschaft, die *American Psychological Association*, erstmals ein Panel zum Thema „Tod“ in das Programm ihrer jährlichen

---

westeuropäisch-amerikanischen Forschungsliteratur zur Psychotherapie, Psychosomatik und eben auch Balint-Arbeit zu verschaffen, obwohl die Psychoanalyse, nicht aber andere psychotherapeutische Tendenzen, offiziell als „bürgerliche Ideologie“ abgelehnt wurden, vgl. ders., Zur Geschichte der Psychotherapie in der DDR, in: *European Journal of Mental Health* 6, 2 (2011), S. 213-238, hier S. 219. Dies geht auch aus der von Michael Geyer herausgegebenen, ersten Gesamtschau der Psychotherapie in der DDR hervor, die überwiegend von Psychotherapeuten geschrieben wurde, die noch selbst in der DDR tätig gewesen waren, vgl. ders. (Hg.), *Psychotherapie in Ostdeutschland. Geschichte und Geschichten 1945 bis 1995*, Göttingen 2011.

<sup>263</sup> Der Psychiater Harro Wendt, ärztlicher Direktor des psychiatrischen Fachkrankenhauses Uchtspringe (Stendal), intiierte 1973 die ersten Problemfallseminare. Im Laufe der 1980er Jahre fand allerdings erneut eine intensive Diskussion um Problemfallseminare vs. Balintgruppen statt, in deren Verlauf u.a. Hans-Joachim Maaz auch Balint-Gruppen etablierte, die kollegial organisiert und stärker an Balints psychoanalytisch-psychodynamischen Methoden orientiert waren, vgl. Michael Geyer/Werner König/Sigmar Scheerer, Die Arbeit der Regionalgesellschaften – Der Aufbau der Psychosomatischen Grundbetreuung und der regionalen Balint-Arbeit, in: Geyer, *Psychotherapie in Ostdeutschland*, S. 345-349 und Maaz, *Zur Geschichte*, S. 226f.

<sup>264</sup> Michael Balint, *Der Arzt, sein Patient und die Krankheit*, 10. Auflage, Stuttgart 2001, S. 303.



Tagung aufgenommen.<sup>265</sup> Organisiert hatte das Panel der damals 41-jährige Psychologe Herman Feifel, der zu diesem Zeitpunkt für die *Los Angeles VA [Veterans Administration] Mental Hygiene Clinic* arbeitete.<sup>266</sup> Einer der Panel-Beiträge, vorgelesen von dem Psychologen August M. Kasper, fragte explizit nach der Haltung und den Gefühlen von Ärzten gegenüber dem Tod und kam aufgrund eigener Befragungen zu dem Schluss, dass sich viele Ärzte deshalb für ihren Beruf entschieden hätten, weil sie selbst eine starke und meist unbewusste Todesangst hegten, die sie durch ihren Beruf abwehren wollten.<sup>267</sup> Diese Abwehrhaltung würde sie veranlassen, dem todkranken oder sterbenden Patienten das Wissen über dessen nahenden Tod zu verheimlichen, weil sie nicht über ihre eigene übergroße, allerdings nicht bewusste Angst reden konnten. Die Praxis des „schonenden Betrügens“ entsprach in dieser Sicht also „mehr der Persönlichkeit des Arztes als [dem] [...] Bedürfnis des Patienten“, wie Balint 1957 allgemein im Blick auf das Verhalten des Arztes argumentierte, denn dem Patienten helfe es – so Kasper –, wenn der Arzt ihn offen und voll Mitgefühl im Sterben begleite.<sup>268</sup> „The Meaning of Death“, wie Feifel den Tagungsband 1959 schließlich nannte, brachte das Thema „Tod“ mit Nachdruck auf die Agenda der Psychologen, die bis dato darum eher einen Bogen gemacht hatten, so dass Feifel zunächst große Mühe gehabt hatte, überhaupt einen Verleger zu finden.<sup>269</sup>

Feifels Buch hatte auch Anteil daran, dass sich Anfang der 1960er Jahre amerikanische Soziologen für den Prozess des Sterbens zu interessieren begannen.<sup>270</sup> Seine Arbeit ist denn auch die erstgenannte Referenz in einer der bahnbrechenden Studien,

---

<sup>265</sup> Zum Kontext dieser Tagung und den Schwierigkeiten, einen Verlag zu finden, der bereit war, die Beiträge des Panels zu publizieren: William M. Lamers, *Classics Revisited: Herman Feifel, The Meaning of Death*, in: *Mortality* 17, 1 (2012), S. 64-78.

<sup>266</sup> 1958 wurde Feifel Professor an der University of Southern California School of Medicine, behielt aber seine Stellung an der Klinik bei und stieg dort 1960 zum leitenden Psychologen auf. Vgl. Stephen Strack, Herman Feifel, in: *Encyclopedia of Death and Dying*, (<http://www.deathreference.com/En-Gh/Feifel-Herman.html>, letzter Zugriff: 28.03.2017).

<sup>267</sup> August M. Kasper, *The Doctor and Death*, in: Herman Feifel (Hg.), *The Meaning of Death*, New York 1959, S. 259-270, hier S. 260.

<sup>268</sup> Balint, *Der Arzt*, S. 300 sowie Kasper, *Doctor and Death*, S. 269.

<sup>269</sup> Einige der Aufsätze im publizierten Buch wurden erst nach der Tagung von Feifel eingeworben. Es handelt sich um die Aufsätze von Carl Jung, Robert Kastenbaum und Gardner Murphy, vgl. Lamers, *Classics Revisited: Herman Feifel*, S. 68f.

<sup>270</sup> Hier erscheint die Geschichte des Sprechens über Krebs und des Umgangs mit Krebs fast deckungsgleich mit einer Geschichte des Sprechens über und dem Umgang mit Sterben und Tod. Wer genauer hinsieht, wird aber bemerken, dass das in den hier zitierten Studien erforschte Sterben fast immer ein Sterben an Krebs ist, das in den Studien der 1960er und 1970er Jahre allerdings verallgemeinert wird zur paradigmatischen Form des „modernen“ Sterbens in der Klinik – ein Umstand, der selten ausdrücklich genannt wird. Vgl. dazu auch: Gerhard Schmied, *Sterben und Trauern in der modernen Gesellschaft*, Opladen 1985, S. 75.

die 1965 in den USA erschien und aus soziologischer Perspektive das Problem zu erhellen versuchte, das Balint und Kasper aus psychologischer respektive psychoanalytischer Perspektive bereits zum Thema gemacht hatten: die Frage, inwiefern die Interaktion zwischen Ärzten, Patienten und Pflegepersonal davon beeinflusst wird, ob über den nahenden Tod miteinander geredet oder das Wissen voreinander verborgen wird. „Awareness of Dying“ – so nannten die Soziologen Anselm Strauss und Barney Glaser ihre Studie, für die sie drei Jahre lang die Arbeit in Kliniken der San Francisco Bay Area beobachtet und zugleich Interviews mit allen Beteiligten geführt hatten.<sup>271</sup> Auf der Grundlage dieser Daten stellten sie fest, dass es vier verschiedene Bewusstseinskontexte mit je eigenen Verhaltensformen bei der Interaktion zwischen Sterbenden, ihren Familien und dem medizinischen Personal gab:<sup>272</sup> die „geschlossene Bewusstheit“, bei der der Patient von seinem Sterben nichts erfährt und auch nichts weiß; die Situation des „Argwohns“, in der dem Patient zwar nichts mitgeteilt wird, er aber doch ahnt, dass er stirbt, und dem Krankenhauspersonal sowie der Familie gegenüber misstrauisch wird; den „Kontext wechselseitiger Täuschung“, in dem beide Seiten wissen, dass der Patient stirbt, dieses Wissen aber voreinander verbergen, und schließlich die „offene Bewusstheit“, in der Patient, Familie und Krankenhauspersonal über den nahenden Tod miteinander sprechen.<sup>273</sup>

Indem Glaser und Strauss herausarbeiteten, wie durch diese unterschiedlichen Bewusstheitskontexte je verschiedene, sehr weitreichende Handlungslogiken in Gang gesetzt wurden, die den Beteiligten als solche oft nicht bewusst waren, wollten sie dazu beitragen, dass der Umgang mit dem Sterben im Krankenhaus reflektierter und zugleich einfühlsamer und dem Patienten zugewandter gestaltet wurde.<sup>274</sup> Auch wenn sie keinen

---

<sup>271</sup> Barney C. Glaser/Anselm L. Strauss, *Awareness of Dying*, Chicago 1965. Glaser und Strauss verwiesen in ihrer ersten Anmerkung auf einen etwas später verfassten Text Feifels: ders., *Death*, in: Norman L. Farberow (Hg.), *Taboo Topics*, New York 1963, S. 8-21.

<sup>272</sup> Das für diese Studie von Glaser und Strauss entwickelte Vorgehen, zunächst qualitative Daten zu erheben, diese auszuwerten und zu ordnen, um dann daraus eine Handlungstheorie zu entwickeln, stellte für die Soziologie eine wesentliche methodische Neuerung dar, die Glaser und Strauss zwei Jahre später systematisch als „grounded theory“ konzeptionalisiert: dies., *The Discovery of Grounded Theory. Strategies for Qualitative Research*, Chicago 1967.

<sup>273</sup> Die hier verwandten Begrifflichkeiten stammen aus der deutschen Übersetzung, die sich vor der Schwierigkeit sah, den englischen Begriff „awareness“ mit einem adäquaten deutschen Begriff zu übersetzen: Barney C. Glaser/Anselm L. Strauss, *Interaktion mit Sterbenden. Beobachtungen für Ärzte, Schwestern, Seelsorger und Angehörige*, Göttingen 1974. Im Original nannten Glaser und Strauss die vier von ihnen erschlossenen Interaktionstypen: closed awareness, suspicion awareness, context of mutual pretense und open awareness.

<sup>274</sup> Im Vorwort schreiben sie, die beide erst wenige Jahre zuvor das Sterben von Mutter bzw. Vater miterlebt hatten und diese persönlichen Erfahrungen im Buch reflektierten: „We wish to contribute toward making the management of dying – by patients, families and health professionals – more

der vier Bewusstheitkontexte als unproblematisch darstellten, machten sie deutlich, dass die drei ersten Kontexte, in denen mit dem sterbenden Menschen nicht über sein Sterben gesprochen wurde, insbesondere für die Krankenschwestern und -pfleger eine große psychische Belastung darstellten. Diese Belastung konnte sich als permanent gespannte Atmosphäre im Umgang mit dem Patienten niederschlagen. Außerdem wiesen sie nach, dass die Schwestern die Spannung für sich oft dadurch zu entschärfen suchten, dass sie dem Gespräch mit dem Patienten aus dem Weg gingen und sich entweder auf die Pflege seines Körpers beschränkten oder den Patienten gänzlich mieden. Der Arzt hingegen „ersparte“ sich auf diese Weise die schwierige Konfrontation mit den Gefühlen des Sterbenden, dem auch er – den Tod innerlich abwehrend – aus dem Weg ging. Aus diesen Gründen kam es nach den Beobachtungen beider Soziologen vor, dass sterbende Patienten zunehmend allein gelassen wurden. Ob das Nicht-Sprechen auch als emotionale Isolation auf dem Patienten lastete, ließen Glaser und Strauss offen. So schrieben sie im Blick auf den „Kontext wechselseitiger Täuschung“:

„For the patient, the pretense context can yield a measure of dignity and considerable privacy, though it may deny him the closer relationships with staff members and family members that sometimes occur when he allows them to participate in his open acceptance of death. And if they initiate and he accepts the pretense, he may have nobody with whom to talk although he might profit greatly from talk.“<sup>275</sup>

Dennoch verstanden sie die von ihnen herausgearbeiteten Bewusstheitstypen in gewisser Weise auch als eine Art Phasenmodell, das zwar nicht zwangsläufig auf das offene Gespräch hinführen musste, aber doch zeigte, welche emotionalen Vorteile Offenheit für alle bringen konnte. Überdies wiesen sie darauf hin, dass die mit der Offenheit anfangs einhergehenden Schwierigkeiten durch einen inneren Entwicklungsprozess des Patienten überwunden werden konnten, in dessen Verlauf der Patient durch eine Phase der Depression und Verzweiflung ging, um schließlich entweder das Wissen um seinen bevorstehenden Tod erneut zu verdrängen oder aber zu akzeptieren.<sup>276</sup>

---

rational and compassionate (and the two are far from incompatible).“ Glaser/Strauss, Awareness, S. VII-VIII.

<sup>275</sup> Glaser/Strauss, Awareness, S. 77.

<sup>276</sup> Glaser/Strauss, Awareness, S. 123-135.

In die gleiche Richtung deutete eine 1969 publizierte Studie, die mehr noch als die soziologische Feldforschung von Glaser und Strauss von Medizinern, Psychologen und Seelsorgern gelesen und diskutiert wurde: „On Death and Dying“ der Psychiaterin Elisabeth Kübler-Ross. Kübler-Ross, Professorin an der University of Chicago, wollte anders als Glaser und Strauss nicht die Interaktion zwischen sterbenden Patienten und Ärzten *beobachten*, sondern mit den sterbenden Menschen und deren Angehörigen *sprechen*, um von ihnen zu erfahren, was sie dachten und was sie wünschten.<sup>277</sup> Aus diesen Gesprächen schloss Kübler-Ross, dass sterbende Menschen fünf verschiedene Phasen der Trauer über ihren eigenen Tod durchlaufen würden: eine Phase der Verleugnung, in der sie das Wissen über ihren nahenden Tod nicht wahrhaben wollten und zum Beispiel versuchten, es als Fehldiagnose „wegzudiskutieren“; eine Phase des Zorns, in der sie voll Wut und Neid auf die Menschen reagierten, die sie überleben würden; eine meist nur kurze Phase des Verhandeln, in der sie dachten, sie könnten durch Versprechen oder Wohlverhalten mit Gott oder einer anderen höheren Instanz eine längere Lebenszeit heraushandeln; eine Phase der Depression und der Verzweiflung sowie schließlich ein Gefühl der Akzeptanz des eigenen Todes, das für andere Gefühle kaum Raum mehr lasse und bedeute, dass sich der sterbende Mensch von seinen Angehörigen zurückziehe und Ruhe in und mit sich selbst suche.<sup>278</sup> In allen Phasen dieses Trauerprozesses war es aus Sicht von Kübler-Ross wichtig, dass die den Sterbenden umgebenden Menschen Hoffnung vermittelten – allerdings weder die Hoffnung auf das Nicht-Sterben noch eine existenzielle Hoffnung, wie sie Plügge und Brednow in den Mittelpunkt gestellt hatten, sondern die Hoffnung darauf, dass der Sterbende nicht alleingelassen wird, dass Ärzte, Schwestern und Pfleger ebenso wie die Angehörigen und Freunde alles tun würden, um dem Sterbenden mit ihren Mitteln zu helfen und um ihm Schmerzen zu nehmen. Auch diese Form der Hoffnung war also weniger eine Zukunftshoffnung als ein Hoffen in der Gegenwart.

Sowohl Feifel als auch Glaser / Strauss und Kübler-Ross machten mit ihren Forschungen deutlich, dass das Reden über den näher rückenden eigenen Tod möglich war, ohne dass Hoffnungslosigkeit die Folge sein musste, dass aber „negative“ Gefühle als Ausdruck eines inneren Übergangs notwendig waren und ertragen werden müssten.

---

<sup>277</sup> Elisabeth Kübler-Ross, *On Death and Dying. What the Dying Have to Teach Doctors, Nurses, Clergy and Their Own Families*, New York 1969.

<sup>278</sup> Im amerikanischen Original benannte Kübler-Ross diese Phasen als: Denial; Anger; Bargaining; Depression und Acceptance.

Zugleich aber lenkten sie den Blick auf die Innenwelten von Patienten einerseits, Ärzten andererseits und stellten die Form und Qualität der Beziehung zwischen den einen und den anderen in Relation zu diesen, im Gespräch miteinander nach außen gekehrten Innenwelten. Das professionell begleitete Reden über sich und seine „innersten“ Gefühle wurde damit zum wesentlichen Medium der menschlichen und therapeutischen Beziehung in der Zeit des Sterbens, aber auch zum Mittel, mit dem der Sterbende nach innerem Frieden und nach dem eigenen Selbst im Blick auf die Gegenwart des Sterbens suchen konnte.

Die Ärzte, Krankenschwestern, Theologen und Psychologen, die nun in den späten 1960er Jahren die von Feifel, Glaser, Strauss und Kübler-Ross formulierten Konzepte übernahmen, distanzierten sich damit von einem Gefühlsmodell des Sterbens, das in den 1950er Jahren die Diskussionen und öffentlichen Darstellungen vor allem in der Bundesrepublik dominiert hatte. Dieses Modell hatte ein Sterben in „männlicher“ und das hieß damals: wortkarger Würde als Ideal dargestellt und hatte zugleich die Möglichkeit des stillschweigenden Einverständnisses zwischen dem Sterbenden und seinen Angehörigen betont. Zu diesem Ideal gehörte auch eine spezifische Vorstellung von Selbstbestimmtheit – eine Selbstbestimmtheit, die der Sterbende für sich allein entscheiden sollte. Dieses Gefühlsmodell der 1950er Jahre hatte das Sterben an Krebs öffentlich gemacht und ihm ein persönliches Gesicht verliehen. Es lenkte den Blick der Öffentlichkeit auf die reale Person des an Krebs erkrankten Menschen, während in den Jahrzehnten zuvor öffentlich nur über Früherkennung und Vorsorge sowie über Ergebnisse der Krebsforschung und neue vielversprechende Therapien gesprochen worden war.

#### ***4.7 Von sich selbst erzählen: Vom Sterben in „männlicher“ Würde und vom Überleben durch wissende Hoffnung***

An Krebs erkrankte Menschen hatten in der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts weder eine öffentliche Stimme noch ein öffentliches Gesicht. Zwar wurden Fotos und Wachsm Modelle realer Tumoren in Ausstellungen gezeigt, auch streifte das Auge der Kamera im Film „Krebs“ von 1930 kurz das Gesicht einer an Brustkrebs erkrankten Frau, doch blieb ihr Gesicht namenlos und ohne persönlichen Ausdruck. Gezeigt werden sollte das Geschwür, das ihre Brust zerstört hatte. Ebenso fiktiv waren die Geschichten, die im Rahmen der Früherkennungskampagnen erzählt wurden. Schauspieler oder Statisten liehen den erdachten Protagonisten Gesicht und Stimme. Die real an

Krebs erkrankten Menschen blieben in der Öffentlichkeit stumm und unerkant. Seit dem Tod Friedrichs III. im Jahr 1888 hatten die Zeitungen nicht mehr ausführlich über die Krebserkrankung und das Sterben eines Menschen berichtet. Dies begann sich in den 1950er Jahren langsam zu ändern – allerdings nur in der Bundesrepublik, während die Publikumsmedien in der DDR diese Form der personalisierten Berichterstattung über Krebs nicht übernahmen.<sup>279</sup>

„Bis daß der Tod uns scheidet“ hieß einer der ersten Zeitschriftenartikel, in dem über eine an Krebs erkrankte Frau berichtet wurde. Er erschien 1952 im *Stern*.<sup>280</sup> Um das wissende Sterben an Krebs ging es hier, aber auch und vor allem um das Lebensglück und die Heimatliebe einer jungen Frau aus Niederbayern, die einem amerikanischen Soldaten 1948 als dessen Ehefrau in die USA gefolgt war. „Seitdem Maria weiß, daß sie sterben muß, lebt in ihr nur der eine Wunsch: heim!“ – so leitete der *Stern*-Reporter die Geschichte der an Unterleibskrebs erkrankten 27-jährigen Maria Stürzer ein, die nach vier erfolglosen Operationen ihren Ärzten als „hoffnungsloser Fall“ galt. Sie hatte sich entschieden, zum Sterben auf den Hof ihrer Familie zurückzukehren, begleitet von ihrem amerikanischen Mann, der allerdings nach sechzig Tagen Urlaub von der Armee, seinem Arbeitgeber, nach Amerika zurückkehren würde. Die den Artikel illustrierenden Fotos zeigten allerdings nicht Verzweiflung und Kummer, sondern stilles Lächeln und liebevolle Zugewandtheit. Diese Haltung bekräftigte der Artikel mit den Worten: „Sie kämpfen verzweifelt um jede Minute Lebensglück, die ihnen noch gegönnt ist.“

---

<sup>279</sup> Weder in der wöchentlich erscheinenden *Neuen Berliner Illustrierten* noch in der *Frau von heute* bzw. ihrer Nachfolgerin *Für Dich* (ab 1963) waren individuelle Schicksale an Krebs erkrankter Menschen Thema.

<sup>280</sup> Anonym, Bis daß der Tod uns scheidet. Maria Stürzer will in ihrer bayerischen Heimat sterben, in: *Der Stern* 5, 7 (1952), S. 11.



Abb. 36: „Sie klammern sich beide an ihre Liebe.“ *Der Stern* (1952)

Das Wissen um ihre Krebskrankheit und ihren nahenden Tod hatte diese junge Frau nicht in eine hoffnungslose, paralysierende Verzweiflung gestürzt, sondern ihr eine Entscheidung ermöglicht: die Entscheidung dorthin zurückzukehren, wo sie sich geborgen fühlte, in die Heimat, zu ihrer Familie. Dies waren die öffentlich beschworenen und in Spielfilmen der 1950er Jahre vielfach vorgeführten Werte dieser Zeit. Die Tatsache, dass Maria Stürzer ihre niederbayrische Heimat den USA vorzog, war für den *Stern*-Reporter sicher ausschlaggebend gewesen, um diese Geschichte für seine Leserinnen und Leser auszuwählen – *obwohl* es um Krebs ging.<sup>281</sup> Damit wies er aber zugleich und möglicherweise unbeabsichtigt darauf hin, dass es eine Alternativgeschichte zum „ahnungslosen“ Sterben an Krebs geben könnte – eine, in der das Wissen Grundlage einer bewussten Gestaltung und eines intensiven Erlebens dieser letzten Phase des Lebens wurde.

Diese „Alternativgeschichte“ bekam im weiteren Verlauf der 1950er Jahre immer männlichere Züge. Dafür waren vor allem zwei von den Medien aufgegriffene Geschichten verantwortlich, in denen das Wissen um die eigene tödliche Krankheit eng mit der männlichen Würde verknüpft wurde – eine Verknüpfung, die zwar ansatzweise

<sup>281</sup> Zum Heimatfilm als zentralem Medium bundesdeutscher Selbstverständigung, der insbesondere in den 1950er Jahren wesentlich an der Konstruktion eines Mythos der Integration teilhatte und in dem Flucht und Migration ebenso wie auch neue Geschlechterrollen durchaus ihren Platz fanden: Johannes von Moltke, *No Place Like Home. Locations of Heimat in German Cinema*, Berkeley 2005, v.a. S. 135-169 sowie Harro Segeberg, „Grün ist die Heide“. Zur Mentalitätsgeschichte des Heimatfilms, in: ders. (Hg.), *Mediale Mobilmachung III. Das Kino in der Bundesrepublik Deutschland von 1950 bis 1963*, Paderborn 2009, S. 121-147.

in den Diskussionen der 1930er Jahre zum „mutigen Sterben“ vorhanden war, aber – wie etwa das Beispiel des Majors Anton K. zeigte – nicht die medizinische Praxis bestimmte. Diese Geschichten erzählten den selbst gewählten Tod des amerikanischen *Time*-Journalisten Charles Wertenbaker und das Sterben des amerikanischen Außenministers John Foster Dulles.

Charles Wertenbaker starb im Januar 1955 von eigener Hand, nachdem bei ihm wenige Monate zuvor ein weit fortgeschrittener Darmkrebs diagnostiziert worden war. Den meisten bundesdeutschen Leserinnen und Lesern wird sein Name zu diesem Zeitpunkt nichts gesagt haben, sein Tod war den deutschen Zeitungen und Zeitschriften keinen Artikel wert.<sup>282</sup> Dies änderte sich schlagartig im Herbst 1957, als der dem *Stern* nahestehende Henri Nannen Verlag das Buch „Tod eines Mannes“ auf den Markt brachte, ein Bericht über die letzten Lebensmonate von Charles Wertenbaker, den dessen Frau Lael Tucker Wertenbaker, ebenfalls eine ehemalige *Time*-Journalistin, verfasst und im Frühjahr 1957 in Amerika veröffentlicht hatte. Dieses Buch hatte bereits in den USA für heftige Diskussionen gesorgt und wurde schnell übersetzt: nicht nur ins Deutsche, sondern auch ins Französische, Niederländische, Dänische, Schwedische, Japanische und Spanische.<sup>283</sup> Die größte Provokation dieses Buches bestand in dem von Lael Tucker Wertenbaker offen und einigermaßen detailliert beschriebenen, selbst zugefügten Tod ihres Mannes. Charles Wertenbaker hatte sich in ihrem Beisein die Pulsadern durchschnitten, während sie seine Schmerzen mit Morphium stillte und bis zur letzten Minute an seiner Seite blieb.

Doch es war nicht allein dieser „Tabubruch“, der den „Tod eines Mannes“ bekannt und umstritten machte. Provokant wirkte auch die von den Wertenbakers im Umgang miteinander praktizierte „männlich-kalte“ Offenheit sowie ihre selbstbewusst formulierte, kühl gegenüber den Ärzten vorgebrachte Forderung, die Wahrheit über Diagnose und Prognose von Wertenbakers Erkrankung zu erfahren. Die Medien registrierten diese Haltung mit einer Mischung aus Faszination und Ablehnung. Der

---

<sup>282</sup> Allerdings hatte der *Spiegel* schon 1954 einen Roman Wertenbakers rezensiert, in dem dieser die schleichende Entidealisierung eines Zeitungstycoons unter dem Titel „The Death of Kings“ beschrieb und dabei aus seiner intimen und langjährigen Kenntnis aus dem Inneren des *Time-Life*-Imperiums schöpfen konnte. Der Roman war allerdings nicht ins Deutsche übersetzt worden, vgl. Anonym, Eine große, gute Sache, in: *Der Spiegel* 13 (1954), S. 39f.

<sup>283</sup> Französisch: *La mort d'un homme*, roman (1958); Niederländisch: *De dood van een man* (1958); Dänisch: *En mand skal dø* (1958); Schwedisch: *En mans död* (1958); Japanisch: 愛は死をみつめ; Spanisch: *La muerte de un hombre* (1959). Eine späte (und gekürzte) Übersetzung ins Gujarati wurde 1987 publiziert [Mrutyu samipe].



*Spiegel* fasste dieses ambivalente Urteil in seiner Rezension des Buches mit den Worten zusammen:

„In diesem Geist männlicher Würde und Selbstzucht, der nicht einmal eine Lüge aus Barmherzigkeit zwischen ihnen zuläßt, leben die Wertebakers fortan in täglichem Umgang mit der grauenvollen Gewißheit, daß ‚Wert‘, wie seine Frau ihn nennt, zum Tode verurteilt ist. Von hier ab handelt das Buch vornehmlich von dem schon fast arroganten Versuch der beiden, sich über die Schwäche des Fleisches, die Härte des Schicksals und jede an Sentimentalität grenzende Herzensregung zu erheben. Demut ist ein unbekannter Begriff in ihren Gesprächen.“<sup>284</sup>

Diese fehlende Demut machte sich in den Augen vieler gerade an der Beharrlichkeit fest, mit der das Ehepaar Wertebaker gegen den Rat aller Ärzte darauf bestand, dass Charles Wertebaker die ganze Wahrheit über seine Krankheit erfuhr. Dies zeigte sich sehr deutlich in einer Schlüsselszene des Berichts. Während Charles Wertebaker gerade aus dem OP herausgefahren worden und noch nicht wieder aus der Narkose erwacht war, suchte der Chirurg, ein amerikanischer Freund des Paares, das Gespräch mit dessen Frau. Er erzählte ihr, dass er die Operation abgebrochen habe, da er Metastasen in der Leber gefunden habe, der Krebs also unheilbar sei. Auf ihre Frage, wie lange ihr Mann noch leben werde, ließ der Arzt sich – „in seiner Betroffenheit und Erschütterung“ – zu einer Prognose hinreißen: drei Monate. Anschließend versuchte er mit einer Vielzahl von Informationen dieses Urteil zu revidieren, hoffnungsvoller klingen zu lassen, und setzte dann an:

„‘Und was wollen wir Wert nun sagen?’ fragte mich Jim behutsam. ‚Die Wahrheit‘, erwiderte ich. ‚Das dürfen wir nicht‘, protestierte er. ‚Man darf einem Menschen nicht die Hoffnung nehmen.‘ ‚Gibt es denn eine Hoffnung für ihn?’ ‚Nein‘, sagte Jim. Hätte es auch nur die leiseste Möglichkeit eines Wunders gegeben, hätte Jim bestimmt geantwortet, daß wir darum beten sollten. ‚Dann müssen wir uns damit abfinden‘, sagte ich fest. Jims gütiges breites Gesicht verzerrte sich, und er tat mir leid. ‚Hast du schon jemals einen Menschen sterben sehen?’ fragte er. ‚Nein.‘ [...] ‚Als Arzt‘, sagte Jim, ‚habe ich schon sehr viele Menschen sterben sehen. Zumal während des Krieges – viele tapfere Männer, die ihren Mut mehr als einmal bewiesen hatten. Lael, ich sage dir, es ist besser, man läßt sie hoffen. Sich der Gefahr auszusetzen, sein Leben einzubüßen, erfordert sicherlich allerhand Mut, aber zu wissen, daß man – so bald schon – sterben muß, ist noch ganz etwas anderes. Du darfst Wert nicht jede Hoffnung rauben.‘ ‚Ich kann ihn aber nicht belügen‘, entgegnete ich. ‚Damit würde ich ihm seine Würde nehmen, und er wird lieber seine Würde behalten wollen als einer sinnlosen Hoffnung nachhängen.‘ ‚So gut kennt man keinen anderen Menschen‘, behauptete Jim. ‚Diesen Mann kenne ich aber so gut‘, gab ich ihm zur Antwort. [...] ‚Wert kann aber seine Meinung ändern‘, sagte Jim.

<sup>284</sup> Anonym, Tod eines Mannes, in: *Der Spiegel* 40 (1957), S. 57-59, hier S. 58.

Den Tod vor Augen, hielt er mir vor, änderten sich Menschen. Vielleicht werde Wert von Wahnvorstellungen gepackt oder er versuche, sich umzubringen. Vielleicht werde er sich auch in die Behandlung von Quacksalbern begeben, die ihm einredeten, daß sie ihn kurieren könnten. Die Menschen klammerten sich schließlich an alles, was ihnen Hoffnung verspräche. Es sei auch möglich, daß Wert sich Gott zuwende, daß er religiös werde, sehr fromm [...] Ich hatte schon zu lächeln begonnen, als Jim davon sprach, daß Wert sich einem Quacksalber anvertrauen könne, und nun lächelte ich unverhohlen und machte eine abwehrende Handbewegung. [...] ,Werts Überzeugungen sind ausschließlich seine Sache, und sie sitzen so tief, daß ich denke, er wird ihnen bis zum letzten Atemzug treu bleiben. Sollte er zum Sterben noch eines anderen Rückhalts bedürfen, wird er, hoffe ich, noch soviel Zeit haben, zu Gott hinzufinden. Es geht um sein Leben und sein Sterben, nicht um meines oder deines, und du kennst ihn nicht genug, um ihn zu beurteilen. Wenn es ihn nach Hoffnung verlangt, werde ich's spüren und ihm auch Hoffnung machen. Von ganzem Herzen, Jim! Und ich werde auch nicht zögern, ihn konsequent zu belügen, falls er sich ändern und ich das Gefühl haben sollte, daß er solche Lügen von mir erwartet. Aber jetzt belüge ich ihn nicht, und ich weiß, er wird sich nicht ändern!' [...] ,Ich halte es für falsch. Du begehst eine Grausamkeit, scheint mir.' ,Nein!'<sup>285</sup>

In dieser Passage setzte Lael Tucker Wertebaker sehr bewusst zwei Positionen gegeneinander: einerseits die des Arztes, der seine Berufserfahrung ins Feld führte und daraus allgemeingültige Annahmen über das Erträgliche angesichts einer „hoffnungslosen“ Prognose ableitete, andererseits ihre eigene Position, die sich nicht auf professionelle Expertise stützte, sondern auf die intime Kenntnis dieses einen, in ihren Augen einzigartigen und in seiner radikalen Subjektivität nicht zu verallgemeinernden Mannes sowie auf das diesem Mann gegebene Versprechen, ihm die Wahrheit nicht vorzuenthalten. Gegen die vom Arzt gefürchtete Hoffnungslosigkeit setzte sie das Ideal einer Würde, die auf Aufrichtigkeit und dem Bewusstsein beruhte, in jedem Augenblick frei entscheiden zu können und damit die Kontrolle über die Situation, über das eigene Leben zu behalten. Dass sie damit die Machtverhältnisse in dieser Gesprächssituation umkehrte und den Arzt, der sie moralisch unter Druck zu setzen versuchte, ihrerseits in Erklärungsnot brachte, dass sie ihre Gefühle beherrschte und in dieser Hinsicht ihm „überlegen“ war, ließ sie an den beiden Passagen des Textes einfließen, in denen sie die Mimik des Arztes („Jims gütiges breites Gesicht verzerrte sich, und er tat mir leid“) sowie ihre eigene („Ich hatte schon zu lächeln begonnen, [...] und nun lächelte ich unverhohlen und machte eine abwehrende Handbewegung“) beschrieb. Ähnlich hatte ihr Mann in einem dem Buch vorangestellten Prolog die französischen Ärzte, die den

<sup>285</sup> Lael Tucker Wertebaker, *Tod eines Mannes*, Hamburg 1957, S. 81-85.

Krebs zuerst diagnostiziert hatten, als zugewandt, aber in der persönlichen Begegnung hilflos und unbeholfen dargestellt, sich selbst dagegen als denjenigen, der überlegen die Fäden des Gesprächs in der Hand behielt.<sup>286</sup>

Dass Lael Tucker Wertebaker die Kraft zu dieser Haltung aus dem unbedingten Wunsch schöpfte, die Seelengefährtin dieses einzigartigen Mannes zu bleiben und zu helfen, dessen männliche Würde zu schützen, machte sie an späterer Stelle deutlich, als sie die Worte wiedergab, in die er einige Tage nach der Operation seine Gedanken fasste:

„Wenn du an dem Morgen [nach der Operation] unsicher geworden wärest und mich mit einem einzigen Wort oder auch nur durch einen falschen Tonfall belogen hättest, wäre ich jetzt ein jämmerlicher Hysteriker, der allem und jedem mißtraute. [...] Die halbe Wahrheit taugt nichts, wie du weißt, und man spürt es gleich, wenn einem jemand die volle Wahrheit vorenthält. Du hast sie mir gesagt, das wußte ich, und deshalb war ich mit einem Mal beruhigt. Wenn du es nicht getan hättest, wäre mir das verdammt schlecht bekommen. Ich bin eben von Natur aus mißtrauisch und fürchte nichts so sehr, als mir selber etwas vorzumachen oder von anderen zum Narren gehalten zu werden.“<sup>287</sup>

Diese Haltung stellte die eigene Würde und Bedeutung als Mensch und vor allem als Mann über die von den Ärzten als universal und kreatürlich angesehene Furcht vor dem Tod und die daran geknüpften gesellschaftlichen Erwartungen. Genau dies wurde den

<sup>286</sup> Da die Wertebakers zu diesem Zeitpunkt in Südfrankreich lebten, suchten sie zunächst dort einen Arzt auf und entschieden sich dann, die geplante Operation in den USA durchführen zu lassen. Charles Wertebaker beschrieb das Gespräch mit einem der französischen Ärzte mit den Worten: „Dr. Cartier, dem das Asthma im besten Mannesalter die Lebenskraft unterhöhle, war ein gütiger und ausgesprochen feinfühler Mensch. Als ich ihn bat, mir zu erklären, was es mit dem ‚ziemlich böse‘ meiner Frau auf sich habe [dies hatte Lael Tucker Wertebaker ihrem Mann als Information der Ärzte weitergegeben hatte], entgegnete er lediglich: ‚Sie werden sich einer Operation unterziehen müssen.‘ Ich setzte mich an den kleinen runden Tisch, an den er und meine Frau Stühle herangezogen hatten [...], zündete mir eine Zigarette an und wartete darauf, daß er sich äußerte. [...] Dann erklärte mir Dr. Cartier, daß die *Chose*, wie er sich ausdrückte, sehr günstig liege, nämlich dicht an der äußeren Bauchwand, und daher operativ leicht erreichbar sei; sie zu entfernen, sei nicht weiter schwierig, sagte er. Ich unterbrach ihn, um wieder das verpönte Wort zu gebrauchen: falls es Krebs sei, wie stünde es dann mit den – wie nannte man sie noch – mit den ‚Polypen‘? [...] Dr. Cartier versicherte mir nachdrücklich, es stehe durchaus nicht fest, daß die *Chose* bösartig sei – *mauvaise*, sagte er einfach; nicht jeder Tumor sei *mauvais*, und nichts deute auf Metastasen: das war das Wort, nach dem ich gesucht hatte.[...] Zögern dürfe ich allerdings nicht; das Ding müsse entfernt werden, solange es noch klein sei, sagte er. [...] Damit erklärte ich mich einverstanden, doch als wir uns erhoben, um zu gehen, fragte ich ihn rund heraus: ‚Wenn ich wegen des Tumors nichts unternähme, wie lange hätte ich dann noch zu leben?‘ Ein Ausdruck jähler Bestürzung erschien auf seinem Gesicht, und wie vor zwei Tagen legte er mir die Hand auf den Arm. ‚Aber das wäre sehr töricht von Ihnen‘, erklärte er. Ich sagte ihm, daß ich nur versuchte, alle Möglichkeiten in Betracht zu ziehen. Daraufhin gab er mir zur Antwort: ‚Vielleicht ein, zwei Jahre – falls es *mauvais* ist.‘“ [Kursivierungen im Original] Vgl. Wertebaker, *Der Tod*, S. 10-12.

<sup>287</sup> Wertebaker, *Der Tod*, S. 100f.

Wertenbakers in der medialen Diskussion um das Buch als „fast arrogant“ vorgeworfen. Diese Haltung in ihren als intim angesehenen Details öffentlich auszustellen, galt manchen sogar als „peinlich“.<sup>288</sup>

Denn in der Öffentlichkeit hatten zuvor andere Darstellungskonventionen gegolten, wie ein Blick auf den zeitgenössischen Film deutlich macht. Ob deutscher Film oder amerikanisches Hollywood: Wenn die Krebskrankheit in den 1940er und 1950er Jahren überhaupt tragendes Element einer Filmhandlung war, dann agierten die Personen in würdevoller Gefasstheit, drückte sich Intimität und Nähe gerade im selbstgewählten Schweigen über die Krankheit und das Sterben aus.<sup>289</sup> Ob die von Bette Davis 1939 verkörperte Arztgattin Judith Traherne, die von Paula Wessely 1944 gespielte Röntgenassistentin Maximiliane Frey, der 1945 von Robert Cummins dargestellte Air Force Pilot Robert Collins, die von Florence Eldridge 1948 gemimte Juristengattin Cathy Cooke sowie schließlich die von Margaret Sullivan 1950 auf die Kinoleinwand gebrachte junge Ehefrau Mary Scott – alle diese Filmfiguren litten an einer Krebserkrankung, von der sie meist durch ein Versehen, manchmal auch aus dem Mund ihres Arztes erfahren hatten.<sup>290</sup> Sie alle entschieden sich aus freien Stücken, den

<sup>288</sup> So *Der Spiegel* mit Blick auf die amerikanischen Rezensionen: Anonym, Tod eines Mannes, S. 59.

<sup>289</sup> Im Arztfilm, der in den 1950er Jahren zu einem eigenen Genre der bundesdeutschen Filmproduktion wurde, spielte die Krebskrankheit keine Rolle – vermutlich deshalb, weil sich diese Krankheit zwar für das Motiv „Todesgefahr“ geeignet hätte, weniger allerdings für das darauf aufbauende Motiv der „Lebensrettung“, das den Arztfilm dieser Zeit mit seiner Konzentration auf das Ideal des kompetenten, opferwilligen, einfühlsamen deutschen Arztes kennzeichnete. Einer der wichtigsten bundesdeutschen Arztfilme der frühen fünfziger Jahre thematisierte allerdings eine nicht weiter spezifizierte „unheilbare“ Krankheit, die am Ende doch heilbar wurde und als „Stoffwechselkrankheit“ an andere filmische Darstellungen von an Leukämie erkrankten Menschen erinnerte (wie etwa in „You came along“, 1945): Rolf Hansens 1951 uraufgeführter Film „Dr. Holl“, der mit Dieter Borsche und Maria Scholl in den Hauptrollen zu den größten Kinoerfolgen der frühen Bundesrepublik zählte. Auch in diesem Film wurde mit der von Maria Schell verkörperten Angelika Alberti nicht über ihre unheilbare Krankheit gesprochen. Im Unterschied zu den im Folgenden genannten Filmen ahnte sie allerdings auch nicht, dass ihre Krankheit als unheilbar angesehen wurde, vgl. zum Genre des Arztfilms: Maja Figge, *Deutschsein (wieder-) herstellen. Weißsein und Männlichkeit im bundesdeutschen Kino der fünfziger Jahre*, Bielefeld 2015, S. 157-159. Zu den typologischen Mustern des Arztfilm-Genres: Sabine Gottgetreu, *Der Arztfilm: Untersuchung eines filmischen Genres*, Bielefeld 2001 sowie dies., *Lebenszeichen. Im Krankenhaus des deutschen Arztfilms*, in: Harro Segeberg (Hg.), *Mediale Mobilmachung*, Bd. 3: *Das Kino in der Bundesrepublik Deutschland als Kulturindustrie*, Paderborn/München 2009, S. 149-176.

<sup>290</sup> Judith Traherne (Bette Davis) ist die Hauptperson des 1939 in den USA uraufgeführten Films „Dark Victory“ (Regie: Edmund Goulding), der ein großer Kinoerfolg war. Obwohl in drei Kategorien nominiert, ging der Film bei der Oscar-Verleihung 1940 leer aus, da acht Oscars an „Vom Winde verweht“ gingen. In der Bundesrepublik wurde der Film 1950 unter dem Titel „Opfer einer großen Liebe“ uraufgeführt. Paula Wesselys Filmfigur Maximiliane Frey trat in dem unter der Regie von Gustav Ucicky gedrehten Film „Das Herz muß schweigen“ auf, der 1944 in die deutschen Kinos kam und den Aspekt des Opfers in den Dienst der NS-Propaganda stellte. Vgl. die Inhaltsangabe auf [www.filmportal.de](http://www.filmportal.de): („Filmportal.de“: ([http://www.filmportal.de/film/das-herz-muss-schweigen\\_099b608909b94a32bb7069c86ae7798a](http://www.filmportal.de/film/das-herz-muss-schweigen_099b608909b94a32bb7069c86ae7798a), letzter Zugriff: 06.03.2017). Der Air Force Pilot Robert Collins war die Hauptfigur des am 2. August 1945 in Los Angeles uraufgeführten Films „You Came

ihnen nahestehenden Menschen nichts von ihrer Krankheit zu erzählen. Und obwohl diese Partner und Partnerinnen ihrerseits immer auf irgendeinem Weg erfuhren, dass der von ihnen geliebte Mensch an Krebs sterben würde, sprachen auch sie nicht darüber. So wurden die Gefühle gerade nicht zum Gesprächsthema der Filmfiguren, standen allerdings im Vordergrund der Filmhandlung selbst. Auf der Grundlage dieser selbst gewählten Sprachlosigkeit zeigten die Protagonistinnen und Protagonisten eine würdevolle Haltung der Selbstkontrolle, die immer auch einen Unterton des Opfers für die Liebe hörbar werden ließ. Das Glück der letzten Wochen beruhte in all diesen Filmen auf dem stillschweigend respektierten Nicht-Reden über Krebs. Die Entscheidung für das Nicht-Reden galt hier als Bedingung dafür, die letzte gemeinsame Zeit so glücklich wie möglich zu erleben. Mit ihrem Schweigen über die eigenen Gefühle versuchten die Filmheldinnen und -helden aber auch ihre jeweiligen Partner von jeglicher moralischer Verpflichtung ihnen gegenüber zu befreien. So starben sie mit einem entsagungsvollen Blick auf die hoffentlich glückliche, von ihnen zum Teil noch mitgestaltete Zukunft der von ihnen geliebten Menschen.

Das hier präsentierte Ideal einer heroisch-einsamen, ebenso selbstbestimmten wie opferwilligen, überwiegend weiblich konnotierten Würde wurde von Wertebakers Ideal einer selbstbestimmten, sich selbst und seinen Wahrheitsanspruch nach außen kehrenden, heroisch-aufrechten männlichen Würde direkt herausgefordert. Auch wenn die in der Figur von Charles Wertebaker der Öffentlichkeit präsentierte Virilität eines todkranken Mannes, seine „Anmaßung“, auch gegenüber den Ärzten Herr über seinen Körper und sein Sterben zu bleiben, vielen gesellschaftlichen Erwartungen widersprach, konnte sie zugleich an bestimmte zeitgenössische Männlichkeitsbilder anknüpfen, wie sie etwa der mit Wertebaker persönlich bekannte Ernest Hemingway verkörperte und in seinem Werk porträtierte.<sup>291</sup> Insofern erstaunt es weniger, dass es

---

Along“ (Regie: John Farrow), während die Juristen-Gattin Cathy Cooke in dem von Michael Gordon im Dezember 1948 auf die Kinoleinwand gebrachten Film „An Act of Murder“ auftrat. Die junge Ehefrau Mary Scott ist die Hauptfigur in dem 1950 uraufgeführten Melodram „No sad songs for me“, der 1951 unter dem Titel „Mein Glück in Deine Hände“ (alternativ: „Dein Glück in meine Hände“) in die bundesdeutschen Kinos kam und 1965 noch einmal im ZDF gezeigt wurde (Regie: Rudolph Maté). Vgl. Mein Glück in deine Hände, in: Lexikon des internationalen Films: (<http://www.zweitausendeins.de/filmlexikon/?sucheNach=titel&wert=30547>, letzter Zugriff: 06.03.2017). Zur elegischen und körperlich immer nur als Schwäche gezeigten Form der Darstellung der Krebskrankheit in den amerikanischen Filmen vgl. Lederer, Dark Victory.

<sup>291</sup> Wertebaker war ab 1942 als Mitherausgeber des *Time*-Magazins für die Auslandsberichterstattung zuständig und schrieb gegen Ende des Zweiten Weltkriegs Reportagen aus Paris, wo er Hemingway kennenlernte. Charles und Lael Wertebaker, die 1942 geheiratet hatten, blieben nach dem Krieg in Frankreich. Lael Tucker Wertebaker war von 1939 bis 1941 *Time*-Korrespondentin in Berlin, danach bis Kriegsende in London. Vgl. den Nachruf: Enid Nemy, Lael Tucker Wertebaker, 87,

auch im weiteren Verlauf der 1950er und 1960er Jahre überwiegend Männer waren, die in der bundesdeutschen medialen Öffentlichkeit als Beispiele eines offenen und würdevollen Umgangs mit der Krebskrankheit dargestellt wurden.<sup>292</sup> Die Tatsache, dass diese von den Medien präsentierten Männer in der Regel entweder Amerikaner oder Briten waren, zeigt allerdings, dass diese Form des Umgangs in der Bundesrepublik noch den verfremdenden, distanzierenden Blick ins Ausland brauchte, Tabu und Stigma in der bundesrepublikanischen Gesellschaft selbst noch zu groß waren.

Dementsprechend lautstark war 1959 auch vor allem die ärztliche Kritik an der medialen Berichterstattung über die Krebserkrankung und schließlich das Sterben des amerikanischen Außenministers John Foster Dulles. Der *Spiegel* etwa berichtete über die Sorge der Ärzte, dass diese Form der Berichterstattung der Krebskrankheit „eine beunruhigende Publizität“ verschaffen und die „Krebskranken aller Welt in Aufregung versetzen“ würde.<sup>293</sup> Die „beunruhigende Publizität“ kam in diesem Fall allerdings nicht daher, dass Dulles ähnlich private Schilderungen wie Wertebaker der Öffentlichkeit anvertraut hätte, noch hatte er seinem Leben selbst ein Ende gesetzt. Aber er bestand seinen Ärzten gegenüber auf Offenheit und ließ die Welt vom ersten Tag an darüber in Kenntnis setzen, dass er an Krebs litt.<sup>294</sup> So konnte die *New York Times* schon am 5. November 1956, einen Tag nach Dulles' erster Operation, bei der Dickdarmkrebs diagnostiziert worden war, auf der ersten Seite titeln: „Dulles' Surgery Removed Cancer“.<sup>295</sup> Als Dulles, der anfangs auf Heilung hoffte, Ende 1958 erneut über Beschwerden klagte, konnten die Ärzte im *Walter Reed Hospital* zunächst nichts finden, bei einer weiteren Operation im Januar 1959 wurde aber ein Rezidiv entdeckt. Auch dieses Mal wurde die Öffentlichkeit sofort informiert und über die nun begonnene Bestrahlung und Radiogoldbehandlung aufgeklärt. Am 15. April 1959 nahm Präsident Eisenhower schließlich Dulles' Rücktrittsgesuch entgegen, nachdem in dessen

---

Author Who Wrote of Husband's Death, in: *New York Times* (29.03.1997), (<http://www.nytimes.com/1997/03/29/arts/lael-wertenbaker-87-author-who-wrote-of-husband-s-death.html>, letzter Zugriff: 06.03.2017).

<sup>292</sup> In den USA dominierten dagegen die Selbstberichte von Frauen die öffentliche Diskussion über einen offenen Umgang mit Krebs, vgl. Keith Wailoo, *How Cancer Crossed the Color Line*, New York 2011, S. 79-81.

<sup>293</sup> Der Tod im Terminkalender, in: *Der Spiegel*, 3 (1960), S. 48-57, hier S. 49.

<sup>294</sup> Vgl. dazu und zum Folgenden: Barron H. Lerner, *Politician as Patient. John Foster Dulles Battles Cancer*, in: ders., *When Illness Goes Public. Celebrity Patients and How We Look at Medicine*, Baltimore 2006, S. 81-99.

<sup>295</sup> Alvin Shuster, *Dulles' Surgery Removed Cancer*, in: *New York Times* (5. November 1956), S. 1.

Halswirbelsäule Metastasen gefunden worden waren. Dulles blieb nun im *Walter Reed Hospital*, während Zeitungsreporter von dort täglich über seinen zunehmend schlechteren Gesundheitszustand, die von ihm empfangenen Besucher sowie die Art und Weise, wie er seine Zeit dort verbrachte, berichteten. John Foster Dulles starb im *Walter Reed Hospital* am 24. Mai 1959.

Auch nach dem Tod von Dulles erlahmte das Interesse der Medien nicht, im Gegenteil: Die Journalistin und Pulitzer-Preis-Trägerin Marguerite Higgins veröffentlichte nach dessen Tod in der *New York Herald Tribune* eine Artikelserie, in der sie – gestützt auf Informationen von Dulles' Vertrauten – darüber berichtete, mit wieviel Tapferkeit und Entschlossenheit, männlicher Würde und Gleichmut John Foster Dulles sein Leben führte, seit er von der Krebsdiagnose erfahren hatte. Auszüge dieser Artikel veröffentlichte der *Spiegel* unter dem Titel „Der Mann, der nicht aufgeben wollte“.<sup>296</sup> Higgins, die Dulles als Politiker in seinem Kampf gegen den Kommunismus unterstützte und bewunderte, stellte ihn in dieser Artikelserie als rationalen, seine Gefühle und seine Schmerzen kontrollierenden Strategen im Kampf gegen seine Krebserkrankung ebenso wie im Ringen darum dar, so lange wie möglich arbeitsfähig und bei klarem Bewusstsein zu bleiben. Die „Wahrheit“ zu wissen war für ihn, ähnlich wie für Wertebaker, unverzichtbar, um Herr über sein Leben und Sterben zu bleiben, um im Blick auf dieses Ziel die richtigen Entscheidungen treffen zu können. Folgt man Higgins' Darstellung, offenbarte er allerdings anders als Wertebaker niemandem gegenüber seine Gefühle und persönlichen Gedanken, denn er sprach – so Higgins – „mit seinen Familienangehörigen [...] nie darüber, daß er sterben müsse“.<sup>297</sup> Das hier gezeichnete Ideal der Selbstbeherrschung entsprach in vielem dem Bild, dass auch die Filme dieser Zeit von an Krebs erkrankten Menschen entwarfen.<sup>298</sup>

Mit diesem Idealbild begann in den frühen 1960er Jahren eine zunehmend breitere Medienberichterstattung über die Krebserkrankungen von Prominenten. Eine der ersten Serien dieser Art erschien 1959 bis 1961 in der Illustrierten *Quick*. Unter dem Vanitas-Motiv „Aller Ruhm auf Erden“ porträtierte der bekannte Journalist Jürgen

---

<sup>296</sup> Im amerikanischen Original hieß die Serie „How Secretary Dulles Faced Death“ und erschien in drei Teilen: *Battled Disease as Job Intruder*, in: *New York Herald Tribune* (26.07.1959), S. A1; *Dulles' Strong Will Helped battle Disease*, in: *New York Herald Tribune* (27.07.1959), S. 7 und *Dulles Fought for Comeback*, in: *New York Herald Tribune* (28.07.1959), S. A4. Auf Deutsch: Marguerite Higgins, *Der Mann, der nicht aufgeben wollte. Das Ende des John Foster Dulles*, in: *Der Spiegel* 34 (1959), S. 32-34.

<sup>297</sup> Higgins, *Der Mann*, S. 33.

<sup>298</sup> Higgins, *Der Mann*, S. 32.

Thorwald in 68 Folgen die schweren Erkrankungen von sieben Schauspielern und Politikern, die fast ausnahmslos ihren Krankheiten erlagen.<sup>299</sup> Vier dieser Todesfälle gingen auf eine Krebserkrankung zurück: das in zehn Folgen erzählte Sterben der leukämiekranken Schauspielerin Kay Kendall, Lebensgefährtin von Rex Harrison; der in vier Teilen berichtete Tod des prominenten französischen Modeschöpfers Jacques Fath, der ebenfalls an Leukämie litt; die in sieben Folgen ausgebreitete Geschichte der argentinischen Präsidentengattin Eva Perón, die an Gebärmutterhalskrebs starb – sowie schließlich auch hier die Geschichte von John Foster Dulles, dessen Krankengeschichte Thorwald in drei Folgen erzählte.<sup>300</sup> Auch die *Bunte* brachte 1963 Kurzporträts von an Krebs verstorbenen Stars, während der *Stern* 1965 reich bebildert seinen Leserinnen und Lesern die Leidensgeschichte des jungen Fotomodells Brigitte Laaff präsentierte, die ihre Tumorerkrankung mit Unterstützung ihres damaligen Geliebten Gunter Sachs überlebt hatte.<sup>301</sup>

Viele dieser Artikel thematisierten das „Krebstabu“: die Frage, ob die Stars wussten, woran sie litten, wann sie die „Wahrheit“ erfuhren, ob sie die Krebsdiagnose vor der Öffentlichkeit zu verheimlichen suchten. In gewisser Weise inszenierten sich die illustrierten Zeitschriften damit als Zerstörer eines Tabus, das allerdings in den

<sup>299</sup> Jürgen Thorwald, 1915 als Heinz Bongartz geboren, hatte in den 1930er Jahren für verschiedene nationalsozialistische Zeitungen gearbeitet und im Zweiten Weltkrieg als Mitarbeiter des Oberkommandos der Marine eine Reihe von Artikeln und Büchern geschrieben. Einem breiteren Publikum bekannt wurde er 1948 durch einen zweiteiligen Artikel über „Die Katastrophe der Flüchtlingsschiffe 1945“, publiziert in der konservativen Zeitung *Christ und Welt*. 1949/50 publizierte er unter seinem neu gewählten Pseudonym Jürgen Thorwald eine mit fiktiven Elementen angereicherte, zweibändige „Dokumentation“ über „Die große Flucht“, die bis heute mehr als fünfzig Mal neu aufgelegt wurde und von dem Historiker David Oels als eines der „wirkungsmächtigsten Sachbücher“ über Flucht und Vertreibung im Jahr 1945 beschrieben wird, vgl. ders., „Dieses Buch ist kein Roman“. Jürgen Thorwalds „Die große Flucht“ zwischen Zeitgeschichte und Erinnerungspolitik, in: *Zeithistorische Forschungen/Studies in Contemporary History* 6, 3 (2009), S. 367-390, hier S. 367. Daneben begann sich Thorwald in den 1950er Jahren mit der Geschichte der Chirurgie zu beschäftigen und schrieb u.a. ein ebenso erfolgreiches wie umstrittenes Buch über die letzten Jahre Sauerbruchs (*Die Entlassung*, 1960). Als eine Art Nebenprodukt entstand offenbar die Idee zu der *Quick*-Serie, von der allein 22 Folgen dem Leben Sauerbruchs gewidmet waren. Von den sieben von Thorwald porträtierten Prominenten „überlebten“ lediglich zwei ihre in der *Quick* detailliert geschilderte Krankheit: Dwight D. Eisenhower und Anthony Eden.

<sup>300</sup> Jürgen Thorwald, *Aller Ruhm auf Erden – Der Fall Dulles*, in: *Quick* 12, 45 (1959), S. 32-45; 12, 46 (1959), S. 26-37; 12, 47 (1959), S. 40-49; ders., *Aller Ruhm auf Erden – Stärker als Schönheit*, in: *Quick* 13, 3 (1960), S. 26-30; ders., *Aller Ruhm auf Erden – Der Tod in Samt und Seide*, in: *Quick* 13, 12 (1960), S. 42-51; 13, 13 (1960), S. 48-55; 13, 14 (1960), S. 38-45; 13, 15 (1960), S. 47-53; ders., *Aller Ruhm auf Erden – Die Macht der Liebe*, in: *Quick* 13, 38 (1960), S. 23-28; 13, 39 (1960), S. 28-34; 13, 40 (1960), S. 34-41; 13, 41 (1960), S. 36-43; 13, 42 (1960), S. 36-43; 13, 43 (1960), S. 36-42; 13, 44 (1960), S. 71-78; 13, 45 (1960), S. 58-65; 13, 46 (1960), S. 63-71; 13, 47 (1960), S. 73-80.

<sup>301</sup> Anonym, *Das Gespenst von Hollywood*, in: *Die Bunte* 7 (1963), S. 14f. und Anonym, *Dass ich noch lebe...*, in: *Stern* 33, 18 (1965), S. 17-20 und S. 76-79.



Jahren zuvor schon brüchig geworden war. Auch wenn diese Artikel auf die Sensationslust ihrer Leser spekulierten, wurden auf diese Weise zum ersten Mal die Namen von an Krebs erkrankten Menschen in aller Öffentlichkeit genannt, bekam die Krebskrankheit ein persönliches Gesicht und einen individuellen Körper. Dass dieses Gesicht schön, begabt oder mächtig war, nahm dem öffentlichen Reden über Krebs das Stigma des „Aussätzigen“, des aus der Gesellschaft der Lebenden Ausgeschlossenen. Zugleich allerdings wurde damit das Leiden und die körperlichen Zerstörungen, die diese Krankheit abseits der hellen Scheinwerfer verursachte, noch mehr ins Dunkel gedrängt. Denn Bilder wie das in der *Quick* gezeigte Foto von Jacques Faths „letztem“ Fest zeigten niemals körperliche Versehrungen, sondern einen zugleich zerbrechlich und trainiert wirkenden, schönen Körper, in dessen Gestalt das körperliche Leiden ätherisch-unkörperlich aufgehoben und als bis zuletzt ausgekostete Lust am Leben zelebriert wurde. Auch in den Kinofilmen dieser Zeit litten die Protagonisten fast ausnahmslos an Leukämien und Hirntumoren. Das Sterben der Protagonisten wurde als eine Art Verlöschen ihrer Lebenskraft dargestellt. Schmerzen und äußerlich sichtbare Symptome kamen nicht vor.<sup>302</sup>



Abb. 37: Foto von Jacques Fath, *Quick* (1960)

<sup>302</sup> Vgl. dazu Lederer, *Dark Victory*.

Heinz G. Konsalik, der in den Jahren zuvor mit Unterhaltungsromanen über die Kriegszeit zu einem der populärsten bundesdeutschen Autoren geworden war, widmete nun ebenfalls einen vorab in der Illustrierten *Revue* veröffentlichten Roman dem Schicksal von an Krebs erkrankten Menschen.<sup>303</sup> Zwar stand in dem 1961 erstmals als Buch veröffentlichten Roman „Diagnose Krebs“ der verzweifelte Kampf des Arztes Dr. Hansen im Mittelpunkt, der voller Mitgefühl und Leidenschaft nach neuen, ganzheitlichen Therapien für seine todgeweihten Patienten suchte.<sup>304</sup> Aber zugleich beschrieb Konsalik in diesem Roman auch die Hoffnungen und die Verzweiflung der Krebskranken und ihrer Angehörigen. Keinem seiner Patienten verschwieg Konsaliks Dr. Hansen die „Diagnose Krebs“, denn dieses Wissen schien ihm unabdingbar, um den Überlebenswillen seiner Patienten herauszufordern und ihre Entschlossenheit zu stärken, ihr Leben in punkto Ernährung, Bewegung, Zeitmanagement und innerer Haltung radikal umzustellen.

Diese Überzeugung bekräftigte Konsalik in einer der emotionalen Schlüssel-szenen des Romans, in der Hansen dem Verlobten seiner hoch geschätzten Assistenzärztin Dr. Marianne Pechl gegenüber rechtfertigte, warum er dieser Frau nicht nur die Diagnose, sondern auch die ausgesprochen düstere Prognose ihrer Krebserkrankung, eines Hirnhaut-Melanoblastoms, mitteilen wollte. Der Verlobte Dr. Wüllner fragte in dieser Szene verzweifelt: „Kann man denn wirklich nicht mehr operieren?“ Darauf antwortete Dr. Hansen mit einer längeren medizinischen Erklärung, die er schließlich mit den Worten schloss:

„‘Eine Operation nützt nichts mehr!’ – ‚Und ... und das wollen Sie Marianne sagen?’ – ‚Ja.’ – ‚So klar? So grausam?’ – ‚Es muß sein, Wüllner.’ – ‚Es wird alles nur beschleunigen...‘ Hansen schüttelte den Kopf. ‚Vielleicht kenne ich

<sup>303</sup> Konsalik war der Geburtsname der Mutter des 1921 als Heinz Günther geborenen Schriftstellers. Günther wählte diesen Namen erst nach dem Zweiten Weltkrieg als Pseudonym für seine Romane, in denen er vielfach auf seine Erfahrungen als Kriegsberichterstatter und Soldat in Frankreich und an der Ostfront zurückgriff. Sein Durchbruch als Schriftsteller gelang ihm 1956 mit „Der Arzt von Stalingrad“, der 1958 mit Mario Adorf verfilmt wurde. Kritiker werfen ihm vor, insbesondere in seinen bis in die Mitte der 1980er Jahre erschienenen Kriegsromanen nationalistische Tendenzen bedient zu haben, vgl. Matthias Harder, *Erfahrung Krieg. Zur Darstellung des Zweiten Weltkrieges in den Romanen von Heinz G. Konsalik*, Würzburg 1999.

<sup>304</sup> Der Roman wurde zunächst als Fortsetzungsroman in neunzehn Folgen in der *Revue* veröffentlicht: Nr. 15-Nr. 34 (1961). Als Buch wurde der Roman erstmals 1961 im Hestia-Verlag mit dem Titel *Diagnose Krebs* veröffentlicht. Das Leben und die therapeutischen Überzeugungen des im Roman porträtierten Dr. Hansen weisen eine Vielzahl von Parallelen zum Leben und Behandlungskonzept von Josef Issels auf, gegen den 1961 vor dem Landgericht München ein erster Prozess stattfand und über den die *Revue* ebenfalls zahlreiche Artikel veröffentlicht hatte. Eine besonders auffällige Parallele ist die Tatsache, dass Dr. Hansen – wie der „echte“ Issels – den Bau seiner an einem See gelegenen Privatklinik zu einem Großteil durch die Spende eines im Roman dänischen, im Fall Issels holländischen Reeders finanzieren konnte. Vgl. zum Issels-Prozess auch Kapitel 2.

Marianne da besser als Sie. Sie wird die Zähne zusammenbeißen und kämpfen.‘ – ‚Wogegen?‘ – ‚Gegen die Hoffnungslosigkeit. Gegen das Grauen.‘ Leise fügte er hinzu: ‚Es ist schon viel gewonnen, wenn man gefaßt sterben kann...‘<sup>305</sup>

Damit klang hier öffentlich ein Gedanke an, der in der philosophisch-theologischen Diskussion um Hoffnung und Hoffnungslosigkeit bereits diskutiert worden war: die Mobilisierung des Lebenswillens durch das Wissen um den nahenden Tod, die Genese der Hoffnung aus einer Situation scheinbarer Hoffnungslosigkeit.

Genau diese Idee bewog schließlich Menschen, die selber an Krebs erkrankt waren, über ihre Erfahrungen öffentlich zu sprechen und damit sich selbst zum öffentlichen Zeugen für die Macht der Hoffnung zu machen. Diesen nun veröffentlichten, frühen Selbsterzählungen gemein war die Überzeugung, dass Hoffnung nicht nur half, psychisch besser mit den Folgen einer Krebserkrankung fertigzuwerden, sondern dass ohne Hoffnung auch der Körper „hoffnungslos“ werde, dass also Überleben oder Weiterleben elementar davon abhingen, eine „echte“ und wissende Hoffnung in sich selbst zu finden. Beide Facetten der Hoffnung, die existentialistisch-theologische ebenso wie die psychosomatische, standen als eine Art Bekenntnis im Zentrum dieser Selbsterzählungen, die die Entscheidung, von sich zu erzählen, als „letzten“ Akt ihres Kampfes gegen den Krebs verstanden. Auch hier machten Geschichten aus den USA oder Großbritannien, wo psychosomatische Konzepte weitaus früher öffentlich rezipiert wurden, den Anfang.

Die wohl früheste Selbsterzählung dieser Art erschien 1952 in den USA. Geschrieben hatte dieses Buch eine alleinerziehende, noch nicht vierzigjährige Mutter von vier Kindern aus Denver/Colorado, deren Name vorher in der breiteren Öffentlichkeit mehr oder weniger unbekannt war, die aber als Lokalreporterin zu schreiben gelernt hatte: Edna Kaehele.<sup>306</sup> Auf mehr als hundert Seiten erzählte sie, wie sie Anfang Juli

<sup>305</sup> Heinz G. Konsalik, *Diagnose Krebs*, München 1964, S. 144f. Der Roman wurde mehrfach neu aufgelegt. Die sechste und vorerst letzte Ausgabe erschien 1983. Alle späteren Auflagen erschienen unter dem Titel „Die Begnadigung“. Mit dieser Titeländerung wurde erstens das Wort „Krebs“ aus dem Titel entfernt. Zweitens lag nun der Fokus noch stärker auf dem Arzt Dr. Hansen, der wegen seiner alternativen Heilmethoden im Roman zwar auf Betreiben der anderen Ärzte angezeigt und verhaftet wurde, gegen den die Ermittlungen aber schließlich eingestellt wurden, so dass er zwar seine Privatklinik verlor, danach aber in kleinerem Maßstab weiter praktizieren konnte, insofern also „begnadigt“ wurde.

<sup>306</sup> Abgesehen von den Informationen, die Edna Kaehele im Buch selber gab, ist über ihr Leben nur wenig mehr in Erfahrung zu bringen. In der *New York Times* erschien 1953 eine Anzeige für ein von ihr verfasstes Hundebuch: Edna Kaehele, *Training the Family Dog* [Anzeige], in: *New York Times* (11.10.1953), S. BR 26. 1959 veröffentlichte sie einen Lebenshilfe-Ratgeber mit dem Titel „Sealed Orders“. Einer Rezension ist zu entnehmen, dass sie zwischenzeitlich für verschiedene Zeitungen als Gartenexpertin Artikel verfasst und auch über Glaubensfragen geschrieben hatte. Einige Zeit vor ihrer Erkrankung hatte sie offenbar kurzzeitig in Detroit eine Radioshow moderiert,

1946 von ihrem Arzt erfuhr, dass sie an einem so weit fortgeschrittenen Gebärmutterhalskrebs litt, dass ihr kaum mehr sechs Monate Lebenszeit bleiben würden – eine Offenheit von Seiten des Arztes, die mit ihrer Lebenssituation zu tun hatte, der Frage, wer sich nach ihrem Tod um ihre vier minderjährigen Kinder kümmern sollte. Entgegen der niederschmetternden Diagnose überlebte sie die ihr vom Arzt prognostizierte Lebensspanne um mehr als 22 Jahre.

Mit ihrem sechs Jahre nach der Diagnose veröffentlichten Buch „Living With Cancer“ legte sie öffentlich Zeugnis davon ab, dass es möglich sei, mit einer unheilbaren Krebserkrankung weiterzuleben.<sup>307</sup> Auch wenn sie sich den in ihrem Fall von der Schulmedizin angezeigten Bestrahlungen unterzog und ihre Ernährung vollkommen umstellte, war ihr Buch ein Manifest dafür, dass Hoffnung ebenso wie der Sieg über die eigene Angst die für das Überleben entscheidenden Faktoren darstellten.<sup>308</sup> Aufgrund ihrer eigenen Erfahrungen bestand für sie darum das wesentliche Problem für einen an Krebs erkrankten Menschen darin, dass alle Menschen seiner Umgebung Krebs für hoffnungslos hielten – ein Problem, das geradezu unüberwindlich werden konnte, wenn, wie in ihrem Fall, auch der Arzt von der Unheilbarkeit einer Krebserkrankung überzeugt war.<sup>309</sup> Genau aus diesem Grund erschien es ihr wichtig, ihre Scheu vor der öffentlichen Preisgabe ihrer Krebsdiagnose zu überwinden. Dies erklärte sie einleitend ihren Lesern in ihrem Buch, das 1954 auch in deutscher Sprache erschien:

---

vgl. Anonym, Cancer Victim Writes Book „Sealed Orders“, in: The Sunday Chronicle. North Jersey's Only Weekly Pictorial Magazine 31, 42 (18. Oktober 1959), S. 9. Edna Kaehele starb 1969: (<https://www.findagrave.com/cgi-bin/fg.cgi?page=gr&GRid=99402500>, letzter Zugriff: 06.03.2017).

<sup>307</sup> Daher die Wahl des amerikanischen Originaltitels: Edna Kaehele, *Living With Cancer*, New York 1952.

<sup>308</sup> Edna Kaehele, *Wie ich den Krebs bezwang. Die wahre Geschichte einer Frau, die nicht sterben wollte*, Stuttgart 1954, S. 70f.

<sup>309</sup> So schrieb sie geradezu lapidar über die Hoffnungslosigkeit der Ärzte: „Der gewissenhafte Arzt untersucht, nimmt eine Biopsie vor und gibt den Fall schon auf, bevor er noch den Mund öffnet, um den auf seinem Untersuchungstisch kauern den Unglücklichen noch mehr einzuschüchtern. ‚Sechs Monate‘, sagt er; und in sechs Monaten – vielleicht etwas früher, vielleicht etwas später – legt sich der gefügte Patient hin und stirbt, ohne erfahren zu haben, daß er auch etwas anderes hätte tun können. Es ist eine moderne Form von Woodoo, und die Medizinmänner tragen keimfreie weiße Mäntel und leiden an einem erschrecklichen Mangel an Phantasie.“ Zur Haltung der medizinischen Laien bemerkte sie dagegen: „Oft habe ich das Verhalten gegenüber dem Opfer des Krebses mit dem verglichen, das bei Grippekranken üblich ist. Nichts entzieht wohl dem Körper mehr physische Energie und nichts nimmt dem Kranken vielleicht in gleichem Maße vorübergehend alle Lust zum Leben wie die Grippe. Aber selbst bei den schlimmsten Epidemien und gleichgültig wie krank der Betreffende sein mag: immer ist man allgemein der Überzeugung, die Genesung stehe unmittelbar bevor. [...] Niemand schickt dem Opfer des Krebses humorvolle Karten. Wer den Krebs hat, ist bereits tot. Und wer bringt einen Trinkspruch auf die Leiche aus, selbst wenn diese Leiche unglückseligerweise noch immer in einem lebenden Körper wohnt?“ Kaehele, *Wie ich*, S. 11f. und 54f.

„Es dauerte lange, bis ich mich entschloß, dieses Buch zu schreiben. Es ist nur natürlich, daß man sich dagegen sträubt, Dinge von so lebenswichtiger persönlicher Bedeutung einer Erörterung preiszugeben. [...] Wenn ich dieses Schweigen jetzt breche, so tue ich es, damit Sie wissen, daß Sie nicht allein stehen. Ich weiß, was Sie durchgemacht haben. Ich kenne die Prüfungen, die Ihnen noch bevorstehen. Ich weiß, daß Sie auf dem Weg, den Sie zu gehen haben, viele Tode sterben werden; denn Sie sind ein sterblicher Mensch, und nur wenige von uns haben es so weit gebracht, daß sie ohne Furcht zu leben vermögen. Aber vielleicht wird das Wissen, daß jemand es vor Ihnen getan hat, Ihnen helfen [...]“<sup>310</sup>

Ihr Buch sollte damit Hoffnungszeichen und Ratgeber zugleich sein. Es sollte an Krebs erkrankten Menschen eine Art Begleitung bieten, die sich nicht auf das Expertenwissen der Ärzte, sondern auf die eigene, persönliche Erfahrung stützte.<sup>311</sup> Während dieser Ansatz in den USA ein größeres Echo fand, war die Resonanz in der Bundesrepublik verhalten. In den großen Publikumsmedien wurde dieses Buch übersehen. Von Krankenschwestern, die sich in ihrem Alltag oft mit den Fragen von Patienten konfrontiert sahen, wurde Edna Kaeheles Buch dagegen durchaus wahrgenommen.<sup>312</sup> So empfahl die Zeitschrift des *Agnes-Karll-Verbandes*, der die Professionalisierung und Aufwertung des Schwesternberufs auf seine Fahnen geschrieben hatte, Kaeheles Buch allen Krankenschwestern, die Krebskranke pflegten, da das von Kaehele dargestellte „selbstverständliche Vertrauen, welches aus diesem Jasagen zum Schicksal entspringt, [...] jede Frau, die darum ringt, mit sich fertig zu werden, positiv berühren“ kann.<sup>313</sup>

<sup>310</sup> Kaehele, *Wie ich*, S. 15f.

<sup>311</sup> Ganz in diesem Sinne gründete Kaehele offenbar kurz nach Erscheinen ihres Buches eine Selbsthilfe-Organisation für an Krebs erkrankte Menschen, die sie *Cancer Courageous* nannte. Dieser Verein war bereits 1955 in zwanzig amerikanischen Bundesstaaten präsent. In einer Vereinsbroschüre hieß es: „We who have cancer must remember always that the good life in the body is infinitely stronger than the bad life in the cancer because life has its roots in an inexhaustible source of supply, and the cancer does not. It is to this good life within us that we must look if we would be well again.“ Zitiert nach: Mary Margaret M’Bride, *They’ve Survived Death*, in: *Los Angeles Times* (07.03.1955), S. B6.

<sup>312</sup> Aus diesem Grund spielte die Frage nach der „Wahrheit am Krankenbett“ in vielen Pflegezeitschriften der 1950er Jahre eine größere Rolle, vgl. z.B. Anonym, *Darf der Arzt schweigen* (nach einem Artikel von Arthur Jores); H. March, *Von der christlichen Verantwortung des Arztes*, in: *Die Evangelische Krankenpflege* 6, 6 (1957), S. 122-132; Schw. H.V., *Soll man Kranke belügen?*, in: *Die Diakonieschwester [DS]* 48 (1952), S. 173; Schw. M.L.M., *Darf man Kranke belügen?*, in: *DS* 50, 1 (1954), S. 6f.; Schw. U.W., *Von rechter Hilfe am Sterbebett*, in: *DS* 52, 1 (1956), S. 10f.; Hubert Reinartz, *Wahrheit und Lüge am Krankenbett*, in: *Krankendienst* 23, 7 (1950), S. 159-161; Barbara Braun, *Die Bedeutung der Krankheit für den kranken Menschen und die Schwester*, in: *Die Agnes-Karll-Schwester* 7, 2 (1953), S. 55.

<sup>313</sup> M.Z., Edna Kaehele, in: *Die Agnes Karll-Schwester* 8, 11 (1954), S. 303. Der *Agnes Karll-Verband* wurde 1903 von der Krankenpflegerin Agnes Karll zusammen mit einigen anderen Krankenschwestern als *Berufsorganisation der Krankenpflegerinnen Deutschlands* gegründet, um freiberuflich arbeitenden Schwestern und Pflegerinnen eine Stimme zu geben. Die große Mehrzahl der Krankenschwestern und -pflegerinnen unterstand zu diesem Zeitpunkt sogenannten

Der Anspruch, als „Betroffene“ und Krebs-Überlebende ein Beispiel der Hoffnung zu geben und andere „Betroffene“ auf ihrem Weg zur Heilung mit Ratschlägen zu begleiten, stieß also durchaus auf Interesse in der Bundesrepublik der 1950er und frühen 1960er Jahre. Allerdings blieb die Reaktion auf solche Bemühungen auf den kleineren Kreis derjenigen beschränkt, die in ihrem Berufsalltag mit den konkreten, auch emotionalen Schwierigkeiten von Krebskranken zu tun hatten. Bis in der Bundesrepublik an Krebs erkrankte Menschen selbst öffentlich über ihre Erfahrungen berichteten, sollte es noch bis in die späten 1960er Jahre dauern. Vor allem mit Blick auf die USA und Großbritannien, die immer wieder als Vergleichsfolie bemüht wurden, ist das erklärungsbedürftig. Denn in den USA und in Großbritannien blieb Edna Kaehele keineswegs die einzige öffentliche Patientenstimme. Ähnlich wie sie formulierten in diesen Ländern auch andere in den 1950er Jahren den Anspruch, als „geheilte“ Krebskranke neu erkrankten Menschen auf dem Weg zur Gesundheit mit ihren Erfahrungen und Hinweisen emotional, körperlich und sozial zu helfen.<sup>314</sup>

Dementsprechend gründeten einige ehemalige amerikanische und britische Krebspatienten erste Gruppen und Vereine, die Krebskranke in Krankenhäusern besuchten, um diese vor allem im Blick auf deren bevorstehende Krankenhausentlassung zu beraten und Ängste vor der Rückkehr in das „normale“ Leben offen anzusprechen. Zugleich ging es einigen dieser Vereine darum, mit den Gesichtern der realen ehemaligen Krebspatienten öffentlich Zeugnis davon zu geben, dass Ärzte nicht „schonend betrogen“, wenn sie ihren Patientinnen und Patienten erzählten, dass Krebs geheilt werden könne. Vereine wie die 1952/53 von der Brustkrebspatientin Terese Lasser gegründete Organisation *Reach to Recovery*, die Darmkrebs-Selbsthilfeorganisation *Ostomy Association of Boston* (1952) sowie der von Brian Hession, einem an

---

Mutterhäusern, die entweder konfessionell gebunden waren oder dem *Deutschen Roten Kreuz* angehörten. In der Bundesrepublik wurde die Berufsorganisation unter dem Namen *Agnes Karll-Verband* neu gegründet und vertritt seit 1973 als *Deutscher Berufsverband für Krankenpflege e.V.* auch männliche Pflegekräfte, vgl. R. Elster, *Der Agnes Karll-Verband und sein Einfluß auf die Entwicklung der Krankenpflege in Deutschland*, Frankfurt a.M. 2000.

<sup>314</sup> Auch wenn einige – wie Edna Kaehele – sich nicht als geheilt ansahen, sondern als Menschen, die es geschafft hatten, über die ihnen von den Ärzten prognostizierte Lebenszeit hinaus mit ihrer Krebskrankheit zu leben, stand das Ideal der Gesundheit im Sinne einer Rückkehr zur vorher gelebten Normalität doch im Vordergrund dieser Bemühungen. Formal galt ein Mensch, der seine Krebserkrankung fünf Jahre ohne Rückfall überlebte, als geheilt, vgl. David Cantor, *Before Survivorship: The Moment of Recovery in Twentieth-Century American Cancer Campaigns*, in: *Social History of Medicine* 27, 3 (2014), S. 440-465. Dass auch in der Bundesrepublik nicht der Aspekt des Lebens mit Krebs, sondern der Gesundheit als Ideal betont wurde, deutet die Titelübersetzung von Kaeheles Buch an: Aus „*Living With Cancer*“ wurde dort „*Wie ich den Krebs bezwang. Die wahre Geschichte einer Frau, die nicht sterben wollte*“.

Krebs erkrankten anglikanischen Geistlichen, 1955 gegründete Verein *Cancer Anonymous* traten dafür ein, Krebspatienten über ihre Diagnose aufzuklären, weil nur dieses Wissen den Patienten die Möglichkeit böte, aktiv an ihrer Gesundheit mitzuwirken und den Weg zurück in ein „normales“ Leben selbst zu gestalten – und weil die Aktivistinnen die Hoffnung auf Gesundung aufgrund ihrer eigenen Erfahrung als zunehmend realistisch einschätzten.<sup>315</sup>

Diese Organisationen wurden – zum Teil nach anfänglichen Vorbehalten – von Ärzten und vor allem von Krankenschwestern unterstützt, die sich in den USA für eine Spezialausbildung der Krankenschwestern für die Pflege von Krebskranken einsetzten, weil sie die Notwendigkeit sahen, professioneller auf die Bedürfnisse von Krebspatienten vorbereitet zu werden. Auch die *American Cancer Society (ACS)* beschäftigte sich nun erstmals in ihren Kampagnen mit den Folgen einer Krebsbehandlung und den Möglichkeiten der Nachsorge. So verwies der 1958 von der ACS gedrehte Film „After Mastectomy“ auf das Angebot an Brustprothesen, auf empfehlenswerte Körperübungen und vor allem auch auf die Bemühungen und Informationsangebote von *Reach to Recovery*.<sup>316</sup>

Auch in der Bundesrepublik tauchte das Thema Rehabilitation im Allgemeinen, Nachsorge für Krebskranke im Besonderen in den 1950er Jahren langsam auf der gesundheitspolitischen Agenda auf. Dieser Aspekt wurde aber weder in den Krebserklärungsfilmern noch in Broschüren oder Informationsblättern der *Krebsgesellschaft* oder des *Gesundheitsmuseums Köln* thematisiert, so dass der Eindruck vermittelt

---

<sup>315</sup> *Reach to Recovery* ist eine der ersten und prominentesten Organisationen dieser Art, die seit 1974 auch in Europa aktiv war und deren Historie vielfach zum Thema gemacht wurde, vgl. u.a. Maren Klawitter, *The Biopolitics of Breast Cancer*. Die *Ostomy Association of Boston* wurde ebenfalls von einer Frau gegründet: der deutschen Emigrantin Edith Lenneberg, nahm aber später auch Männer auf, vgl. Cantor, *Before Survivorship*, S. 461. Brian Hessions Geschichte ähnelt der von Edna Kaehele: Bei ihm wurde 1954 eine Krebserkrankung diagnostiziert, ein weit fortgeschrittener Darmkrebs, den sein Arzt für inoperabel hielt. Er prognostizierte, dass der Tumor wenige Tage später den Darm verschließen und damit Hessions Tod verursachen würde. Dieser Prognose zum Trotz ließ sich Hession von einem anderen Arzt, der etwas hoffnungsvoller war, operieren und überlebte die wenigen, von dem ersten Arzt prognostizierten Tage. Er gründete 1955 die Organisation *Cancer Anonymous* und schrieb zugleich ein Buch über seine Krebserkrankung, in dem er – ähnlich wie Edna Kaehele – die Bedeutung des Glaubens für die Bewahrung der Hoffnung betonte, vgl. Brian Hession, *Determined to Live*, London 1956. Hession starb 1961 im Alter von 52 Jahren an seiner Krebserkrankung, vgl. UPI, *Der 52 Jahre alte britische Pfarrer Brian Hession*, in: *Frankfurter Allgemeine Zeitung* (10.10.1961), S. 5.

<sup>316</sup> Aus Sicht des Historikers David Cantor lassen sich die Organisationsbemühungen von Krebspatienten deshalb nur als Teil eines größeren auf Gesundung fokussierten Netzwerkes verstehen, zu dem neben den Krankenschwestern, den Ärztinnen und Ärzten auch die zuvor auf Früherkennung konzentrierte *American Cancer Society* sowie die Miederwaren- und Prothesenhersteller gehörten, vgl. Cantor, *Before Survivorship*, S. 451-458.

wurde, jeder an Krebs erkrankte Mensch könne nach der Operation oder Bestrahlung umstandslos in sein altes Leben zurückkehren.<sup>317</sup> Damit blieb man bei der schon vorher gültigen Kampagnen-Richtlinie, Neben- und Nachwirkungen der Krebstherapien ebenso wie die Möglichkeit der Rezidiv- oder Metastasenbildung weitgehend zu verschweigen. Hintergrund dieser Entscheidung war die Überzeugung, diese Informationen würden eine Krebspsychose in der Bevölkerung verursachen, so dass Frühsymptome angstvoll verdrängt und Früherkennungsangebote zu spät wahrgenommen würden. Damit wurden die in der NS-Zeit vorgenommenen Neubewertungen von Angst gerade nicht weitergeführt, sondern stattdessen auf Angst-Konzepte aus der Weimarer Zeit zurückgegriffen. Ähnliche Angst-Konzepte zirkulierten auch in anderen gesellschaftlichen Feldern der frühen Bundesrepublik, in der vielfach eine besonders ausgeprägte „Angst vor der Angst“ zu beobachten war.<sup>318</sup> Andererseits zeigt sich hier auch, dass psychoanalytische beziehungsweise psychosomatische Konzepte, die das Reden über eigene Ängste als heilsam darstellten, in der Bundesrepublik bei weitem noch nicht so verbreitet waren wie in den USA.<sup>319</sup>

Insofern fehlte geheilten Krebspatienten eine Form der Unterstützung durch ein öffentlich agierendes Nachsorge-Netzwerk, wie es sich gerade in den USA oder in Großbritannien etablierte und ehemaligen Patienten die Möglichkeit gab, ihre Stimme zu erheben und öffentlich wahrgenommen zu werden.<sup>320</sup> Aber diese Erklärung allein reicht nicht aus. Denn als Ende der 1960er Jahre die ersten Stimmen auch in der Bundesrepublik vernehmbar wurden, waren die Vorbehalte und Ängste dieser Menschen, sich öffentlich als ehemalige Krebspatienten zu zeigen, offenbar deutlich größer als in den USA oder Großbritannien. Aus diesem Grund ergriffen oftmals nicht die Patienten selbst die Initiative. Sie wurden vielmehr von jüngeren Ärzten beziehungsweise Journalisten um ihre Mitarbeit gebeten, weil diese ausgehend von amerikanischen oder britischen Vorbildern nach Menschen suchten, die bereit waren, über ihre Erfahrungen öffentlich zu sprechen und dem Heilungsversprechen der Früherkennungskampagnen ein hoffnungsvolles Gesicht zu geben.<sup>321</sup> Nicht wenige derjenigen, die schließlich

---

<sup>317</sup> Zur „Entdeckung“ und Ausgestaltung der Nachsorge für Krebskranke vgl. Kapitel 4.

<sup>318</sup> Biess, *Everybody Has a Chance* und Hitzer, *Angst, Panik*, S. 150f.

<sup>319</sup> Vgl. dazu auch die Ausführungen in Kapitel 2 sowie Hitzer, *Oncomotions*, S. 163-169 und Hitzer/León-Sanz, *The Feeling Body*, S. 89-91.

<sup>320</sup> Vgl. dazu Cantor, *Before Survivorship*.

<sup>321</sup> So berichtete es zum Beispiel die österreichische Journalistin Elisabeth Keller, die nach Abschluss ihrer Therapie von einem Assistenzarzt angesprochen wurde, ob sie – als schreiberfahrene Frau – nicht bereit sei, ein Buch über ihre Erfahrungen zu schreiben, vgl. ihre Angaben in der von Sigrid



zustimmten, über ihr Schicksal zu schreiben oder zu sprechen, taten dies (zunächst) unter Pseudonym oder verbargen ihre Gesichter.<sup>322</sup>

Viele hatten wie Edna Kaehele Scheu davor, über Persönliches öffentlich zu sprechen. Daneben hatten sie aber auch Angst, dass man sie und ihre Familien meiden könnte, sollte bekannt werden, dass sie an einer Krebserkrankung gelitten hatten. In der Bundesrepublik war also die Angst, als an Krebs erkrankter Mensch aus der Gesellschaft ausgeschlossen zu werden, offenbar größer als in den USA und Großbritannien. Dieser Unterschied könnte eine Folge des nationalsozialistischen Umgangs mit dieser Krankheit sein, der einerseits Krebs mit antisemitischen Metaphern der „Entartung“ belegte, andererseits mit der Euthanasie-Politik konkrete Zweifel säte, ob Krebskranke, deren Heilung ungewiss oder aussichtslos schien, noch ein „lebenswertes“ Leben führten.<sup>323</sup>

In den DDR-Medien fehlte eine solche Dimension der öffentlichen Selbsterzählung bis weit in die 1970er Jahre. Diese Form der auf das Individuum und seine Erfahrungen gestützten (bildungs-)bürgerlichen Selbstkonstruktion widersprach einerseits den in den 1950er und 1960er Jahren propagierten kollektivistischen Idealen der DDR-Regierung. Andererseits fürchtete man möglicherweise auch das kritische Potential, das in der persönlichen Erzählung über die während einer Krebstherapie gemachten Erfahrungen liegen konnte. Denn zu dieser Zeit verfasste Eingaben an das Ministerium für Gesundheitswesen zeigen, dass einige Patienten beziehungsweise deren Angehörige die unzureichende Ausstattung der Krankenhäuser sowie die Qualität der in den DDR-Kliniken angebotenen Behandlungen scharf kritisierten und aus diesem Grund ihre Therapie außerhalb der DDR durchführen lassen wollten.<sup>324</sup>

---

Schenkenberger gedrehten Dokumentation „Ich hatte Krebs“, die als Beitrag des „Gesundheitsmagazins Praxis“ am 13.04.1970 im ZDF ausgestrahlt wurde.

<sup>322</sup> Elisabeth Keller veröffentlichte ihren Bericht zunächst unter dem Pseudonym Anni David in der österreichischen Zeitschrift *Neue Illustrierte Wochenschau*, danach unter dem gleichen Pseudonym in Buchform als: dies., *Trotz allem – Hoffnung. Tagebuch einer Krebskranke*, Mödling bei Wien 1968. Erst für die ein Jahr später erfolgte Veröffentlichung in der Bundesrepublik gab sie ihren wirklichen Namen preis: Elisabeth Keller, *Ich habe den Krebs überwunden*. Aus dem Tagebuch einer Mutter, München 1969. Auch in Schenkenbergers Dokumentation „Ich hatte Krebs“ ließen sich zwei der Interviewten nur in Rückenansicht oder mit verdunkeltem Gesicht zeigen. Möglicherweise spielte in diesen beiden Fällen auch die Tatsache eine Rolle, dass beide an einer Krebserkrankung der Geschlechtsorgane litten: in dem einen Fall Brustkrebs, in dem anderen Fall Prostatakrebs. Elisabeth Keller, die eine Gebärmutterhals-krebserkrankung überstanden hatte, zeigte sich in Schenkenbergers Film mit Namen und Gesicht. Auch eine andere, allerdings ältere an Brustkrebs erkrankte Frau zeigte hier ihr Gesicht.

<sup>323</sup> Vgl. dazu auch Kapitel 2.

<sup>324</sup> Schreiben des Manfred Sch., Klingenthal, Zollstr. 86 vom 19.11.1959 an das Ministerium für Gesundheitswesen Berlin; Brief des Fritz R. aus Bremerhaven, Lilienthalstr. 19 vom 05.07.1964 an den Staatsrat; Brief des Fritz R. vom 31.10.1964 an das Ministerium für Gesundheit: BArch DQ1

Dass diese Kritik auch in einen politischen Angriff auf das real existierende System des Kommunismus umgemünzt werden konnte, zeigte Mitte der 1960er Jahre eindrucksvoll Alexander Solschenizyn. In seinem zweibändigen Roman „Krebsstation“ verarbeitete er Erlebnisse aus einer Krebstherapie, der er sich in Taschkent in den 1950er Jahren hatte unterziehen müssen. In seiner literarischen Auseinandersetzung enthüllte er nicht nur die systembedingt unzureichende medizinische Versorgung in einer sowjetischen Krebsklinik, sondern stellte auch das Geflecht aus Lüge, Mitläufertum und Günstlingswesen bloß, das sich im Mikrokosmos der Krebsklinik zeigte, aber aus seiner Sicht für das sowjetische System insgesamt kennzeichnend war. Der Roman durfte weder in der Sowjetunion noch in der DDR erscheinen, zirkulierte aber in Abschriften oder als heimlich aus dem Westen eingeführte Lektüre.<sup>325</sup>

Christa Wolfs Roman „Nachdenken über Christa T.“, dessen Protagonistin an Leukämie litt, durfte dagegen in der DDR nach einigem Hin und Her veröffentlicht werden.<sup>326</sup> Allerdings war diesem Roman die Publikationslizenz erst erteilt worden, nachdem Christa Wolf der Kritik der Zensoren insofern entgegengekommen war, als sie noch eine Textpassage einfügte. Bemängelt worden war, dass der Roman nicht deutlich genug den Individualismus und die Lebensuntüchtigkeit der leukämiekranken Christa T. kritisiere, etwa durch eine „positive“ Gegenfigur.<sup>327</sup> Ob dieser Roman eine subtile Kritik am Herrschaftssystem der DDR oder an der ostdeutschen Gesellschaft

---

2106. Auch die an Brustkrebs erkrankte Schriftstellerin Brigitte Reimann notierte im Jahr 1968 in ihren Tagebüchern, die allerdings in dieser Form erst 1998 veröffentlicht wurden: „Übermorgen muß ich ins Krankenhaus [in Hoyerswerda] – in was für eins! Häßlich, schmutzig, verludert. Ich habe geheult, als ich bloß den Gang sah.“ Vgl. dies., Alles schmeckt nach Abschied. Tagebücher 1964-1970, Berlin 1998 [Eintrag vom 18.09.1968], S. 215. In der Ausgabe von 1983 erschien dieser Tagebucheintrag in anderem Wortlaut: „Eigentlich sollte ich morgen in Hoy[erswerda] operiert werden, aber als ich das Krankenhaus sah, bin ich völlig zusammengebrochen. So einen schmutzigen, düsteren, vergammelten Kasten habe ich noch nicht gesehen.“ Vgl. Elisabeth Elten-Krause/Walter Lewerenz (Hg.), Brigitte Reimann in ihren Tagebüchern und Briefen. Eine Auswahl, Berlin 1983, S. 256.

<sup>325</sup> Der Roman wurde zunächst in der Bundesrepublik veröffentlicht: Alexander Solschenizyn, Krebsstation, Bd. 1, 1968 und Bd. 2, 1969. 1970 wurde der Roman unter der Regie von Heinz Scirk mit Martin Benrath und Vera Tschchow in den Hauptrollen verfilmt und in zwei Teilen im ZDF ausgestrahlt (Teil 1 wurde am 08.11.1970 um 20.15 Uhr gesendet, Teil 2 am 10.11.1970 um 21.00 Uhr).

<sup>326</sup> Die Gutachten über den Roman fielen zunächst negativ aus. Die Erstveröffentlichung erfolgte in kleiner Auflage 1968. 1972 wurde der Roman erneut in der DDR aufgelegt und avancierte nun zum Bestseller, vgl. Sonja E. Klocke, *Inscription and Rebellion. Illness and the Symptomatic Body in East German Literature*, Rochester/New York 2015, S. 36.

<sup>327</sup> Die Kontroverse um die Veröffentlichung des Romans geht aus den Dokumenten hervor, die Angela Drescher, langjährige Lektorin des Aufbau-Verlages, 1993 veröffentlichte, vgl. dies. (Hg.), *Dokumentation zu Christa Wolf „Nachdenken über Christa T.“*, Berlin 1993, v.a. S. 31-59.

formuliert hatte – darüber gingen zwar die Meinungen der Rezensenten und Schriftstellerkollegen Christa Wolfs auseinander.<sup>328</sup> Unstrittig war dagegen, dass sie mit „Nachdenken über Christa T.“ eine Verbindung zwischen dem krebskranken Körper und dem Leiden an der Gesellschaft herstellte.<sup>329</sup> Diese Form der Gesellschaftskritik war insofern explosiv, als die Krebskrankheit ja nicht aus der DDR weggedacht werden konnte. Solange Menschen auch in der DDR an Krebs erkrankten, musste es aus Sicht der Regierung problematisch bleiben, diese Krankheit literarisch oder in Gestalt von Selbstzeugnissen als körperliche Reaktion auf bedrückende gesellschaftliche Bedingungen darzustellen, und so verwundert es kaum, dass eine solche Denkfigur in späteren in der DDR publizierten Büchern kaum mehr aufgegriffen wurde – es sei denn, die Krebskrankheit wurde als Spätfolge des Leidens an der faschistischen Gesellschaft dargestellt, so wie es der Zensor auch Christa Wolf im Hinblick auf ihren Roman „Christa T.“ nahegelegt hatte.<sup>330</sup>

In anderer, staatlich kontrollierter Form lenkte man dagegen in der DDR früh den Blick auf die Ansichten (potentieller) Krebspatienten sowie auf die reale Situation der Arzt-Patienten-Beziehung.<sup>331</sup> Dazu benutzten sowohl Journalisten als auch Ärzte das Instrument der Befragung. Entsprechende Ergebnisse wurden in den Medien veröffentlicht und signalisierten damit Nähe zu und Interesse an dem „Mann“ und der „Frau“ auf der Straße. So befragten Journalisten der auflagenstarken Wochenzeitschrift *Neue Berliner Illustrierte (NBI)* 1964 Menschen in der DDR nach ihrer Meinung zu einer ganzen Reihe von Fragen rund um die Krebskrankheit. Die Ergebnisse ließen sie

---

<sup>328</sup> Zur Resonanz des Romans vgl.: Drescher, Dokumentation.

<sup>329</sup> Diese Verbindung wurde offenbar besonders deutlich in der Bundesrepublik wahrgenommen und dort zum Teil auch als Kritik an der DDR verstanden. Prominentester Vertreter einer solchen Interpretation des Romans war Marcel Reich-Ranicki, der in seiner Rezension des Buches festhielt: „Sagen wir klar: Christa T. stirbt an der Leukämie, aber sie leidet an der DDR.“ Vgl. Marcel Reich-Ranicki, Christa Wolfs unruhige Elegie, in: Die Zeit (23.05.1969), (<http://www.zeit.de/1969/21/christa-wolfs-unruhige-elegie/komplettansicht>, letzter Zugriff: 10.03.2017).

<sup>330</sup> Christa Wolf selbst griff das Thema des für die Gesellschaftsverhältnisse symptomatischen Körperzustandes allerdings in ihren Romanen immer wieder auf. Die Krebskrankheit spielte allerdings erst in ihrem 1987 veröffentlichten Roman „Störfall“ eine Rolle, in dem der Bruder des Erzählers an einem Hirntumor litt und diese Erkrankung von Wolf in einen Zusammenhang zum Tschernobyl-„Störfall“ gebracht wurde, vgl. insgesamt zu Christa Wolfs literarischem Umgang mit symptomatischen Körperzuständen: Klocke, Inscription and Rebellion, S. 34-71.

<sup>331</sup> Auch in der Bundesrepublik wurden nur wenig später ähnliche Umfragen durchgeführt, deren Ergebnisse allerdings in den 1960er Jahren in der Regel nicht in Publikumszeitschriften veröffentlicht wurden, vgl. etwa die Angaben zu einer Umfrage des *Landesverbandes Württemberg zur Erforschung und Bekämpfung des Krebses*, bei der 1967 1150 Personen zu ihrem Wissen über Krebs sowie über die Frage der Diagnosemitteilung befragt wurden: G. Neumann, Das Problem der Krebserkrankungen in der Vorstellung der Bevölkerung, in: Deutsche Medizinische Wochenschrift 94, 31 (1969), S. 1581f.

von zwei Krebs-Spezialisten, dem Direktor der Geschwulstklinik der Charité Fritz Gietzelt und von Gustav-Paul Wildner (*Robert-Rössle-Klinik*), kommentieren. Sie nutzten die Befragung also als rhetorische Strategie, um die Leser „bei sich“ abzuholen und dann mit der Ansicht der Experten zu konfrontieren.<sup>332</sup> „Wollen Sie es wissen, wenn Sie Krebs haben?“, lautete eine der Fragen. Das Ergebnis wurde den Leserinnen und Lesern als „überraschend“ präsentiert: 64 der Befragten wollten es wissen, 4 waren unentschieden und 34 entschieden sich eindeutig gegen das Wissen.<sup>333</sup> Trotz dieses eindeutigen Votums für die Diagnosemitteilung blieb der Experte Professor Gietzelt dabei, dass die Ärzte in der DDR eine Krebsdiagnose „nur bei uneinsichtigen Patienten“, die sich der Therapie verweigerten, offen mitteilen sollten. Für alle anderen galt aus seiner Sicht, genauso wie es die offizielle Medizinethik und das Medizinrecht festgeschrieben hatten: „Der Patient muß an seiner Heilung aktiv beteiligt sein. Wie kann er das, wenn sein Optimismus zerstört ist?“<sup>334</sup> Auf die Nachfrage der *NBI*, dass also zwanzig Prozent der DDR-Bürger über ihren Gesundheitszustand nicht informiert seien, antwortete Gietzelt mit der Beteuerung: „Das Vertrauen zwischen Arzt und Patient muß gesichert, muß klar sein. Es darf nicht zu einem Vertrauensbruch kommen, so daß der Patient mißtrauisch wird.“ Im Klartext hieß das, dass die „fromme Lüge“, wie Gietzelt es nannte, in enger Absprache aller Beteiligten zu erfolgen hatte. Diese Einschätzung teilten durchaus auch Angehörige von Krebskranken, die alles taten, um das Wissen über die Diagnose Krebs vor ihren Frauen oder Männern zu verbergen.<sup>335</sup>

<sup>332</sup> Offenbar wurden nur hundert Personen gefragt, das heißt, es handelte sich nicht um eine repräsentative, methodisch kontrollierte Umfrage. Insofern liegt die Vermutung nahe, dass die Umfrageergebnisse eher als „Aufhänger“ benötigt wurden, als dass sie Auskunft über die Meinung der Bevölkerung hätten geben sollen. In ähnlicher Weise benutzte der 1970 fertig gestellte Aufklärungsfilm des Hygienemuseums „Wissen heißt Leben“ (Regie: Wolfgang Heyer/Ingrid Hinz; DHMD 2001/1658) die Auskünfte von Menschen auf der Straße, um dann die „Belehrung“ durch die Krebsexperten als sinnvoll und notwendig darzustellen. Vgl. Roman Marczikowski, Jeder 5. stirbt an Krebs, in: *Neue Berliner Illustrierte* 35 (1964), S. 8-13 und S. 33, hier S. 12f.

<sup>333</sup> Es handelt sich um absolute Zahlen, d.h. es wurden insgesamt 102 Personen befragt. Vgl. Marczikowski, Jeder 5., S. 13.

<sup>334</sup> Dies wie auch die folgenden Zitate: Marczikowski, Jeder 5., S. 13. Da laut *NBI*-Artikel jeder fünfte DDR-Bürger zu dieser Zeit an Krebs erkrankte, ergab sich die Zahl von 20% nichtinformierten Bürgerinnen und Bürgern.

<sup>335</sup> Sehr deutlich wird dieses Bemühen – und vor allem auch die Wichtigkeit, die dem Nicht-Wissen beigemessen wurde – etwa in einer Reihe von Briefen, die ein Maschinenbauer aus Gera im Frühjahr 1968 u.a. an das Ministerium für Gesundheitswesen der DDR und an den sowjetischen Botschafter Abrassimov schrieb, um für seine Frau die Erlaubnis zur Behandlung in der Sowjetunion zu erbitten, die ihm aussichtsreicher erschien. Obwohl seiner Frau ein Jahr zuvor die rechte Brust amputiert worden war und nun Metastasen aufgetreten waren, bat er am Ende aller seiner Briefe darum, die Antwort an seinen Betrieb zu schicken und verschwieg deshalb seine Privatadresse. Zur Begründung schrieb er: „Meine Frau darf auf keinen Fall erfahren, was sie für eine Krankheit hat.“ Vgl. etwa Schreiben des Genossen Fr. an den Genossen Abrassimov. Gera, den 22.02.1968. BArch DQ 1 /3272, Bl. 21-23.

Ob aber eine solche Absprache überhaupt langfristig gelang, war die Frage, der zwei Hallenser Strahlenmediziner genau zum gleichen Zeitpunkt erstmals mit einer Umfrage unter Ärzten, Studenten und Patienten nachgingen. Ihre Antwort fiel eindeutig aus: Von 628 wegen einer Krebserkrankung im Raum Halle behandelten Menschen wussten zwei Drittel (= 412), dass sie wegen eines malignen Tumors behandelt worden waren. Die wenigsten hatten ihre Diagnose allerdings von ihrem behandelnden Arzt erfahren (135). Von den 17 wegen einer gutartigen Geschwulst behandelten Patienten nahmen dagegen zwölf an, sie seien wegen einer Krebserkrankung behandelt worden, d.h. sie schenkten der beruhigenden und in ihrem Fall korrekten Diagnose keinen Glauben.<sup>336</sup> Die Studienautoren Hans-Wolfgang Becker und Hans-Lothar Kölling kritisierten auf dieser Grundlage die Praxis ihrer Kollegen, die im Rahmen der Studie ebenfalls befragt worden waren und zu 85% erklärt hatten, bei einer ungünstigen Prognose den Patienten gegenüber die Krebserkrankung zu verschweigen.<sup>337</sup> Diese Entscheidung erschien Becker und Kölling „leichtfertig“, da sie „das Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patienten belasten oder gar aufheben“ könne.<sup>338</sup>

Tatsächlich scheint sich in der DDR auf längere Sicht an der Praxis, die Krebsdiagnose im äußersten Fall bei günstiger Diagnose mitzuteilen, sie aber bei schlechter Prognose zu vertuschen, nur wenig geändert zu haben. Dies lässt sich etwa an den Tagebüchern der Schriftstellerin Brigitte Reimann ablesen, die Ende der 1960er Jahre an Brustkrebs erkrankte und 1973 starb.<sup>339</sup> Bei einer im Spätsommer 1968 in Hoyerswerda durchgeführten Biopsie war ihre Brustkrebserkrankung entdeckt worden, sie selbst befürchtete Krebs. Der behandelnde Arzt teilte ihr offenbar ohne Umschweife mit, dass sie an Krebs leide und die Brust amputiert werden müsse.<sup>340</sup> Nach der in der Berliner

---

<sup>336</sup> Hans-Wolfgang Becker/Hans-Lothar Kölling, „Schonendes Betrügen?“ Ermittlungen zur Frage der Aufklärung bei Geschwulstleiden, in: *Nova Acta Leopoldina* 28, 168 (1964), S. 3-18, hier S. 12.

<sup>337</sup> Für diesen Teil ihrer Studie befragten Becker und Kölling schriftlich 500 im Bezirk Halle tätige Ärzte, von denen ihnen als Radiologen der Martin-Luther-Universität Halle regelmäßig Patientinnen und Patienten überwiesen wurden. 381 dieser Ärzte beantworteten die ihnen zugesandten Fragebögen. Daneben befragten sie Studierende der Martin-Luther-Universität (allerdings keine Medizinstudenten) nach ihrer Meinung zur Diagnoseaufklärung bei Krebs. Von 210 Studentinnen und Studenten bekamen sie eine Antwort, vgl. Becker/Kölling, *Schonendes Betrügen*, S. 9 und 11.

<sup>338</sup> Becker/Kölling, *Schonendes Betrügen*, S. 17.

<sup>339</sup> Eine erste Auswahl aus den Tagebüchern erschien 1983: Elten-Krause/Lewerenz, Reimann. Die im Nachlass gefundenen Tagebücher aus den Jahren 1955 bis 1970 erschienen schließlich 1997/ 1998 ebenfalls gekürzt in zwei Bänden. Tagebücher aus den Jahren 1971-1973 wurden im Nachlass nicht gefunden: Brigitte Reimann, *Ich bedaure nichts, Tagebücher 1955-1963*, hg. von Angela Drescher, Berlin/Weimar 1997 und dies., *Alles schmeckt*.

<sup>340</sup> Eintrag vom 11.09.1968, in: Reimann, *Alles schmeckt*, S. 215.

*Robert-Rössle-Klinik* durchgeführten Operation versicherte ihr der Chirurg, dass „alles weggeschnitten“, sie also gesund sei.<sup>341</sup> Im Februar 1970 ließ sich Reimann wegen Schmerzen im Bauch und im Rücken erneut untersuchen. Ihr wurde mitgeteilt, dass sie eine Geschwulst im Bauch habe, „vermutlich gutartig“, dass an der Wirbelsäule aber keine Metastasen zu entdecken seien.<sup>342</sup> Die Ärzte in Neubrandenburg erklärten ihr die zunehmenden Rückenbeschwerden mit der Diagnose Bandscheibenvorfall und auch als sie schließlich erneut zur Bestrahlung in die *Robert-Rössle-Klinik* nach Berlin-Buch überwiesen wurde, blieb man dabei.<sup>343</sup> Sie selbst bekam nun allerdings Zweifel und vertraute ihrem Tagebuch an: „manchmal denke ich, daß ich in Wirklichkeit Krebs habe oder so eine ähnliche Scheußlichkeit, das läßt sich aus allen möglichen Andeutungen oder den ‚ich darf Ihnen nicht sagen‘ und aus der sehr hohen R-Dosis [Strahlendosis] erraten.“<sup>344</sup>

Nicht viel anders erging es der in Österreich geborenen, in der DDR lebenden Schriftstellerin Maxie Wander, als sie im Herbst 1976 die *Frauenklinik der Charité* aufsuchte, um einen Knoten in der Brust abklären zu lassen. Nach den ersten Untersuchungen erklärte ihr die Stationsärztin, dass ihr Tumor auffällig sei und sie operiert werden müsse, das bedeute allerdings nicht, „daß Sie Krebs haben“.<sup>345</sup> Nach der Operation, bei der ihr eine Brust amputiert wurde, befragte Maxie Wander die Stationsärztin erneut und diese gab ihr zur Auskunft: „Das war kein Krebs, sondern Unruheherde, die sehr verstreut waren und zur Vermehrung neigen. Bestrahlung muß aus Vorsicht gemacht werden!“ Maxie Wander kommentierte diese Auskunft in ihrem Tagebuch mit den Worten: „Natürlich lügt sie.“<sup>346</sup> Dieses Misstrauen bewog sie im Juli 1977, als sie wegen Leberbeschwerden untersucht werden sollte, den verschlossenen ärztlichen Überweisungsbrief zu öffnen. Diesem entnahm sie, dass ein Verdacht auf Leber-Metastasen bestand. Als Befund der Leberspiegelung wurde ihr dagegen offiziell mitgeteilt, dass es sich nur um eine chronische Entzündung handele – „angeblich“, wie sie skeptisch festhielt.<sup>347</sup> Dennoch schrieb sie zwei Monate vor ihrem Tod, als sie

---

<sup>341</sup> Eintrag vom 01. oder 02.10.1968, in: Reimann, *Alles schmeckt*, S. 217.

<sup>342</sup> Einträge vom 17.02.1970 und 18.02.1970, in: Reimann, *Alles schmeckt*, S. 303f.

<sup>343</sup> Eintrag vom 09.04.1970, in: Reimann, *Alles schmeckt*, S. 310.

<sup>344</sup> Eintrag vom 09.05.1970, in: Reimann, *Alles schmeckt*, S. 316f.

<sup>345</sup> Eintrag vom 10.09.1976, in: Maxie Wander, *Leben wär‘ eine prima Alternative. Tagebücher und Briefe*, hg. von Fred Wander, München 1994, S. 14f. Die Tagebücher wurden nach Maxie Wanders Tod (1977) von ihrem Mann Fred Wander herausgegeben und in der DDR publiziert, Originalausgabe: Berlin 1979.

<sup>346</sup> Eintrag vom 17.09.1976, in: Wander, *Leben*, S. 21-25, hier S. 25.

<sup>347</sup> Eintrag vom 26.07.1977, in: Wander, *Leben*, S. 240-242.

nunmehr regelmäßig zur Chemotherapie in die Klinik musste: „Was mich irritiert – auf dem Krankenschein, den ich mitbekomme, steht immer wieder die Diagnose-Nummer für Krebs...“<sup>348</sup> Von ärztlicher Seite hielt man ihr gegenüber also daran fest, dass ihre Krebskrankheit geheilt sei. Statt eindeutiger Skepsis herrschte bei ihr selbst deshalb kurz vor ihrem Tod offenbar Unsicherheit über die wahre Diagnose.<sup>349</sup>

Genau zu dieser Zeit setzte sich allerdings in einigen Kliniken der DDR langsam ein gewandeltes Verständnis vom Umgang mit der Krebsdiagnose durch. So hatte der Radiologe Roland Jacob ein Jahr vor Maxie Wanders Tod die Chefarzt-Position der strahlentherapeutischen Klinik in Berlin-Buch übernommen. Jacob entschied für seine Klinik, dass die Patienten in einem zu Beginn ihrer Behandlung geführten Gespräch erfahren sollten, dass sie an einer „bösartigen Geschwulst“ litten.<sup>350</sup> Das Wort „Krebs“ wollte er allerdings vermeiden und darum empfahl er, auf die Patientenfrage nach einer Krebserkrankung mit der Frage zu antworten, was der Patient unter Krebs verstehe, um so die mit diesem Wort evozierten Patienten-Ängste in Erfahrung zu bringen. Im Anschluss sollte der Arzt das Gespräch auf die therapeutischen Möglichkeiten lenken, um die Hoffnung des Patienten zu bestärken.<sup>351</sup>

Zur Begründung für diese Neuorientierung verwies Jacob sowohl auf die Hallenser Studie von Becker und Kölling als auch auf Walter Brednow. Daneben bezog er sich auf den Heidelberger Psychosomatiker Richard Siebeck und vor allem auf die amerikanischen Studien von Feifel und Kübler-Ross.<sup>352</sup> Dementsprechend argumentierte er, dass das frühzeitige Miteinander-Reden über Krebs der einzige Weg sei, um einem an Krebs erkrankten Menschen zu ermöglichen, über seine Sorgen, seine Depression und Angst zu sprechen, anstatt Zuversicht zu heucheln. Nur so konnten die Ärzte nach den Erfahrungen Jacobs auch den Sterbenden wirklich helfen, für die die Gesprächsbereitschaft der Ärzte eine wesentliche Form der Unterstützung und

---

<sup>348</sup> Brief vom 22. September 1977, in: Wander, *Leben*, S. 270f.

<sup>349</sup> Möglicherweise drückte sich darin aber auch eine Art Entscheidung aus, nicht mehr an die Krebskrankheit zu denken und sich auf ihr Schreiben zu konzentrieren. So schrieb sie im August 1977 an Helga Schubert: „ich glaub nicht mehr an Krebs, sonst könnte ich morgens nicht mehr aufstehen. Schließlich haben sie doch durchleuchtet und nichts. [...] Weiß ich denn, was mit meiner Leber wirklich los ist? Nix weiß ich. Man lebt. Und schreibt halt wieder. Als ob davon irgendwas abhinge. Man tut's nur für sich selber.“ Brief vom 28.08.1977, in: Wander, *Leben*, S. 265f.

<sup>350</sup> Roland Jacob, Die psychische Führung des Krebspatienten, in: *Zeitschrift für die gesamte innere Medizin und ihre Grenzgebiete* 33, 14 (1978), S. 455-458, hier S. 456.

<sup>351</sup> Jacob, *Die psychische Führung*, S. 457.

<sup>352</sup> Vgl. das Literaturverzeichnis in: Jacob, *Die psychische Führung*, S. 458.

Begleitung darstelle.<sup>353</sup> Nachdem in den Jahrzehnten zuvor die Frage der Diagnosemitteilung in der DDR immer im Blick auf Gesundheit und Heilung und den auf diesem Weg notwendigen Optimismus diskutiert, die Bedürfnisse von Sterbenden dagegen nur selten thematisiert worden waren, wandte sich Jacob damit explizit und fachöffentlich den Sterbenden zu. Er knüpfte dabei nicht nur an die amerikanischen Diskussionen der 1960er Jahre an, sondern gehörte zugleich zu einer ersten Generation von Ärzten und Medizinethikern in der DDR, die sich konkret mit der Situation Sterbender in der DDR auseinandersetzte und danach fragte, wie die Betreuung Sterbender konkret gestaltet werden sollte.<sup>354</sup>

In der Bundesrepublik setzte ebenfalls gegen Ende der 1970er Jahre eine intensive Auseinandersetzung mit dem Thema Sterben und Tod ein, die auf die gleichen amerikanischen Studien zurückgriff, die auch Jacob zitierte. Allerdings wurde dieses Thema in der Bundesrepublik viel stärker als Kritik an den mechanisierten, gefühllosen, auf Effizienz und Ökonomie zielenden Routinen des modernen Krankenhausbetriebes diskutiert. Gleichzeitig wurde die Auseinandersetzung mit dem Sterben zu einer umfassenden Kritik an den Tabus und Aporien einer individualisierten, zivilisierten und säkularisierten Gesellschaft ausgeweitet.

„Die Einsamkeit der Sterbenden in unseren Tagen“ war, wie es der Soziologe Norbert Elias 1982 formulierte, eben nicht nur Folge der „institutionalisierten Routinen der Krankenhäuser“, sondern auch Folge eines „überhöhten Zivilisationstabus gegen den Ausdruck starker, spontaner Empfindungen“.<sup>355</sup> Damit knüpfte Elias an Argumente an, die in den Neuen Sozialen Bewegungen der 1970er Jahre formuliert worden waren. Forderungen nach gesellschaftlicher Teilhabe und emotionaler „Wärme“, nach einer Fokussierung auf Lebensqualität anstelle von Lebensstandard, nach einer

---

<sup>353</sup> Jacob, Die psychische Führung, S. 457f.

<sup>354</sup> 1977 trug eine Arbeitsgruppe „Sterbesituation hausärztlich betreuter Patienten“ ihre Ergebnisse auf dem Kongress der *Gesellschaft für Allgemeinmedizin der DDR* in Rostock vor, vgl. dazu: R. Schmerler, Todesahnung und Sterbeinformation zu Hause betreuter unheilbar Kranker, in: *Das Deutsche Gesundheitswesen* 33, 22 (1978), S. 1045f.; Heinz Brandt/H. Knoblauch, Möglichkeiten und Grenzen von Untersuchungen über die hausärztliche Betreuung infaust Kranker am Beispiel einer Analyse von 303 Todesfällen, in: *Das Deutsche Gesundheitswesen* 33, 12 (1978), S. 559-562. Vgl. auch: Heinz Brandt/Susanne Hahn /Achim Thom, Probleme und Aufgaben der Betreuung Sterbender durch den Hausarzt, in: Uwe Körner/Karl Seidel/Achim Thom (Hg.), *Grenzsituationen ärztlichen Handelns*, Jena 1981, S. 211-232; Kay Blumenthal-Barby (Hg.) unter Mitarbeit von Horst Breidenbach, *Betreuung Sterbender. Tendenzen, Fakten, Probleme*, Berlin 1982 sowie Uwe Körner, Interdisziplinäres Kolloquium zum Thema „Leben und Sterben“, in: *Deutsche Zeitschrift für Philosophie* 32, 6 (1984), S. 575-580. Vgl. zu dieser Tendenzwende auch: Quitz, Staat, Macht, Moral, S. 200-217.

<sup>355</sup> Elias, Die Einsamkeit der Sterbenden, S. 33f.



Infragestellung patriarchaler Lebensverhältnisse waren dort gängige Argumentationsfiguren. Im Blick auf das Gesundheitssystem fanden sie Ausdruck als Forderung nach einem Mehr an Patientenautonomie und gingen mit einer scharfen Kritik an einer paternalistisch geprägten und die Therapie-Maschine über das subjektive Empfinden der Patienten setzenden Medizin einher.<sup>356</sup> Umwelt- und Frauenbewegung spielten in diesem Zusammenhang ebenso eine Rolle wie die aus dem alternativen Milieu hervorgehenden Bemühungen um die Organisation von Selbsthilfe. Dass das Krankenhaus als Feld gesellschaftlicher Kritik in dieser Zeit entdeckt wurde, hatte auch damit zu tun, dass das Gesundheitssystem infolge der absehbaren demographischen Verschiebung als überlastet und reformbedürftig galt.

In diesem Kontext wurden die Selbsterfahrungsberichte von an Krebs erkrankten Menschen zunehmend politischer. Die ersten um 1970 veröffentlichten Erzählungen hatten noch ganz im Zeichen der Hoffnungsdiskussion gestanden. Es ging darum zu zeigen, dass und wie eine Krebserkrankung überlebt werden konnte. „Ich habe den Krebs überwunden“ betitelte denn auch die österreichische Journalistin Elisabeth Keller ihr „Tagebuch einer Mutter“, das mit einem Vorwort von Käte Strobel, der Bundesministerin für Gesundheitswesen, 1969 herausgegeben und von der *Deutschen Krebsgesellschaft* unterstützt wurde.<sup>357</sup> Zwar betonte Elisabeth Keller die Bedeutung von Ernährung und Lebenseinstellung für die Heilung, kritisierte aber in keiner Weise die schulmedizinischen Methoden. Im Gegenteil: Sie stellte sich energisch in den Dienst der unter anderem von der *Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung* organisierten Früherkennungskampagnen. Auch eine im April 1970 unter dem Titel „Ich hatte Krebs“ ausgestrahlte Dokumentation von Sigrid Schenkenberger, die zur besten Sendezeit als Beitrag des populären „Gesundheitsmagazins Praxis“ gezeigt wurde, diente letztlich der gesundheitspolitisch propagierten Früherkennung. So erklärte eine Stimme aus dem Off am Ende des Beitrags:

---

<sup>356</sup> Vgl. dazu als Überblick: Herbert, *Geschichte Deutschlands*, S. 912-922 sowie Schildt/Siegfried, *Deutsche Kulturgeschichte*, S. 365-374. Zum alternativen Milieu vgl. auch Reichardt, *Authentizität und Gemeinschaft*.

<sup>357</sup> Keller, *Ich habe den Krebs überwunden*. Elisabeth Keller engagierte sich ab 1970 beim *Bayerischen Landesverband für Krebsbekämpfung* und baute dort eine Art frühe Selbsthilfegruppe auf, eine Laienorganisation, die sich besonders um die „menschlichen Probleme“ der Krebspatienten kümmern wollte, wie sie in der von Sigrid Schenkenberger gedrehten Dokumentation „Ich hatte Krebs“ erklärte (*Gesundheitsmagazin Praxis*, 13.04.1970).

„Menschen unter uns. Sie haben den Krebs überwunden und sie sprachen fast selbstverständlich darüber, um uns anderen die Angst zu nehmen: Früherkennung als einzige aussichtsreiche Möglichkeit: für die Hoffnung, nach Jahren der Ungewissheit sagen zu können: Ich hatte Krebs.“<sup>358</sup>

#### 4.8 Die Politisierung des Tabubruchs und die Entdeckung der zweiten Chance

Mit einer ganz anderen Stimme sprach dagegen fünf Jahre später die Schauspielerin Hildegard Knef, die die Geschichte ihrer Brustkrebstherapie 1975 in einem Buch veröffentlichte, das sie in Anspielung auf die Art, wie die Ärzte ihr die Diagnose mitgeteilt und sie danach behandelt hatten, mit dem Titel „Das Urteil“ versah.<sup>359</sup> Während sich die Medien bereits vor der Veröffentlichung des Buches in der Erwartung intimer Details förmlich überschlugen, erklärte Hildegard Knef in einem Exklusiv-Interview den *Stern*-Lesern, warum sie dieses Buch geschrieben habe:

„Ich wollte ein paar heilige Kühe schlachten. Da ist einmal diese heilige Kuh, das Krankenhaus. Ich fand, es mußte einmal gesagt werden, welche Hölle sich hinter den geputzten Mauern abspielt. Warum wird ein Kranker schon an der Pforte entmündigt, behandelt wie ein Idiot? [...] Wie es dem Patienten geht, ist egal. [*Stern-Frage: Welche heilige Kuh meinten Sie noch?*] Die Diktatur der Ärzte. [...] Ich finde, Ärzte sollten sich hin und wieder prüfen, inwieweit sie dem Größenwahn der Stehenden verfallen. Dieses ewige Niedergucken auf Liegende tut denen nicht gut. [...] Sie [die Medien] werden mir alles unterstellen – daß ich eine Exhibitionistin bin, eine Masochistin, warum? Weil ich ein Tabu angreife. [*Stern-Frage: Welches Tabu?*] Die Mystifikation der Krankheit Krebs. Wo zu Großmutterns Zeiten Sex tabu war, sind heute Sterben, Tod und Krebs tabu, das ist unsere moderne Pornographie.“<sup>360</sup>

Bei diesem Generalangriff gegen die moderne Medizin ging es nicht mehr darum, ein Zeichen der Hoffnung zu setzen, sondern um Selbstbehauptung gegenüber den Zumutungen des „modernen“ Krankenhausbetriebs. Dass Knef dabei Krebs zum Tabu der Moderne erklärte, hatte allerdings einen doppelten Boden: Denn ihr war das „Urteil“, die Krebsdiagnose, gerade nicht von den Ärzten verschwiegen worden. Ungeschickt, zögernd und medizinisch verklausuliert hatte ihr einer der Ärzte ihrem eigenen Bericht zufolge mitgeteilt: „Es ist ein Carcinom, kirschgroß.“<sup>361</sup> Das Tabu verortete Knef dagegen in der modernen Industriegesellschaft, für die an Krebs erkrankte Menschen

<sup>358</sup> Ich hatte Krebs, Dokumentation von Sigrid Schenkenberger, ausgestrahlt am 13.04.1970 im Gesundheitsmagazin Praxis. ZDF-Archiv.

<sup>359</sup> Knef, Das Urteil oder der Gegenmensch.

<sup>360</sup> Windmüller, Ich will mich nicht bedauern, S. 67. Im Anschluss an das Interview begann der dem *Stern* zugesicherte Vorabdruck von Knefs Buch: Vgl. Hildegard Knef, Das Urteil, Serie in neun Teilen, in: *Stern* 19-27 (1975).

<sup>361</sup> Knef, Das Urteil oder der Gegenmensch, S. 9.

als Negierung von Erfolg und Machbarkeitsideal gelten würden, denn: „Wen es dann trifft, der ist ein aus der Leistungsgesellschaft ausgestoßenes Wesen, ein störendes Objekt, das man wie alte Leute bitte doch lieber wegräumt.“<sup>362</sup>

Auch der Züricher Fabrikantensohn und Lehrer Fritz Zorn, der seine Krebserkrankung 1977 in einem nach dem Kriegsgott „Mars“ benannten, postum publizierten Buch öffentlich thematisierte, interpretierte seine Krankheitserfahrung politisch.<sup>363</sup> Allerdings richtete sich seine Kritik nicht gegen das medizinische System, sondern einzig gegen die „bürgerliche“ Gesellschaft, in der er aufgewachsen war und die ihn nach seiner Überzeugung gelehrt hatte, sich seinem wahren Ich, seinen „wirklichen“ Gefühlen zu entfremden, sie vor anderen und vor sich selbst hinter einer Fassade der wohl geordneten und stets kontrollierten Gefühle zu verstecken. Diese Degeneration des authentischen Selbst, wie es zeitgenössisch gefasst wurde, habe den Boden für seine Krebserkrankung bereitet. Diese psychosomatisch gewendete politische Lesart von Krebs avancierte zu einem Kultbuch des alternativen Milieus der 1980er Jahre, verschob aber zugleich den Fokus des Tabus: Denn auch Zorn war die Krebsdiagnose mitgeteilt worden, hier war nicht Krebs das Tabu, sondern das „authentische“ Gefühl, das allein lebendig genug war, um den Krebs an seinem „falschen“ Wachstum zu hindern.

Obwohl es bei dieser neuartigen politischen Thematisierung von Krebs also nicht mehr darum ging, das Tabu in der konkreten Arzt-Patienten-Beziehung einzureißen, trug diese politische Aufladung dazu bei, die Diskussion um das Verschweigen der Krebsdiagnose zu einem öffentlich immer stärker wahrgenommenen Thema zu machen. Es wurde nun zunehmend auch als eine Art Indikator dafür verstanden, wie ehrlich und „authentisch“ die Mediziner den Patienten als Menschen begegneten. Die Aporien des Verschweigens wurden dementsprechend in dieser Diskussion immer stärker zugespitzt, wie etwa eine Geschichte zeigt, mit der Fritz Meerwein, einer der Wegbereiter der deutschsprachigen Psychoonkologie, seine „Bemerkungen zur Arzt-Patientenbeziehungen bei Krebskranken“ 1976 einleitete:

„Ein 35jähriger Mann, Vater von fünf Kindern, suchte 31jährig erstmals seinen Hausarzt wegen Oberbauchbeschwerden auf. Eine Laparotomie ergab Verdacht auf Pancreas-Carcinom. Der Tumor wurde reseziert, die Histologie ergab damals jedoch keine Malignität. [...] Vier Jahre später und nach der Geburt

---

<sup>362</sup> Windmüller, Ich will mich nicht bedauern, S. 69.

<sup>363</sup> Zorn, Mars.

seines fünften Kindes hat der Mann erneut Beschwerden. Eine Laparotomie ergibt ein weit metastasierendes, inoperables Pancreas-Carcinom.

Zu Beginn der klinischen Vorstellung, noch in Abwesenheit des Patienten, fordert der Dozent das Auditorium auf, mit dem nun vorzustellenden Patienten Mitleid zu empfinden und während der Vorstellung nicht zu reden. Daraufhin wird der Patient in den Hörsaal gefahren, wo er eine kurze Darstellung seiner Anamnese abliefert. Der Dozent versichert daraufhin dem Mann, daß nun bald alles wieder gut werde und daß er ihm gute Besserung wünsche. Nachdem der Patient wieder aus dem Hörsaal gefahren worden ist und der Dozent sich vergewissert hat, daß die Tür geschlossen wurde, erklärt er den Studenten, daß die Lebenserwartung des Kranken noch höchstens sechs Monate betrage.

Hierauf will ein Student wissen, wer die Verantwortung dafür trage, daß der Patient über seine Diagnose und seine Lebenserwartung richtig informiert werde. In seiner Antwort betont der Dozent die Notwendigkeit, den Patienten in eine optimistische Stimmung zu versetzen. Er schlägt jedoch vor, die Ehegattin des Mannes kommen zu lassen, um sie aufzuklären. Es handle sich um ein intrafamiliäres Problem. [...].

Ein anderer Student weiß aus eigener, familiärer Erfahrung, daß es etwas Entsetzliches für einen Sterbenden sei, zu erkennen, daß er während langer Zeit von seinen Ärzten belogen worden ist und bringt dies dem Auditorium zur Kenntnis. Er wird von Buh-Rufen der Mitstudenten unterbrochen, die die Auffassung vertreten, es stelle keine Lüge dar, einem Menschen die Wahrheit vorzuenthalten. Hier müsse differenziert werden. In seinem Schlußwort unterstreicht der Dozent die Notwendigkeit, im Umgang mit den Kranken Menschlichkeit walten zu lassen.<sup>364</sup>

Ob sich diese Szene tatsächlich so zugetragen hat oder von Fritz Meerwein als prägnantes Beispiel für den ärztlichen Umgang mit an Krebs erkrankten Patienten konstruiert wurde, geht aus dem Kontext des Aufsatzes nicht zweifelsfrei hervor. Es fällt jedoch auf, dass die Täuschung hier – im Unterschied zu allen in der ärztlichen Literatur zuvor kolportierten Geschichten – in vielerlei Hinsicht auf die Spitze getrieben wurde: Nicht nur wussten der Arzt, die Krankenschwestern und nächsten Angehörigen Bescheid, sondern es waren sämtliche im Hörsaal versammelten Studenten in die Täuschung eingeweiht. Sie blickten aus den Stuhlreihen auf den offenbar ahnungslosen Patienten herab, dessen Täuschung wie ein Theaterstück vor ihren wissenden Augen dargeboten und dessen „Todesurteil“ nach dessen „Abgang“ von der Bühne des Auditoriums verkündet wurde. Dieser theatrale Charakter der Szenerie, ihre deutlich sichtbare Fassadenhaftigkeit, wurde gegen Ende der Erzählung sogar noch ins

---

<sup>364</sup> F. Meerwein/S. Kauf/G. Schneider, Bemerkungen zur Arzt-Patientenbeziehung bei Krebskranken, in: Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychoanalyse 22, 3 (1976), S. 278-300, hier S. 278f.

Demagogisch-Schauprozesshafte verschoben, indem der Bedenken tragende Student von seinen Kommilitonen öffentlich ausgebuht wurde.

Ob wahr oder konstruiert: Meerwein und seine Ko-Autoren werden diese Szene mit Bedacht ausgewählt haben, gerade weil das Herablassende, den Patienten zum Objekt Degradierende so offensichtlich zu Tage trat und in der Struktur des Raumes und der Situation einen geradezu greifbaren Ausdruck fand. Dass der Einwand des einzigen Studenten, der aus persönlicher leidvoller Erfahrung sprechen konnte, nicht nur überhört, sondern aggressiv niedergebuhnt wurde, verschärfte diesen Eindruck, sollte aber – wie Meerwein im Verlauf des Aufsatzes ausführte – auch andeuten, dass hinter der Herablassung mehr steckte als nur paternalistische Täuschung von Seiten der Wissenden: Verborgener hinter dieser souveränen Fassade lauerte die angstvolle Abwehr des Todes. Meerwein und seinen Kollegen ging es damit um mehr als nur um die Diagnosemitteilung – letztlich war diese Situation für Meerwein eine Urszene der Spaltung zwischen Denken und Fühlen, wie sie nicht nur für die Arzt-Patienten-Beziehung kennzeichnend war – eine Spaltung, die dazu führte, dass der Arzt, der Mensch, in seiner inneren Haltung und seinem Handeln nicht „echt“ war.<sup>365</sup> Die großen Dichotomien – Innen und Außen, Fühlen und Denken – wurden hier aufgehoben, Echtheit als vollständige Übereinstimmung mit sich selbst definiert.

Meerwein griff damit die Idee des authentischen Selbst als neues Ideal einer alternativen Gesellschaft auf. So formulierten es zeitgleich auch andere Psychotherapeuten und Psychologen ebenso wie Gruppen aus dem alternativen Milieu als Anspruch und konkrete Utopie, die durch kontinuierliche Arbeit am eigenen Selbst verwirklicht werden sollte.<sup>366</sup> Die moderne bürgerliche Spaltung des Individuums war in dieser Sicht nicht spezifisch für Ärzte oder Patienten, sondern gleichbedeutend mit der Krankheit des Individuums in der Gesellschaft schlechthin, wie es etwa der Psychoanalytiker Horst-Eberhard Richter, Inhaber des ersten Lehrstuhls für Psychotherapie und psychosomatische Medizin in der Bundesrepublik, ausdrückte.<sup>367</sup> Krank waren also

---

<sup>365</sup> Meerwein/Kauf/Schneider, Bemerkungen, S. 288f.

<sup>366</sup> Sven Reichardt, Authentizität als Selbstbeschreibungskategorie im linksalternativen Milieu, in: Heike Kempe (Hg.), Die „andere“ Provinz. Kulturelle Auf- und Ausbrüche im Bodenseeraum seit den 1960er Jahren, Konstanz 2014, S. 11-20; Eitler/Elberfeld, Von der Gesellschaftsgeschichte, S. 22. Zur Genealogie des eng mit dieser Geschichte des Selbst verbundenen sogenannten Psycho-booms vgl. Maik Tändler, „Psychoboom“. Therapeutisierungsprozesse in Westdeutschland in den späten 1960er und 1970er Jahren, in: Maasen/Elberfeld/Eitler/Tändler (Hg.), Das beratene Selbst, S. 59-94 sowie Tändler, Das therapeutische Jahrzehnt.

<sup>367</sup> Horst-Eberhard Richter, Die Gruppe. Hoffnung auf einen Weg, sich selbst und andere zu befreien, Reinbek bei Hamburg 1972, S. 14.

alle. Aber die ernsthaft körperlich Kranken wurden aus ihrem Alltag und ihren Routinen herausgerissen, waren unmittelbar existentiell bedroht – das erschien auf den ersten Blick als Bürde und als Leiden, konnte sich aber auch als Chance erweisen. Denn die sichtbare Krankheit figurierte in dieser Lesart als manifester Ausdruck der allgemeinen Pathologie und bot damit auch einen greifbaren Anlass, „Fragen nach einem neuen Sinn des Lebens zu stellen“ oder die „Wiedergeburt“ eines verlorengegangenen „echten“ Lebens einzuleiten.<sup>368</sup>

Voraussetzung dafür war die „Wahrhaftigkeit“ des Arztes. Erst sie gab den Weg frei, um im gemeinsamen Gespräch an einem „Neubeginn“ des Lebens zu arbeiten. Im Unterschied zu den theologisch-philosophischen Diskussionen der 1950er und frühen 1960er Jahre ging es hier also nicht mehr um die (Neu-)Belebung der Hoffnung aus einer Situation der Hoffnungslosigkeit heraus, die psychosomatisch gewendet zu Heilung und Weiterleben beitragen konnte. Vielmehr stand das Ziel im Vordergrund, die Spaltung in innere und äußere Person, in fühlendes und denkendes Subjekt zu überwinden. Auf diesem Weg musste über die verleugneten, verdrängten oder versteckten „negativen“ Gefühle, vor allem über die Angst, gesprochen werden, um in dieser Auseinandersetzung Kräfte der Heilung und Gesundung im eigenen Selbst zu entdecken und zu formen. So verstanden ging es darum, der Krankheit selbstbestimmt zu begegnen, ihr ebenso wenig wie dem medizinischen „Apparat“ ausgeliefert zu bleiben.

Diese Konzepte wurden in der Bundesrepublik anfänglich vor allem von der Gesprächspsychotherapie vertreten, die das Psychologen-Ehepaar Reinhard und Anne-Marie Tausch seit den 1960er Jahren zunächst auf dem Feld der Pädagogik entwickelt hatte.<sup>369</sup> Wie eine solche Gesprächstherapie aussehen konnte, führten die Tauschs ab 1978 vier Mal im Jahr im „Psycho-Treff“ vor, der im SWR ausgestrahlt, aber auch von anderen Fernsehsendern übernommen wurde. Ein absolutes Novum bot sich hier den Zuschauern, die erstmals am Bildschirm einer Gruppen-Psychotherapie unter Anleitung von zwei Psychologen zusehen und mitverfolgen konnten, wie im Gespräch aller Gruppenteilnehmer deren Gefühle und psychische Leiden besprochen wurden, um

---

<sup>368</sup> So beschrieb die Psychologin Anne-Marie Tausch ihre Haltung gegenüber ihrer eigenen Krebserkrankung, vgl. dies., *Gespräche gegen die Angst. Krankheit als ein Weg zum Leben*, Reinbek bei Hamburg 1981, S. 87. Vgl. zu dieser Rhetorik des Selbst-Wandels: Arthur W. Frank, *The Rhetoric of Self-Change: Illness Experience as Narrative*, in: *Sociological Quarterly* 34 (1993), S. 41-45.

<sup>369</sup> Tändler, *Psychoboom*, S. 82f.

durch das Sprechen über diese Gefühle Zugang zum eigenen, „echten“ und gesunden Selbst zu bekommen.<sup>370</sup>

Ging es hier zunächst um psychisch leidende Menschen, wandte sich Anne-Marie Tausch wenig später auch an Krebs erkrankten Menschen zu. Bei dieser Arbeit agierte sie sowohl als Psychologin als auch als Patientin, da bei ihr kurz nach Beginn dieser Arbeit Krebs diagnostiziert wurde. Ihre Erfahrungen mit dieser Form der Therapie publizierte sie 1981 unter dem Titel „Gespräche gegen die Angst“.<sup>371</sup> Krebskranken die Wahrheit über ihre Krankheit zu sagen, stellte Tausch hier in Anlehnung an Kübler-Ross als Zustimmung zu einer „Philosophie des Lebens“ dar, bei der es zwar auch um das Weiterleben ging, mehr noch aber darum, überhaupt erst leben zu lernen, „intensiv“, „echt“ und „selbstbestimmt“, warum sie ihrem Buch auch den Untertitel „Krankheit als ein Weg zum Leben“ gab.<sup>372</sup> Sie konnte dabei auf eine Reihe von amerikanischen Psychologen verweisen, die die Diagnose Krebs ebenfalls als „Wendepunkt und Neubeginn“ verstanden wissen und Anleitung zu einem ganzheitlichen „Wieder gesund werden“ geben wollten, indem sie Krebspatienten ermutigten, ihre Gefühle und ihren Körper wahrzunehmen und zu erforschen. Besonders einflussreich waren (und sind) in dieser Hinsicht die ins Deutsche übersetzten Bücher von Lawrence LeShan sowie von C. Carl Simonton und Stephanie Matthews-Simonton.<sup>373</sup>

Wie genau dieser Weg zum Leben und zur Heilung aussehen sollte, welche Therapien und Körpertechniken dabei erlernt und genutzt werden sollten – darüber gingen die Meinungen durchaus auseinander. Gemeinsam war aber allen Empfehlungen die Konzentration auf eine Form der Ganzheitlichkeit, die alle modernen Zertrennungen zusammenführen sollte – Körper und Psyche, Denken und Fühlen, Ich und Gesellschaft, aufgehoben in einer Form des Allumfassenden, die Gott, das Göttliche oder das Universum heißen konnte. Aus dieser unendlichen Verbindungsanstrengung,

---

<sup>370</sup> Der Psycho-Treff wurde erstmal 1978 ausgestrahlt. Die Medienresonanz war zum Teil durchaus kritisch, insbesondere wurde kritisiert, dass hier die inneren Gefühle psychisch leidender Menschen einer breiten Öffentlichkeit gegenüber ungeschützt zur Schau gestellt würden. Vgl. etwa Thomas von Randow, Psychotreff im Fernsehen, in: zeit-online (22.09.1978), (<http://www.zeit.de/1978/39/psychotreff-im-fernsehen>, letzter Zugriff 29.03.2017).

<sup>371</sup> Tausch, Gespräche.

<sup>372</sup> Tausch, Gespräche, S. 118, 129 und 177.

<sup>373</sup> O. Carl Simonton/Stephanie Matthews-Simonton/James Creighton, Wieder gesund werden. Eine Anleitung zur Aktivierung der Selbstheilungskräfte für Krebspatienten und ihre Angehörigen, Reinbek bei Hamburg 1982 (Original 1978); Lawrence LeShan, Psychotherapie gegen den Krebs: über die Bedeutung emotionaler Faktoren bei der Entstehung und Heilung von Krebs, Stuttgart 1982 (Original 1977) sowie ders., Diagnose Krebs (Original 1989).

bei der die Wahrnehmung der eigenen Gefühle, insbesondere die Akzeptanz der Angst, eine wesentliche Rolle spielte, konnte und sollte sich die Identität mit dem eigenen, authentischen und damit heilen Selbst ergeben. Die positiven Kräfte in sich zu mobilisieren, positive Gefühle durch Visualisierung, durch eine bewusste „Arbeit“ am Gefühl zu modellieren, gehörte ebenfalls zum *Common Sense* der unterschiedlichen Konzepte, die sich in die in den 1970er und 1980er Jahren immer populärere *New Age*-Bewegung einfügten.<sup>374</sup>

Auch wenn sich nun keineswegs alle und nicht einmal die Mehrheit der an Krebs erkrankten Menschen den Praktiken des *New Age* zuwandten: die Idee, dass die Krebsdiagnose zu einer intensiven Auseinandersetzung mit dem bisherigen eigenen Leben, mit den eigenen Gefühlen und der Art und Weise, diese wahrzunehmen, zuzulassen und zu bearbeiten, führen konnte, der Gedanke, dass sich auf diese Weise die Chance zu einem neuen, „echteren“ Leben eröffnen konnte, fand enormen Widerhall. Ob dieser Wendepunkt des Lebens immer zur körperlichen Heilung führen würde, blieb unsicher. Aber möglicherweise war das auch nicht der alles entscheidende Punkt, selbst wenn das Überleben so unendlich kostbar schien: Zu dieser Schlussfolgerung gelangte die an Brustkrebs erkrankte Amerikanerin Treya Wilber in einem Gespräch mit ihrem Mann Ken, das dieser postum veröffentlichte und das bald auch ins Deutsche übersetzt wurde. Nachdem Treya Wilber eine Liste aller möglichen Faktoren erstellt hatte, die die Krebsentstehung gefördert haben mochten und die sie deshalb in ihrem Leben verändern wollte, kamen beide zu der Überzeugung, dass es letztlich nur wenig Beweise dafür gebe, ob etwa das Zulassen ihrer zuvor unterdrückten Wut und Traurigkeit ihre Heilung fördern würde. Und genau dieses Erkenntnis empfand Treya Wilber als Befreiung zu einem selbstbestimmten Handeln an sich selbst, so wie ihr Mann es in die Worte fasste:

„Du mußt nicht vom Krebs gesagt bekommen, was du zu tun hast, du weißt es schon. Also los. Machen wir einen neuen Anfang. Ich helfe mit. Wird ein Heidenspaß. Ehrlich. Rede ich Blödsinn? Wir nennen es ‚Spaß mit dem Krebs‘, wie findest Du das?‘ Wir mußten beide laut lachen. Aber die Sache leuchtete mir völlig ein, [...]. Ich wollte – und brauchte – einen Sinn und Zweck dieser

---

<sup>374</sup> Zum *New Age* mit einer besonderen Betonung der emotionshistorischen Aspekte: Pascal Eitler, Angst ist eine Lüge. Emotion und Religion im „New Age“, in: *Geschichte der Gefühle – Einblicke in die Forschung* (Oktober 2013), doi: 10.14280/08241.3 sowie mit einer Problematisierung der „Selbstheilung“ am Beispiel des Yoga: ders., „Selbstheilung“. Zur Somatisierung und Sakralisierung von Selbstverhältnissen im New Age, in: Sabine Maasen/Jens Elberfeld/Pascal Eitler/Maik Tändler (Hg.), *Das beratene Selbst. Zur Genealogie der Therapeutisierung in den „langen“ Siebzigern*, Bielefeld 2011, S. 161-181.



Erfahrung. Und das konnte für mich nur dadurch geschehen, daß ich so tat, als hätte sie diesen Sinn, indem ich sie durch mein Denken und Handeln mit diesem Sinn erfüllte.“<sup>375</sup>

Das Verschweigen der Krebsdiagnose erschien dadurch in einem gänzlich neuen Licht: Es verwehrte den an Krebs erkrankten Menschen die Chance, das ihnen verbleibende Leben von Grund auf neu zu gestalten, in der ihnen verbleibenden kurzen oder langen Zeit zu ihrem „echten“ Selbst zu finden, dieses Leben intensiv und sinnvoll zu leben.<sup>376</sup> Und es verhinderte auch, eigene Entscheidungen darüber zu treffen, welchen Weg der Heilung jede/r Einzelne beschreiten wollte in einer Zeit, in der die Skepsis gegenüber der Schulmedizin wuchs und auch innerhalb der Schulmedizin viele jahrelang gültige Dogmen wie etwa das der „radikalen“ Operation in Frage gestellt wurden. Die Krebsdiagnose zu verschweigen erschien also nicht nur zunehmend technisch unmöglich und im Blick auf Störungen der Arzt-Patienten-Beziehung gefährlich. Die Vermeidung von Verzweiflung, Hoffnungslosigkeit und Angst als Reaktion auf die Diagnosemitteilung verlor in den Augen vieler ihre positive Bedeutung: Denn diese Gefühle waren notwendig und angemessen, aber sie erschienen auch überwindbar oder zumindest ertragbar durch „Arbeit“ am Selbst, die zugleich einen inneren Neubeginn bringen konnte.

#### ***4.9 Vom Ob zum Wie: Gesprächsstrategien im Zeitalter der Empathie***

Damit änderte sich die öffentliche Wahrnehmung des Problems ebenso wie die medizinische Praxis. Wie eine Emnid-Umfrage 1980 zeigte, erfuhren in den bundesdeutschen Kliniken zwei von drei Patienten ohne explizite Nachfrage ihrerseits, dass sie an Krebs erkrankt waren. Praktische Ärzte taten sich da schwerer: Sie gaben oft nur dann Auskunft, wenn sie direkt gefragt wurden.<sup>377</sup> Der Trend war jedoch eindeutig: Die Zahl der Ärzte, die die Diagnose von sich aus mitteilten, nahm stetig zu.<sup>378</sup> Für die DDR

<sup>375</sup> Ken Wilber, Mut und Gnade. In einer Krankheit zum Tode bewährt sich eine große Liebe – das Leben und Sterben der Treya Wilber, München 1992, S. 67 (Original „Grace and Grit“, 1991).

<sup>376</sup> Ähnlich äußerten sich viele Gesprächspartner von Anne-Marie Tausch, deren Gedanken sie in ihrem Buch wiedergab: Tausch, Gespräche, S. 93 und 129.

<sup>377</sup> Im Mittel verließ aus diesem Grund die Hälfte aller Patienten den Arzt, ohne zu wissen, dass sie an Krebs erkrankt waren, vgl. Folker Kraus-Weysser, Nur jeder zweite deutsche Arzt sagt Krebskranken die Wahrheit, in: Welt am Sonntag 28 (1980), S. 16.

<sup>378</sup> Dieser Trend galt keineswegs nur für Deutschland, sondern ließ sich für viele Länder der Welt feststellen, wie eine von Jimmie Holland, einer der führenden amerikanischen Psychoonkologinnen angeregte Studie 1987 belegte: Jimmie C. Holland u.a., Psychological Issues: An International Survey of Physician Attitudes and Practice in Revealing the Diagnosis of Cancer, in: Cancer Investigation 5, 2 (1987), S. 151-154. Einzig die USA fielen aus diesem Trend insofern heraus, als dort bereits Ende der 1970er Jahre ca. 90% der Ärzte ihren Patienten mitteilten, dass sie Krebs

liegen zwar keine vergleichbaren Umfrageergebnisse vor, doch traten einige namhafte Onkologen für die Diagnosemitteilung ein und setzten einen entsprechenden Umgang auch an den von ihnen geleiteten Kliniken durch, so dass für die DDR ein ähnlicher Trend zu vermuten ist.<sup>379</sup> In der Bundesrepublik spielten bei dieser Entwicklung jene Organisationen eine große Rolle, die die Interessen und Perspektiven der an Krebs erkrankten Menschen in den Mittelpunkt rückten und stärker berücksichtigt wissen wollten: Dazu zählte die 1974 von Mildred Scheel, Ehefrau des damaligen Präsidenten Walter Scheel, gegründete *Deutsche Krebshilfe*. Dazu gehörten aber auch und vor allem die immer zahlreicheren Selbsthilfegruppen, deren Anliegen es war, „Krebs aus der Tabuzone“ zu holen, und die bei diesem Unterfangen oft auch von Ärzten unterstützt wurden.<sup>380</sup>

Gleichzeitig begann sich die Psychoonkologie als eigenständiges Fachgebiet innerhalb der Medizin zu etablieren: Erste Forschungsprojekte zur psychosozialen Betreuung Krebskranker wurden an ausgewählten Kliniken seit 1978 durchgeführt und von der *Deutschen Krebshilfe* gefördert. 1983 wurde die *Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Psychoonkologie e.V. (dapo)* gegründet, 1988 die *Arbeitsgemeinschaft Psychoonkologie (PSO) in der Deutschen Krebsgesellschaft*. Dass dementsprechende

---

hatten, vgl. D. H. Novack u.a., Changes in Physicians' Attitudes Toward Telling the Cancer Patient, in: JAMA 241, 9 (1979), S. 897-900.

<sup>379</sup> Die historische Forschung ist sich in dieser Hinsicht nicht einig: Während Ernst Günther zu dem Ergebnis kommt, dass die „schonende Lüge“ bis zum Ende der DDR in Gebrauch blieb, stellt Susanne Hahn fest, dass sich seit den 1970er Jahren langsam eine andere Praxis durchzusetzen begann. Für eine solche Trendwende sprechen etwa die Aufsätze von Roland Jacob, Chefarzt der Radiologie im *Städtischen Klinikum Berlin-Buch*, vgl. ders. Die psychische Führung sowie Ernst Günther, Das Arztrecht in der DDR und seine Beziehung zur ärztlichen Ethik: Erfahrungen aus dem Umgang mit ärztlichen Fehlleistungen, in: Hartmut Bettin/Mariacarla Gadebusch Bondio (Hg.), Medizinische Ethik in der DDR. Erfahrungswert oder Altlast?, Lengerich 2010, S. 86-93, hier S. 89 und Susanne Hahn, Ethische Fragen und Problemlösungen des Schwesternberufes im DDR-Gesundheitswesen, in: Bettin/Gadebusch Bondio (Hg.), Medizinische Ethik, S. 73-85, hier S. 78. Roland Jacob berichtete im rückblickenden Gespräch davon, dass diese Praxis nicht unwidersprochen geblieben sei. Stephan Tanneberger, seit 1975 Chefarzt der *Robert-Rössle-Klinik*, berichtete, dass manche Patienten bereits über ihre Krebserkrankung Bescheid gewusst hätten, als sie in die *Rössle-Klinik* kamen, viele aber auch nicht. Er habe in seiner Klinik die Politik vertreten, dass die Krebsdiagnose nicht jedem Patienten mitgeteilt werden sollte. Er habe eine Krebsdiagnose nur solchen Patienten eröffnet, die durch Fragen zu erkennen gaben, dass sie es wissen wollten, oder die nach seiner aus den Krankenakten und im Gespräch gewonnenen Einschätzung das Wissen ertragen konnten. Vgl. Gespräch mit Roland Jacob (4. November 2016) und Gespräch mit Stephan Tanneberger (11. Oktober 2016).

<sup>380</sup> So die Selbstbeschreibung der 1976 in Mannheim gegründeten *Frauensebsthilfe nach Krebs e.V.*, eine der ältesten Krebs-Selbsthilfegruppen der Bundesrepublik: (<http://www.frauensebsthilfe.de/wir-ueber-uns/wer-wir-sind/geschichte-der-fsh/geschichte-der-fsh.html>, letzter Zugriff 03.04.2017). Emmy Weiss, die sich 1977 der *Frauensebsthilfe nach Krebs* anschloss, berichtete in einem von Susanne Volpers 2015 geführten Interview, dass erst ihr behandelnder Arzt sie auf diese Initiative hingewiesen hatte. Das Interview findet sich auf der oben angegebenen Homepage des Vereins. Der Aufruf erschien am 2. September 1976 in der Zeitung *Mannheimer Morgen*.

Gedanken auch von engagierten Bürgerinnen und Bürgern ebenso wie von Medizinern innerhalb der DDR registriert wurden, machte nicht zuletzt Christa Wolf mit einem Vortrag deutlich, den sie 1991 auf der Jahrestagung der *Deutschen Krebsgesellschaft* hielt. Gegen Ende ihrer Rede über „Krebs und Gesellschaft“ verwies sie auf die Erfahrung einer an Brustkrebs erkrankten Bekannten und gab deren Deutung ihrer Erkrankung wieder:

„Ich ‚brauchte‘ die Bedrohung des Todes, um Kontakte zu wagen, in denen ich fragil, verletzt, ausgeliefert war, was ich sonst nicht zugelassen hätte, und ich war gezwungen, die totale Verantwortung für meinen Weg selbst zu übernehmen. Ich entdeckte in mir die Überzeugung, daß erst angesichts des Todes eine tiefe Nähe zu anderen möglich wird.“<sup>381</sup>

Nach 1990 herrschte damit weitgehend Konsens in Deutschland, dass an Krebs erkrankten Menschen ihre Diagnose mitgeteilt werden sollte. Dieser Konsens wurde in verschiedenen Verlautbarungen immer wieder als schützenswertes Recht bestätigt.<sup>382</sup> Die Diskussion konzentrierte sich seitdem vor allem auf die Frage des Wie. Einerseits spielten dabei die rechtlichen Rahmenbedingungen eine große Rolle, die eine weitgehende Risikoaufklärung verlangten. Diese Betonung des (haftungs-)rechtlichen Aspekts, dem durch umfangreiche und dokumentierte Aufklärung Genüge getan werden kann, steht in der klinischen Praxis seitdem oft im Vordergrund – unter der nun gültigen Prämisse, dass die Diagnosemitteilung notwendig und positiv ist, ein ethischer Zweifel am Ob der Mitteilung also nicht besteht.<sup>383</sup>

Außerdem – angesichts einer nach wie vor bescheidenen Ausstattung vieler Kliniken mit Psychoonkologen – gibt es seit einigen Jahren immer mehr Bestrebungen, Techniken der Diagnosemitteilung in der medizinischen Aus- und Fortbildung an (angehende) Ärzte zu vermitteln. Diese Techniken orientieren sich überwiegend an Kommunikationsmodellen, die das Gespräch als eine formalisierte, erlernbare Technik

---

<sup>381</sup> Christa Wolf, *Krebs und Gesellschaft*, S. 136.

<sup>382</sup> Vgl. zu den Diskussionen um den Schutz der Patientenrechte und die verschiedenen Versuche, eine rechtsverbindliche Festlegung zu treffen: Jörg Gstöttner, *Der Schutz von Patientenrechten durch verfahrensmäßige und institutionelle Vorkehrungen sowie den Erlass einer Charta der Patientenrechte*, Frankfurt a.M. u.a. 2005. Mit dem am 20.02.2013 verabschiedeten „Gesetz zur Verbesserung der Rechte von Patientinnen und Patienten“ wurde die vorerst letzte Fassung rechtsgültig, vgl. *Bundesgesetzblatt Teil I Nr. 9 (2013)*, ausgegeben zu Bonn am 25.03.2013 ([http://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user\\_upload/downloads/Patientenrechtegesetz\\_B\\_GBl.pdf](http://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/Patientenrechtegesetz_B_GBl.pdf), letzter Zugriff: 13.03.2017).

<sup>383</sup> Johannes Lutterbach u.a., *Qui nescit simulare nescit curare – Wer nicht täuschen kann, kann nicht heilen. Anmerkungen zur Aufklärung von Patienten in der (Radio-)Onkologie*, in: *Strahlentherapie und Onkologie* 180, 8 (2004), S. 469-477, hier S. 470.

der Gesprächsführung in einzelne Schritte zerlegen.<sup>384</sup> Ob SPIKES oder NURSE – wie zwei einflussreiche Modelle als Akronyme gefasst werden:<sup>385</sup> Die Gefühle der Patienten stehen im Vordergrund dieser Techniken. Sie versprechen, dass diese Gefühle mithilfe erlernter Strategien von Seiten des Arztes gesteuert werden können. Diese Strategien werden Medizinstudenten und Ärzten in Leitfäden und Seminar-Skripts vermittelt, die außerdem Hinweise geben, wie viel Zeit für ein solches Gespräch eingeplant, welcher Raum gewählt werden müsse, welche Tageszeit günstig sei und welche Körperposition der Arzt einnehmen sollte.<sup>386</sup> Einige Universitätskliniken setzen mittlerweile professionelle oder Laien-Schauspieler ein, um diese Kommunikationsstrategien in einer Simulationssituation zu erproben und den Studierenden die Möglichkeit zu geben, von ihren Kommilitonen ebenso wie von den Schauspiel-Patienten ein Feedback darüber zu bekommen, wie sie die Gefühle ihres Gegenüber entsprechend der zuvor gelernten Strategie wahrgenommen, gespiegelt und gelenkt hätten.<sup>387</sup>

Die Empathie fungiert in vielen dieser Strategien als das zentrale Gefühl. Eine Haltung der Empathie soll den Arzt dazu bringen, Gefühle, Gedanken und den inneren Zustand des Patienten zu erkennen, Verständnis zu signalisieren, eine Verbindung herzustellen. Das Gefühl der Hoffnung nimmt in vielen dieser Techniken eine eher

<sup>384</sup> So verspricht etwa ein 2005 veröffentlichter, von dem kanadischen Onkologen Robert A. Buckman verfasster Artikel, dass mit SPIKES „a simple, easily learned strategy for communicating bad news“ zur Verfügung stehe, vgl. ders., Breaking Bad News: the S-P-I-K-E-S Strategy, in: *Community Oncology* 2, 2 (2005), S. 138-142, hier S. 138 (Abstract).

<sup>385</sup> SPIKES steht für Setting, Perception, Invitation, Knowledge, Empathy, Strategy and Summary. NURSE steht für Naming, Understanding, Respecting, Supporting, Exploring, vgl. Buckman, Breaking Bad News, S. 139-141. Zur NURSE Strategie vgl. Ärztekammer Nordrhein (Hg.), *Kommunikation im medizinischen Alltag. Ein Leitfaden für die Praxis*, Düsseldorf 2015, S. 26f. (<https://www.aekno.de/downloads/aekno/leitfaden-kommunikation-2015.pdf>; letzter Zugriff: 07.09.2016).

<sup>386</sup> Vgl. Ärztekammer Nordrhein, *Kommunikation im medizinischen Alltag sowie Universitätsklinikum Tübingen. Medizinische Klinik, Abteilung Innere Medizin VI, Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Materialien zum Praktikum Psychosomatische Medizin und Psychotherapie: Leitfaden zur Mitteilung schwerwiegender Diagnosen* ([https://www.mezizin.uni-tuebingen.de/uktmedia/EINRICHTUNGEN/Kliniken/Medizinische+Klinik/Innere+Medizin+IV/PDF\\_Archiv/LeitfadenDiagnosemitteilung.pdf](https://www.mezizin.uni-tuebingen.de/uktmedia/EINRICHTUNGEN/Kliniken/Medizinische+Klinik/Innere+Medizin+IV/PDF_Archiv/LeitfadenDiagnosemitteilung.pdf), letzter Zugriff: 30.03.2017).

<sup>387</sup> Die weltweit ersten Schauspiel- bzw. Simulationspatienten wurden Mitte der 1990er Jahre eingesetzt, vgl. W. May/J.H. Park/J.P. Lee, A Ten-Year-Review of the Literature on the Use of Standardized Patients in Teaching and Learning: 1996-2005, in: *Medical Teacher* 31, 6 (2009), S. 487-492. In Deutschland gibt es derzeit zum Beispiel das seit 2007 bestehende „Schauspielpatienten-Programm“ an der Medizinischen Fakultät der Universität Würzburg (<http://www.psychotherapie.uni-wuerzburg.de/schauspielpatienten/>, letzter Zugriff: 07.09.2016) oder die von der Berliner Ärztekammer angebotenen „Breaking Bad News“-Kurse, vgl. den Bericht: Tobias Büchner, Schwierige Arzt-Patienten-Gespräche. „Sie werden an dem Tumor sterben“, in: *Spiegel Online* (19.04.2012), (<http://www.spiegel.de/karriere/schwierige-arzt-patienten-gespraech-sie-werden-an-dem-tumor-sterben-a-827909.html>, letzter Zugriff: 03.04.2017).

ambivalente Position ein, denn als eine der wesentlichen Gefahren des *Breaking Bad News* gilt, dass der Arzt um seiner eigenen Stressreduktion willen „vorschnell Trost“ spendet oder die Prognose hoffnungsvoller klingen lässt als der Diagnose angemessen.<sup>388</sup> Empathie wird hier dagegen als eine Emotion der Gegenwart und Präsenz verstanden, die an die Stelle eines Zukunftsszenarios das momentane Befinden des Patienten in den Mittelpunkt rückt. In ihrer heute populären Fassung, in der Empathie auch in Management- und Erziehungsratgebern auftaucht, gilt Empathie als wesentliches Instrument einer hoch geschätzten und erfolgversprechenden, „emotional intelligenten“ Kommunikation.<sup>389</sup> Zugleich kann Empathie aber auch auf Seiten der empathischen Person mit einer Vielzahl sehr unterschiedlicher Gefühle und Interessen verbunden sein, deren Vorhandensein die Empathie in gewisser Weise überdeckt.<sup>390</sup> Diese Gefahr, Empathie und die an sie geknüpften Gesprächsstrategien als bloße *Emotionstechnik* zu verstehen, wird von einigen Schriften zur ärztlichen Kommunikation denn auch gesehen und dementsprechend gemahnt:

„Techniken alleine machen also die Qualität eines Gesprächs nicht aus; entscheidend ist auch, ob die Ärztin von der Patientin als authentisch erlebt wird. Authentizität im Sinne von ‚Stimmigkeit‘ und Bewahren von Individualität – auch als Fachperson – resultiert wesentlich aus der Übereinstimmung von Inhalt und Kommunikation.“<sup>391</sup>

Dass von der Gesprächstechnik unter dem ökonomischen Druck des klinischen Alltags manchmal nur die Technik übrig bleibt, so wie es die Schwester Charlotte Links

<sup>388</sup> Ärztekammer Nordrhein, Kommunikation im medizinischen Alltag, S. 43 und Buckman, *Breaking Bad News*, S. 141.

<sup>389</sup> Der Begriff der emotionalen Intelligenz als eigentlicher Faktor des Erfolgs und des Glücks wurde vor allem durch den amerikanischen Wissenschaftsjournalisten Daniel Goleman einer breiteren Öffentlichkeit bekannt, nachdem der Begriff seit den 1960er Jahren vereinzelt in psychologischen Fachpublikationen benutzt worden war, vgl. Goleman, *EQ* (Original: ders., *Emotional Intelligence: Why It Can Matter More Than IQ*, New York 1995).

<sup>390</sup> Die einflussreiche amerikanische Wirtschaftsprofessorin Rita Gunther McGrath sieht die Wirtschaft und insbesondere das Management bereits im „Zeitalter der Empathie“ angekommen, während der Psychologe Arthur P. Ciaramicoli, durchaus selbst ein Verfechter des Empathiegedankens, auch auf die Gefahren einer rein technischen, „funktionalen“ Empathie verweist, die manipulativen Zwecken dienen kann, vgl. Rita Gunther McGrath, *Das Zeitalter der Empathie*, in: *Harvard Business Manager* (15. September 2014), (<http://www.harvardbusinessmanager.de/blogs/manager-brauchen-neuen-fuehrungsstil-a-987288.html>, letzter Zugriff: 03.04.2017) sowie Arthur Ciaramicoli, *Der Empathie-Faktor*, München 2001. Zum Management-Diskurs über Gefühle vgl. auch Sabine Donauer, *Faktor Freude: Wie die Wirtschaft Arbeitsgefühle erzeugt*, Hamburg 2015. Zur Geschichte der Empathie, die Ute Frevert als eine spezifisch moderne Emotion interpretiert, vgl. dies., *Vergängliche Gefühle*, Göttingen 2013.

<sup>391</sup> Wolf Langewitz, *Patientenzentrierte Kommunikation*, in: Rolf H. Adler u.a. (Hg.), *Uexküll. Psychosomatische Medizin. Theoretische Modelle und klinische Praxis*, 7. Auflage, München 2011, S. 338-347, hier S. 338.

erfahren musste, ist eine Gefahr, aber nicht das Ende dieser langen und windungsreichen Geschichte über das Sprechen und Verschweigen, über die Angst und die Verzweiflung, über das Hoffen und über das Einfühlen.

## 5 *Krebs erfahren*

*Considering how common illness is,  
how tremendous the spiritual change that it brings,  
how astonishing, when the lights of health go down,  
the undiscovered countries that are then disclosed ...  
when we think of this and infinitely more,  
as we are so frequently forced to think of it,  
it becomes strange indeed that illness has not taken its place  
with love, battle, and jealousy among the prime themes of literature.  
(Virginia Woolf, On Being Ill, 1926)*

*Begreifen sie denn nicht, dass ich alles kaputtrede,  
wenn ich darüber erzählen muss.  
Dann ist es verschwunden,  
und wenn ich daran zurückdenke,  
erinnere ich mich nur noch an meine eigene Erzählung.  
(Gedanken des Schnupferich, Tove Jansson, 1963)*

An Krebs erkranken. Krebs bekommen. An Krebs leiden. Mit Krebs leben. Sterben an Krebs. Wie soll dieses Kapitel heißen? Jeder dieser Ausdrücke transportiert je eigene Bedeutungen, evoziert Bilder, weckt Assoziationen und gibt dem Kapitel eine andere Färbung. Steht das Leiden im Vordergrund oder der distanzierende Blick auf die Erkrankung? Lässt sich mit Krebs leben, gut leben sogar? Ist es tatsächlich immer die Entscheidung zwischen Überleben und Sterben, die vom Moment der Diagnose an die Existenz bestimmt? Und wenn: Steht das Überleben an erster Stelle und das Sterben zum Schluss – ist das unangebrachter Pessimismus oder einfach Realismus? Könnte man das nicht auch umdrehen – so dass das Überleben am Ende dieser Geschichte steht, als hoffnungsvolles Zeichen? Aber erscheint so das Sterben als Niederlage?

Auf diese Fragen gibt es keine gute Antwort, keine Antwort, die nicht wertet und damit auch entwertet, die einen Weg vorgibt, obwohl hier in diesem Moment seiner Geschichte jeder Mensch jeden Moment frei sein sollte zu entscheiden, was für sie oder ihn selbst im Vordergrund steht. Darum also: Krebs erfahren? Klingt das nicht zu harmlos? In unserem Leben reiht sich Erfahrung an Erfahrung, viele banal, manche tiefgreifend, schwierig, solche, die Spuren hinterlassen, die uns verändern – vielleicht. Für viele schwingt im Begriff der Erfahrung mit, dass die Erfahrung selbstgewählt ist, ein Erlebnis oder eine Herausforderung, in jedem Fall eine Episode mit einem klaren Ende, das es uns erlaubt, Bilanz zu ziehen, daraus zu lernen und mit der Erfahrung abzuschließen. All dies trifft auf die Erfahrung „Krebs“ nicht zu: Niemand wählt diese Erfahrung und nur wenige können diese Erfahrung ganz hinter sich lassen, für immer

damit abschließen. Der Begriff der Erfahrung ist offen und unbestimmt, er umschließt Leben und Sterben, ohne das Leben und das Sterben vor- oder gegeneinander zu stellen. Er umfasst Leid, Trauer und Schmerz ebenso wie Liebe und den intensiven Genuss des Lebens, ohne diese unterschiedlichen Gefühle, von denen Krebskranke, deren Angehörige und Freunde sehr verschieden erzählen, in Licht oder Schatten zu rücken. Darum also trägt dieses Kapitel den Titel: Krebs erfahren.<sup>1</sup>

Doch wenn Offenheit mein einziges Anliegen wäre, dann hätte ich mich wohl an den Rat des freiheitsliebenden Schnupferich aus dem Mumin-Kosmos der finnisch-schwedischen Autorin Tove Jansson gehalten und dieses Kapitel gar nicht erst geschrieben: Denn jede Erzählung bringt unweigerlich Form, Ordnung und Deutung – eine narrative Struktur – in die Erfahrung, so dass die ursprüngliche Erfahrung bis zu einem gewissen Grad hinter der Erzählung verschwindet. Die Erzählung ist damit aber auch ein Weg, die Erfahrung zu beherrschen, ihr einen Sinn zu geben oder sie erträglicher werden zu lassen.<sup>2</sup> Doch auch wenn die Erzählung in ihrem Ton, ihren Momenten des Verweilens, ihren Auslassungen eine gestaltete Form ist, um Erfahrung für sich selbst und andere greifbar, mittelbar zu machen, ist die Erzählung ebenso wie die dahinterliegende Erfahrung nicht frei. Sie wird bestimmt und beherrscht durch Bedingungen, die zum Teil außerhalb der Gestaltungsmöglichkeiten des an Krebs erkrankten Menschen liegen. Wie die Krankheit Krebs erfahren wurde und wird, hängt keineswegs nur davon ab, wie der Mensch ihr begegnet, sondern auch davon, welche Therapien zur Verfügung standen, welche Techniken und Praktiken für die Anwendung

---

<sup>1</sup> Auch der Historiker Javier Moscoso plädiert für eine enge Verknüpfung von Emotions- und Erfahrungsgeschichte und argumentiert: “the history of emotions should focus on the conditions that make possible the cultural and historical modulations of experience, or, more precisely, on the material and discursive forms that allow the emotionality of the experience.“ Vgl. ders., *From the History of Emotions to the History of Experience. A Republican Sailor’s Sketchbook in the Civil War*, in: Luisa Elena Delgado/Pura Fernández/Jo Labanyi (Hg.), *Engaging the Emotions in Spanish Culture and History*, Nashville 2016, S. 176-191, hier S. 188.

<sup>2</sup> Auf die Bedeutung, die die narrative Konstruktion der eigenen Krankheitsgeschichte für das Krankheitserleben und den späteren Umgang mit der Krankheit haben kann, machte als einer der ersten der Medizinsoziologe Arthur W. Frank aufmerksam, der durch einen Herzinfarkt und seine nur ein Jahr später diagnostizierte Krebserkrankung auf dieses Thema gestoßen war. Wie wichtig es für die behandelnden Ärzte sein kann, die Krankheitsnarrative ihrer Patienten zu kennen und bei der Therapie zu berücksichtigen, hatte zuvor bereits der Psychiater und Anthropologe Arthur Kleinman in einem einflussreichen Buch dargelegt. Die Frage danach, wie Krankheitsnarrative in Wechselwirkung von medizinischen, gesellschaftlichen und persönlichen Auseinandersetzungen mit Krankheit eine bestimmte Form der Sinnggebung von Krankheit bieten oder auch vorgeben, hat sich mittlerweile zu einem breit diskutierten Forschungsfeld entwickelt. Vgl. Arthur W. Frank, *At the Will of the Body: Reflections on Illness*, Boston 1991 sowie ders., *The Wounded Storyteller*; Arthur Kleinman, *The Illness Narratives. Suffering, Healing & the Human Condition*, New York 1988. Zur Diskussion um den Zusammenhang von Sinnggebung und Krankheitserzählung im Blick auf Brustkrebs vgl. u.a. Herndl, *Our Breasts*.



dieser Therapien entwickelt wurden, wie Räume und Verhältnisse zwischen Menschen und Dingen durch therapeutische „Notwendigkeiten“ und gesundheitspolitischen Entscheidungen gestaltet wurden.<sup>3</sup> Diese im Laufe des 20. Jahrhunderts immer wieder veränderte Architektur des Erfahrungsraumes Krebskrankheit soll hier freigelegt werden, um danach zu fragen, wie die dynamische Struktur dieses Erfahrungsraumes die Erfahrungen und Gefühle von an Krebs erkrankten Menschen und deren Angehörigen veränderte, aber auch ihrerseits durch die Gefühle und gedeutete Erfahrung der Menschen umgestaltet wurde, die sich in diesem Raum bewegten.<sup>4</sup> So werden zwar nicht die unentdeckten Länder der inneren Krankheitserfahrung enthüllt, die Virginia Woolf vor fast hundert Jahren der Literatur anempfahl, wohl aber – um in diesem Bild zu bleiben – deren morphologische Struktur, auf der sich die subjektiv erfahrene innere Welt erhebt, die sich in ihrer Individualität der historischen Generalisierung entzieht.

Der Erfahrungsraum, um dessen Rekonstruktion es in diesem Kapitel geht, ist ein umfassender Raum, generalisiert durch den Sammelbegriff Krebs, der jenseits der unterschiedlichen Lokalisationen, Krankheitsstadien und genetischen Dispositionen die Einheit der Krebskrankheit voraussetzte und damit über alle Unterschiede hinweg bis zu einem gewissen Grad schuf. Dennoch blieben gravierende Unterschiede bestehen, die vollkommen andere Erfahrungen mit sich brachten: Lungen- und Magenkrebs verursach(t)en nicht nur unterschiedliche Symptome, diese konnten und können auch zu andersartigen Schmerzen, Einschränkungen und Versehrungen führen, die jeweils anders emotional besetzt sein, unterschiedliche Schwierigkeiten im Alltag und sozialen Miteinander verursachen können. Ob ein Brustkrebs „radikal“ operiert oder ein Gebärmutterhalskrebs bestrahlt wird, ist nicht einfach nur eine andere therapeutische Option, sondern bringt eine in vieler Hinsicht vollkommen andere Therapiesituation

---

<sup>3</sup> Vgl. Steven Shapin im Hinblick auf Wissenserzeugung, vgl. ders., *The House of Experiment in Seventeenth-Century England*, in: *Isis* 79, 3 (1988), S. 373-404, hier S. 390.

<sup>4</sup> Der Begriff geht auf Reinhart Koselleck zurück, der ihn allerdings gemeinsam mit dem Begriff des Erwartungshorizontes verwandte. Ihm ging es mit diesem Begriffspaar darum, eine Theorie zu entwickeln, die ältere historische Erfahrungen mit jüngeren Ereignissen verband, denn die ältere Erfahrung prägte einen Erwartungshorizont, der in einer späteren historischen Situation schließlich bedeutsam werden konnte. Hier wird der Begriff des Erfahrungsraumes allerdings ohne diese zeitlich zukünftige Perspektive der Erwartung verwandt. Er soll den gegenwärtigen Raum mit den in ihm befindlichen Dingen und den ihm zugehörigen Praktiken bezeichnen, in dem der im weitesten Sinne medizinische Umgang mit Krebspatienten stattfand und der dadurch also die Erfahrung dieser Patienten mitbestimmte. Zu Kosellecks Begriff vgl. ders., „Erfahrungsraum“ und „Erwartungshorizont“, in: ders., *Vergangene Zukunft. Zur Semantik geschichtlicher Zeiten*, Frankfurt a.M. 1989, S. 349-373.

und damit Erfahrung mit sich. Ob eine Frau oder ein Mann an Krebs erkrankten, bedeutete nicht zwangsläufig, dass sie ihre Erkrankung anders erlebten – in vielen Kontexten spielte der Geschlechtsunterschied allerdings sehr wohl eine prägende Rolle. Abhängig davon, in welchem Stadium die Krebskrankheit diagnostiziert wurde und welche Heilungschance Ärzte dementsprechend einräumten, kann die Erfahrung Krebs vollkommen anders aussehen – abhängig ebenfalls davon, wie Mediziner zur jeweiligen Zeit Krankheitsstadien überhaupt definierten. Auch die soziale Herkunft und das verfügbare Kapital konnten das Krankheitserleben unter Umständen stark beeinflussen, ebenso wie die regionale Herkunft nicht nur im Hinblick auf die Avanciertheit therapeutischer Optionen von Belang war, sondern ebenso dafür, ob lange Fahrten in Kauf genommen werden mussten, Familie und Freunde während der Behandlungszeit weit entfernt waren oder schlicht und einfach anders über Krebs geredet wurde.

Viele historische Studien tragen diesen Differenzen insofern Rechnung, als sie die Geschichte einer spezifischen Krebskrankheit verstanden als spezifische Tumorlokalisation erzählen. Sie schließen damit einerseits an die von der klinischen Medizin im 20. Jahrhundert vorgenommenen Kategorisierungen der Krebskrankheit an, andererseits an die von Patienten selbst getroffenen Unterscheidungen und Identifikationsmuster, wie sie seit den 1950er Jahren zunächst in den USA, später auch in anderen westlichen Ländern die Gründung von Selbsthilfegruppen mitbestimmten. Dies lässt sich insbesondere daran ablesen, dass es inzwischen eine Vielzahl von historischen Studien zum Brustkrebs von Frauen gibt, denn es waren an Brustkrebs erkrankte Frauen, die sich früh und bis heute in besonders großer Zahl zu Selbsthilfegruppen zusammenschlossen.<sup>5</sup> In den letzten Jahren gerieten auch andere Krebserkrankungen in den Blick der Historiker wie etwa Gebärmutterhalskrebs, Leukämie und Lungenkrebs.<sup>6</sup> Allen diesen Studien ist gemeinsam, dass sie die Krebslokalisation und daran geknüpft unter Umständen das Geschlecht als den die Gemeinsamkeit der Erfahrung konstituierenden Faktor bestimmen. Alle anderen Differenzen werden dem nachgeordnet oder gänzlich übersehen. Von dieser Form der historischen Kategorisierung von Krebserfahrung gibt es bislang nur zwei Ausnahmen, die das Alter respektive

---

<sup>5</sup> Vgl. vor allem: Ley, *From Pink to Green*; Klawiter, *Biopolitics of Breast Cancer*; Lerner, *Breast Cancer Wars*, S. 141-195; Ellen Leopold, *Breast Cancer, Women, and Their Doctors in the Twentieth Century*, Boston 1999, S. 153-214 und S. 223-240.

<sup>6</sup> Timmermann, *A History of Lung Cancer*; Löwy, *A Woman's Disease* und Krueger, *Hope and Suffering*.

die Hautfarbe als wesentliche Kategorien der Erfahrung mit Krebs in den Mittelpunkt stellen.<sup>7</sup>

Dass die Krebslokalisierung die Erfahrung wesentlich mitbestimmt und insbesondere in körperhistorischer Perspektive bedeutsam ist, soll und kann hier keineswegs bestritten werden. Doch zielt die hier beabsichtigte historische Rekonstruktion des Erfahrungsraums Krebs gleichzeitig auf eine diesem übergeordnete Ebene wie darauf, die Bedeutsamkeit von Differenzen sichtbar zu machen, die unterhalb beziehungsweise quer zur üblichen und oft als quasi „natürlich“, da körperlich angesehenen Kategorisierung nach Lokalisation liegen. Es geht also darum, die wechselnden historischen Gestalten eines Erfahrungsraumes zu erforschen, der das Erleben und Erleiden *der* Krebskrankheit im 20. Jahrhundert wesentlich mitbestimmte, wenn auch nicht für jede Krebserkrankung und -lokalisierung in exakt gleicher Weise. Indem aber die über die spezifischen Krebslokalisationen hinausgehende Gemeinsamkeit der Erfahrung in den Vordergrund gestellt wird, treten zugleich diejenigen Faktoren deutlicher hervor, die – wie etwa die soziale Herkunft oder die ärztlicherseits getroffene Unterscheidung zwischen heilbarer und unheilbarer Krebserkrankung – ebenfalls daran mitwirkten, diesen Erfahrungsraum zu konstituieren.

### **5.1 *Entweder – Oder, Sterben oder Leben: Die verschwiegene Hoffnung und der verborgene Ekel (ca. 1900 – 1950)***

Ein Mensch, der um 1880 mit einem Geschwür, einem Tumor oder anderen auf Krebs hindeutenden Beschwerden seinen Hausarzt oder von diesem überwiesen einen Chirurgen aufsuchte, wurde einem prüfenden diagnostischen Blick unterworfen, der zwei Entscheidungen traf: Ist es Krebs? Und wenn ja: Ist der Krebs operabel? Ob ein Krebs als operabel eingestuft wurde, hing im Wesentlichen von zwei Faktoren ab. Erstens: Konnte man da, wo der Tumor saß, überhaupt operieren? Und zweitens: War der Tumor so klein und abgegrenzt, dass er vollständig herausoperiert werden konnte, dass keine einzige Krebszelle zurückblieb, der Patient aber dennoch die Operation überleben konnte? Die Frage der Machbarkeit der Operation war das wesentliche Kriterium, um zu entscheiden, ob eine Krebserkrankung als operabel galt. War der Tumor noch

---

<sup>7</sup> Es handelt sich dabei einerseits um Studien zur Leukämie bei Kindern, andererseits um die Auseinandersetzung mit der Frage, inwieweit die Kategorie „Rasse“ Konzepte und Entscheidungen von Krebsforschung und -früherkennung und damit letztlich auch die Krebserfahrung von „schwarzen“ und „weißen“ Amerikanern prägte. Vgl. Krueger, Hope and Suffering; Johnstone/ Baines, The Changing Faces und Wailoo, How Cancer Crossed.

operabel, so bedeutete das, dass es eine Chance auf Heilung gab. Denn einerseits war die Operation die einzig verfügbare Therapie, die Aussicht auf Heilung zu geben schien, und andererseits galt die Größe des Tumors den Medizinerinnen als Indikator dafür, wie weit fortgeschritten eine Krebserkrankung war, die nach dem gültigen medizinischen Paradigma als eine im Anfang lokale Erkrankung verstanden wurde, die ihren Ausgang mit einer einzigen „bösartigen“ Zelle nahm.<sup>8</sup>

Damit fällten die Ärzte bereits sehr früh in der Geschichte eines an Krebs erkrankten Menschen ein existentielles Urteil: Ein kirschgroßer Brusttumor? Operabel, also möglicherweise heilbar. Ein Lungentumor, wenn überhaupt als solcher erkannt: inoperabel, da die Lungenchirurgie noch ganz in ihren Anfängen steckte. Der Patient musste während der Operation selbständig weiteratmen und nur zu leicht kollabierte die Lunge, sobald der Brustkorb geöffnet wurde.<sup>9</sup> Also unheilbar.

Diese an der Operabilität des Tumors bemessene Dichotomie von Heilung ermöglichen und Sterben müssen verlor kurz nach der Jahrhundertwende ein wenig von ihrer Eindeutigkeit. Neue Hoffnung auf Heilung für die „Inoperablen“ knüpfte sich an zwei gerade erst entdeckte Strahlenquellen: Röntgen und Radium. Schon kurz nachdem Wilhelm Conrad Röntgen Ende 1895 seine ersten Erkenntnisse über die X-Strahlen – so der von ihm verwandte Name – veröffentlicht hatte, berichteten die ersten mit den Röntgenstrahlen hantierenden Forscher von dadurch hervorgerufenen Hautverbrennungen.<sup>10</sup> Diese Beobachtung veranlasste Mediziner, die zuvor bereits oberflächliche Tumoren mit der Kauterisation, einer Form der Gewebszerstörung durch Ausbrennen oder Ätzen, behandelt hatten, Röntgenstrahlen auf Hauttumore zu richten. Als die bestrahlten Hauttumoren sich daraufhin zurückbildeten und narbenlos verheilten, hielten die neu entdeckten Strahlen Einzug in die Krebstherapie.<sup>11</sup> Nachdem

<sup>8</sup> Löwy, *Cancer*, S. 463.

<sup>9</sup> 1904 stellte Ferdinand Sauerbruch erstmals eine Unterdruckkammer vor, in der sich Operateur und Patient gemeinsam während der Operation aufhalten sollten, um das Kollabieren der Lunge zu verhindern und wies damit einen Weg für weitergehende Lungenoperationen. Die im Ersten Weltkrieg auftretenden schweren Verletzungen des Brustkorbes ebenso wie die 1918/19 folgende Spanische Grippe mit oftmals schwerer Lungenentzündung sorgten dafür, dass Chirurgen größere Lungenoperationen als Notfalloperationen versuchten, allerdings oft nur mit geringem Erfolg. Lungenkrebs wurde dagegen erst seit den 1930er Jahren öfter operiert, vgl. Timmermann, *A History of Lung Cancer*, S. 36–49.

<sup>10</sup> Den Nachweis für diese in der Regel zeitverzögert auftretenden Verbrennungen führte schließlich der New Yorker Professor Elihu Thomson, indem er seinen kleinen Finger eine halbe Stunde lang der Röntgenstrahlung aussetzte, vgl. dazu Pinell, *The Fight*, S. 22.

<sup>11</sup> Der erste erfolgreiche Versuch, einen Hauttumor durch Röntgenstrahlen zu heilen, wurde 1899 von dem schwedischen Radiologen Thor Stenbeck durchgeführt. Über diesen Versuch berichtete sein früherer Assistent Gösta Forsell, der die geheilte Patientin seitdem im Auge behalten hatte, vgl. ders., *Über die Beständigkeit der Radioheilung maligner Tumoren*, in: Paul Lazarus (Hg.),

zunächst niemand zu erklären wusste, warum Röntgenstrahlen Krebszellen zerstörten, zeigten 1905/6 schließlich zwei französische Ärzte im Tierexperiment, dass Röntgenstrahlen schnell sich teilende Zellen stärker schädigten als andere Zellen.<sup>12</sup> Diese allgemein akzeptierte Erklärung wurde als weiterer Beleg für die Theorie des lokalen zellulären Ursprungs der Krebskrankheit verstanden.<sup>13</sup> Da Radium, wie sich nur wenig später zeigte, ähnliche Hautverbrennungen hervorrufen konnte wie Röntgenstrahlen, begannen Krebsforscher auch mit diesen Strahlen zu experimentieren.<sup>14</sup>

Die Entdeckung der Strahlentherapie weckte große Hoffnungen und brachte für die Architektur des Erfahrungsraumes Krebs wesentliche Veränderungen mit sich. Inoperabel hieß möglicherweise nicht mehr unheilbar. Schmerzen, Verstümmelung und unmittelbare Lebensgefahr durch Operation waren vielleicht nicht mehr der Preis, der für die Aussicht auf Heilung gezahlt werden musste. Ließen sich Tumoren eventuell durch Bestrahlung soweit verkleinern, dass sie operabel wurden oder verbesserten sich die Heilungsaussichten durch eine Kombination von „Stahl und Strahl“, wie es zeitgenössisch hieß? Und wenn, wie sich in den folgenden Jahren zeigen sollte, die Bestrahlung oft nicht Heilung brachte, so doch manchmal Lebensverlängerung und zeitweise Linderung von Symptomen. Damit tauchte der Gedanke auf, dass es jenseits von Heilung und Sterben noch ein Drittes geben könnte, das Ärzte mit medizinischen und nicht allein pflegerischen Maßnahmen erreichen konnten: Lebensverlängerung und Linderung – eine Erkenntnis, die auch in der Krebschirurgie Berücksichtigung fand. Aber der Einsatz der Strahlen war begrenzt: ökonomisch, technisch und medizinisch, denn schnell zeigte sich, dass Strahlen Schäden verursachen konnten und nicht immer wieder aufs Neue auf die gleiche Körperregion gerichtet werden konnten. So blieb also zwischen den Operablen und den Unheilbaren ein schmaler Grat für die Bestrahlung und nach wie vor die große Frage: Wohin mit den Unheilbaren?

Die zwischen 1900 und 1950 an Krebs erkrankten Menschen wurden von den Ärzten nach der Diagnose in der Regel einer dieser Kategorien zugeordnet. So wurden manche „nur“ operiert, andere ausschließlich bestrahlt, viele galten von vorneherein als unheilbar. Eine große Zahl erfuhr und erlitt nacheinander Operation und Bestrahlung

---

Handbuch der gesamten Strahlenheilkunde, Biologie, Pathologie und Therapie, Bd. 2, München 1931, S. 457-520, hier S. 470f. Vgl. dazu auch Pinell, *The Fight*, S. 23.

<sup>12</sup> Pinell, *The Fight*, S. 30f.

<sup>13</sup> Löwy, *Cancer*, S. 463.

<sup>14</sup> Cantor, *Cancer*, S. 553f.; Löwy, *Cancer*, S. 463f. und Pinell, *Cancer*, S. 673.

und wurde schließlich doch als unheilbar angesehen. Wie die Räume dieser Erfahrung gebaut, gestaltet und belebt waren, soll nun dargestellt werden.

### **5.1.1 *Herausgeschnitten: radikal entfernt, geheilt, zurück?***

Die meisten Menschen suchten bei den ersten Beschwerden zunächst einen Hausarzt auf, Frauen mit Unterleibs- oder Brustbeschwerden unter Umständen einen niedergelassenen Gynäkologen. Diese ließen sich die Symptome schildern, tasteten, horchten ab, prüften die Ausscheidungen oder schauten mit den zur Verfügung stehenden Instrumenten in die von außen zugänglichen Körperhöhlen.<sup>15</sup> So gab etwa das Speculum und seit 1925 immer öfter auch das Kolposkop den Blick frei auf den Gebärmutterhals. Spezial-Praxen vorbehalten waren die im 19. Jahrhundert entwickelten und seit den 1920er Jahren vermehrt eingesetzten Endoskope, die die Schleimhäute von Schlund, Magen und Darm sichtbar machen konnten.<sup>16</sup> Oft kamen diese Instrumente deshalb nicht beim ersten Arztbesuch zum Einsatz – die Verstopfung, das Magendrücken, der ständige Ausfluss wurden zunächst konservativ mit spezieller Diät oder Medikamenten behandelt. Schlugen diese Maßnahmen nicht an, folgte die Überweisung ins nächstgelegene Krankenhaus, entweder gleich auf die chirurgische, manchmal auch internistische Station oder aber auf die Station, die für die verdächtig erscheinende Körperregion zuständig war, das waren vor allem die Gynäkologie, bei großen Kliniken die Hals-Nasen-Ohrenabteilung oder die Neurologie.

In den zur gleichen Zeit konzipierten Früherkennungskampagnen wurde laut-  
hals beklagt, dass zahlreiche Patienten viel zu spät mit einem bereits inoperablen Tumor in der Klinik eintrafen, sei es, dass sie selbst den Gang zum Arzt vor sich hergeschoben hätten, sei es, dass die niedergelassenen Ärzte zu lange gezögert hätten, die bei den Patienten offensichtlich unbeliebten diagnostischen Instrumente einzusetzen und es vorzogen, hoffnungsfroh die scheinbar harmlose Magenverstimmung zu behandeln.

---

<sup>15</sup> Dass Darmkrebs durch Blut im Stuhl frühzeitig erkannt werden konnte, gehörte seit 1914 zum Lehrbuchwissen, vgl. Ismar Boas, *Die Lehre von den okkulten Blutungen*, Leipzig 1914.

<sup>16</sup> Da die ersten Endoskope starr waren, bestand eine beträchtliche Verletzungsgefahr selbst in der Hand geübter Ärzte, weshalb zum Beispiel Ferdinand Sauerbruch 1924 vom Einsatz des Gastroskops abriet. Rudolf Schindler, der 1923 ein Lehrbuch zur Gastroskopie veröffentlichte, sah Lebensgefahr für den Patienten nur dann gegeben, wenn ein ungeübter Arzt das Gastroskop einführte, vgl. ders., *Lehrbuch und Atlas der Gastroskopie*, München 1923, S. 31. 1932 stand schließlich ein flexibles Gastroskop zur Verfügung, das die Gefahr der Darmperforation verringerte, vgl. Ferdinand Sauerbruch, *Gastroskopie mit tödlichem Ausgang*, in: *Zentralblatt für Chirurgie* 51, 38 (1924), S. 2071f. Zur Geschichte des Gastroskops vgl. Axel Kment, *Die Geschichte der Gastroskopie*, München 1973.

Dass diese Situationsbeschreibung nicht nur ein von den Kampagnen gezeichnetes Schreckgespenst war, lässt sich an den in den medizinischen Fachzeitschriften in großer Zahl veröffentlichten Statistiken einzelner Kliniken ablesen. Diese zeigten, dass besonders oft Krebserkrankungen der inneren Organe bereits bei der ersten klinischen Diagnose als inoperabel eingestuft wurden: 1903 etwa stellte sich bei einem Vergleich verschiedener Kliniken im Deutschen Reich heraus, dass im günstigsten Fall die Hälfte aller Frauen, die in den chirurgischen oder gynäkologischen Abteilungen mit einem Krebs der inneren Geschlechtsorgane eintrafen, noch operabel war.<sup>17</sup> Bei der anderen Hälfte der Frauen war der Tumor entweder zu groß und bereits in den Bauchraum hineingewachsen oder der Allgemeinzustand der Frauen war zu schlecht, um eine Operation wagen zu können. An diesen Zahlen änderte sich auch in den folgenden Jahrzehnten nur wenig: Noch 1926 konnte kaum mehr als die Hälfte aller Frauen, bei denen ein Gebärmutterhalskrebs diagnostiziert wurde, operiert werden, mit einem Vaginalkrebs sogar nur etwas mehr als 24 % der in die Klinik aufgenommenen Frauen. Anders sah es dagegen bei den am allerdings deutlich selteneren Gebärmutterkrebs erkrankten Frauen aus, von denen die Mehrzahl von den Chirurgen der Berliner Universitäts-Frauenklinik als operabel eingestuft wurde.<sup>18</sup> Bei Patienten, die sich mit einem Magenkarzinom in einer Klinik vorstellten, sahen die Chirurgen nur noch äußerst wenig Eingriffsmöglichkeiten: In der Berliner Chirurgischen Universitätsklinik, einer der namhaftesten im Deutschen Reich, wurden zwischen 1914 und 1930 410 Patienten nach endoskopischer und röntgenologischer Untersuchung zwar als grundsätzlich operabel eingestuft – wie viele Patienten als unheilbar nach Diagnosestellung wieder weggeschickt wurden, gaben die veröffentlichten Zahlen gar nicht erst preis. Alle

---

<sup>17</sup> Die Prozentzahlen schwankten zwischen ca. 35% und 53% Prozent operabler Frauen, abhängig von der gewählten Operationstechnik: Bei 35% der Frauen war der Tumor noch so umgrenzt, dass die Gebärmutter durch die Vagina operiert bzw. amputiert werden konnte. Diese sogenannte vaginale Totalexstirpation war deutlich weniger risikoreich als die sogenannte abdominale Operation, bei der die Bauchdecke geöffnet werden musste, weil nicht nur die Gebärmutter, sondern auch umliegendes Gewebe bzw. Drüsen entfernt wurden. Legte man diese Operationstechnik als Maßstab der Operabilität zugrunde, waren etwas mehr als 40% der Frauen noch operabel, vgl. Gustav Klein, Die operative Behandlung des Gebärmutterkrebses, in: Münchener Medizinische Wochenschrift 50, 11 (1903), S. 472-474, hier S. 474.

<sup>18</sup> Basierend auf den zwischen 1913 und 1919 behandelten 805 an einem Gebärmutterhalskrebs erkrankten Frauen, von denen 399 (46,94 %) bei der Diagnosestellung in der Berliner Universitäts-Frauenklinik bereits als inoperabel eingestuft wurden. Mit einem Corpuskarzinom stellten sich im gleichen Zeitraum nur 34 Frauen vor, von denen 29 als operabel galten. Von den 53 wegen eines Vaginalkarzinoms in der Klinik aufgenommenen Frauen erschien dagegen nur bei 13 (= 24,53 %) eine Operation möglich, vgl. E. Philipp/P. Gornick, Die Behandlung des Gebärmutter- und Scheidenkrebses an der Universitäts-Frauenklinik Berlin (Geh.-Rat Bumm †), in: Münchener Medizinische Wochenschrift 73, 7 (1926), S. 272-275, hier S. 272.

zunächst dabegehaltenen 410 Patienten wurden in den Operationssaal gebracht, anästhesiert und ihre Bauchdecke geöffnet – doch nur ein Drittel dieser Patienten wurde schließlich tatsächlich am Tumor operiert. Alle anderen mindestens 260 Patienten wurden nach einem Blick in den Bauchraum während der Operation als inoperabel eingestuft, da die in größeren Kliniken übliche röntgenologische Vor-Untersuchung oft einen nur schwer lesbaren Befund erbrachte, so dass in vielen Fällen die Inoperabilität erst durch eine Operation, eine sogenannte Probelaparotomie, festgestellt werden konnte.<sup>19</sup>

In diesen Fällen wurde allerdings manchmal dennoch weiteroperiert – nicht mit dem Ziel der Heilung, sondern um Schmerzen und Beschwerden etwa bei einer durch den Tumor erzeugten Blockade der Magenpassage zu lindern.<sup>20</sup> Nur bei der Aufnahme von an Brustkrebs erkrankten Frauen bot sich dem prüfenden Blick der Operateure ein im Laufe der Jahre zunehmend optimistisch stimmendes Bild: In den großen Kliniken wurden spätestens Anfang der 1930er Jahre etwa 90 Prozent der an Brustkrebs erkrankten Frauen operiert – damit war die Zahl der operablen „Fälle“ sogar deutlich höher als beim äußerlich sichtbareren Hautkrebs.<sup>21</sup>

Ob die Tatsache, dass bei fast allen anderen Krebserkrankungen nur selten mehr als fünfzig Prozent der Patienten operiert werden konnten, tatsächlich auf die „Krankheitsverschleppung“ und „Indolenz“ von Patienten und Hausärzten zurückzuführen war, wie es die Früherkennungskampagnen nicht müde wurden zu betonen, war eine Frage, die die Chirurgen keineswegs eindeutig für sich beantwortet hatten und die deshalb immer wieder zum Gegenstand fachinterner Debatten wurde. Um statistisch relevantes Material zu erhalten, wie es die wissenschaftliche Praxis dieser Zeit verlangte, befragten die chirurgischen Kapazitäten ihre Patienten und die überweisenden niedergelassenen Ärzte, wann die ersten Beschwerden aufgetreten seien und

---

<sup>19</sup> Zur in der Frühgeschichte der Radiologie bestehenden Schwierigkeit, Röntgenbilder zu lesen vgl. Vera Dünkel, *Röntgenblick und Schattenbild*, Emsdetten/Berlin 2016, S. 145-188.

<sup>20</sup> Arthur Hintze, *Wider den Pessimismus in der Krebsbehandlung*, in *Münchener Medizinische Wochenschrift* 82, 6 (1935), S. 210-213, hier S. 211.

<sup>21</sup> Zwar wurde Hautkrebs zu diesem Zeitpunkt oft nur bestrahlt und nicht mehr operiert, die Einteilung operabel versus inoperabel war aber weiterhin neben anderen, sich immer stärker etablierenden Stadieneinteilungen in Gebrauch, die präziser nach der Größe und Ausdehnung des Tumors, dessen Überschreitung von Gewebsgrenzen sowie nach dem Vorhandensein von Nah- und Fernmetastasen unterschieden. Warum Frauen mit Brustkrebs immer öfter mit weniger ausgeprägten Symptomen zum Arzt gingen als an Hautkrebs erkrankte Menschen, erklärten sich die Ärzte vor allem durch eine zunehmend geringere Furcht vor der Operation, die aus ihrer Sicht durch die geringere Operationssterblichkeit sowie durch die besseren Heilerfolge zu erklären sei, vgl. Arthur Hintze, *Die Prognose des Karzinoms nach den Erfahrungen der Bierschen Klinik*, in: *Münchener Medizinische Wochenschrift* 82, 5 (1935), S. 163-166, hier S. 165.



wieviel Zeit zwischen dem ersten Arztbesuch und der Überweisung an die Klinik vergangen sei. Alle diese Befragungen zeigten, dass gut die Hälfte aller Krebspatienten spätestens sechs Monate, nachdem sie die ersten Beschwerden registriert hatten, in einer Klinik vorstellig wurde, viele auch bedeutend früher.<sup>22</sup> Diese Zeitspanne erschien vielen Chirurgen keineswegs übermäßig lang und galt dementsprechend in den meisten fachinternen Veröffentlichungen als frühzeitig – vor allem angesichts der Tatsache, dass die Mehrzahl der Patienten zunächst zum niedergelassenen Arzt ging und dann erst von diesem in eine manchmal weiter entfernt gelegene Klinik überwiesen werden musste.

Registrierten die Patienten also erst schwerwiegendere Symptome, so dass deshalb so viele mit bereits inoperablen Tumoren in der Klinik ankamen?<sup>23</sup> Noch beunruhigender waren für viele Chirurgen allerdings die aus ihren eigenen Statistiken herauslesbaren Beobachtungen über den Zusammenhang von Verschleppungszeit, Operabilität und Überlebenszeit. Denn keineswegs waren die Tumoren derjenigen, die sehr schnell in die Klinik kamen, immer am kleinsten und damit am besten operabel. Bereits 1906 hatte Ismar Boas, der in Berlin eine Spezialpraxis für Magen-Darm-Krankheiten betrieb, seine Kollegen auf seine seltsamen, dem Dogma des „Frühzeitig erkannt!“ zuwiderlaufenden Statistiken hingewiesen: In seiner Praxis hatte er 116 Patienten untersucht, die früh, das heißt also spätestens sechs Monate nach Auftreten der ersten Beschwerden, gekommen waren: nur bei zwei Prozent konnte er das Karzinom komplett herausoperieren. Von den 127 Patienten dagegen, die länger als sechs Monate den Arztbesuch herausgezögert hatten, konnten überraschenderweise noch sechs Prozent operiert werden. Boas, dem diese Diskrepanz vermutlich gerade wegen seiner damals unüblichen Spezialisierung auf Magen-Darm-Erkrankungen aufgefallen war, zog daraus den Schluss, dass die Frühdiagnose nicht zwangsläufig eine gute

---

<sup>22</sup> Arthur Hintze gab für an Magenkrebs erkrankte Patienten, die in der Berliner Chirurgischen Universitäts-Klinik zwischen 1914 und 1930 aufgenommen wurden, an, dass der „von den Kranken zugestandene Beginn der Beschwerden oder die erste ärztliche Behandlung [...] vielfach erst 3-6 Monate“ zurücklag. Zahlen um die 50 % nannte auch der Kieler Chirurg Wilhelm Anschütz für Patienten mit Magenkarzinom sowie der in der Münchner Privatklinik Albert Kreckes tätige Theodor Köhler für Patienten mit Mastdarmkarzinom, vgl. Hintze, *Wider den Pessimismus*, S. 211; Wilhelm Anschütz, *Diagnose und Prognose bei der chirurgischen Behandlung des Magenkarzinoms*, in: *Münchener Medizinische Wochenschrift* 72, 1 (1925), S. 1-4, hier S. 2 und Theodor Köhler, *Beitrag zur Operation des Mastdarmkrebses*, in: *Münchener Medizinische Wochenschrift* 69, 20 (1922), S. 738f.

<sup>23</sup> Hintze, *Wider den Pessimismus*, S. 211.

Prognose bedeute, sondern die Art des Tumors, seine spezifische Malignität, der wesentliche prognostische Faktor sei.<sup>24</sup> Kaum einer der angesehenen Chirurgen seiner Zeit wollte das glauben, eher wurde vermutet, dass die Patienten sich nicht richtig erinnert hätten oder die Vorgeschichte im Anamnese-Gespräch nicht sorgfältig erhoben worden sei.<sup>25</sup>

Zwanzig Jahre später waren die Stimmen der Zweifler allerdings zahlreicher geworden. Ein Grund dafür war, dass die Krebskrankheit gesellschaftlich und medizinisch immer sichtbarer wurde, so dass die Chirurgen immer sorgfältiger Statistiken über die Dauer der Heilung zu führen begannen. So konnten sie die Wirksamkeit und Sicherheit unterschiedlicher Operationsmethoden gegeneinander abwägen ebenso wie die Effektivität der Operation als solche im Vergleich mit der konkurrierenden, seit Beginn des 20. Jahrhunderts neu hinzugetretenen Heilmethode, der Bestrahlung, demonstrieren. Diese Statistiken zeichneten kein in jeder Hinsicht eindeutiges Bild über die Relation zwischen Beschwerdezeit und Operabilität, aber ein Ergebnis stach hervor: Unter denjenigen, die innerhalb der ersten drei Monate nach Auftreten der Symptome kamen, waren besonders viele Patienten mit inoperablen Tumoren. Die Prozentzahlen für die erst später in die Klinik Aufgenommenen waren fast immer niedriger und stiegen oft nur unbedeutend, wenn die Beschwerden vor der Diagnose ein Jahr oder länger bestanden hatten.<sup>26</sup>

Was diese Zahlen nun aber besonders brisant machte, war die Erkenntnis, dass unter den als operabel angesehenen Patienten diejenigen die beste Prognose hatten und am längsten überlebten, die erst nach längerem Bestehen ihrer Beschwerden den Arzt und dementsprechend später die Klinik aufgesucht hatten. Diese klinischen Daten ließen aus Sicht der meisten Chirurgen nur einen Schluss zu, den Boas schon 1906

---

<sup>24</sup> Ismar Boas, Welche Aussichten bestehen für eine Frühdiagnose der Intestinalcarcinome, in: Mitteilungen aus den Grenzgebieten der Medizin und Chirurgie, Bd. 15, Jena 1906, S. 73-88. Vgl. dazu auch Anschütz, Diagnose, S. 2. Der 1858 geborene Ismar Boas hatte 1886 in Berlin eine eigene Praxis mit Ambulatorium und Labor als „Spezialarzt für Magen- und Darmkrankheiten“ gegründet – eine bis dato nicht unabhängig existierende Fachrichtung. Damit riskierte er sowohl den Bruch mit seinem akademischen Lehrer Carl Anton Ewald als auch die harsche Kritik aller damaligen Autoritäten der Inneren Medizin, die die Einheit der Inneren Medizin gegen eine mögliche Zersplitterung bewahren wollten. Zugleich gab er die weltweit erste gastroentero-logische Fachzeitschrift heraus und verfasste ein Lehrbuch der Magenkrankheiten, das bald zum zentralen Referenzwerk werden sollte, vgl. Harro Jenss, Ismar Boas, 1858-1938, in: GeDenkOrt Charité – Wissenschaft in Verantwortung, [https://gedenkort.charite.de/menschen/ismar\\_boas/](https://gedenkort.charite.de/menschen/ismar_boas/) (letzter Zugriff: 06.03.2017).

<sup>25</sup> Anschütz, Diagnose, S. 2.

<sup>26</sup> Anschütz, Diagnose, S. 2. Die Daten von Anschütz beruhten auf einer Auswertung der Daten aus den chirurgischen Kliniken in Breslau, Heidelberg und Kiel. Ähnlich auch Köhler, Beitrag, S. 738.

vorweggenommen hatte: Unabhängig von der Lokalisation einer Krebserkrankung gab es offenbar Tumoren, die ungewöhnlich schnell wuchsen, während andere sich ausgesprochen langsam ausbreiteten – diese Unterscheidung war zuvor bereits beim Hautkrebs bekannt gewesen, bei dem die Pathologen den langsam wachsenden und spät metastasierenden Basalzelltumor vom frühzeitig metastasierenden Plattenepithelkarzinom zu unterscheiden gelernt hatten. Auch der Chirurg Karl Friedrich Steinthal unterschied in seiner seit 1905 weithin benutzten Klassifikation zwischen langsamer und schneller wachsenden Brusttumoren, die er allerdings als aufeinanderfolgende Stadien einer Erkrankung verstand.<sup>27</sup>

Wenn die Patienten frühzeitig in die Klinik kamen, so also oft deshalb, weil ihr Tumor schnell wuchs und dementsprechend schneller so gravierende Beschwerden verursachte, dass die Betroffenen ebenso wie der niedergelassene Arzt erkannten, dass es „ernst“ war. Die, die spät kamen, hatten diese Symptomschwelle, ab der der Weg in die Klinik führte, später erreicht, weil ihr Tumor langsamer wuchs. Dementsprechend höher waren ihre Chancen auf Heilung. Für den Kieler Chirurgen Wilhelm Anschütz ergab sich daraus die bittere Erkenntnis, dass bei manchen Krebserkrankungen aufgrund deren spezifischer Malignität „man wohl immer zu spät“ komme.<sup>28</sup> Von diesen Debatten, die die eindeutige Botschaft der Früherkennungskampagnen in Frage gestellt hätten, erfuhr die breitere Öffentlichkeit nichts. Medizinische Laien mussten also – sollten sie überhaupt den Plakaten und Broschüren Glauben geschenkt und die Botschaft der Heilbarkeit akzeptiert haben – annehmen, dass jeder, dessen Tumor bereits am Anfang seiner Krankengeschichte nicht mehr operiert werden konnte, für dieses „zu spät“ selbst verantwortlich war.

Ob ein Tumor überhaupt als operabel galt, darüber entschied die Machbarkeit der Operation. Einige Lokalisationen waren per se mehr oder weniger inoperabel, weil

---

<sup>27</sup> Steinthal definierte als Stadium I „Fälle mit anscheinend sehr langsamem Wachstum, der Tumor ist nur einige Centimeter gross (bis zu Pflaumengrösse), liegt noch ganz in der Drüse, zum Mindesten ist die Haut noch nicht fixiert, in der Achselhöhle finden sich eine oder auch mehrere Drüsen, die man gewöhnlich erst bei der Operation findet.“ Stadium II beschrieb er als „Fälle mit deutlichem Wachstum, Knoten, die länger stationär geblieben sind, fangen an zu wachsen, die Haut wird adhärent, Drüsen in der Achselhöhle sind deutlich nachzuweisen.“ Unter Stadium III fasste Steinthal schließlich „Fälle, bei denen die Mamma zum grössten Teil ergriffen, der Tumor mit Haut und Unterlage verwachsen ist und häufig auch die Supraclaviculardrüsen erkrankt sind.“ Vgl. Karl Steinthal, Zur Dauerheilung des Brustkrebses, in: Bruns' Beiträge zur klinischen Chirurgie 47 (1905), S. 226-239, hier S. 233f. Die Einteilung der Brustkarzinome in Steinthal I, II und III war bis in die 1960er Jahre hinein üblich. Seitdem wurde für die Stadieneinteilung des Brustkrebses in der Regel die seit 1950 international für Krebstumoren übliche TNM-Klassifikation benutzt [T = Tumorgröße und -verhalten; N = Nodus (Lymphknotenbefall) sowie M = Metastasen].

<sup>28</sup> Anschütz, Diagnose, S. 2.

das betreffende Organ unverzichtbar und nicht chirurgisch ersetzbar war oder weil das Operationsrisiko so hoch war, dass man es nur in wenigen Fällen einzugehen bereit war.<sup>29</sup> Dementsprechend waren Chirurgen bis weit in die 1930er Jahre hinein fast immer machtlos, wenn sie einen Tumor der Speiseröhre, der Bronchien, der Lunge oder der Harnblase diagnostizieren mussten. In diesen Fällen blieb bei kleineren Tumoren die Möglichkeit, endoskopisch den Tumor mit Elektrokoagulation zu entfernen, d.h. durch Wechselstrom zu zerstören, oder den Patienten an einen Radiologen zu überweisen. Kleinere Hirntumore wurden zwar durchaus operiert, aber die Operation wurde wegen ihrer vorhersehbaren Komplikationen und hohen Operationsmortalität oft von den Betroffenen oder deren Angehörigen abgelehnt.<sup>30</sup>

Alle anderen Krebslokalisationen galten grundsätzlich als operabel. Da Krebs als eine Krankheit verstanden wurde, die von einzelnen Krebszellen ihren Ausgang nahm und sich erst später über Blut- und Lymphbahnen verbreitete, erschien ein Tumor dann als operabel, wenn nicht nur der sichtbare Tumor ganz herausoperiert werden konnte, sondern auch noch ein Stück des ihn umgebenden gesund erscheinenden Gewebes, da in diesem einzelne, makroskopisch nicht sichtbare Krebszellen versteckt sein könnten. Zudem galten die dem Tumor nächstgelegenen Lymphdrüsen als gefährdet. Ob sie in jedem Fall mit herausoperiert werden sollten oder nur, wenn sie geschwollen waren, ob unter Umständen auch angrenzende Muskelstränge und umliegendes Binde- und Fettgewebe reseziert werden sollte, war unter Chirurgen umstritten.

Die am weitesten gehenden, zeitgenössisch als „radikal“ bezeichneten Techniken waren im späten 19. Jahrhundert zur operativen Behandlung einiger häufig auftretender Krebserkrankungen entwickelt worden. Dazu zählte der sogenannte Wertheim, eine 1898 erstmals von dem österreichischen Gynäkologen Ernst Wertheim

---

<sup>29</sup> Hintze, Welche Faktoren, S. 284.

<sup>30</sup> Dies ergab eine Durchsicht der Krankenakten aus der Neurologie des Heidelberger Universitätsklinikums für den Zeitraum 1920-1939. Vgl. zum Beispiel die Krankenakte der 23-jährigen Rosa K., deren Verwandte 1931 die Operation ablehnten und sie nach Hause holten (UAH, vorläufige Signatur: Acc. 30/01, neu: L-V, (Neuro), 1931, Nr. 441) sowie die Krankenakte der 46-jährigen Arbeiterfrau Karoline R., deren Mann 1934 die Operation verweigerte (UAH, vorläufige Signatur: Acc. 30/01, neu: L-V, (Neuro), 1935, Nr. 666). Es fand sich in den Akten ein einziger Fall, in dem der Patient selbst die Operation unbedingt wollte, obwohl die Ärzte zögerten: Betroffen war der 36-jährige Maschinenarbeiter Wilhelm St., der laut Patientenakte Schwierigkeiten hatte, seine Familie zu ernähren, und möglicherweise das große Risiko der Operation einzugehen bereit war, weil er als Invalide als Familienernährer vollkommen ausgefallen wäre. Er verstarb kurz nach der Operation, für die er in die besonders angesehene Neurchirurgische Klinik am Hansaplatz (Berlin) überwiesen worden war (UAH, vorläufige Signatur: Acc. 30/01 (Neuro), neu: L-V, 1938, Nr. 930).

angewandte Technik, bei der der Bauch der erkrankten Frau aufgeschnitten wurde, um während der Operation das gesamte Becken übersehen zu können und nicht nur die Gebärmutter, sondern auch das umgebende Binde- und Fettgewebe sowie die entsprechenden Lymphbahnen und -knoten zu entfernen. Der Züricher Chirurg Carl Schlatter hatte 1897 die erste von einem Patienten überlebte Gastroskopie durchgeführt. Dabei wurde dem Mann der vom Krebs durchwucherte Magen nach einem Bauchschnitt komplett entfernt und dann die Speiseröhre mit dem Dünndarm zu einem Ersatzmagen verbunden, so dass der Mann auch nach der Operation Nahrung zu sich nehmen konnte.<sup>31</sup> Der Amerikaner William Stewart Halsted erfand 1882 eine Form der Brustkrebsoperation, bei der nicht nur die erkrankte Brust amputiert wurde, sondern auch der bis zum Oberarm reichende große Brustmuskel, später auch der darunter liegende kleine Brustmuskel sowie die Lymphknoten bis zur Achsel.<sup>32</sup>

Auch wenn viele der Chirurgen, die solch „heroische“ Operationen wagten, deutschsprachig waren und auch Halsted vor Erfindung der radikalen sogenannten Mastektomie die deutschsprachigen Länder besuchte, die auf dem Feld der Chirurgie einen ausgezeichneten Ruf besaßen, setzten sich die besonders „radikalen“ Methoden in Deutschland nicht in der gleichen Weise durch wie in den USA. Ein wichtiger Grund dafür war die Tatsache, dass sich im Deutschen Reich – wie in Europa insgesamt – die Strahlenbehandlung zunehmend als ernstzunehmende Konkurrenz zur Operation etablierte.<sup>33</sup> Die Bestrahlung konnte gegenüber der Operation, vor allem der Radikal-Operation, zwei auffällige und von den Patienten deutlich fühlbare Vorteile für sich in Anspruch nehmen: Sie war – zumindest auf kurze Sicht – weit weniger gefahrvoll, denn niemand starb unmittelbar nach der Bestrahlung, während bei den ausgedehnten Krebsoperationen die Sterblichkeit während und in den ersten Tagen nach der Operation bis in die 1940er Jahre je nach Lokalisation des Tumors bei zehn bis fünfzig Prozent lag. Und zweitens hinterließ die Bestrahlung – zunächst – kaum bleibende Spuren, manche an der Hautoberfläche gelegene Tumoren verheilten sogar narbenlos,

---

<sup>31</sup> V. Schumpelick/H. W. Schreiber, Entwicklung der Chirurgie des Magenkarzinoms, in: H. Bünthe u.a. (Hg.), Aktuelle Therapie des Magenkarzinoms, Berlin 1985, S. 33-46, hier S. 40 sowie Carl Schlatter, Über Ernährung und Verdauung nach vollständiger Entfernung des Magens beim Menschen, in: Bruns' Beiträge zur Klinischen Chirurgie 19 (1897), S. 757-776.

<sup>32</sup> Zu den Umständen, unter denen Halsted diese Operationsmethode erfand, und der Frage, warum sie sich in den USA für mehr als ein halbes Jahrhundert als „beste“ Methode durchsetzen konnte, vgl. Lerner, Breast Cancer Wars, S. 17-40.

<sup>33</sup> Lerner, Breast Cancer Wars, S. 35.

während die radikalen Operationen die Körper der Operierten für immer sichtbar zeichneten.<sup>34</sup>

Vor diesem Hintergrund mussten die Chirurgen nachweisen, dass die Operation langfristig bessere Überlebenschancen eröffnete, und sie mussten genau abwägen, welche Risiken hinnehmbar, welche Einschränkungen den Patienten zumutbar erschienen. So führten die Chirurgen schon früh Statistiken darüber, wie lange Patienten nach welcher Operationsmethode lebten und sie definierten Heilung damit als langfristige Überlebenszeit. Dauerheilung wurde statistisch als fünfjährige Überlebenszeit festgelegt, da nach den Beobachtungen der Chirurgen nach dieser Frist nur bei wenigen Überlebenden am Operationsort erneut Tumoren wuchsen (Rezidive) oder aber an anderen Stellen des Körpers auftraten (Metastasen).<sup>35</sup> Halsted dagegen benutzte bis zu seinem Tod 1922 eine andere Definition. Danach bedeutete Heilung die Abwesenheit von lokalen Rezidiven, so dass Frauen, die verhältnismäßig kurz nach der Operation an Metastasen verstarben, in seiner Statistik dennoch als geheilt auftauchten. Diese Definition, die aus einer Zeit stammte, als fast alle Frauen bereits kurz nach der Brustamputation an lokalen Rezidiven starben, wurde in den USA erst seit den 1930er Jahren vermehrt kritisiert, änderte aber vorerst nur wenig daran, dass die radikale Brustamputation, die Mastektomie, dort bis in die 1950er Jahre die Methode der Wahl blieb.<sup>36</sup>

Dass für das schonendere Vorgehen der deutschen Chirurgen eine höhere Wertschätzung der weiblichen Brust verantwortlich gewesen sein könnte, erscheint zweifelhaft, zumal auch im Zuge weniger radikaler Operationsverfahren meist die

---

<sup>34</sup> So schrieb etwa der Heidelberger Chirurg Vinzenz Czerny 1911 in einer zur *Hygiene-Ausstellung* herausgegebenen Extra-Zeitung: „Allein die Operation bedeutet fast immer eine Verstümmelung, die nur gegen das beseitigte größere Übel unbedeutend erscheint.“ Vgl. ders., *Hygienische Zeitfragen*, S. 18f. HSTA D 13658, Nr. Z 1, Bl. 19.

<sup>35</sup> In den USA hatte man Dauerheilung zunächst mit einer dreijährigen Überlebenszeit gleichgesetzt und ging erst in den 1920er Jahren dazu über, als kritische Überlebensschwelle einen Zeitraum von fünf Jahren festzulegen (Lerner, *Breast Cancer Wars*, S. 37-39). Allerdings wussten viele Mediziner sehr wohl, dass es Spätrezidive geben konnte und dass diese bei einigen Krebslokalisationen (etwa Brustkrebs) öfter auftraten als bei anderen, vgl. Hermann Küttner (Breslau), *Die Operationen am Brustkorb*, in: August Bier/Heinrich Braun/Hermann Kümmell (Hg.), *Chirurgische Operationslehre*, Bd. 2, 5. Auflage, Leipzig 1923, S. 394-780, hier S. 406.

<sup>36</sup> Lerner, *Breast Cancer Wars*, S. 37-39. Ein deutlicher Wandel begann erst in den 1960er Jahren. So musste Rachel Carson, die als prominente frühe Umweltaktivistin in Erscheinung getreten war, noch darum kämpfen, nicht radikal operiert zu werden, und fand schließlich in George Crile jun. einen Chirurgen, der ihre Skepsis teilte und bereit war, ihren Brusttumor weniger radikal zu operieren, vgl. Lerner, *Breast Cancer Wars*, S. 170-195 und Aronowitz, *Unnatural History*, S. 183-209.

Brust amputiert wurde. Dass dieser Verlust angesichts des dadurch ermöglichten Lebensgewinns und der vielleicht vermiedenen Schmerzen aus Sicht vieler Krebschirurgen nur gering wog, zeigt etwa eine Äußerung Arthur Hintzes, Direktor des *Röntgen-Radium-Instituts* der Chirurgischen Universitäts-Klinik Berlin und seit 1935 stellvertretender Direktor des *Allgemeinen Instituts gegen die Geschwulstkrankheiten*. Hintze zählte an dieser Stelle die operablen, da entbehrlichen Organe auf und konzidierte, dass es Organe gebe, deren

„Verlust nicht unerhebliche physische oder psychische Nachteile mit sich bringt (Geschlechtsorgane, Mastdarm), bei wieder anderen hat der Verlust eigentlich nur kosmetische Nachteile, wie bei der weiblichen Brust.“<sup>37</sup>

Dass Frauen nach einer Amputation der Gebärmutter „psychische Nachteile“ hatten, Frauen und Männer nach einer Mastdarmentfernung darunter litten, dass sie ihren Stuhlgang nicht mehr kontrollieren konnten, eventuell auch nicht mehr ihre „Winde“, wie es zeitgenössisch hieß – das erschien ihm nachvollziehbar. Dass eine Brustamputation ebenfalls psychisch schwer zu verkraften sein konnte, galt ihm dagegen wenig plausibel, denn schließlich handelte es sich ja nicht um ein Problem, das die gesellschaftliche Teilhabe behinderte (wie etwa Stuhlinkontinenz oder fehlende Gebärbzw. Zeugungsfähigkeit), sondern eines, das im gesellschaftlichen Umgang leicht versteckt werden konnte und damit also lediglich die Frage nach einer dies leistenden „Kosmetik“ stellte.

So galt als das eigentliche Problem der von Halsted vorgeschlagenen Form der radikalen Mastektomie also weniger der Verlust der Brust, als vielmehr die durch diese Operationsmethode verursachte beziehungsweise verschlimmerte Funktionseinschränkung sowie die damit einhergehende Erschwernis des „kosmetischen Nachteils“. Denn durch die Entfernung beider Brustmuskeln (*pectoralis major* und *minor*) entstand ein großes „Loch“ im Brustkorb der betroffenen Frau, das auch durch entsprechende Kleidung nicht leicht zu überdecken war. Als schlimmer noch galten allerdings die möglichen Auswirkungen der Operation auf den Arm der operierten Körperseite: Durch die herausoperierten Lymphknoten kam es oft zu einem Lymphstau, in dessen Folge der Arm schmerzhaft anschwell, kaum mehr bewegt werden konnte und zudem um ein Vielfaches dicker erschien als der andere Arm. Unter Umständen wurde der Arm sogar im Schultergelenk vollkommen steif und konnte überhaupt nicht mehr bewegt werden.

---

<sup>37</sup> Hintze, *Welche Faktoren*, S. 284.

Für die betroffene Frau bedeutete das nicht nur Schmerzen und sichtbare Versehrtheit, sondern nicht selten Arbeitsunfähigkeit. Darum mussten zahlreiche Frauen ihre Berufstätigkeit aufgeben und waren auch nicht mehr in der Lage, alle Arbeiten im Haus zu erledigen. Selbst Körperpflege, Ankleiden und Haarefrisieren wurde für etliche Frauen nach dieser Operation schwierig oder unmöglich.

In den deutschsprachigen Fachveröffentlichungen finden sich allerdings frühzeitig Diskussionen darüber, wie diese Komplikationen durch ein weniger radikales Vorgehen abgewendet werden könnten. So beschrieb schon 1908 der renommierte Wiesbadener Chirurg Bernhard Heile, dass er zwar bei seinen Brustkrebsoperationen „selbstredend keine Rücksicht“ nehme und „alles auf Karzinom Verdächtige [...] ohne Rücksicht“ entferne, in der Regel aber eben nicht den kleinen Brustmuskel und zwar einzig und allein, um eine Stauung und Bewegungseinschränkung des Armes ebenso wie eine „Einsenkung des Operationsgebietes“ zu verhindern.<sup>38</sup> Den Erfolg illustrierte er mit einer Zeichnung, die demonstrierte, dass die Patientin den Arm heben konnte – eine bei Lymphstauung besonders schwierige Bewegung. Vage zeigte die Abbildung auch die Achselnaht, die Heile durch den erhaltenen und dort zum Schutz der Achselgefäße neu angenähten *Pectoralis minor* verschoben hatte, um den Lymphstau zu vermeiden.<sup>39</sup> Tatsächlich ist die Zeichnung aber so schematisch, dass sie kaum detaillierte Rückschlüsse auf die Operationstechnik erlaubt, sondern den Blick eher auf ein anderes Detail lenkt: auf das mit einer Art Tüte verborgene Gesicht der Frau. Wäre es allein um den Schutz der Persönlichkeitsrechte der Patientin gegangen, hätte man das Gesicht der Frau ebensogut schematisch zeichnen oder – wie in vielen anderen medizinischen Darstellungen – nur den Torso der Frau zeigen können. Diese Zeichnung allerdings stellte das Verbergen des Gesichts geradezu in den Mittelpunkt, so dass bei der hier gewählten Form der Präsentation die Überzeugung des Arztes zum Ausdruck gebracht wurde, dass die an Brustkrebs erkrankte Frau aus Scham ihr Gesicht zu verbergen hatte.

---

<sup>38</sup> Bernhard Heile, Zur Operation und Nachbehandlung des Brustkrebses, in: Münchener Medizinische Wochenschrift 55, 30 (1908), S. 1584f.

<sup>39</sup> Allerdings setzten sich auch in Deutschland in den 1920er Jahren radikalere Brustkrebsoperationstechniken durch, bei denen in der Regel auch der *Pectoralis Minor* entfernt wurde. Nur in seltenen Ausnahmefällen griffen die deutschen Chirurgen allerdings auf die von Halsted und anderen zwischenzeitlich eingeführten noch weitergehenden Operationen zurück, bei denen u.a. das Schlüsselbein der betroffenen Seite durchsägt und die oberhalb des Schlüsselbeins gelegenen Lymphknoten entfernt wurden – unabhängig davon, ob ein Befall feststellbar war oder nicht, vgl. Küttner, Operationen am Brustkorb, S. 405f.



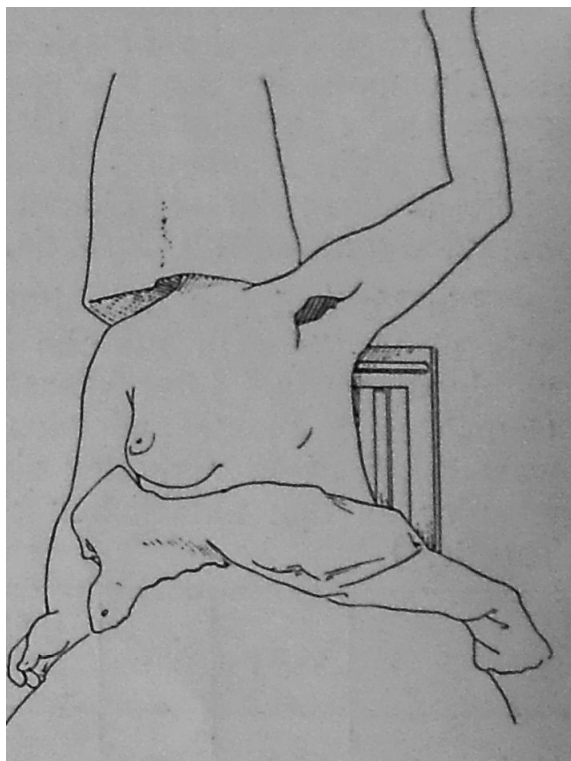


Abb. 38: Zeichnung einer Frau nach Brustamputation (1908)

Stand bei der Diskussion um die notwendige Radikalität der Brustkrebsoperation der Aspekt der Bewegungseinschränkung im Vordergrund, ging es im Hinblick auf die anderen Radikal-Operationen um die Abwägung von Lebensgefahr und Überlebenschance, da eine Bauchoperation hohe Risiken barg. Dies war etwa bei der von Wertheim entwickelten sogenannten abdominalen Totalexstirpation der Gebärmutter mit gleichzeitiger „Ausräumung“ der Drüsen und des Beckenbindegewebes der Fall. Um das Ende des 19. Jahrhunderts noch enorm hohe Risiko des Bauchschnittes zu umgehen, bemühten sich einige Gynäkologen, die Möglichkeiten der vaginalen Operation zu verbessern. 1893 gelang dem Stettiner Gynäkologen Karl August Schuchardt ein erster Schritt, indem er zu Beginn der Operation einen Scheidenschnitt durchführte, der es erlaubte, vaginal nicht nur die Gebärmutter, sondern auch angrenzende Drüsen zu entfernen. Diese Technik wurde in den folgenden Jahren von Friedrich Schauta (Wien) und Walter Stoeckel (Berlin) weiterentwickelt.

Operationsstatistiken zeigten schnell, dass bei einer Wertheim-OP deutlich mehr Frauen verstarben als bei den vaginalen Operationen. 1903 stellte Gustav Klein, Professor an der gynäkologischen Universitätspoliklinik München, eine nach Operationstechniken geordnete Übersicht der Operationsmortalität zusammen, die auf den Angaben verschiedener namhafter Operateure beruhte. Danach verstarben bei einer

einfachen vaginalen Gebärmutterentfernung im Durchschnitt sieben von hundert operierten Frauen, bei der Schuchardt-Schauta-Stoeckel folgenden vaginalen Operation mit Scheidenschnitt mehr als fünfzehn von hundert Frauen, bei der abdominalen, aber nicht immer im Sinne Wertheims radikalen Operation fast 21 von hundert Frauen. Ob sich dieses höhere Risiko „lohnte“, das heißt zu einer längeren Überlebenszeit führte, musste sich erst noch zeigen, denn 1903 lagen Klein sowohl für die Wertheim-Operation als auch für die neuartige Schuchardt-Schauta-Technik zu geringe Fallzahlen vor, die zudem oft noch keine fünf Jahre zurücklagen, also den als Maßstab der Dauerheilung definierten Zeitpunkt noch nicht erreicht hatten. Einzig für die „einfache“ vaginale Gebärmutterentfernung konnte Klein deshalb den Prozentsatz der Dauerheilung berechnen: Danach lebten fünf Jahre nach der Diagnose nur noch 13,4% der an Gebärmutterhalskrebs erkrankten Frauen, wenn die vaginale Totalexstirpation als Standardtechnik zugrunde gelegt wurde.<sup>40</sup> Dieses Ergebnis konnte nur deshalb hoffnungsvoll stimmen, weil vor Einführung der Operation alle an Gebärmutterhalskrebs erkrankten Frauen daran starben.

Zumindest in den großen Universitätskliniken ging die Sterblichkeit bei Bauchschnitt-Operationen allerdings in den Jahren nach dem Ersten Weltkrieg deutlich zurück, so dass etwa bei der Wertheim-Operation „nur“ noch fünfzehn von hundert Frauen verstarben. Auch die Sterblichkeit bei den radikaleren Magenkrebsoperationen nahm langsam ab, obwohl diese Operation bis in die 1930er Jahre unter Operateuren als gefährlichste galt.<sup>41</sup> Dies lag einerseits an einer verbesserten Operationshygiene.<sup>42</sup>

---

<sup>40</sup> Diese Zahl berechnete Klein, indem er von der Grundzahl hundert zunächst die Zahl der Frauen abzog, die auch mit der vergleichsweise gefahrlosen vaginalen Technik nicht operiert werden konnten (55,5 %). Von den verbleibenden 44,5 % zog er die bei der Operation gestorbenen Frauen ab und errechnete dann, wie viele der Frauen, die die Operation überlebten, fünf Jahre später noch rezidivfrei lebten, vgl. Gustav Klein, Die operative Behandlung des Gebärmutterkrebses (Schluss), in: Münchener Medizinische Wochenschrift 50, 12 (1903), S. 513-515, hier S. 514.

<sup>41</sup> Magenkrebs wurde je nach Ausdehnung und Lage des Karzinoms entweder operiert, indem der vom Krebs befallene Teil des Magens herausgeschnitten und die verbleibenden Teile des Magens mit dem Zwölffingerdarm oder Dünndarm vernäht wurden (Billroth I und II), oder es wurde – wenn der ganze Magen befallen war – der Magen komplett reseziert (Gastrektomie), eine deutlich gefährvollere Operation. Von der zuvor bevorzugten, weniger komplikationsreichen Gastro-enterostomie, der operativen Umgehung des Karzinoms, das im Bauch verblieb, nahmen die Chirurgen dagegen zunehmend Abstand, da eine solche Operation „nur“ eine Lebensverlängerung bringen konnte. Vgl. August Bier, Die Chirurgie des Magens, in: ders./Heinrich Braun/Hermann Kümmell (Hg.), Chirurgische Operationslehre, Bd. 3, Leipzig 1920, S. 64-246, hier S. 139-185 und Hintze, Die Prognose, S. 166 sowie zum Gebärmutterhalskrebs: Philipp/Gornick, Die Behandlung, S. 274.

<sup>42</sup> Federführend war hier der Pathologe Curt Schimmelbusch, der seit 1889 bis zu seinem frühen Tod 1895 in der Chirurgischen-Universitätsklinik in Berlin unter Ernst von Bergmanns Leitung arbeitete und verschiedene Sterilisationstechniken für die Operationsinstrumente und das Verbandszeug entwickelte, sowie unter Rückgriff auf die bakteriologischen Laborbefunde den Gedanken der Asepsis, der Keimfreiheit, als Voraussetzung für die Durchführung von Operationen propagierte,

Andererseits war es in den Universitätskliniken üblich geworden, vor der Operation Abstriche zu nehmen und diese auf bestimmte Bakterienstämme zu untersuchen – ein Vorgehen, das auch vor Radiumeinlagen zunehmend praktiziert wurde, um das mit der Radiumeinlage einhergehende Infektionsrisiko zu minimieren. Wurden bestimmte Bakterien nachgewiesen, so wurden diese entweder vor der Operation bekämpft oder es wurde von einer abdominalen Operation abgesehen. Vor diesem Hintergrund war die „radikale“ Wertheim-OP seit Mitte der 1920er Jahre in vielen Universitätskliniken zum Operationsstandard geworden – allerdings nur dann, wenn überhaupt operiert wurde, da die Tumoren des Gebärmutterhalskrebses nach Röntgen- und Radiumbestrahlung oft schnell (vorerst) verschwanden, so dass sich die Bestrahlung als ergänzende Vor- oder Nachbehandlung oder sogar als alleinige Therapie vor allem dort in den 1920er Jahren etablierte, wo Radium und entsprechend starke Röntgengeräte zur Verfügung standen.<sup>43</sup>

Anders sah dagegen die Situation in kleineren Krankenhäusern aus: Radium war meist nicht vorhanden, ausreichend starke Röntgengeräte oft auch nicht, ebenso fehlten häufig entsprechend ausgebildete Radiologen oder Röntgenschwestern. Darum blieb abseits der Universitätsstädte die Operation noch lange die bevorzugte Therapie des Gebärmutterhalskrebses. Allerdings schreckten viele Operateure hier vor radikaleren Operationen zurück, vor allem, wenn dazu ein Bauchschnitt nötig war – obwohl sie davon überzeugt waren, dass erfolgreiche „radikalere“ Operationen bessere Heilungschancen versprachen. Dennoch entschieden die Chirurgen kleinerer Kliniken, im Zweifelsfall lieber weniger radikal oder besser vaginal zu operieren, um die Operationsmortalität gering zu halten. Denn einerseits waren sie in den radikaleren Operationsmethoden weniger geübt, bekamen mitunter nur fünf operable Gebärmutterhalskarzinome pro Jahr zu sehen, so dass die Gefahr eines tödlichen Ausgangs unter ihren Händen größer als in den Universitätskliniken war. Andererseits standen sie zusätzlich von Seiten ihrer Klinikleitungen unter einem höheren Druck, Todesfälle während der Operation nicht zu riskieren, weil sich in kleineren Städten die Nachricht vom Tod im Krankenhaus schneller verbreitete – und diese Form der negativen Propaganda

---

vgl. dazu ders., Die Durchführung der Asepsis in der Klinik des Geheimrath von Bergmann in Berlin, in: *Archiv für Klinische Chirurgie* 42 (1891), S. 123-171 sowie Thomas Schlich, Asepsis and Bacteriology: A Realignment of Surgery and Laboratory Science, in: *Medical History* 56, 3 (2012), S. 308-334.

<sup>43</sup> E. Vogt, Über die Diagnose und Therapie des Karzinoms des Gebärmutterkörpers (aus der Universitäts-Frauenklinik Tübingen, Direktor: Prof. Dr. A. Mayer), in: *Münchener Medizinische Wochenschrift* 72, 11 (1925), S. 437-439, hier S. 439.

fürchteten die Betreiber der kleineren Krankenhäuser mehr als die Direktionen der Universitätskliniken, die in der Regel eher unter Bettennot litten, als dass sie das Ausbleiben von Patienten hätten befürchten müssen.<sup>44</sup>

Die Menschen, die mit einer Krebserkrankung in die Kliniken kamen, wussten in der Regel nichts von diesen Zusammenhängen, kannten weder die in Fachzeitschriften kursierenden Heilungsziffern noch die nach gewählter Methode aufgeführten Statistiken über die zu erwartende Operationsmortalität. Die allermeisten werden auch nichts über Einzelheiten der Operationsmethoden oder die Möglichkeit einer Wahl zwischen unterschiedlich „radikalen“ Operationen gewusst haben. Die einzigen „offiziellen“ Informationsmedien, die Ausstellungen, Filme und Broschüren der Früherkennungskampagnen, vermieden es, Einzelheiten über die möglichen Operationen preiszugeben. Die präsentierten Bilder zeigten Aufnahmen leerer Operationssäle oder – ein Novum des umstrittenen Films „Krebs“ von 1930 – den Blick aufs Operationsfeld.<sup>45</sup> Fotos von durch Operation geheilten Krebspatienten fehlten völlig, obwohl Vorher-Nachher-Fotos von bestrahlten Hautkrebspatienten abgedruckt wurden.



Abb. 39: Hautkrebspatient vor und nach Bestrahlung: Lichtbildreihe DHMD (1929)

<sup>44</sup> Vgl. zum Beispiel die deutlichen Schilderungen bei: G. Frommolt, Die Behandlung des Kollumkarzinoms im kleinen Krankenhaus (aus der geburtshilflich-gynäkologischen Abteilung des Ev. Diakonissenhauses Halle a.S.), in: Münchener Medizinische Wochenschrift 85, 7 (1938), S. 241f.

<sup>45</sup> Eine ausführliche Auseinandersetzung mit diesem Film findet in Kapitel 3 statt.

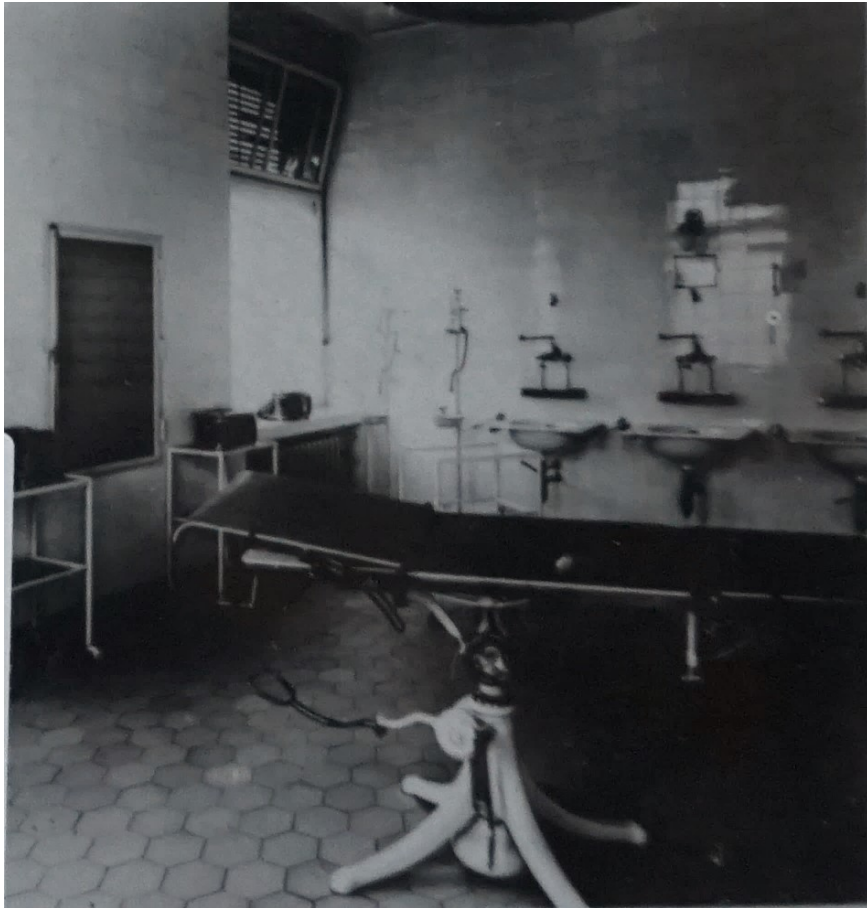


Abb. 40: Ausschnitt aus einem Plakat der Wanderausstellung „Kampf dem Krebs“ (1931)



Abb. 41: Blick auf das Operationsfeld. Still aus dem Film „Krebs“ (1930)

Der Grund für diese „Zurückhaltung“ war die unter Chirurgen und Ausstellungskuratoren weit verbreitete Annahme, dass viele Menschen deshalb so lange mit dem Gang zum Arzt zögerten, weil sie sich vor der Operation fürchteten – eine Furcht, die die Ausstellungen sogar explizit thematisierten und mit vagen Erklärungen als unbegründet darstellten.<sup>46</sup> Dass aber sowohl das Wissen um die Operation und deren Gefahren als auch das Wissen um den Verlauf einer Krebserkrankung bei einer Reihe von Betroffenen umfangreicher war, als die Kampagnen es beabsichtigten, lässt sich aus manchen medizinischen Fachveröffentlichungen herauslesen. So wog etwa der Gynäkologe und Rektor der Bonner Universität Otto von Franqué 1922 in einem später veröffentlichten Fortbildungsvortrag Vor- und Nachteile von Operation und Bestrahlung des Gebärmutterhalskrebses gegeneinander ab, um schließlich aus medizinischer Sicht der Bestrahlung den Vorrang einzuräumen. Dennoch empfahl er seinen Kollegen, nicht nur zu bestrahlen, sondern auch die Gebärmutter herauszuoperieren und begründete dies mit den Worten:

„Für das Seelenleben und das Gesundheitsgefühl mancher Kranken aber wird es wohl besser sein, wenn sie die Gewissheit haben, dass das erkrankte Organ vollständig entfernt ist: trotz der Ergebnisse der Statistik, die denselben oder einen noch grösseren Prozentsatz der Heilungen bei Bestrahlung allein aufweisen, wird bei Zurückbleiben des Uterus bei manchen Kranken die seelische Ruhe stärker beeinträchtigt, die Angst vor dem Rezidiv grösser sein.“<sup>47</sup>

En passant lässt diese Passage erkennen, dass einige Patientinnen ahnten, dass sie an Krebs litten und auch wussten, dass nach einer Krebstherapie Rezidive auftreten konnten – ein Wissen, das in den Kampagnen zu dieser Zeit nicht vermittelt wurde. Dass die Gebärmutteramputation 1922 von manchen Patientinnen der zunächst gefahrloser erscheinenden Bestrahlung vorgezogen wurde, lässt zudem vermuten, dass die Patientinnen auch mitbekommen hatten, dass sich die Operationsmortalität bei dieser Art von Operationen seit Anfang der 1920er Jahre deutlich verringert hatte. Dennoch – und das werden viele aus Gesprächen mit Bekannten und Verwandten gewusst haben – war eine solche Operation zu dieser Zeit alles andere als Routine.

<sup>46</sup> So etwa ein in der Ausstellung „Kampf dem Krebs“ 1931 gezeigtes Plakat, auf dem es hieß: „Die Angst vor dem Messer ist nicht berechtigt, die Operation tut weder weh noch ist sie so gefährlich wie die meisten denken! Gefährlicher ist auf alle Fälle das Warten, wenn jemand einen Krebs hat, weil das stets mit dem Tode endet.“ DHMD 2001/247.44. Zur Operationsangst vgl. auch: Hermann Küttner/Ferdinand Sauerbruch/Victor Schmieden, Die Chirurgie des Krebses und die neuen organisatorischen Bestrebungen zur Krebsbekämpfung, in: Die Medizinische Welt. Ärztliche Wochenschrift 28 (1931), S. 14. BArch R 86/2759.

<sup>47</sup> Otto von Franqué, Wie soll man den Uteruskrebs behandeln?, in: Münchener Medizinische Wochenschrift 70, 21 (1923), S. 676-687, hier S. 677.

Mit welchen Gedanken und Gefühlen sich die Patienten in den chirurgischen Stationen der Kliniken einfanden, darüber gibt es für die erste Hälfte des 20. Jahrhunderts fast gar keine Aufzeichnungen von deren eigener Hand.<sup>48</sup> Allerdings lässt sich rekonstruieren, welche Wege sie gingen, wie die Räume, Prozeduren und therapeutischen Utensilien aussahen, mit denen sie zu tun hatten. Im Zuge der in den 1920er Jahren geübten Kritik an der „mechanistischen“ Medizin beschäftigten sich Ärzte auch mit der Frage, wie die Operationsscheu gelindert und den Patienten ihr Aufenthalt im Krankenhaus weniger beängstigend, fremd und unangenehm gestaltet werden könnte. Die in diesem Zusammenhang publizierten Empfehlungen der Ärzte erlauben zum Teil Rückschlüsse auf das Verhalten und den Zustand der Patienten im Vorfeld einer Operation.

Für die meisten Krebsoperationen mussten sich die Patienten bereits einige Tage im Voraus in der Klinik einfänden. Die chirurgischen Kliniken lagen, gemäß ihrer Stellung innerhalb der Medizin, meist im Zentrum der Krankenhausgelände. Fast immer handelte es sich um mehrgeschossige Bauten, in denen an einem Ort Krankensäle und Operationssaal untergebracht waren. Der Münchner Chirurg Albert Krecke versuchte sich 1927 in einem Aufsatz in seine Patienten hineinzusetzen, die vor einer Operation ein solches Gebäude betreten:

„Die langen, oft 100 Meter und mehr sich hinziehenden kahlen Gänge lassen ein niederdrückendes Gefühl der Oede aufkommen. Beim Eintritt empfängt den Besucher die eigentümliche Krankenhausluft, die eine seltsame Mischung von Lysol, Jodoform, Wasserdampf und Schlimmerem darstellt. Dem Eingang gegenüber wird man vielfach durch größere und kleinere Schilder darauf hingewiesen, daß hier der Weg zum Operationssaal geht. Wenn gar noch ein Kranker auf einer Bahre hinein- oder herausgetragen wird, so ist das Maß der Unlustgefühle für die Neuankommenden reichlich gefüllt.“<sup>49</sup>

---

<sup>48</sup> In medizinischen Fachzeitschriften finden sich dagegen vereinzelt Berichte über den vermuteten Seelenzustand von Patienten vor der Operation, die allerdings auch von strategischen Überlegungen beeinflusst sein können. So schilderte der Heidelberger Gynäkologe Dietel 1933 unter Rückgriff auf die Worte des Röntgenologen Gauss die seelische Belastung einer an Gebärmutterhalskrebs erkrankten Patientin vor der Operation auch, um für die aus seiner Sicht seelisch weniger belastende Bestrahlung einen Stab zu brechen: „Jede zur Operation entschlossene Patientin erkennt die ihr drohende Lebensgefahr und rechnet natürlich mit ihr, da sie ja nicht voraussehen kann, ob sie das schwarze oder das weiße Los gezogen hat. Die Begriffe: Sorge, Furcht, Testament, kirchlicher Trost, Abschied kennzeichnen am besten ihren Seelenzustand vor der Operation.“ Dietel, Strahlenbehandlung, S. 206.

<sup>49</sup> Albert Krecke, Über die seelische Schädigung des chirurgischen Kranken, in: Münchener Medizinische Wochenschrift 74, 5 (1927), S. 197-201, hier S. 198f.

Die chirurgischen Kliniken schücherterten demnach aus seiner Sicht bereits durch ihre „kasernenartige“ Größe, Bauweise und Gestaltung ein. Gefühle der Angst und Aufregung steigerten sich durch alles, was konkret auf die bevorstehende Operation vorausdeutete: durch den Geruch nach Desinfektionsmitteln, die Hinweisschilder sowie durch den Anblick der für die Operation vorbereiteten oder noch bewusstlosen, abgedeckt aus dem Operationssaal herausgetragenen Patienten. Diese Einschätzung Kreckes entsprach seiner grundsätzlichen Ansicht, dass vom Patienten möglichst alle auf seine Krankheit und die Operation hindeutenden Eindrücke fernzuhalten seien, damit er oder sie möglichst ahnungslos und dementsprechend beruhigt in den Operationssaal gefahren werden könnte. So empfahl er, Krebskranke nicht mit anderen Krebskranken in einen Krankensaal zu legen, insbesondere nicht mit bereits operierten Krebspatienten, da diese „eine Befriedigung darin [finden würden], die Unannehmlichkeiten und Schmerzen ihrer Operation dem Neuen möglichst schlimm darzustellen“.<sup>50</sup> Sehr schwer dürfte diese Absicht nicht umzusetzen gewesen sein, da in den chirurgischen Kliniken die an Krebs erkrankten Patienten eine Minderheit unter der großen Mehrheit von Patienten darstellten, die wegen Knochenbrüchen und anderen Verletzungen, Leistenbrüchen, Blinddarmentzündungen, Geschwüren, Amputationen oder gutartigen Wucherungen im Krankensaal lagen.

Auch vom Arzt, noch weniger von den Krankenschwestern und -wärtern sollten die Krebskranken erfahren, was ihnen konkret bevorstand. Nicht nur Krecke, sondern auch viele seiner Kollegen teilten ihren Patienten lediglich mit, an welchem Organ operiert werden sollte, nicht aber, wie diese Operation konkret aussehen würde noch mit welchen Versehrtheiten die Patienten danach umgehen müssten. Nicht selten wussten die Operateure tatsächlich nicht genau, wie umfangreich die geplante Operation ausfallen würde, da die zur Verfügung stehenden diagnostischen Instrumente eine genaue Vorhersage nicht immer zuließen. So wurde bei Brustkrebsverdacht in der Regel zunächst eine Gewebeprobe aus dem verdächtigen Knoten entnommen und diese Probe vom Pathologen untersucht, während die Patientin narkotisiert blieb. Erkannte der Pathologe auf Krebs, nahm der Chirurg sofort anschließend eine Brustamputation vor.<sup>51</sup> In klinisch eindeutig erscheinenden Fällen oder in kleineren Kliniken, in denen

<sup>50</sup> Krecke, Über die seelische Schädigung, S. 199.

<sup>51</sup> Der Grund dafür, unmittelbar nach der Biopsie und pathologischen Untersuchung des Gewebes zu operieren, lag in der Annahme, dass sich Krebszellen durch den Schnitt in den Tumor „verimpfen“ könnten, wie es zeitgenössisch hieß – das bedeutete, dass sie aus dem Tumor gelöst und ihnen damit der Weg in Blut- oder Lymphbahnen eröffnet werde, auf diese Weise also Metastasen entstehen



die Möglichkeit einer schnellen histopathologischen Untersuchung nicht gegeben war, entschieden die Chirurgen während der Operation, ob der Tumor nach seinem Aussehen und der Art seines Wachstums einen gut- oder bösartigen Eindruck machte.<sup>52</sup> Auch bei den meisten Operationen wegen Magen-, Darm- oder Gebärmutter(hals)krebs war durch die röntgenologische Untersuchung allein oftmals nicht zu erkennen, wie und ob der Tumor zu operieren sein würde. Darum begannen nicht wenige dieser Operationen mit einer sogenannten Probelaparotomie, bei der der Bauch geöffnet wurde, um einen diagnostischen Blick auf Lage und Umfang des Tumors zu werfen. Dann erst wurde entschieden, wie die Operation weiter verlaufen würde. Doch auch wenn die Operateure nicht immer vor Beginn der Operation wussten, wie diese im Detail verlaufen würde – welche Folgen die Operation vermutlich oder wahrscheinlich für den Patient haben würde, war den Chirurgen nicht unbekannt. Doch um den Patienten nicht aufzuregen oder zu verängstigen, schwiegen sich die meisten Ärzte darüber aus. Krecke bemerkte dazu fast lapidar:

„Wird bei einer Mastdarmoperation voraussichtlich die Anlegung eines künstlichen Afters notwendig sein, so soll man auch damit den Kranken nicht erschrecken. Der Kranke stellt sich vorher den Zustand immer viel entsetzlicher vor, als er in Wirklichkeit ist; mit der vollzogenen Tatsache hat sich später noch jeder abgefunden.“<sup>53</sup>

Welche anderen Möglichkeiten es denn überhaupt geben konnte, als sich schließlich mit der „vollzogenen Tatsache“ eines künstlichen Afters abzufinden, überlegte Krecke an dieser Stelle nicht, denn aus seiner ärztlichen Logik heraus gab es schließlich zur radikalen Darmoperation, die eine kleine Chance auf Heilung bot, keine Alternative. Diese minimale Chance auf Heilung oder Lebensverlängerung erschien ihm in jedem

---

könnten. Aus diesem Grund lösten viele Chirurgen bei großen, geschwürigen Tumoren die Haut um den Tumor zunächst großräumig ab und vernähten sie dann über dem Tumor, bevor sie diesen herausoperierten, vgl. Heinrich Braun, Allgemeine Operationslehre, in: August Bier/ Heinrich Braun/Hermann Kümmell (Hg.), Chirurgische Operationslehre, Bd. 1, Leipzig 1914, S. 1-150, hier S. 27.

<sup>52</sup> Die Frage, ob eine Brustamputation lediglich nach dem klinischen Befund und ohne histopathologisch abgesicherte Diagnose dem medizinischen Standard entsprach, stand im Mittelpunkt eines 1940 vor dem Reichsgericht verhandelten Prozesses. Im inkriminierten Fall hatte der Arzt eine Frau operiert, ohne eine Probebiopsie zu entnehmen, da es an seiner Klinik diese Möglichkeit nicht gab. Als sich bei der späteren Gewebsuntersuchung herausstellte, dass der Tumor gutartig war, verklagte die Patientin den Arzt. Das Reichsgericht stellte in seinem Urteil allerdings fest, dass das Vorgehen des Arztes dem in kleineren Kliniken üblichen und anerkannten Prozedere entsprach. Verurteilt wurde der Arzt allerdings, weil er die Frau vor der Operation nicht um ihr Einverständnis zur Brustamputation gebeten hatte, vgl. III. Zivilsenat, 1. Zur Sorgfaltspflicht des Arztes.

<sup>53</sup> Krecke, Über die seelische Schädigung, S. 198.

Fall wünschenswerter als ein Weiterleben mit Darmtumor und vorerst intaktem After, auf das ein schmerzvolles Sterben folgen würde.

Doch das Verschweigen der Operationsfolgen diene nicht nur dazu, die Furcht des Patienten zu besänftigen, damit er nicht vor der Operation zurückschreckte, sondern auch dazu, dass er die Vorbereitungen zur Operation möglichst ruhig durchstand.<sup>54</sup> Dazu konnte eine mehrtägige Bettruhe gehören, wenn der Patient alt oder geschwächt war. Bei allen anderen Patienten versuchte man die Vorbereitungszeit auf ein oder zwei Tage zu beschränken. Stand eine Magen- oder Darmoperation bevor, wurden Magen und Darm am Tag vor der Operation durch mehrmalige Spülungen so weit wie möglich entleert, bei Operationen am Mund wurden die Zähne zuvor gründlich gereinigt und eventuell vorhandene kariöse Zähne gezogen. Alle Patienten bekamen am Tag vor der Operation nur noch flüssige Nahrung. Außerdem wurden die Patienten an diesem Tag gründlich gebadet und das Operationsfeld wurde rasiert.

Einige Zeit vor der Operation wurden die Patienten in die Wartezimmer der Operationssäle gefahren, die fast immer nach Geschlechtern getrennt eingerichtet waren, um die Gebote der Schicklichkeit nicht zu verletzen. Dies traf auch für die in größeren Krankenhäusern vorhandenen separaten Wartezimmer für Patienten der Poliklinik zu, die vorher nicht stationär in das Krankenhaus aufgenommen worden waren. Die unmittelbare Vorbereitung auf die Operation erfolgte möglichst in einem separaten Vorbereitungsraum, damit der eigentliche Operationsaal so kahl und damit aseptisch wie möglich ausgestattet sein konnte, aber auch, damit der Patient vom eigentlichen Operationsaal nur wenig oder gar nichts zu sehen bekam.<sup>55</sup> In einigen Kliniken zog man dem Patienten vor der Operation einen eigens angefertigten Operationsanzug an, der den Körper warmhalten sollte und zugleich das Operationsfeld freigab.

Nun wurde das Operationsfeld mit desinfizierenden Mitteln wie Seifenspiritus, Jodbenzin, Alkohol oder Jodtinktur abgerieben und dann wieder abgedeckt. Daraufhin wurde mit der Einleitung der Narkose begonnen. War der Patient bereits im Krankensaal sehr aufgereggt gewesen, hatte er schon dort etwa eine Stunde vor Operationsbeginn eine Morphiuminjektion bekommen und befand sich bereits in einer Art Dämmer Schlaf,

---

<sup>54</sup> Die hier beschriebene Prozedur ist nicht in jedem Krankenhaus in gleicher Weise angewandt worden, sondern entspricht dem Vorgehen, das das damals angesehenste Lehrbuch vorschlug, vgl. hierzu und zum Folgenden: Braun, Allgemeine Operationslehre, S. 1-150.

<sup>55</sup> Krecke, Über die seelische Schädigung, S. 200.

während er in den Operationstrakt geschoben wurde.<sup>56</sup> Dieses Verfahren wandte man allerdings nur ungern bei schmalen und geschwächten Personen an, da das Morphinum den Blutdruck und die Körpertemperatur herabsetzen konnte, so dass die eigentliche Narkose schwerer beherrschbar wurde. Andererseits ließen sich aufgeregte Personen nur mit größeren Mengen an Äther oder Chloroform narkotisieren, die ihrerseits zu Komplikationen unter der Narkose führen konnten. Auch aus diesem Grund bemühte man sich auf den chirurgischen Stationen, die Patienten über die ihnen bevorstehende Operation mit allen Mitteln zu beruhigen.

Hatten Ende des 19. Jahrhunderts viele Chirurgen Chloroform bevorzugt, so waren die meisten Operateure in den 1920er Jahren zur Narkose mit Äther, einem Äther-Chloroform-Gemisch oder dem Zusatz weiterer Narkosemittel wie etwa Pantopon übergegangen.<sup>57</sup> Die Narkose wurde in größeren und neu erbauten Krankenhäusern in der Regel nicht im Operationssaal eingeleitet. Denn die Neubauten verfügten meist über ein Vorbereitungszimmer, so wie das zwischen 1893 und 1896 erbaute Operationshaus des Krankenhauses Berlin-Moabit, in dem sich ein separates sogenanntes Chloroformzimmer befand.

Ein Blick auf das Moabiter Operationshaus zeigt außerdem, dass dort der größte Operationssaal den aseptischen Operationen vorbehalten war. Viele dieser Operationssäle waren gegen Ende des 19., zu Beginn des 20. Jahrhunderts neu errichtet worden, weil die Erkenntnisse der Antisepsis (Keimreduktion), später auch der Asepsis (Keimfreiheit) eine Neugestaltung der Operationsräume und -ausstattung notwendig machten. Hatte man bis zur Jahrhundertwende noch oft in Hörsälen vor den Augen der Studenten operiert, fanden die Operationen nach 1900 zumeist in separaten Operationssälen statt. Immer dann, wenn das Operationsgebiet entzündet oder infiziert war, was bei vielen Krebsoperationen der Fall war, fand die Operation in einem speziellen, häufig kleineren Saal statt, in dem ausschließlich die sogenannten septischen Fälle operiert wurden, damit keine Infektionen den Erfolg der aseptischen Operation gefährden konnten.

---

<sup>56</sup> Braun, Allgemeine Operationslehre, S. 45.

<sup>57</sup> Mit Chloroform ließen sich Patienten leichter und schneller narkotisieren, zudem wurden die Schleimhäute nicht so stark gereizt wie durch Äther, so dass der bei Äthernarkosen damals übliche verstärkte Speichelfluss vermieden wurde. Allerdings wurde Chloroform schnell überdosiert und konnte das Herz schädigen, so dass es unter Chloroformnarkose immer wieder zu Todesfällen kam, vgl. Braun, Allgemeine Operationslehre, S. 40.

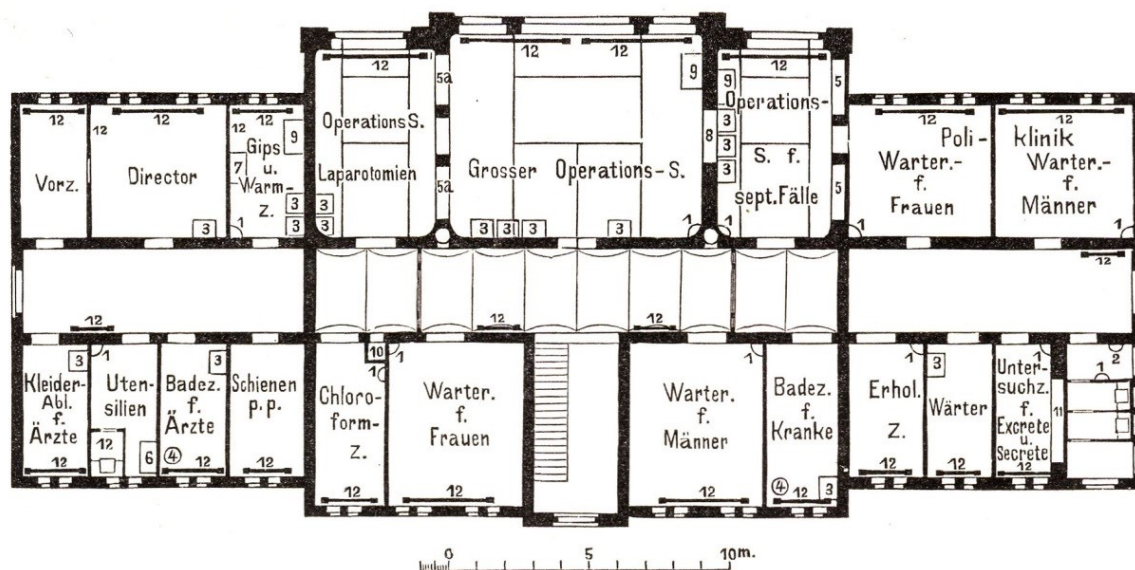


Abb. 42: Grundriss des Operationshauses / Krankenhaus Moabit (1893-1896 gebaut)

Häufig wurde zur Applikation einer Vollnarkose eine Atemmaske verwendet, die dem Patienten über Mund und Nase gelegt wurde und auf die das Narkosemittel getropft oder mittels unterschiedlicher Narkoseapparate gedampft wurde. Diese Maske rief bei den meisten Patienten zunächst ein Erstickungsgefühl hervor, von dem man die Patienten durch langsames Zählen abzulenken suchte.<sup>58</sup> Während viele der Patienten also bereits bewusstlos waren, als man sie in den Operationssaal brachte, wurden andere wach in den Operationssaal gebracht, auf den Operationstisch gelegt und festgeschnallt, bevor man mit der Narkose begann. Diese Patienten sahen dann noch den Operationssaal, der nach 1900 meist vollkommen gefliert oder gekachelt war und zur ausreichenden Belichtung über große Fenster an mehreren Seiten sowie oft über ein Oberlicht verfügte.<sup>59</sup>

<sup>58</sup> Krecke, Über die seelische Schädigung, S. 200 und Braun, Allgemeine Operationslehre, S. 47.

<sup>59</sup> Braun, Allgemeine Operationslehre, S. 2f.



Abb. 43: Operationszimmer des Berliner St. Hedwig Krankenhauses (1927)

Waren die Patienten noch wach, sahen sie den Operateur, der bereits eine Haube, einen Mundschutz, einen Kittel und vielleicht auch teure, wiederverwendbare Gummihandschuhe trug, über deren Verwendung auch nach 1900 noch keine Einigkeit unter Chirurgen herrschte.<sup>60</sup> Spätestens in diesem Moment wurde die Narkose eingeleitet. Die chirurgischen Lehrbücher empfahlen, die Narkose möglichst flach zu halten, um Nebenwirkungen und Komplikationen wie Atemprobleme, Herzstillstand und Erbrechen zu minimieren – auch auf die Gefahr hin, dass die Patienten sich unter der Narkose zeitweilig zu bewegen begannen oder fast aufwachten.<sup>61</sup>

<sup>60</sup> Die Gummihandschuhe, die aus dünnem Kondomgummi bestanden, waren teuer und leicht zu beschädigen, darum war ihre Anwendung bei aseptischen Operationen umstritten. Weniger umstritten war dagegen ihr Einsatz bei septischen Operationen, bei denen die Hände des Operateurs ansonsten mit als infektiös angesehenem Material in Berührung gekommen wären. Bei einer Karzinomoperation gab es aseptische Phasen, während die eigentliche Operation des Karzinoms als septisch galt. Der Film „Krebs“ von 1930 zeigte allerdings die Hände des Operateurs ohne Handschuhe. Braun empfiehlt die Verwendung von Gummihandschuhen auch für aseptische Operationen, vgl. ders., *Allgemeine Operationslehre*, S. 11-16. Schon 1890 hatten die Chirurgen um den Einsatz von Handschuhen gestritten. Damals standen zwei Logiken miteinander im Konflikt: die Annahme, dass die Handschuhe eine manuelle Kontrolle der Operation behindern würden einerseits, andererseits das Bestreben, unter möglichst aseptischen Bedingungen zu arbeiten, vgl. Thomas Schlich, *Negotiating Technologies in Surgery: The Controversy about Surgical Gloves in the 1890s*, in: *Bulletin of the History of Medicine* 87, 2 (2013), S. 170-197.

<sup>61</sup> Braun, *Allgemeine Operationslehre*, S. 48f.

War die Operation beendet, wurden die noch schlafenden Patienten zurück in den Krankensaal gefahren, denn besondere Aufwachzimmer gab es zu dieser Zeit noch nicht. Konnten die Patienten sich keine Unterbringung erster Klasse leisten, sondern zählten zur großen Mehrheit der Patienten zweiter oder dritter Klasse, wachten sie nach der Operation in einem der langgestreckten hohen Räume auf, wie sie in der Regel als Krankensaal genutzt wurden und meist Platz für zwanzig oder mehr Betten boten. Während sie, je nach Schwere der Operation, am ersten Tag danach fast immer liegen bleiben mussten und keinen Besuch bekommen durften, sollten viele bereits am zweiten Tag mit kleinen Bewegungen beginnen oder sogar aufstehen. Dies hatte man im 19. Jahrhundert anders gehandhabt, doch waren die Chirurgen am Anfang des 20. Jahrhunderts zu der Erkenntnis gelangt, dass frühes Aufstehen die Heilung förderte und die Gefahr einiger gefürchteter Operationsfolgen verringerte – vor allem einer Lungenentzündung, einer Darmlähmung und dem unstillbaren Magenerbrechen, die zu den häufigen Todesursachen nach großen Bauchoperationen zählten, sollte so vorgebeugt werden.

Eine andere gefürchtete Operationsfolge war die Sepsis. Um diese frühzeitig zu entdecken, hatte man im 19. Jahrhundert sehr bald und oft nach einer Operation den Verband gewechselt. Mit der Entdeckung desinfizierender Substanzen waren die Chirurgen dazu übergegangen, den Verbandswechsel selbst als Möglichkeit, die Wunde zu infizieren, zu erkennen und darum wurde der Verband nun später und weniger oft gewechselt. Oft mussten Bauch- oder Brustwunden jedoch zunächst mit einem Drain versehen werden, um Wundflüssigkeit abzuleiten. Manchmal – vor allem bei weitgehenden Brustkrebsoperationen – war die Wunde so groß, dass sie erst durch ein aus dem Oberschenkel oder Lendenbereich entnommenes Hautstück bedeckt werden musste. Diese Transplantation konnte nicht immer in der ersten Operation erfolgen und machte so manchmal eine weitere Operation erforderlich. Wie groß der durch die Operation dem Patienten zugefügte „Defekt“ wirklich war, erfuhren die Patienten nicht selten erst beim Verbandswechsel. Zu diesem Zweck war es üblich, das Bett des Patienten mit Bettschirmen zu umstellen, bevor die Verbände gelöst wurden. Nur in manchen Kliniken wurde der Verbandswechsel in einem besonderen Raum oder einem dafür vorgesehenen Bereich vorgenommen.<sup>62</sup>

---

<sup>62</sup> Krecke, Über die seelische Schädigung, S. 201.

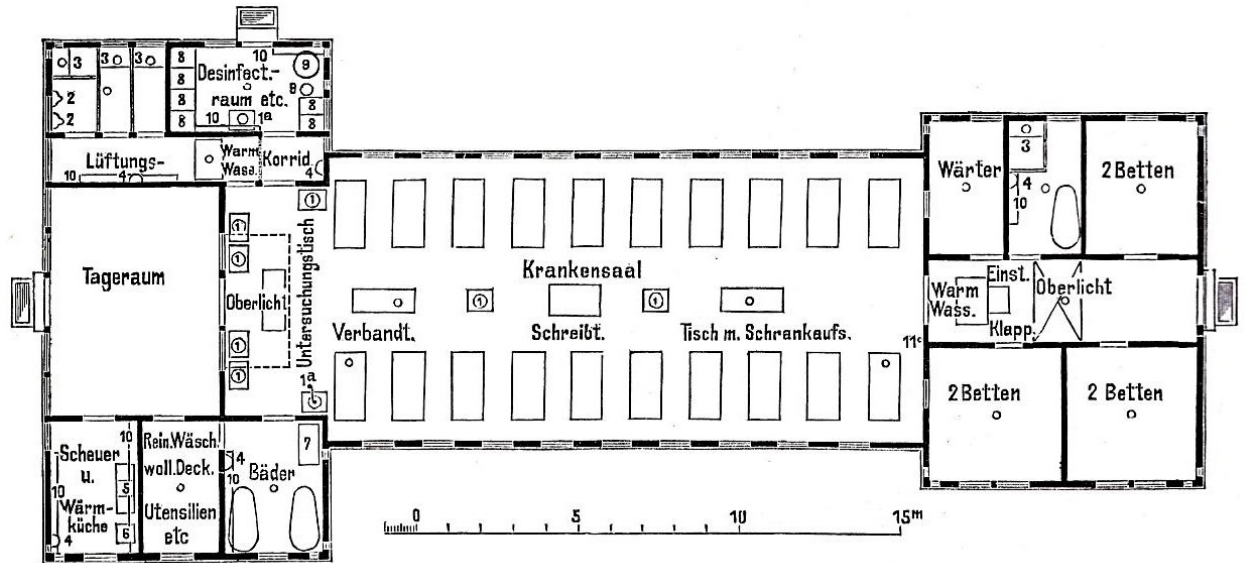


Abb. 44: Grundriss einer typischen Krankenbaracke (1896), Krankenhaus Moabit

In diesem Moment sahen einige Patienten die Wunde das erste Mal, und da den Patienten üblicherweise vor der Operation nur wenig über deren Verlauf und Auswirkungen mitgeteilt worden war, begriffen manche erst jetzt, was sie verloren hatten. Insbesondere nach der Operation von Brusttumoren, bei denen die eigentliche Krebsdiagnose oft erst durch eine Biopsie zu Beginn der Operation gesichert und die Wunde nach der Operation dick mit Verband abgedeckt wurde, kam es oft vor, dass die Patientinnen erst beim ersten Verbandswechsel sahen, dass ihnen eine Brust amputiert worden war. Von dem Schock dieser Erkenntnis geben einige wenige Prozesse Zeugnis, die in den 1920er und 1930er Jahren von Patientinnen angestrengt wurden, weil sie sich mit der „vollzogenen Tatsache“ der Brustamputation nicht einfach so abfinden wollten.<sup>63</sup>

Andere Patienten begriffen erst nach ihrer Entlassung aus dem Krankenhaus, in welcher Weise ihr Körper nun versehrt war. Patienten, denen ein Darmtumor entfernt worden war, mussten unter Umständen lernen, mit einem künstlichen Darmausgang zu leben. Je nach Lage ihres Tumors und damit des herausoperierten Darmabschnittes konnte das bedeuten, dass sie weder Stuhl noch Gase kontrollieren konnten. Die Stuhlinkontinenz ließ sich einigermaßen kontrollieren, indem sie nach einer genau festgelegten Diät lebten und jeden Tag ein- oder zweimal zu einer bestimmten Zeit einen Einlauf vornahmen, woraufhin sich der Stuhl entleerte, so dass sie in der übrigen Zeit nicht unter Inkontinenz litten. Nach Beobachtung der Chirurgen waren die

<sup>63</sup> Vgl. zum Beispiel: III. Zivilsenat, 1. Zur Sorgfaltspflicht des Arztes.

Betroffenen über diesen Zustand „ganz befriedigt“, aber: „Unangenehm war ihnen nur die Unfähigkeit, die Flatus zurückzuhalten, wodurch ihnen der Aufenthalt in Gesellschaft unmöglich gemacht wurde.“<sup>64</sup> Dieser Ausschluss aus der Gesellschaft wurde von den Ärzten zwar bedauert, aber angesichts der aus ihrer Sicht bestehenden Alternativlosigkeit als hinnehmbar angesehen.

Weniger Verständnis fanden in der Regel Frauen, die nach einer Gebärmutterentfernung über Einschränkungen oder den Verlust ihres Sexuallebens klagten. So berichtete der Gynäkologe Walter Stoeckel seinen Kollegen von derartigen Klagen der an Gebärmutterhalskrebs operierten Frauen mit den Worten:

„Die Vulva ist völlig normal rekonstruiert, aber die Vagina ist ausnahmslos stark verkürzt, so daß die Kohabitation nicht mehr in befriedigender Weise durchführbar ist. Man ist geneigt, diesen Nachteil mit Rücksicht auf das gewöhnlich hohe Alter der Operierten und im Hinblick auf die Bekämpfung des gefährlichen Leidens gering anzuschlagen. In praxi aber liegen die Verhältnisse ganz anders. Erstens sind viele Frauen noch nicht alt, sondern stehen zwischen dem 30. und 40. Jahr, sind also sexuell vollwertig und oft auch sexuell besonders anspruchsvoll. Sodann sind sie als Laien durchaus nicht darauf eingestellt, daß ihre Gesundheit so gefährdet war und ist, daß zu ihrer Sicherung kein Preis zu hoch und kein Verzicht zu groß sein kann und konnte; endlich leidet auch bei entsprechender Brutalität und Rücksichtslosigkeit des Ehemannes das eheliche Leben, da der Mann anderweitig sexuelle Befriedigung sucht. So kommt es, daß radikal operierte Frauen, die der Operateur beglückwünschen muß und von denen er besondere Dankbarkeit erwartet, todunglücklich sind, den Tag der Operation verfluchen und sich mit Suizidgedanken tragen. Man kann natürlich die Scheidenmanschette möglichst klein zu gestalten versuchen. Aber abgesehen davon, daß das dem radikalen Operationsplan entgegensteht, wird die restierende Scheide auch dann immer abnorm kurz ausfallen. Eine der von mir operierten Frauen bestürmte mich immer wieder, ihr eine künstliche Scheide zu machen, obwohl ihre ursprünglich nur zweifingergliedlange Vagina infolge der Koitusdehnung allmählich bereits fingerlang geworden ist. Ich habe die Operation schon mit Rücksicht darauf abgelehnt, daß die vaginale Radikaloperation erst 2 Jahre zurückliegt und infolgedessen ein Urteil über die Dauerheilung noch nicht möglich ist.“<sup>65</sup>

Erkennbar prallen in der Argumentation Stoeckels zwei Logiken aufeinander: Auf der einen Seite steht hier die Logik des Arztes, dem die Rettung vor dem sicheren Krebsod jedes Opfer wert scheint, zumal im Falle einer Gebärmutterhalskrebspatientin, da das Sterben an dieser Krebserkrankung nach den Erfahrungen des Gynäkologen ein

<sup>64</sup> Köhler, Beitrag zur Operation, S. 739.

<sup>65</sup> Walter Stoeckel, Die vaginale Radikaloperation des Collumkarzinoms, in: Zentralblatt für Gynäkologie 1 (1928), S. 39-63, hier S. 57. BArch R 1501/126321, Bl. 49-61.



besonders schmerzvolles und wegen des im späteren Stadium der Krankheit auftretenden übelriechenden Ausflusses auch ein besonders abschreckendes sein konnte.<sup>66</sup> Auf der anderen Seite – vom Gynäkologen Stoeckel sozusagen kopfschüttelnd und voller Unverständnis geschildert – die Logik der Patientin, die möglicherweise keine konkreten Bilder des Sterbens an Gebärmutterhalskrebs vor Augen hatte, die nicht in die Entscheidung über die Operationsmethode und ihre Folgen einbezogen worden war und diese ungewarnt nach der Operation „entdeckte“. Sie litt unter den Folgen der Operation, die den Geschlechtsverkehr mit ihrem Ehemann zwar nicht verhinderte, ihr aber nicht nur die sexuelle Empfindungsfähigkeit genommen hatte, sondern jeden Geschlechtsverkehr hatte schmerzhaft werden lassen, wie Stoeckel mit dem Hinweis auf die bereits erfolgte „Koitusdehnung“ andeutete.

Diese Patientenperspektive des erlittenen Verlusts einzunehmen oder auch nur anzuerkennen hätte bedeutet, das ärztliche Selbstverständnis als Heiler zu relativieren und mit der Frage nach der „Qualität“ des verbleibenden Lebens zu konfrontieren. Diese Frage lag jedoch vielen Chirurgen dieser Zeit fern. Sie definierten sich angesichts der medizinischen Errungenschaften des 19. Jahrhunderts und insbesondere angesichts der in der Chirurgie stark erweiterten Spielräume des Machbaren als selbstbewusste medizinische Experten, die diese Spielräume ihrer ärztlichen Kunst nutzen wollten. Dabei spielte es auch eine Rolle, dass nicht-chirurgische Möglichkeiten, Schmerzen und andere belastende Begleiterscheinungen der Krebserkrankung medizinisch zu behandeln, begrenzt geblieben waren. Wo Heilung nicht mehr möglich schien, sahen viele Ärzte, insbesondere aber die Chirurgen, nur noch wenig, was sie hätten tun können. Genau diese Frage, was noch zu tun sei, stellte sich in dem Moment, in dem bei einem Patienten Wochen, Monate oder Jahre nach der Operation ein Rezidiv oder eine Metastase auftrat.

Dass bei der Mehrzahl der von ihnen operierten Krebspatienten solche Rezidive oder Metastasen auftreten würden, wussten die Chirurgen aus den von ihnen selbst akribisch geführten Heilungstatistiken. Und dass diese Statistiken eher ein zu

---

<sup>66</sup> Zwar starben viele an Gebärmutterhalskrebs erkrankte Frauen an Blutungen, Infektionen oder Blutarmut, ohne an unerträglichen Schmerzen leiden zu müssen. Eine kleinere Zahl von Patientinnen litt aber vor ihrem Tod unter sehr starken Schmerzen, die in der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts oft medizinisch nur wenig gelindert werden konnten, vgl. dazu später in diesem Kapitel sowie die immer wieder neuen Berichte in Fachzeitschriften über mehr oder weniger erfolgreiche Versuche der Schmerzbekämpfung, vgl. z.B. Richard Kurt Kepp, Die Behandlung unerträglicher, durch Genitalcarcinome hervorgerufener Schmerzen mit paravertebralen und prä-sacralen Alcoholinjektionen, in: Archiv für Gynäkologie 174, 3 (1942), S. 620-666.

optimistisches Bild der Heilung zeichneten, wussten sie ebenfalls, denn sie hatten ja selbst Patienten, über deren Verbleib die Kliniken nichts herausfinden konnten, aus der Statistik herausgerechnet – obwohl sie annahmen, dass die Mehrzahl solcher Patienten verstorben war. Wie aber sollte man mit den Patienten über die Möglichkeit der Rezidivbildung reden, bevor diese je nach postoperativem Verlauf und einer möglicherweise folgenden ersten Bestrahlungsserie etwa zwei bis vier Wochen nach der Operation aus dem Krankenhaus entlassen wurden?<sup>67</sup> Schließlich hielt die Mehrzahl der Ärzte es für besser, ihren Patienten nicht zu sagen, dass sie wegen eines Krebstumors operiert worden waren. Darüber hinaus wurde öffentlich immer wieder betont, dass die Operation eines frühzeitig erkannten Tumors Heilung bringen konnte und zwar in einer sprachlichen und bildlichen Form, die suggerierte, dass diese Heilung wahrscheinlich war. Diese Hoffnung durfte und sollte nicht in Frage gestellt werden, zugleich aber musste sie im Prinzip überhaupt verschwiegen werden, wenn die Krankheit Krebs nicht zur Sprache kommen sollte.

Bis auf wenige Ausnahmen, die wie etwa der Radiologe Arthur Hintze dafür optierten, die Patienten bereits vor der Operation auf die Möglichkeit der Rezidivbildung hinzuweisen, bestellten die Chirurgen, Radiologen und Gynäkologen ihre Patienten zu regelmäßigen Nachsorgeuntersuchungen, indem sie ebenso vage wie bei der eigentlichen Krebsdiagnose darauf hinwiesen, dass sich im alten Operationsgebiet neue zunächst gutartige Geschwülste bilden konnten, vermieden aber das Wort „Krebs“.<sup>68</sup> Mit dieser Information an der Hand wurden die operierten Patienten in den ersten Jahren nach der Operation regelmäßig zu einer Nachuntersuchung einbestellt. Wie oft nachuntersucht werden sollte und ab wann die Heilung als so endgültig angesehen werden konnte, dass Nachuntersuchungen überflüssig waren, darüber gingen die Meinungen auseinander. Manche forderten ihre Patienten im ersten Jahr alle vier Monate zur Nachuntersuchung auf, andere sogar alle zwei Monate über einen Zeitraum

<sup>67</sup> Wie etwa das Haupt-Buch der Chirurgischen Klinik Heidelberg aus dem Jahr 1902 zeigt, wurden Patientinnen auch nach großen Operationen wie etwa einer Brustamputation kaum zwei Wochen später nach Hause entlassen, sofern die Operationswunden gut heilten und sich keine Sepsis bildete, vgl. Haupt-Buch der Chirurgischen Klinik Heidelberg 1902 UAH vorläufige Signatur: Acc. 11/02 (Chirurgische Klinik) 1902.

<sup>68</sup> Arthur Hintze, Röntgen-Radium-Institut Berlin, in: ders., Unsere Erfahrungen in der Krebsbekämpfung, S. 4. BArch R 1501/126319, Bl. 228. Die Notwendigkeit, auch operierte und nicht zu den Nachuntersuchungen erscheinende Patienten über die Art ihrer Krankheit zu täuschen, betonte etwa die vom Berliner *Institut für Krebsforschung* eigens angestellte Krankenhausfürsorgerin: Elisabeth Schaeff, Krebsfürsorge im Rahmen der Krankenhausfürsorge, in: *Klinische Wochenschrift* 9, 2 (1930), S. 79-81.

von zwei Jahren. Die meisten verzichteten nach der Fünf-Jahres-Grenze, die den Statistiken zur endgültigen Heilung zugrunde lag, auf Nachuntersuchungen, wenige hielten auch danach noch halbjährliche Nachuntersuchungen für erforderlich.<sup>69</sup>

Wegen der manchmal langen Wege, hohen Fahrtkosten und dem damit verbundenen Zeitaufwand übernahmen außerhalb der großen Städte oft die Hausärzte die Nachuntersuchung, waren dann aber gehalten, den Kliniken Bericht zu erstatten.<sup>70</sup> Denn diese hatten mit der steigenden Zahl derjenigen, die die Krebsoperation überlebten, immer mehr die Notwendigkeit erkannt, regelmäßige Nachuntersuchungen durchzuführen und die Verwaltung dieser Nachuntersuchung möglichst zu zentralisieren. So war etwa zum 1. Januar 1931 eine zentrale *Krebsfürsorgestelle* für Berlin eingerichtet worden, die durch ein Abkommen zwischen dem *Berliner Kassenverband der Landesversicherungsanstalt* und dem *Berliner Ärztenbund* zustande gekommen war.<sup>71</sup> Diese Fürsorgestelle, die ältere lokale oder klinikgebundene Initiativen ablöste beziehungsweise ergänzte, sollte eine Kartothek aller in Berliner Kliniken behandelten Krebspatienten führen und diese nach Maßgabe der Ärzte mit einem per Post verschickten Vordruck zur Nachuntersuchung einladen. Diejenigen, die sich auf diese Aufforderung nicht meldeten oder nicht zur Untersuchung erschienen, sollten von den dort angestellten Fürsorgerinnen besucht und zur Nachuntersuchung überredet werden. Eine ähnlich zentrale Fürsorge gab es zu diesem Zeitpunkt sonst nur in Hamburg, doch verfahren viele Universitätskliniken ähnlich, wenn auch in kleinerem Rahmen.<sup>72</sup>

---

<sup>69</sup> Protokoll einer Unterredung zwischen Generalsekretär des Reichsausschusses Felix Grüneisen, Prof. Dr. Schroeder, Kiel, Ministerialdirektor Dr. Dammann und Ministerialrat Dr. Taute. Berlin, den 12.5.1930, BArch R 1501/126321, Bl. 122-123 und Arthur Hintze, Röntgen-Radium-Institut Berlin, in: Hintze, *Unsere Erfahrungen in der Krebsbekämpfung*, S. 4. BArch R 1501/126319, Bl. 228.

<sup>70</sup> Auch dem Hausarzt wurde nahegelegt, „das operierte Gebiet in möglichst unauffälligen aber immer sorgsam genauen Kontrolluntersuchungen zu überwachen“. Hermann Weber, *Behandlung inoperabler bösartiger Geschwülste durch den Hausarzt*, in: *Zeitschrift für ärztliche Fortbildung* 36, 10 (1939), S. 289-294, hier S. 290.

<sup>71</sup> Diese Fürsorgestelle befand sich in der Alexanderstraße 39. Erste Krebsfürsorgeinitiativen hatte es bereits 1905 gegeben, damals durch Ernst von Leyden, Ferdinand Blumenthal und Geheimrat Pütter angestoßen. Diese Fürsorgestelle hatte aber 1914 wieder schließen müssen und 1924 ihre Tätigkeit ganz eingestellt. Erst 1929 hatte Blumenthal die Fürsorgearbeit wieder aufnehmen können, vgl. Ulrike Scheybal, *Krebsforschung in der Zeit des Nationalsozialismus unter besonderer Berücksichtigung des Allgemeinen Instituts gegen die Geschwulstkrankheiten*, Med. Diss. Universität Leipzig 2000, S. 8f. sowie zu dem Berliner Abkommen: *Berliner Krebsfürsorge, Die Bedeutung des Abkommens zwischen Kassen und Aerzten*, in: *Vorwärts* (17. Februar 1931). BArch R 1501/126322, Bl. 77.

<sup>72</sup> Als Überblick über die Verfahrensweise, der auf einer Umfrage unter Klinikärzten im Deutschen Reich beruhte: Jurajj Körbler, *Der behandelte Krebskranke außerhalb des Krankenhauses*, in: *Monatsschrift für Krebsbekämpfung* 4, 9 (1936), S. 257-278 sowie H. Gögler, *Fürsorge für Krebskranke* [Auszug aus dem *Medizin. Korrespondenzblatt für Württemberg* vom 18. Februar 1933, 103, Nr. 7]. BArch R 36 / 1393 und Schulte, *Erfahrungen*, S. 327f. Zur Geschichte der

Mit dieser Erinnerung blieb die Operation nicht nur mit ihren tagtäglich sicht- und fühlbaren Narben und Versehrungen im Leben der an Krebs operierten Menschen präsent, sondern auch mit der Frage danach, ob die Operation eine einmalige, abgeschlossene Episode bleiben würde, ob die Heilung sicher war.<sup>73</sup> Dass es dabei um die Frage der Heilung von der tödlichen Krankheit Krebs und bei der Nachuntersuchung um die Entdeckung möglicher Krebsrezidive ging, werden einige dieser Menschen trotz der ausweichenden Antworten der Chirurgen gewusst haben. Denn in den unterschiedlichsten Dokumenten dieser Zeit finden sich Hinweise auf dieses halb verborgene Wissen: So schrieb etwa eine Anhängerin der *Rosenkreuzer* aus Kempten im Januar 1934 an Adolf Hitler, um eine Lanze für einen als Kurpfuscher diskreditierten Heiler zu brechen, und begründete ihr Ansinnen mit den Worten:

„Die Chirurgie leistet da Großes zum Unglück der Menschheit; denn von der kl. Warze angefangen bis zum Krebs, wird in dem Wahn operiert, daß ausgeschnitten auch geheilt sei! Weshalb dann die vielen Rückfälle, langes Siechtum, endlich der Tod?“<sup>74</sup>

Auch der Gynäkologe Otto von Franqué hatte 1922 in einem Fachartikel davon berichtet, dass viele Patientinnen Angst vor einem Rezidiv hatten und deshalb die radikale Entfernung durch Operation der einfachen Bestrahlung vorzogen; Vinzenz Czerny hatte 1911 eingestanden, dass er den aus seiner Sicht erfolgreich operierten, hoffnungsvollen Krebspatienten nicht den Namen ihrer Krankheit verriet, weil er sie „gegen die Angst vor einem Rückfall“ schützen wollte – auch er ging also davon aus, dass die meisten medizinischen Laien wussten, dass nach der Operation eines Krebstumors Rezidive auftreten konnten.<sup>75</sup>

Aus den Angaben der Fürsorgestellen geht hervor, dass nach der Klinikentlassung gut die Hälfte der noch lebenden Patienten der ersten Aufforderung zur

---

Krebsfürsorge in Berlin und Hamburg: Hellmann-Mersch, Institutionen zur Krebsforschung, S. 192-217.

<sup>73</sup> Dass auch die Art und Weise, wie über Operation und Nachsorge gesprochen wurde, eine Rolle dabei spielte, ob die an Krebs erkrankte Patientin nach der Operation ihre Krankengeschichte als abgeschlossen ansah, erläutert Joanna Baines. Ihre Mutter wurde in den 1970er Jahren wegen Brustkrebs operiert und sie ging nach der Operation fünf Jahre lang zu den ihr empfohlenen Nachsorgeuntersuchungen. Da man ihr gesagt hatte, dass sie geheilt sei und sie zudem keinerlei Informationsmaterial bekam, habe sie tatsächlich mit ihrer Krankheit abgeschlossen, vgl. Baines, *Three Stories*, S. 22.

<sup>74</sup> Brief der L. B. an Adolf Hitler. Kempten, 3. Januar 1934. BArch R 1501/126320, Bl. 3.

<sup>75</sup> Franqué, *Wie soll man den Uteruskrebs behandeln*, S. 677 und Czerny, *Hygienische Zeitfragen*, S. 19. HSTA D 13658, Nr. Z 1, Bl. 19.

Nachuntersuchung folgte.<sup>76</sup> Nach den Beobachtungen der Fürsorgerinnen, die die Fernbleibenden in einigen Fällen persönlich aufsuchten, hatten sich diese bewusst gegen eine Nachuntersuchung entschieden: weil sie sich geheilt wähnten, weil sie durch die schweren Nachwirkungen von Operation oder Bestrahlung das Vertrauen in die Schulmedizin verloren hatten oder weil ihnen die Kraft und der Mut fehlte, zu einer Nachuntersuchung zu gehen.<sup>77</sup> Ob diejenigen, die der Fürsorgerin gegenüber angaben, an ihre endgültige Heilung zu glauben, sich mehr oder weniger bewusst entschieden hatten, daran zu glauben, oder ob sie tatsächlich nichts über das Auftreten von Rezidiven wussten, ist kaum zu entscheiden.

In den Krankenakten tauchten Patienten mit Rezidiven oft auf, ohne dass sich eine Überweisung durch den Hausarzt findet. Das heißt also, dass sie vermutlich das Angebot der Nachuntersuchungen nicht wahrgenommen hatten, sich aber in der Klinik vorstellten, nachdem sie selbst Knoten oder Wucherungen an der Operationsnarbe festgestellt hatten oder erneut unter Schmerzen litten.<sup>78</sup> Sobald der diagnostische Blick des Klinikarztes bestätigte, dass es sich nicht um harmlose Narbenwucherungen oder muskulär bedingte Rückenschmerzen handelte, sondern um ein Rezidiv oder sogar eine Metastase, überschritt der Patient eine unsichtbare Schwelle. Aus einem Patienten, den der Arzt mit der nicht explizit ausgesprochenen Hoffnung betrachtete und behandelte, er könne vom Krebs geheilt werden, wurde ein unheilbarer Patient, bei dessen Behandlung es aus Sicht des Arztes nur noch um Lebensverlängerung und Schmerz- bzw. Symptomlinderung gehen konnte.<sup>79</sup> Denn Rezidive oder Metastasen wurden nur selten operiert, da nach den Erfahrungen der Chirurgen oft nur kurz nach der Operation

---

<sup>76</sup> So ein Bericht aus Kiel in: Protokoll einer Unterredung zwischen Generalsekretär des Reichsausschusses Felix Grüneisen, Prof. Dr. Schroeder, Kiel, Ministerialdirektor Dr. Dammann und Ministerialrat Dr. Taute. Berlin, den 12.5.1930. BArch R 1501/126321, Bl. 122-123.

<sup>77</sup> Schaerff, Krebsfürsorge, S. 80.

<sup>78</sup> Vgl. zum Beispiel aus den 1930er Jahren: Krankenakte Emma N. und Krankenakte Franz O., UAH, vorläufige Signatur: Acc. 30/01, neu: L-V, (Neuro), 1935, Nr. 635 + 643.

<sup>79</sup> Vgl. Stobell, C.W., *The Problem in Local Recurrent Breast Cancer* (Reprinted from the New York Medical Journal for June 7 1913), New York 1913. BArch R 86 / 2584. Die Historikerin Emily K. Abel argumentiert im Blick auf die USA, dass sich der Begriff des Unheilbaren dort an der Wende zum 20. Jahrhundert verändert habe: von der Bezeichnung für alle chronischen Krankheiten, die mit medizinischen Mitteln nicht heilbar waren, zur Kennzeichnung solcher Kranker, deren Krankheit in ein spätes, letztes Stadium eingetreten war, dass unweigerlich zum Tod führen würde. Wie weitreichend die Diagnose „unheilbar“ auch im Sinne des Terminalstadiums einer Krankheit allerdings bereits im 19. Jahrhundert die Entscheidungen und Erfahrungen von Ärzten, Patienten, deren Angehörigen und der Gesellschaft beeinflusste, zeigt dagegen Jason Szabo, vgl. Abel, *The Inevitable Hour*, S. 61 und Jason Szabo, *Incurable and Intolerable. Chronic Disease and Slow Death in Nineteenth-Century France*, New Brunswick u.a. 2009.

eines Rezidivs ein neues auftrat, manchmal sogar, bevor die Operationswunde überhaupt verheilt war.

In einigen Fällen wurde dennoch operiert: Manchmal ging es bei einer solchen Operation allein um die Hoffnung. Zwar waren die Erfolgsaussichten einer Rezidivoperation, wie etwa Walter Stoeckel in seinem vielfach aufgelegten „Lehrbuch der Gynäkologie“ schrieb, gering, aber die Operation konnte ein letzter Versuch des Chirurgen sein, „die grausam zerstörte Hoffnung“ desjenigen wiederzubeleben, der sich durch die erste Operation geheilt glaubte – und demgegenüber es auch dem Chirurgen schwerfiel einzugestehen, dass er nicht mehr heilen konnte.<sup>80</sup> Im Allgemeinen ging es nach der Entdeckung von Rezidiven jedoch um die Linderung von Symptomen. So wurde insbesondere dann, wenn Tumoren den Magen oder Darm blockierten und die Nahrungsaufnahme beziehungsweise Stuhlentleerung erschwerten oder verhinderten, erneut operiert, der betreffende Magen- oder Darmausschnitt entfernt oder durch eine „Umleitung“ umgangen. Manchmal verursachten Tumoren Schmerzen, indem sie mit zunehmendem Wachstum auf das umliegende Gewebe drückten und auch in diesem Fall versuchten einige Operateure Abhilfe zu schaffen, indem sie Teile des Tumors entfernten. Und noch in einem dritten, allerdings seltenen Fall griffen die Chirurgen zum Skalpell: Wenn alle Mittel der Schmerzbekämpfung versagten, konnte die in Lokalanästhesie ausgeführte Durchtrennung der Schmerzbahnen im Rückenmark Linderung oder sogar Befreiung von den Schmerzen bringen.<sup>81</sup> Diese 1912 in Deutschland erstmals durch den Breslauer Neurologen Otfried Forster ausgeführte sogenannte Chordotomie war allerdings nicht ungefährlich – mehr als zehn von hundert Patienten starben noch in den 1940er Jahren wenige Tage nach der Operation.<sup>82</sup> Außerdem wurden nicht selten dabei auch die für die Bewegungsleitung

---

<sup>80</sup> Stoeckel schrieb dementsprechend über Rezidive beim Gebärmutterhalskrebs: „Das Los der an Rezidiv Erkrankten ist oft noch trauriger als das der ohne Operation inoperabel Gewordenen. Die grausam zerstörte Hoffnung der über ihren Zustand bald ins klare kommenden Kranken läßt sich nicht wiederbeleben, und die subjektiven Beschwerden, namentlich die starken Ischias- und Kreuzschmerzen, werden bei dem hart am Knochen wachsenden oder gar in den Knochen hineinwachsenden Krebs unerträglich. Deshalb ist es sicher richtig, den Kranken durch eine Rezidivoperation noch eine letzte Chance zu geben, wenn auch nur eine geringe Erfolgsmöglichkeit besteht, vgl. ders., Lehrbuch der Gynäkologie, 2. völlig neubearbeitete Auflage, Leipzig 1928, S. 421.

<sup>81</sup> Vgl. dazu auch: Wilfried Witte, Schmerz in Deutschland. Die Geschichte der Schmerztherapie in Deutschland im 20. Jahrhundert unter besonderer Berücksichtigung der Zeit von 1945 bis 1990, Habilitationsmanuskript, eingereicht im April 2014 an der Charité Berlin, S. 71-73.

<sup>82</sup> Die allgemeine Operationsmortalität bei der Chordotomie, die auch zur Bekämpfung von Neuralgien ausgeführt wurde, lag bei unter zehn Prozent. Bei Krebskranken lag sie nach Beobachtung des Chirurgen Demetrius Philippides deutlich höher, vgl. ders., Über die Chordotomie bei Karzinomkranken, in: Monatsschrift für Krebsbekämpfung 12 (1944), S. 66-70, hier S. 69. Dort auch zum

zuständigen Nervenbahnen verletzt oder durchtrennt, so dass eine vorübergehende oder sogar dauerhafte Lähmung der Beine die Folge war. Deshalb wurde die Chordotomie nur bei als unheilbar geltenden Krebskranken durchgeführt, die sehr schwach und fast immer bettlägerig waren.

Insbesondere die Chirurgie verstand sich als Heilkunst. Außerdem benötigten chirurgische Kliniken seit der Einführung der unterschiedlichen Desinfektionstechniken, -instrumente und -materialien immer größere Budgets und standen dementsprechend oft unter ökonomischem Druck. Aus diesen Gründen lehnten die meisten Chirurgen die längerfristige Behandlung von Rezidivpatienten ab. Vincenz Czerny schrieb darüber rückblickend auf seine Zeit als Chirurg im Heidelberg der Jahrhundertwende:

„Wie aus den Jahresberichten der chirurgischen Klinik hervorgeht, hatten wir durchschnittlich im Jahr 400 Kranke mit bösartigen Geschwülsten zu behandeln. Solange dieselben durch operative Hilfe zu beseitigen sind, sind sie willkommene Gäste in der Klinik, wenn sie aber mit inoperablen Rezidiven wiederkommen, ist die Verlegenheit groß. Der Platz ist immer knapp und muß für frische Fälle aufgespart werden. Neben der großen operativen Tätigkeit blieb den Ärzten und Schwestern wenig Zeit, sich den unheilbaren Kranken zu widmen.“<sup>83</sup>

An dieser Nicht-Zuständigkeit der Kliniken für mit medizinischen Mitteln unheilbare Krebskranke änderte sich in den folgenden Jahren nur wenig. Entschieden stellte etwa Gustav Schulte, Leiter der auf die Behandlung von Krebspatienten spezialisierten *Röntgenabteilung des Knappschaftskrankenhauses Recklinghausen*, noch 1937 fest:

„Selbst die Schwerstkranken werden fast immer so weit gebessert, daß sie das Krankenhaus verlassen bzw. nach Hause verlegt werden können. Es sterben auf der Station selbst durchschnittlich weniger Patienten als auf anderen gleichgroßen sonstigen Stationen des Krankenhauses. Die Station muß in erster Linie den Karzinompatienten dienen, die Aussicht haben, geheilt zu werden, und ihr Zweck wäre verfehlt, wenn sie eine Pflege- und Sterbestation würde.“<sup>84</sup>

Erleichtert wurde diese „Abweisung“ den Chirurgen dadurch, dass bei einigen Rezidiven die Bestrahlung eine wenn auch sehr kleine Chance auf Heilung zu bieten schien, zumindest aber in vielen Fällen den Tumor vorübergehend zum Schrumpfen oder zumindest sein Wachstum zum Stillstand bringen konnte – so konnte diesen

---

Folgenden sowie zur Technik: Otfried Foerster, *Der Schmerz und seine operative Bekämpfung*, Halle/Saale 1935.

<sup>83</sup> Vincenz Czerny, *Aus meinem Leben*, herausgegeben und mit Anmerkungen versehen von Wilfried Willer, in: *Ruperto Carola* 11, 14 (1967), S. 3-25, hier S. 21.

<sup>84</sup> Schulte, *Erfahrungen*, S. 327.

Kranken eine medizinische Alternative geboten werden, die sowohl dem Kranken als auch dem „abweisenden“ Chirurgen signalisieren konnte, dass es noch Hoffnung gab.<sup>85</sup>

### 5.1.2 Die Bestrahlung: Hoffnung für die Inoperablen

Wie wichtig diese Hoffnung auch für Mediziner war, zeigte sich im Mai 1913 in Halle: Dort trafen sich die Mitglieder der *Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie* zu ihrer jährlichen Versammlung. Als Hauptthema des Kongresses war vorgesehen: die Beziehungen der Erkrankungen des Herzens und der Nieren zu Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett.<sup>86</sup> Unerwartet Sensation machte allerdings ein ganz anderes Thema: die Bestrahlung des Kollum- und Uteruskarzinoms mit Röntgenstrahlen und Radium oder Mesothorium, über die Bernhard Krönig und Carl Joseph Gauß von der Freiburger Frauenklinik sowie der Direktor der Münchener Universitäts-Frauenklinik Alfred Döderlein berichteten. Der Berliner Gynäkologieprofessor Werner Stoeckel beschrieb die Szenerie viele Jahre später in seiner Autobiographie mit den Worten:

„Ich erinnere mich noch heute der Erregung im Saal, als die Vertreter der Freiburger Frauenklinik ihren Vortrag mit Bekanntgabe erster Primärerfolge beendet hatten. Alles diskutierte wild durcheinander. Ein sehr bekannter Operateur sprang auf, hochrot im Gesicht, und rief pathetisch: ‚Gestern habe ich zum letztenmal ein Messer angefasst! Nie wieder werde ich es in die Hand nehmen!‘ Würdige Herren umarmten sich. Ein Dozent, der hinter mir saß, verkündete feierlich: ‚Die Krebsgefahr ist gebannt, die Menschheit darf aufatmen!‘ Noch nie hatte uns, so schien es, ein Mittel von so starker Zerstörungskraft auf Karzinomzellen zur Verfügung gestanden.“<sup>87</sup>

Der „Strahlentaumel“ der in Halle versammelten Ärzte wird nur verständlich vor dem Hintergrund der damaligen Situation:<sup>88</sup> Es ging um den Gebärmutterhalskrebs, eine der damals häufigsten Krebserkrankungen, an der auch jüngere Frauen und Mütter erkrankten, ein Krebs, der nicht selten ein besonders qualvolles sowie für die Patientinnen und deren Angehörige schwer erträgliches Sterben mit sich brachte. Eine Krebserkrankung zudem, dessen einzige bekannte Therapie, die Radikaloperation der Gebärmutter, hoch riskant war – diese Krebserkrankung schien nun fast gefahrlos heilbar.<sup>89</sup>

<sup>85</sup> So zum Beispiel im Hinblick auf Patienten mit inoperablen Magen-Darm-Karzinomen: Hintze, *Die Prognose*, S. 166.

<sup>86</sup> L. Fraenkel. Zum Hauptthema des XV. Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie, in: *Monatsschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie* 37, 5 (1913), S. 663-667.

<sup>87</sup> Walter Stoeckel, *Erinnerungen eines Frauenarztes*, 2. Auflage, Leipzig 1980, S. 86.

<sup>88</sup> Stoeckel, *Erinnerungen*, S. 114.

<sup>89</sup> Vgl. I. Veit, Epilog auf die Hallenser Tagung der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie 1913, in: *Monatsschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie* 37, 6 (1913), S. 850f. und A. Döderlein,



Mehr noch: das „Todesurteil“ inoperabel galt nicht mehr, wie Ernst von Seuffert, Assistent Döderleins in München 1914 schrieb.<sup>90</sup>

Damit erreichte die Faszination für die therapeutischen Möglichkeiten der Bestrahlung ein neues Niveau, denn zuvor hatten Ärzte fast nur über Erfolge bei der Bestrahlung oberflächlicher Tumore berichten können. Tiefer gelegene Tumoren waren dagegen für die Bestrahlung technisch nicht erreichbar gewesen, zumindest nicht, ohne schwere Strahlenschäden zu verursachen, da von außen bestrahlt wurde und die Strahlen also zunächst die Haut und das gesunde Gewebe durchdringen mussten, dabei an Stärke einbüßten und dann erst den im Körper gelegenen Tumor erreichten. Auf dieses für die bestrahlten Frauen und Männer unter Umständen tödliche Problem hatten vereinzelte therapeutische Versuche zur Bestrahlung von Gebärmutterhals-, Magen- oder Darmkrebs hingewiesen, die Mediziner in Deutschland, Frankreich, Großbritannien, Schweden und den USA unternommen hatten.<sup>91</sup>

Aber auch die noch Ende des 19. Jahrhunderts enthusiastisch begonnene Bestrahlung von Haut- und Haarproblemen ebenso wie von oberflächlichen Geschwülsten und Geschwüren hatte sich als gefährlicher als gedacht erwiesen – für die Patienten ebenso wie für Ärzte und Physiker. Bereits gegen Ende des 19. Jahrhunderts traten bei den ersten Röntgenassistenten und -ärzten hartnäckige Geschwüre an den Händen und andere, immer schwerwiegendere Beschwerden auf, die von einigen als Hinweis auf die von den Röntgen- und Radiumstrahlen ausgehenden Gefahren verstanden wurden. Erste Schutzvorrichtungen für das Personal wurden in den neu gegründeten Fachzeitschriften diskutiert und in Strahleninstituten realisiert – allerdings im Bemühen um Stillschweigen gegenüber der breiteren Öffentlichkeit, die nicht verängstigt und misstrauisch gemacht werden sollte.<sup>92</sup> Dieser Versuch schlug jedoch fehl, weil Patienten Röntgenschäden, vor allem schwere Verbrennungen davontrugen, und einige ihre Ärzte auf Schadensersatz verklagten. Der erste deutsche Prozess um Röntgenverbrennungen wurde schließlich 1902 vor dem Landgericht Hannover ausgetragen. Er endete mit der Verurteilung des Arztes zu einer Geldstrafe von 300 Mark wegen fahrlässiger Körperverletzung seiner Patientin, die er zur Behandlung eines

---

Röntgenstrahlen und Mesothorium in der gynäkologischen Therapie, insbesondere auch bei Uteruskarzinom, in: *Monatsschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie* 37, 5 (1913), S. 553-593.

<sup>90</sup> Ernst von Seuffert, *Heutiger Stand, Probleme und Grenzen der Strahlenbehandlung des Krebses*, in: *Strahlentherapie* 4 (1914), S. 740-784, hier S. 741.

<sup>91</sup> Cantor, *Cancer*, S. 553.

<sup>92</sup> Dommann, *Durchsicht*, S. 343-346.

starken Bartwuchses bestrahlt und die in der Folge eine schwer heilende Dermatitis an Gesicht und Dekolleté entwickelt hatte, die schließlich zwar abheilte, aber eine völlig vernarbte Haut zurückließ.<sup>93</sup>

Mit diesem Gerichtsverfahren, über das auch in der Tagespresse ausgiebig berichtet wurde, erfuhr die breite Öffentlichkeit, dass Röntgenstrahlen nicht nur heilende Wunder bewirken, sondern auch schwere und nicht wieder gut zu machende Schäden verursachen konnten.<sup>94</sup> Dieses Wissen vertiefte sich in den folgenden Jahren durch eine ganze Reihe von Schadensersatzprozessen ebenso wie durch die 1904 durch die Medien eilende Nachricht, dass Clarence M. Dally, der für den amerikanischen Erfinder Thomas A. Edison an der Entwicklung eines Fluoroskops zur alltagstauglichen Durchleuchtung gearbeitet hatte, nach langer Leidenszeit an einem durch die Röntgenstrahlung verursachten Karzinom gestorben sei.<sup>95</sup>

Aber auch nachdem die mit Strahlen hantierenden Ärzte um die Gefahr wussten, bestand die Schwierigkeit der Strahlentherapie darin, eine Strahlendosis zu bestimmen, die das Leiden kurieren, den Körper aber höchstens vorübergehend schädigen würde.<sup>96</sup> Für eine exaktere Dosierung fehlten jedoch einerseits das experimentelle Wissen zur Berechnung des Zusammenhangs von Bestrahlungsstärke und biologischer Wirkung, andererseits die technischen Instrumente, um die am Körper beziehungsweise am Karzinom eintreffende Strahlendosis überhaupt zu bestimmen. Solange solche Dosimeter fehlten, behalf man sich mit den sichtbaren Effekten der Strahlung und bestrahlte so lange, bis sich entweder die gewünschte Wirkung zeigte oder die Haut sich zu röten begann – auf diese Weise war es aber bereits zur Röntgenverbrennung gekommen, die in einigen Fällen schnell abklang, in anderen jedoch potentiell tödliche

---

<sup>93</sup> Der verurteilte Arzt, Bruno C. Schürmayer, verteidigte sich mit einem langen Aufsatz in einer der ersten röntgenologischen Fachzeitschriften, in dem er ausgiebig aus den Gerichtsprotokollen ebenso wie aus der zeitgenössischen Berichterstattung zitierte, vgl. ders., Röntgentechnik und fahrlässige Körperverletzung, in: Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen 6, 1 (1902/ 1903), S. 24-43. Auf vorher in anderen europäischen Ländern geführte Prozesse verwies zur gleichen Zeit: Guido Holz knecht, Die forensische Beurteilung der sogenannten Röntgenverbrennungen, in: Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen 6,3 (1902/1903), S. 145-152. Vgl. auch Cantor, Cancer, S. 553, der allerdings irrtümlich die ungeheure Schadensersatzsumme von 36.000 Mark angibt.

<sup>94</sup> Anonym, Röntgenstrahlen vor Gericht, in: Berliner Tageblatt 21 (21.08.1902, Abendausgabe), S. 3; Anonym, Eine eigenartige Körperverletzung, in: Hannoverscher Anzeiger (21.08.1902), S. 11 sowie Anonym, Die hiesige Strafkammer, in: Frankfurter Zeitung 46, 231 (21.08.1902, Abendblatt), S. 2.

<sup>95</sup> Dommann, Durchsicht, S. 345.

<sup>96</sup> Zu den Professionalisierungsbestrebungen der frühen Radiologen, die die Strahlengefahr und die deshalb notwendige technisch versierte Anwendung von Röntgen- und Radiumstrahlen ins Feld führten, um sich als einzig verantwortbare Experten auf dem Gebiet der Nutzung von Strahlen durchzusetzen vgl. Dommann, Durchsicht, S. 345f.

Langzeitschäden verursachen konnte. Zusätzlich bestand das Problem darin, dass die ersten zur Verfügung stehenden Röntgengeräte technisch nicht in der Lage waren, kontinuierlich Strahlen der gleichen Qualität und Quantität zu erzeugen, so dass die Strahlenintensität während einer Bestrahlungssitzung beständig schwankte.<sup>97</sup>

An der Lösung dieser Probleme arbeiteten Mediziner, Physiker und Elektrotechniker in der ersten Dekade des 20. Jahrhunderts in der gesamten westlichen Welt, so dass gegen Ende dieser Dekade verschiedene dosimetrische Instrumente, Definitionen von Dosisseinheiten ebenso wie unterschiedliche Modelle von gasfreien Röntgenröhren zur Verfügung standen, die eine kontrolliertere Anwendung der Bestrahlung erlaubten.<sup>98</sup> Doch auch damit war das Problem nicht gelöst, wie in der Tiefe des Körpers eine ausreichend hohe Strahlenintensität und -härte erreicht werden konnte, um gut- und bösartige Tumoren, also etwa Myome, Karzinome und Sarkome zum Verschwinden zu bringen, ohne die sogenannte Hauteinheitendosis um ein Vielfaches zu überschreiten. Dieses Problem schienen die Freiburger Gynäkologen um Krönig und Gauß gelöst zu haben und genau diese Lösung und ihre therapeutischen Ergebnisse stellten sie den versammelten Gynäkologen aus dem Deutschen Reich sowie den

---

<sup>97</sup> Verantwortlich für die Schwankungen war die Tatsache, dass die Röntgenstrahlen durch sogenannte Gasentladungsröhren erzeugt wurden. Anoden und Kathoden befanden sich dabei in einer gasgefüllten Röhre. Dadurch dass sich der Gasgehalt durch den Betrieb der Röhre änderte, entstanden die Schwankungen vgl. Wolfgang Frobenius, „Gestern habe ich zum letzten Mal ein Messer angefasst!“ Die Strahlentherapie auf den BGGF-Tagungen von 1912 bis 1939, in: Christoph Anthuber u.a. (Hg.), Herausforderungen. 100 Jahre Bayerische Gesellschaft für Geburtshilfe und Frauenheilkunde, Stuttgart/New York 2012, S. 60-86, hier S. 63-65 sowie Caroline Claire Scanlan Murphy, A History of Radiotherapy to 1950. Cancer and Radiotherapy in Britain 1850-1950. Ph.D. Diss. University of Manchester 1986, S. 4.4-4.5.

<sup>98</sup> Als Dosisseinheit setzte sich zunächst die ab etwa 1920 so benannte Hauteinheitendosis bzw. Hauterythemdosis [H.E.D.] durch, die angab, wie lange eine bestimmte Hautregion mit welcher Intensität und Strahlenhärte bestrahlt werden konnte, bis eine Hautveränderung entstand, die „sich alsbald nach der Bestrahlung in einer Rötung, drei Wochen später in einer leichten hellbraunen Verfärbung, nach sechs Wochen in einer deutlichen Bräunung der bestrahlten Hautstelle äußert“. Eine so definierte Bestrahlung wurde als 100% der Hauteinheitendosis festgelegt und in Abhängigkeit davon die für die jeweiligen therapeutischen Ziele notwendige Dosis festgelegt (Zitat aus: Ludwig Seitz/Hermann Wintz, Unsere Methode der Röntgen-Tiefentherapie und ihre Erfolge, Berlin 1920, S. 134f.). So galt als Kastrationsdosis 35% H.E.D., als Sarkomdosis 60-70% und als Karzinomdosis 90-110% (vgl. Stoeckel, Lehrbuch (1928), S. 445). Die Dosis selbst wurde mit einer Vielzahl gebräuchlicher, technisch unterschiedlich funktionierender Dosimeter ermittelt, vgl. dazu Simone Gleßmer-Junike, X-Strahlen, Radiometer und Hauteinheitendosis. Die Entwicklung der Messverfahren und Maßeinheiten für Röntgenstrahlung in der medizinischen Physik von den Anfängen bis zur internationalen Standardisierung, Diss., Universität Hamburg 2015 (<http://ediss.sub.uni-hamburg.de/volltexte/2015/7181/pdf/Dissertation.pdf>, letzter Zugriff 06.03.2017). Die bekanntesten Patente gasfreier, sogenannter Glühelektronenröhren reichten der Leipziger Physiker Julius Edgar Lilienfeld sowie der Amerikaner William David Coolidge 1912/3 ein. Die Frage, warum sich die Coolidge-Röhre nach dem Ersten Weltkrieg weitgehend durchsetzte, diskutiert: Günter Dörfel, Julius Edgar Lilienfeld und William David Coolidge – ihre Röntgenrohre und ihre Konflikte. Preprint 315 des Max-Planck-Instituts für Wissenschaftsgeschichte, Berlin 2006 (<https://www.mpiwg-berlin.mpg.de/Preprints/P315.PDF>, letzter Zugriff: 06.03.2017).

Gästen aus Österreich, Großbritannien und Schweden auf dem Hallenser Kongress 1913 vor.

Sie hatten erstens einen Aluminiumfilter entwickelt, der die Strahlen bündelte und damit zugleich weiter entfernte Hautareale vor Streustrahlung schützte. Zweitens hatten sie ein Bestrahlungssystem entwickelt, das bei einem verhältnismäßig geringen Fokus-Haut-Abstand die Haut dadurch schützte, dass verschiedene sich überschneidende Felder bestrahlt wurden, so dass das Überschneidungsfeld von einer vielfachen Menge an Strahlung im Vergleich zu den anderen Hautarealen getroffen wurde – eine Technik, die nach dem Ersten Weltkrieg dadurch verbessert wurde, dass aus verschiedenen Positionen bestrahlt wurde, wie die Stoeckels „Lehrbuch der Gynäkologie“ entnommene Illustration der in der Berliner Universitäts-Frauenklinik praktizierten Bestrahlungsmethode zeigt.<sup>99</sup>

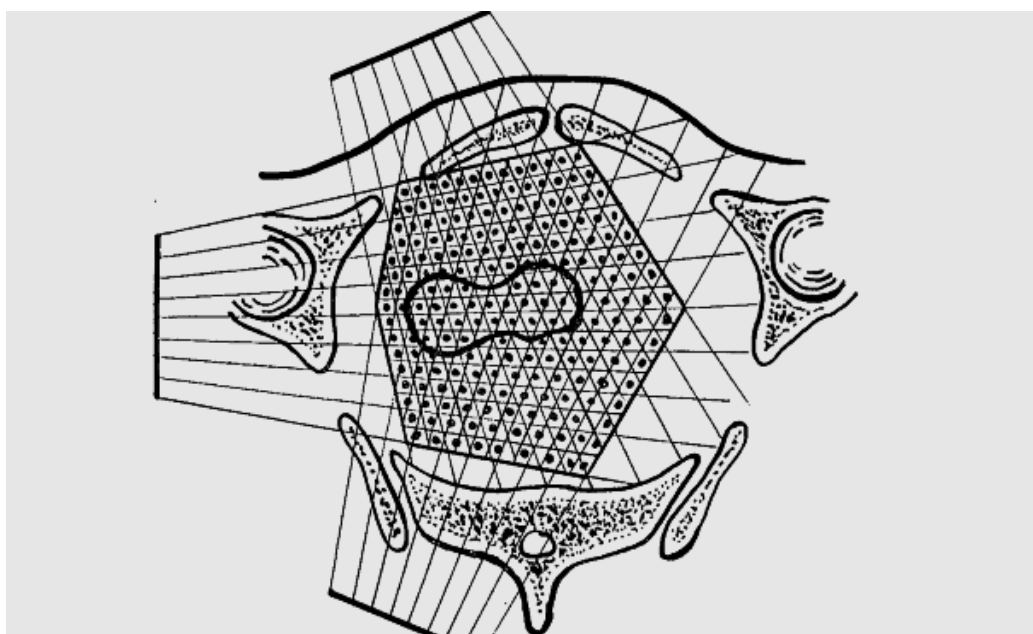


Abb. 45: Überschneidung der Bestrahlungsfelder bei Mehrfelderbestrahlung (1928)

<sup>99</sup> Die in den 1920er Jahren gebräuchlichen Techniken der Röntgentherapie von Kollum- und Uteruskarzinomen wurden beschrieben in: H. Wintz/W. Rump, Die physikalischen und technischen Grundlagen der Röntgenstrahlentherapie, in: C. J. Gauß (Hg.), Lehrbuch der Strahlentherapie, Bd. 4, 1: Die Strahlentherapie in der Gynäkologie, Berlin/Wien 1929, S. 167-272, hier S. 261-270.

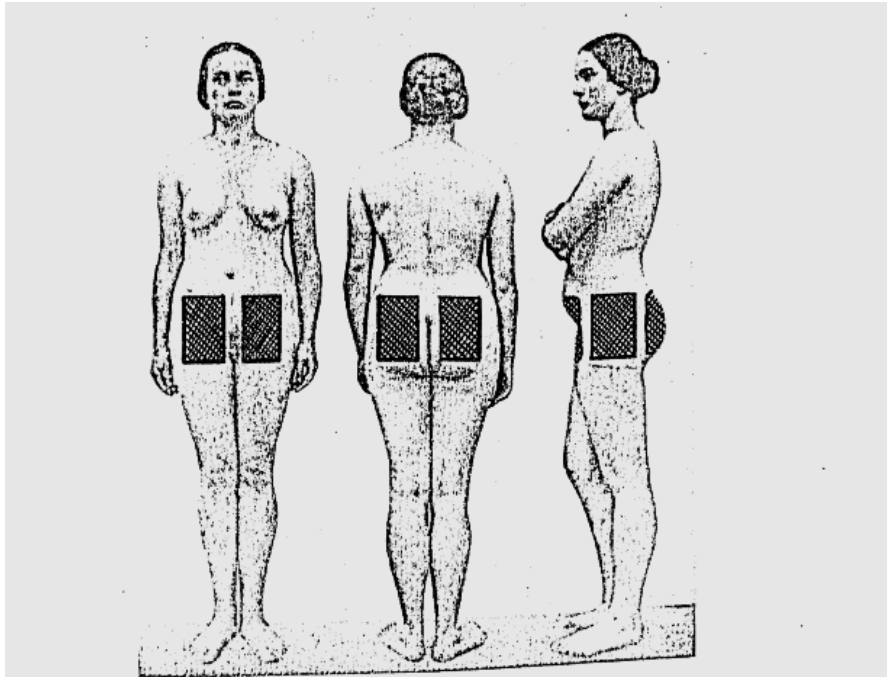


Abb. 46: Technik der Kreuzfeuerbestrahlung, Universitäts-Frauenklinik Berlin (1928)

Zeitgleich entwickelten die Radiologen Techniken, um mit radioaktiven Substanzen wie Radium und Mesothorium Tumoren des Bauchraums aus der Nähe zu bestrahlen. Dafür wurden diese Substanzen in Kapseln verschlossen oder radioaktive Gase beziehungsweise Salze in kleinste Kapillaren eingebracht, die wie Nadeln geformt waren. Mit diesen Nadeln wurde das Tumorgewebe „gespickt“, die Kapseln wurden dagegen in vom Tumor befallene Körperhöhlen eingelegt. Zum Schutz des gesunden Gewebes wurden kleine Bleiplatten benutzt, die mit einer sogenannten Stenzmasse fixiert wurden. Durch diese technischen Neuerungen und die Entwicklung leistungsfähigerer Apparate wurde die Röntgen- und Radium- beziehungsweise Mesothoriumbestrahlung seit den 1920er Jahren zum festen Bestandteil der Krebstherapie.

Allerdings wurde die Bestrahlung von den Chirurgen nun oft nicht mehr so enthusiastisch begrüßt wie noch 1913, da die Radiologie sich als selbständige Disziplin zu etablieren begann und damit die Frage im Raum stand, ob die Krebstherapie wie zuvor unter der Ägide der Chirurgen und etablierten Fachärzte wie etwa der Gynäkologen und Hals-Nasen-Ohrenärzte bleiben sollte oder ob die Radiologen mit ihren Spezialkenntnissen und teuren Arbeitsmaterialien die Krebstherapie übernehmen und in zentralisierten Instituten oder Kliniken zusammenfassen sollten.<sup>100</sup> Dieser

<sup>100</sup> Zu den entschlossensten und einflussreichsten Gegnern einer solchen Zentralisierung zählten die Chirurgen Ferdinand Sauerbruch (Berlin), Victor Schmieden (Frankfurt am Main) und Hermann

Konkurrenzkampf, bei dem es um die Leistungsfähigkeit der jeweiligen Therapie ebenso ging wie um Fragen von Macht und Einfluss, wurde in vielen Ländern Europas ebenso wie in den USA geführt, flammte allerdings in Deutschland bis in die 1950er Jahre immer wieder auf, weil die etablierten medizinischen Disziplinen rund um die Chirurgie eine weitergehende Zentralisierung verhinderten, wie sie etwa in Schweden mit der Gründung des von den deutschen Befürwortern einer Zentralisierung als Vorbild zitierten Stockholmer *Radiumhemmet* früh gelang.<sup>101</sup>

Dennoch wurden die in den 1920er und 1930er Jahren neu eingerichteten Bestrahlungsabteilungen räumlich und bis zu einem gewissen Grad auch organisatorisch separiert: So richtete die Chirurgische Universitäts-Klinik Berlin ein eigenes *Röntgen-Radium-Institut* ein, das zwar August Bier, dem Direktor der Chirurgischen Klinik unterstand, aber seit 1927 im klinischen Alltag von dem Radiologen Arthur Hintze geleitet wurde. Auch Hans Holfelder, einer der zu dieser Zeit renommiertesten deutschen Radiologen, leitete seit 1926 ein Röntgeninstitut, das zur chirurgischen Universitätsklinik in Frankfurt am Main gehörte.<sup>102</sup> Ebenso verfügten eine Reihe von Frauen-, Haut- und HNO-Kliniken über eigenständige Bestrahlungsabteilungen. Trotz dieser Form der verhinderten Zentralisierung der Krebstherapie gab es allerdings sozusagen unter der Hand einen gewissen Grad an Zentralisierung, da nur die Bestrahlungsabteilungen der großen Kliniken über leistungsstarke Röntgenapparate verfügten und auch nur dort ausreichende Mengen an Radium oder Mesothorium vorhanden waren, um eine wirksame Bestrahlung von Karzinomen und Sarkomen zu gewährleisten.<sup>103</sup>

---

Küttner (Breslau), vgl. u.a. Küttner/Sauerbruch/Schmieden, *Die Chirurgie des Krebses*. BArch R 86/2592.

<sup>101</sup> Zu dieser Auseinandersetzung vgl. Ton van Helvoort, *Scalpel or Rays? Radiotherapy and the Struggle for the Cancer Patient in Pre-Second World War Germany*, in: *Medical History* 45, 1 (2001), S. 33-60. Vgl. zur Geschichte des *Radiumhemmet* als Vorbild u.a.: Elis G. E. Berven, *Die Entwicklung und Organisation des Radiumhemmet in Stockholm*, in: *Das öffentliche Gesundheitswesen* 10, 46 (1931), S. 2134-2138.

<sup>102</sup> Zu Holfelders Engagement in der NS-Zeit vgl. die Ausführungen in Kapitel 2 und Katja Weiske, *Hans Holfelder – Radiologe in Frankfurt, Nationalsozialist, Gründer des SS-Röntgensturmbanns*, in: Udo Benzenhöfer (Hg.), *Mengele, Hirt, Holfelder, Berner*, von Verschuer, Kranz: *Frankfurter Universitätsmediziner der NS-Zeit*, Münster 2010, S. 43-60.

<sup>103</sup> Doch auch große Institute hatten Schwierigkeiten, in den Besitz von so viel Radium bzw. Mesothorium zu gelangen, dass sie Karzinome mit einer ihrer Einschätzung nach ausreichend hohen Dosis bestrahlen konnten. So beschwerte sich etwa Karl Frik, Direktor des namhaften *Werner-Siemens-Instituts für Röntgenforschung* am Berliner Krankenhaus Moabit, 1928 darüber, dass ihm nur 46 mg Radium zur Verfügung stünden. Diese Menge war aus seiner Sicht so gering, „dass nur in besonders geeigneten Fällen damit ein befriedigender Erfolg erwartet werden“ konnte. Zudem ließ sich auf diese Weise nur ein Patient zur Zeit behandeln, während der nächste warten musste, bis das Präparat erneut gebraucht werden konnte. Frik bat deshalb um die Anschaffung von weiteren

Hauptursache dafür waren die enorm hohen Kosten für den Erwerb der radioaktiven Substanzen. Radium, das aus Uranerzen gewonnen wird, war zum Zeitpunkt seiner Entdeckung ein extrem selten auffindbares Element. Das einzige, vor 1900 bekannte Radiumvorkommen lag im böhmischen Joachimsthal. Nachdem bekannt geworden war, dass Radium zur Bestrahlung von Hautveränderungen und Geschwülsten benutzt werden konnte, schossen die Weltmarktpreise in die Höhe.<sup>104</sup> 1911, mit der Entdeckung eines weiteren Vorkommens im amerikanischen Colorado, gingen die Preise etwas zurück, spürbare Entspannung brachte schließlich 1922 die Erschließung reichhaltiger Uranvorkommen im damaligen Belgisch-Kongo.<sup>105</sup> Deutschland selbst verfügte allerdings auch danach über kein eigenes Radiumvorkommen, so dass Radium zu Weltmarktpreisen gekauft werden musste. Um vom Angebot anderer Länder unabhängiger zu sein und weniger Geld aufbringen zu müssen, benutzten die Radiologen in Deutschland vielfach das weniger stabile, aber ebenfalls radioaktive Mesothorium, das Otto Hahn 1907 entdeckt hatte. Mesothorium war ein Nebenprodukt der Glühstrumpfproduktion und wurde aus brasilianischem Monazitsand gewonnen. Im Unterschied zum Radium konnte Mesothorium allerdings aufgrund seiner geringeren Halbwertszeit nach etwa zwei Jahren therapeutisch nicht mehr genutzt werden und musste ausgetauscht werden.<sup>106</sup> Doch auch die Produktion von Mesothorium war nicht billig. Die Kosten für 1 mg Mesothorium beliefen sich 1913 auf 160 bis 200 Mark.<sup>107</sup>

---

150 mg Radium in Form von Radiumbromid zu einem Preis von 36.000 Mark. Für eine Fernbestrahlung nach dem Vorbild des Stockholmer *Radiumhemmet* wären 2000 mg notwendig gewesen, vgl. Schreiben des Dr. Frik vom Röntgeninstitut an die Direktion des Städtischen Krankenhauses Moabit, Berlin, den 17. August 1928. LAB A Rep. 003-04-03, Nr. 143, Bl. 63-69.

<sup>104</sup> Der Preis für 1 mg Radiumbromid, das 0,536 mg reines Radium enthielt, stieg von 12 Mark um 1900 auf etwa 150 Mark (1909), vgl. van Helvoort, *Scalpel*, S. 40. Alfred Döderlein berichtete 1913 von Versuchen Louis Wickhams, Uteruskarzinome mit 190 mg Radium zu bestrahlen, und schätzte den Wert des dabei verwandten Radiums auf etwa 100.000 Mark, vgl. Döderlein, *Röntgenstrahlen und Mesothorium*, S. 579.

<sup>105</sup> Rainer Kalsch/Zbynek Zeman, *Urangeheimnisse. Das Erzgebirge im Brennpunkt der Weltpolitik 1933-1960*, Berlin 2013, S. 51-69. Die Jahresproduktion in Belgisch-Kongo, dem größten damals bekannten Radiumvorkommen, betrug 30 g, vgl. Rudolf Th. von Jaschke, *Allgemeine gynäkologische Therapie*, in: Rudolf Th. von Jaschke/Otto Pankow, *Lehrbuch der Gynäkologie*, 5. Auflage, Berlin 1933, S. 171-237, hier S. 230.

<sup>106</sup> Da das medizinisch unbrauchbar gewordene Mesothorium von der Industrie u.a. für die Produktion von Leuchtfarben genutzt werden konnte, hatten sich drei deutsche Firmen bereiterklärt, „alte“ Mesothoriumpräparate kostenlos gegen neue auszutauschen. Bei diesen Firmen handelte es sich um die *Deutsche Glasglühlicht Auer Gesellschaft* (Berlin), die *Radium Chemie AG* (Frankfurt a.M.) sowie die *Allgemeine Radium AG* (Berlin), vgl. Jaschke, *Allgemeine*, S. 230.

<sup>107</sup> Weltweit wurden pro Jahr etwa 7 Gramm Mesothorium gewonnen, 5 Gramm davon in Deutschland, das sich auf die Mesothorium-Produktion spezialisiert hatte, für die in Brasilien das notwendige technische Knowhow nicht vorhanden war. Um zu verhindern, dass Brasilien seinerseits entsprechende Techniken entwickeln und die Mesothorium-Produktion übernehmen würde, mahnten einzelne Ministeriumsmitarbeiter in Deutschland, die therapeutische Nützlichkeit des Mesothoriums nicht öffentlich bekanntzugeben, vgl. van Helvoort, *Scalpel*, S. 41.

Für die Patienten hatte diese einerseits ökonomisch-politisch, andererseits standespolitisch-medizinisch entstandene Situation vor allem zwei Konsequenzen: Um wirksam bestrahlt zu werden, mussten sie zum einen eine große Klinik aufsuchen, die über leistungsstarke Röntgengeräte und ausreichend Radium/Mesothorium verfügte. Zum anderen stellte sich noch viel dringlicher als im Falle einer Operation die Frage, wer die teure Therapie bezahlen konnte oder bezahlt bekam. Über die Frage der Kosten waren beide Aspekte miteinander verbunden, denn für sehr viele Patienten bedeutete die Durchführung einer Bestrahlung in einem spezialisierten Institut, dass sie eine längere Fahrtstrecke zurücklegen und womöglich den Aufenthalt in einer fremden Stadt bezahlen mussten, wenn die Bestrahlung ambulant durchgeführt wurde.

Ferdinand Blumenthal, Direktor des Berliner *Instituts für Krebsforschung* an der Charité, berechnete in einem Bericht für die *Charité-Direktion* die bei einer Bestrahlungsbehandlung 1921/1922 durchschnittlich entstehenden Kosten wie folgt:

„Man bedenke dass ein Kranker, der das Krebsinstitut besucht und der dies gewöhnlich nur in Begleitung eines Gesunden tun kann, allein ca. 60,- Mark Fahrgeld jedesmal gebraucht, so dass es heute schon für die weniger bemittelten nicht Kassen Patienten [sic], schwer wird, sich bei uns behandeln zu lassen. Nehmen wir an, dass eine 6malige Bestrahlung nötig ist, so würde das Fahrgeld allein gegen 480 Mark kosten. Die 6 Bestrahlungen nach dem Kassensatz würden ca. 2000 Mark ausmachen.“<sup>108</sup>

Blumenthal machte damit auf eine finanzielle Versorgungslücke aufmerksam, die erst mit der Röntgen- und Radiumtherapie für viele unüberbrückbar wurde und sich mit dem allgemeinen Absinken des Einkommensniveaus nach Kriegsende 1918, den kriegsbedingten Vermögensverlusten und der Inflation immer weiter vergrößerte. Denn die gesetzlichen Krankenkassen übernahmen nur für ihre Mitglieder die Kosten für die ärztliche Konsultation und Krankenhausbehandlung.<sup>109</sup> Fahrt- und Unterbringungskosten für den ambulant behandelten Patienten wurden in der Regel nicht bezahlt – ein Umstand, der für viele eine fast unüberwindliche finanzielle Hürde bedeutete, da sie während ihrer Krankheitszeit nur die Hälfte ihres versicherungspflichtigen

<sup>108</sup> Ob Blumenthal sich hier verrechnete ( $6 \times 60 = 360$ ) oder ob er bei seiner Rechnung eigentlich von acht Bestrahlungen oder einem Betrag von 80 Mark fürs einmalige Fahrgeld ausging, muss offenbleiben. Vgl. Ferdinand Blumenthal, Bericht über das Institut für Krebsforschung. Berlin, den 27. Oktober 1922, S. 129. HU Archiv Charité-Direktion, 951, Bl. 124 + 126-130.

<sup>109</sup> Zur Entstehung und Entwicklung der gesetzlichen Krankenversicherungen vgl. Wolfgang J. Mommsen, Sozialpolitik im Deutschen Reich, in: Wolfgang Woelk/Jörg Vögele (Hg.), Geschichte der Gesundheitspolitik in Deutschland, Berlin 2002, S. 51-66; Franz Knieps/Hartmut Reiners, Gesundheitsreformen in Deutschland. Geschichte – Intentionen – Kontroversen, Bern 2015, S. 51-70.



Einkommens als Krankengeld ausbezahlt bekamen.<sup>110</sup> Allerdings waren nur etwa dreißig Prozent der Bevölkerung in den 1920er Jahren Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung und hatten dementsprechend Anspruch auf diese Leistungen.<sup>111</sup> Die Mitversicherung der Familienangehörigen wurde erst 1930 zur Regelleistung der gesetzlichen Krankenkassen.<sup>112</sup>

Wer nicht zum Kreis der pflichtversicherten Arbeiter und Angestellten zählte, musste entweder sämtliche Kosten aus eigener Tasche bezahlen oder war vor Beginn der Erkrankung Mitglied einer Ersatzkasse beziehungsweise einer privaten Krankenkasse geworden.<sup>113</sup> Dies betraf überwiegend Selbständige und Angehörige der freien Berufe wie etwa Anwälte, Architekten, Ärzte und Unternehmer, aber auch Beamte. Diese hatten vor dem Ersten Weltkrieg die Kosten einer Krankenhausbehandlung oft selber tragen können und waren deshalb keiner privaten Krankenversicherung beigetreten. Für viele Unternehmer blieben auch nach 1918 die Kosten einer Strahlentherapie privat bezahlbar, für die Mehrzahl der Selbständigen, Freiberufler und Beamten jedoch nicht. Viele Beamte und Selbständige traten allerdings nach 1923 in die privaten Krankenversicherungen ein. Einige konnten jedoch die Beiträge nicht bezahlen. Manche der privaten Krankenversicherungen verlangten außerdem Zuzahlungen der Versicherten, so dass eine Strahlentherapie gerade für Angehörige des Mittelstandes nicht selten kaum bezahlbar war oder zumindest eine schwere finanzielle Bürde darstellte. Nach Blumenthals Beobachtungen entschieden sich die Angehörigen in solchen Fällen oft gegen eine Strahlenbehandlung, „wenn wir nicht mit grösserer Wahrscheinlichkeit den Angehörigen Heilung oder erhebliche Besserung des Kranken in Aussicht stellen können“.<sup>114</sup>

---

<sup>110</sup> 1925 betrug der durchschnittliche Reallohn eines Arbeiters pro Woche 81 Mark. Angestellte Expedienten bekamen 1924 in Berlin je nach Gewerbe zwischen 161 und 301 Mark, vgl. Dietmar Petzina/Werner Abelshäuser/Anselm Faust, Sozialgeschichtliches Arbeitsbuch, Bd. 3: Materialien zur Statistik des Deutschen Reiches 1914-1945, München 1978, S. 98 und S. 100.

<sup>111</sup> 1925 hatten die gesetzlichen Krankenversicherungen 18.235.000 Mitglieder. Damit waren 29,22 % der 62.411.000 Menschen mit deutscher Staatsangehörigkeit Mitglied einer gesetzlichen Krankenversicherung, vgl. Petzina/Abelshäuser/Faust, Sozialgeschichtliches Arbeitsbuch, S. 28 und S. 156.

<sup>112</sup> Claus Wendt, Krankenversicherung oder Gesundheitsversorgung? Gesundheitssysteme im Vergleich, 3. Auflage, Wiesbaden 2013, S. 92.

<sup>113</sup> Zur Entwicklung der privaten Krankenversicherungen: Petra Baier, Der Basistarif der privaten Krankenversicherung, Karlsruhe 2012, S. 42-49 und Margarete Wagner-Braun, Zur Bedeutung berufsständischer Krankenkassen innerhalb der privaten Krankenversicherung in Deutschland bis zum Zweiten Weltkrieg, Stuttgart 2002, S. 151-193.

<sup>114</sup> Ferdinand Blumenthal, Bericht über das Institut für Krebsforschung. Berlin, den 27. Oktober 1922, S. 129. HU Archiv Charité-Direktion, 951, Bl. 124 + 126-130.

Aber auch für Mitglieder der gesetzlichen Krankenkassen konnte ein weiteres finanzielles Problem entstehen: die sogenannte Aussteuerung. Zwar waren die gesetzlichen Krankenversicherungen seit 1903 dazu verpflichtet, 26 Wochen lang Krankengeld und Krankenbehandlung zu bezahlen. Eine Strahlentherapie, die aus Sicht der Ärzte in der Regel mehrere Bestrahlungsserien erforderte, konnte jedoch durchaus länger als sechseinhalb Monate dauern. Dazu kam, dass es üblich war, an Krebs erkrankte Arbeiter oder Angestellte für ein Jahr arbeitsunfähig zu schreiben. Vielen fiel es schwer, im Anschluss eine neue Arbeit zu finden, zumal sie nicht selten durch die Folgen der Krebstherapien in ihrer Arbeitsfähigkeit eingeschränkt waren. Diese Krebspatienten wurden genauso aus der Krankenversicherung „ausgesteuert“ wie diejenigen, bei denen die Ärzte von vornherein eine Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit ausschlossen. Für all diese Menschen waren schon die „Nebenkosten“ einer Strahlentherapie kaum bezahlbar, noch weniger die Behandlungskosten selbst, die die Krankenkassen für sie, die nie mehr arbeitsfähig werden würden, nicht bezahlten. Um dennoch Zugang zur Strahlentherapie zu bekommen, blieb diesen Menschen nur noch eine einzige Möglichkeit: nämlich eines der sogenannten Freibetten zu bekommen, die in begrenzter Zahl in Kliniken vorhanden waren und oft bevorzugt an solche Patienten vergeben wurden, die für die an der jeweiligen Klinik durchgeführte Forschung interessant waren.<sup>115</sup>

Konnte die Bestrahlung bezahlt werden, so stand je nach Krebsdiagnose ein jeweils unterschiedliches therapeutisches Vorgehen an. Es gab nur wenige Krebserkrankungen, bei denen sich die Ärzte weitgehend darüber einig waren, dass trotz Operabilität ausschließlich bestrahlt werden sollte: das waren Krebserkrankungen der Haut, der Lippen, der Mundhöhle und des Kehlkopfes. Bei Magen-, Darm-, Nieren-, Blasen-, Gebärmutter-, Brust- und Prostatakrebs wurde dagegen zunächst operiert, wenn eine Operation noch möglich schien. Oft wurde im Anschluss an die Operation

---

<sup>115</sup> So bat im Januar 1939 der Verwaltungsdirektor der Charité in einem Schreiben an den zuständigen Reichsminister um eine Aufstockung der bisher genehmigten 730 Freibettentage um weitere 200 Tage und bezog sich dabei auf die vom Direktor der *Abteilung für Geschwulstkranken* gelieferte Begründung: „Infolge der ausserordentlich hohen Beanspruchung der Klinik durch Minderbemittelte und der längeren klinischen Belegung wissenschaftlich wertvoller Krebskranker sind die Freibetten vorzeitig ausgeschöpft. Hierdurch ist eine Lage geschaffen worden, die nicht mehr tragbar ist, da einerseits es unmöglich ist, die Behandlungsbedürftigen nicht versorgten Krebskranken abzuweisen, und andererseits die Forschung nicht unterbrochen werden soll.“ Zugleich argumentierte er, dass die „Mehrzahl der Patienten [...] unbemittelt oder infolge der bei Krebskranken langen Behandlungsdauer von den Versicherungsträgern usw. ausgesteuert“ sei. Schreiben des Verwaltungsdirektors der Charité an den Reichsminister für Wissenschaft, Erziehung und Volksbildung, Berlin, den 11. Januar 1939. BArch R 4901/1341, Bl. 1.

nachbestrahlt.<sup>116</sup> Vorbestrahlt wurde bei diesen Krebserkrankungen, wenn der Tumor zunächst zu groß und ausgedehnt für die Operation schien, aber die Ärzte die Hoffnung hatten, den Tumor durch Radiotherapie soweit zu verkleinern, dass er operiert werden könnte.<sup>117</sup> Weit auseinander gingen die medizinischen Lehrmeinungen dagegen beim operablen Gebärmutterhalskrebs:<sup>118</sup> Während einige Gynäkologen wie der bekannte Münchner Ordinarius Alfred Döderlein trotz Operabilität hier fast immer nur bestrahlten, zog die Mehrzahl der Gynäkologen die Radikaloperation mit anschließender Bestrahlung vor. Eine kleinere Gruppe von Gynäkologen wie etwa der Direktor der Berliner Universitäts-Frauenklinik Walter Stoeckel bestrahlte dagegen Kollumkarzinome immer mit Radium vor, um die Entzündungserscheinungen zu lindern, operierte dann und empfahl den Patientinnen, sich im Anschluss an die Operation röntgenbestrahlen zu lassen.

Da die von den Ärzten präsentierten Heilungsraten keine Methode eindeutig besser dastehen ließen, blieb es bis in die 1950er Jahre von der Wahl der Klinik abhängig, mit welcher Methode behandelt würde. Abgesehen davon, dass die meisten Patientinnen nicht gewusst haben dürften, wie unterschiedlich die Therapie je nach Klinik gehandhabt wurde – sie bevorzugten aus praktischen und vor allem aus finanziellen Erwägungen heraus diejenige Klinik, die ihrem Wohnort am nächsten lag und trafen damit, ohne davon zu ahnen, eine folgenreiche Entscheidung über die Form der ihnen angebotenen Therapie.

Fast immer bestrahlt wurden dagegen als inoperabel angesehene Karzinome und Rezidive. In Einzelfällen hegten die Ärzte dann noch die Hoffnung auf Heilung. Meist wurde allerdings bestrahlt, um Schmerzen und andere Symptome zu lindern, da die Bestrahlung einerseits die Entzündung und die durch die Zersetzung des Gewebes entstehende, unangenehm riechende sogenannte Krebsjauche vorübergehend beseitigen und Blutungen durch Vernarbung stoppen konnte, andererseits durch eine strahleninduzierte Reduktion der Tumorgöße der Druck auf Nerven und Gewebe vermindert werden konnte.

---

<sup>116</sup> Zu den verschiedenen, üblichen Kombinationen von Operation und Bestrahlung vgl. R. Werner, Carcinome und Sarkome, in: ders. (Hg.), *Die Strahlentherapie in der Chirurgie* (= *Lehrbuch der Strahlentherapie*, Bd. 2), Berlin/Wien 1925, S. 171-252, hier S. 196-210.

<sup>117</sup> Vgl. die Aufstellung des Züricher Radiologen Hans R. Schinz, der allerdings für das operable Kollumkarzinom die alleinige Strahlentherapie als Methode der Wahl angab, obwohl dies keineswegs die medizinische Mehrheitsmeinung darstellte: ders., *Krebsverbreitung und Krebsbekämpfung*, S. 401f.

<sup>118</sup> Vgl. dazu Stoeckel, *Lehrbuch* (1928), S. 410-416.

Die nach dem Ersten Weltkrieg entstehenden Bestrahlungsabteilungen waren in der Regel räumlich eigenständige Stationen.<sup>119</sup> Sie verfügten oft über eine eigene kleine Bettenstation, in der die ursprünglich in anderen klinischen Abteilungen behandelten Patienten für die Dauer der Bestrahlung untergebracht wurden. Da die Bettenzahl in vielen Fällen nicht ausreichte, wurden viele Patienten zu jeder einzelnen Bestrahlung in die Bestrahlungsabteilung gebracht. Wenn die Krebserkrankung noch nicht weit fortgeschritten war, erfolgte die Bestrahlung ambulant, so dass die Patienten Tag für Tag aus ihrer eigenen oder einer angemieteten Unterkunft zum Krankenhaus und im Anschluss an die Bestrahlung wieder zurückfahren. Eine Ausnahme stellte die gynäkologische Strahlentherapie dar, da die Universitäts-Frauenkliniken in der Regel über eigene Bestrahlungsabteilungen verfügten, dort bestrahlte Bestrahlungspatientinnen also in den Bettensälen der gynäkologischen Kliniken untergebracht waren, sofern sie sich nicht einer ambulanten Strahlentherapie unterzogen.

Als im frühen 20. Jahrhundert diese ersten Strahlenabteilungen eingerichtet wurden, hatte man diese neue, vielversprechende Technik schnell übernehmen wollen, ohne vor auszusehen, wie rasant sich die Strahlentherapie verändern würde. So waren die ersten strahlentherapeutischen Einrichtungen oft mehr oder weniger provisorisch in die Krankenhäuser „eingepasst“ worden. Schnell wurden die Räumlichkeiten zu klein. Um der gestiegenen Bedeutung der Strahlentherapie, der zunehmenden Zahl an Bestrahlungspatienten sowie den räumlich immer ausgreifenderen technischen Erfordernissen der Strahlentherapie Rechnung zu tragen, wurden in den 1930er Jahre an vielen Orten neue Strahleninstitute gebaut oder zumindest geplant, da die bauliche Ausführung im Zweiten Weltkrieg dann fallengelassen wurde.<sup>120</sup>

---

<sup>119</sup> Vgl. dazu auch die Empfehlungen zur „idealen“ Einrichtung neuer Röntgeninstitute in: Albers-Schönberg, Die Röntgentechnik. Handbuch für Ärzte und Studierende, Bd. 1, 5. Auflage, Hamburg 1919, S. 324-384.

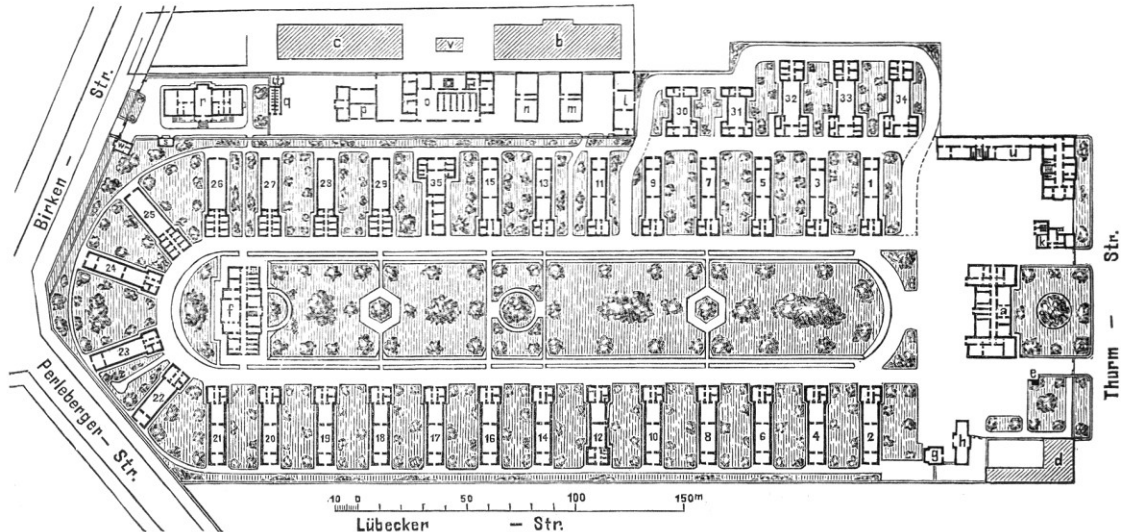
<sup>120</sup> Zu den in den 1930er Jahren mit großem Interesse verfolgten und geförderten Anwendungsmöglichkeiten gehörte die sogenannte Röntgenkastration, die schon vor dem Ersten Weltkrieg durchgeführt worden war, um Frauen zu helfen, die unter starken Blutungen litten (hämorrhagische Metropathie). Durch diese Behandlung wurden die Frauen in der Regel nur für eine bestimmte Zeit sterilisiert. Im NS wurde die Röntgenkastration allerdings auch zur eugenisch begründeten Sterilisation verwandt. Es fanden in Konzentrationslagern Versuche zur Röntgen-kastration statt und es gab Überlegungen, wie man Menschen von diesen selbst unbemerkt durch Röntgenstrahlen dauerhaft zeugungsunfähig machen könnte, vgl. Viktor Brack an den Reichsführer SS und Chef der Deutschen Polizei Heinrich Himmler. Berlin, dem 28. März 1941, NS-Archiv, <http://www.ns-archiv.de/medizin/kastration/viktor-brack.php> (letzter Zugriff: 06.03.2017). Vgl. zu den Röntgen-Experimenten in Auschwitz: Eckart, Medizin in der NS-Diktatur, S. 307-311.

Das 1924 eröffnete *Werner-Siemens-Institut für Röntgenforschung* am Krankenhaus Moabit/Berlin kann als Beispiel für eine solche in den 1920er Jahren eingerichtete Bestrahlungsabteilung herangezogen werden. Dieses Institut verfügte über eine im Vergleich zu anderen Bestrahlungsabteilungen hervorragende technische Ausstattung, da das Institut durch einen Vertrag zwischen der Stadt Berlin und der Firma *Siemens & Halske* zustande gekommen war, mit dem die Firma garantierte, kostenlos die gesamte technische Ausstattung des Instituts zu liefern, um im Gegenzug Zugriff auf die dort gesammelten Erfahrungen in der klinischen Anwendung der gelieferten Geräte zu haben.<sup>121</sup> In technischer Hinsicht hob sich das *Werner-Siemens-Institut* damit von anderen zeitgenössischen Bestrahlungsabteilungen ab, so wie sie viele Krebskranke der 1920er und 1930er Jahre kennenlernten. In der räumlichen Ausstattung und Gestaltung erlaubt das Moabiter Institut allerdings einen aufschlussreichen Blick auf die damals üblichen äußeren Bedingungen einer Strahlentherapie.

Das *Werner-Siemens-Institut* wurde in den drei ehemaligen Krankenbaracken 17, 18 und 19 des Krankenhauses Moabit untergebracht. Das Krankenhaus Moabit war 1872 ursprünglich als Seuchenlazarett errichtet worden und im damals dafür üblichen Barackenstil aus vielen kleineren langgestreckten eingeschossigen Häusern um eine zentrale Achse herum gebaut worden.

---

<sup>121</sup> Ähnliche Kooperationen hatte es vorher bereits zwischen den Universitäts-Frauenkliniken in München und Freiburg und der Firma *Reiniger, Gebbert & Schall* gegeben, die später mit *Siemens* zu *Siemens-Reiniger* fusionierte, vgl. Wolfgang Frobenius, *Röntgenstrahlen statt Skalpell*, Erlangen 2003, S. 103f. Der Vertrag zwischen der Stadt Berlin und der Firma *Siemens & Halske* galt zunächst bis 1932 und wurde dann um zehn Jahre verlängert, allerdings 1939 durch einen neuen Vertrag für ein geplantes *Zentral-Röntgen-Institut* ersetzt. Vgl. Carl Stein, *Das Werner-Siemens-Institut für Röntgenforschung*, in: *Polytechnisches Journal* 339 (1924), S. 243-245 (<http://dingler.culture.hu-berlin.de/article/pj339/ar339063>, letzter Zugriff: 06.03.2017) sowie rückblickend: Schreiben von Dr. Karl Frik an die Direktion des Krankenhauses Moabit, Berlin, den 27.3.1934. LAB A Rep. 003-04-03, Nr. 158, Bl. 1. *Städtisches Krankenhaus Moabit* (Hg.), *Zur Geschichte des Krankenhauses Moabit: 125 Jahre Krankenhaus Moabit 1872-1997*, Berlin 1997 sowie zum *Werner-Siemens-Institut*: Thomas Meier/Volker Taenzer, *Das Werner-Siemens-Institut für Röntgenforschung im Krankenhaus in Moabit*, in: *Städtisches Krankenhaus Moabit, 125 Jahre*, S. 119-122.



1. — 34. Baracken. 35. Isolirbaracke. a. Künftiges Verwaltungsgebäude. b. Künftige Kochküche. c. Künftige Waschküche. d. Feuerwehrstelle. e. Abort. f. Operationshaus. g. Kleiderschuppen. h. Schuppen. k. Pförtner. l. Werkstatt. m, n. Schuppen. o. Kesselhaus. p. Desinfectionshaus. q. Stall für Versuchsthiere. r. Leichenhalle. s. Abort. t. Wage. v. Künftiger Wagenschuppen. w. Pförtner an der Birkenstrasse.

Abb. 47: Lageplan des Krankenhauses Moabit (Berlin) von 1896

Die drei Baracken waren durch Gänge miteinander verbunden worden, so dass Ärzte und Röntgenschwester von der nördlich gelegenen Diagnostik-Baracke durch einen Verbindungsflur in die mittlere Therapiebaracke und von dort in die Verwaltungsbaracke gelangen konnten, ohne das Gebäude verlassen zu müssen.<sup>122</sup> Einen repräsentativen Eingang für Patienten hatte das Institut nicht. Die ambulanten, nicht-bettlägerigen Patienten betraten das Gebäude durch den Eingang der nördlich gelegenen Diagnostik-Baracke und warteten gemeinsam mit den zur Röntgendiagnose überwiesenen Patienten in einem spärlich durch ein einziges Fenster belichteten, 9 m<sup>2</sup> großen Raum, während sie auf umlaufenden Holzbänken saßen, die zwei Seiten des Raums einnahmen. Für die bettlägerigen Patienten gab es angesichts der räumlichen Enge keinen separaten Warteraum. Sie wurden von den beiden weiter entfernt liegenden Bettenbaracken der Bestrahlungsabteilung oder aus den anderen Abteilungen über das Krankenhausgelände getragen und durch die Eingänge der Verbindungsflure in das *Werner-Siemens-Institut* gebracht. Eine echte Trennung zwischen Diagnostik- und Therapiepatienten gab es hier ebenfalls nicht: Die Tragen derjenigen Patienten, die lediglich zur Untersuchung kamen, wurden in den Flur der Diagnostik-Baracke gestellt,

<sup>122</sup> Die hier gegebene Schilderung der räumlichen Gegebenheiten des *Werner-Siemens-Instituts für Röntgenforschung* stützt sich auf die Angaben in: Stein, Das Werner-Siemens-Institut; Schreiben von Dr. Karl Frik an die Direktion des Krankenhauses Moabit. Berlin, den 27.3.1934. LAB A Rep. 003-04-03, Nr. 158, Bl. 1 sowie Schreiben von Dr. Frik an das Bezirksamt Tiergarten. Berlin, den 25. Januar 1936. LAB A Rep. 003-04-03, Nr. 159, Bl. 29-31.

diejenigen der Therapie-Patienten in den etwas breiteren, ständig zugigen und unbeheizten Verbindungsflur. Dessen eine Hälfte war den Männern, die andere Hälfte den Frauen vorbehalten, weil sie von ihrer jeweiligen Hälfte aus schneller die Herren-beziehungsweise Damentoilette erreichen konnten – ein Umstand, der einerseits aufgrund der eingeschränkten Bewegungsfähigkeit der Patienten wichtig war, andererseits aus Schicklichkeitserwägungen, da die bettlägerigen Patientinnen und Patienten Krankenhaushemden trugen.<sup>123</sup>

Diese Zustände waren zwar nicht unüblich – auch das *Institut für Krebsforschung* an der Charité berichtete von ähnlichen Zuständen –, veranlassten aber doch schließlich 1935/6 Karl Frik, den Direktor des Instituts, zu einer an das Bezirksamt Tiergarten gerichteten Beschwerde, in der er beklagte, dass diese Zustände den „Kranken gegenüber [...] nicht mehr länger verantwortet werden“ könnten. Sein Hinweis, dass auch die vielen ausländischen Wissenschaftler, die das renommierte Institut besuchten, daran Anstoß nähmen, verhalf seiner Beschwerde schließlich zum Erfolg und es wurde ein Neubau ins Auge gefasst, der rechtzeitig zum für 1940 geplanten *Internationalen Röntgenologenkongress* in Berlin fertiggestellt werden sollte.<sup>124</sup>

Doch die Flure und der kleine Warteraum des *Werner-Siemens-Instituts* waren für die an Krebs erkrankten Patienten auch in anderer Hinsicht ein trauriger Ort: Denn die an operablen Tumoren leidenden Kranken, die zur Vor- oder Nachbestrahlung im Zusammenhang mit einer Krebsoperation kamen, sahen hier möglicherweise das erste Mal Menschen, die trotz Operation an Rezidiven oder Metastasen litten oder deren Krebserkrankung so weit fortgeschritten war, dass sie nur noch aus palliativen Gründen bestrahlt wurden. Diese Patienten waren oft schwach und blass, sie waren schmerzgeplagt und litten manchmal unter sichtbaren Tumoren. Manche, deren Tumoren geschwürig zerfielen, verbreiteten einen durchdringenden, schwer erträglichen Geruch. Der Hoffnung auf Heilung, die viele hegten, deren Erkrankung erst kurz zuvor diagnostiziert worden war, wurde in diesen Fluren und Warteräumen also das Scheitern dieser Hoffnung unübersehbar vor Augen gebracht. Und wenn auch beileibe nicht alle Patienten in der Bestrahlungsabteilung an Krebs litten, so waren hier doch mehr Krebspatienten auf engem Raum versammelt als auf irgendeiner anderen Station der

---

<sup>123</sup> Dies betonte Karl Frik in seiner Beschwerde an das Bezirksamt Moabit: Schreiben von Dr. Frik an das Bezirksamt Tiergarten. Berlin, den 25. Januar 1936. LAB A Rep. 003-04-03, Nr. 159, Bl. 29-31.

<sup>124</sup> Aufstellung über den gekürzten Raumbedarf für den beantragten Neubau des Röntgeninstitutes (zum Antrag vom 25.1.36), erstellt von Frik. LAB A Rep. 003-04-03, Nr. 158.

Krankenhäuser, so dass hier auch die möglicherweise bisher noch akzeptierte Täuschung über den eigenen Krankheitszustand ins Wanken geraten konnte.

Die Röntgenbestrahlung fand in der mittleren Baracke statt, in deren Flur keine Krankentragen standen. Beim Betreten dieser Baracke wird den Bestrahlungspatienten vermutlich als erstes der eigentümlich stechende Geruch aufgefallen sein: Denn bei der damals meistbenutzten Technik zur Erzeugung der Röntgenstrahlen, wie sie eines der drei Moabiter Bestrahlungsgeräte noch benutzte, entstanden Ozon und Stickoxide, die nicht nur unangenehm rochen, sondern bei längerem Aufenthalt auch zu einer Reizung der Schleimhäute und anderen Atemproblemen führen konnten.<sup>125</sup> Die Bestrahlungsräume selbst waren spärlich eingerichtet: Mitten im Raum standen die Lagerungstische für die Patienten. Darüber waren die Bestrahlungsgeräte aufgehängt, die ihre Spannung durch eine im Keller der Baracke verborgene Stabivoltanlage erhielten. In einem der Bestrahlungsräume war eine bewegliche Röntgenröhre angebracht, die direkt auf die zu bestrahlende Körperregion aufgesetzt wurde. Da diese Art von Röntgenröhre Streustrahlung abgab, wurden die Patienten für die Dauer der Bestrahlung bis zum Kopf mit Bleigummi abgedeckt – nur das Bestrahlungsfeld blieb frei.<sup>126</sup> Die Röntgeschwester, die das Gerät bediente, stand aus Strahlenschutzgründen entweder hinter einer Art Paravent oder bediente das Gerät aus einem separaten, mit einem Fenster zum Behandlungsraum versehenen Bedienungsraum, so dass sie jederzeit eingreifen konnte, wenn sich der Patient während der halb- bis ganzstündigen Bestrahlung bewegte.<sup>127</sup>

---

<sup>125</sup> Zu den damals gebräuchlichen Geräten: F. Dessauer/M. Brenzinger, Röntgenapparate und Röntgenröhren, in: Hans Meyer (Hg.), Die wissenschaftlichen Grundlagen der Strahlentherapie (= Lehrbuch der Strahlentherapie, Bd. 1), Berlin/Wien 1925, S. 361-434.

<sup>126</sup> Einige Strahleninstitute verwendeten für den Schutz des Kopfes auch einen bleibeschlagenen Schirm, in dem „sich ein Fenster aus Bleiglas [befand]; denn es trägt wesentlich zur Beruhigung von ängstlichen Patienten bei, wenn sie während des Betriebes die Röhre beobachten können“, vgl. Alexander Lorey, Der Röntgenstrahlenschutz, in: Meyer, Grundlagen der Strahlentherapie, S. 1101-1122, hier S. 1103f.

<sup>127</sup> Anonym, Die Eröffnung des Werner-Siemens-Instituts für Röntgenforschung im Städtischen Krankenhaus Moabit, Berlin, in: Klinische Wochenschrift 3, 19 (1924), S. 863.



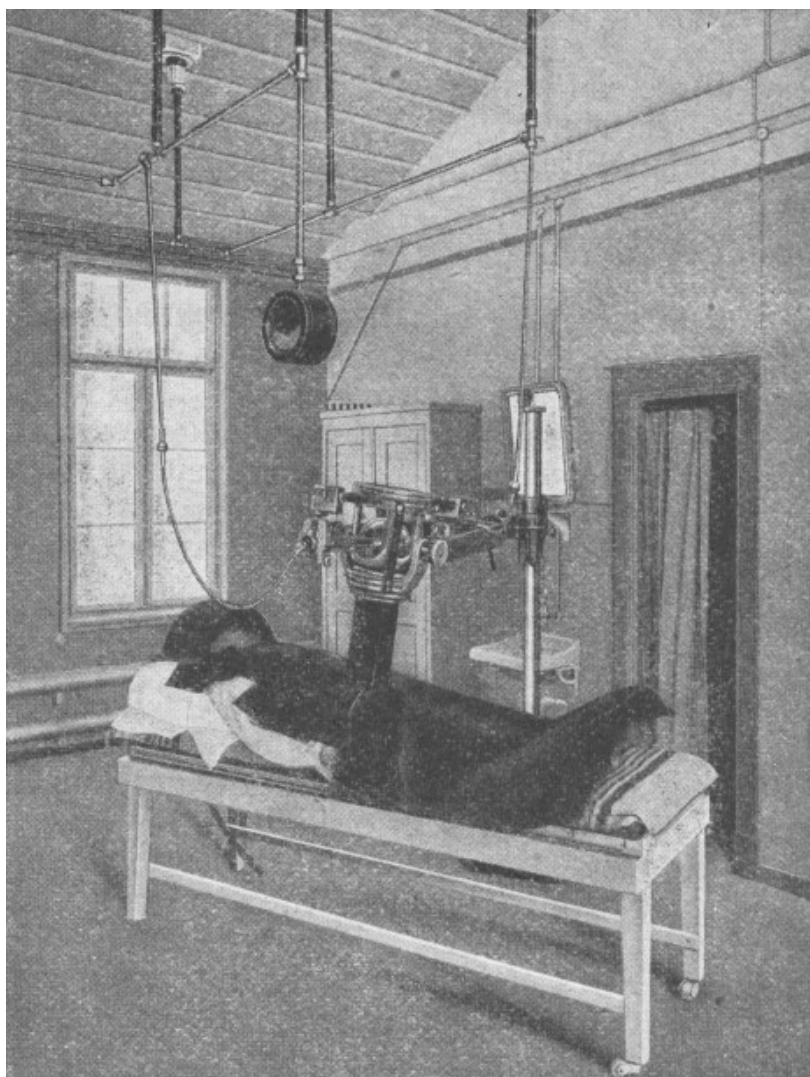


Abb. 48: Behandlungsraum des *Werner-Siemens-Instituts für Röntgenforschung* (Berlin), 1924

Im zweiten Behandlungsraum hatte man dagegen ein anderes, nämlich unbewegliches Röntgenbestrahlungsgerät gewählt, das in einem mit Bleiblech ausgekleideten Kasten untergebracht war und nur an der blendenförmigen Öffnung Strahlung abgab. So konnte die Röntgenschwester direkt neben dem Patienten stehen, der nicht mit schwerem Bleigummi abgedeckt werden und dementsprechend besser atmen und sehen konnte. Dieses modernere Gerät trug also vermutlich weniger „den geheimnisvollen Stempel einer Dunkelkammer“ und vermittelte den Patienten dementsprechend nicht so stark den Eindruck des „Unheimlichen“, wie es Heinrich Cramer 1935 rückblickend den älteren Strahleninstituten attestierte – um damit allerdings zugleich die Vorzüge des von ihm geplanten, neuen Röntgeninstituts herauszustreichen.<sup>128</sup>

<sup>128</sup> Heinrich Cramer, Das neue Röntgeninstitut im Rudolf-Virchow-Krankenhaus, Berlin, in: Zeitschrift für das gesamte Krankenhauswesen 31, 10 (1935), S. 221-226, hier S. 221.

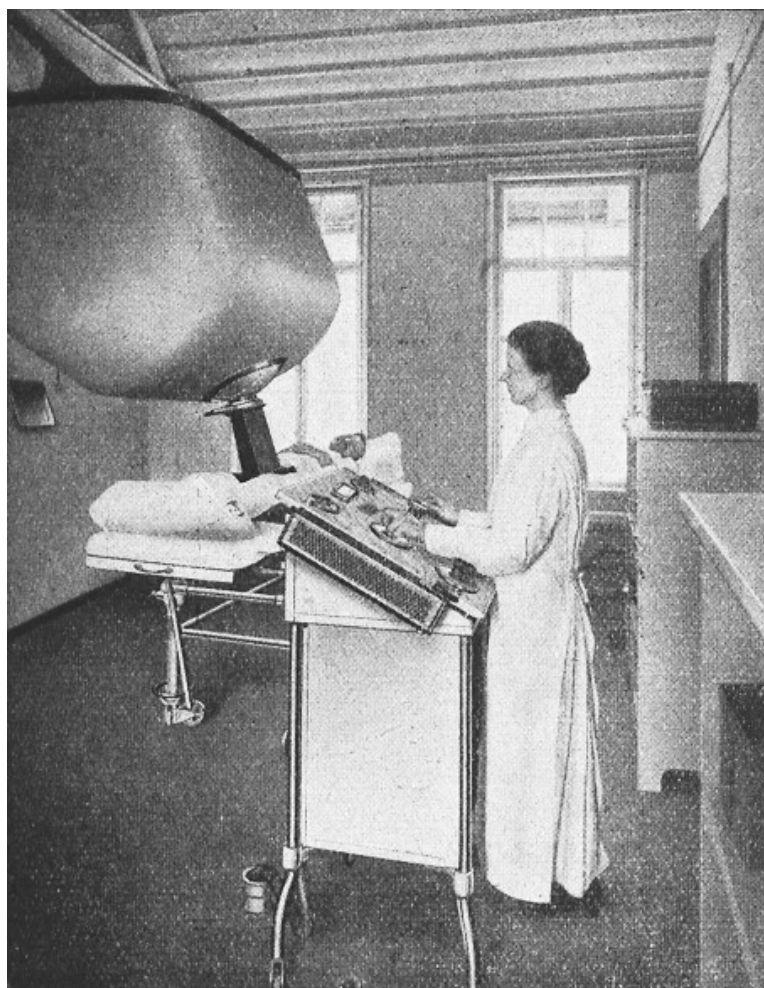


Abb. 49: Behandlungsraum des *Werner-Siemens-Instituts für Röntgenforschung* (Berlin), 1924

Im Anschluss an die Bestrahlung mussten die sogenannten Auf-Patienten einige Stunden ausruhen und konnten dann nach Hause gehen. Die bettlägerigen Patienten wurden dagegen zu den nach Geschlechtern getrennten beiden Bettenbaracken des *Werner-Siemens-Instituts* zurückgebracht, die jede über einen Saal mit 19 Betten verfügten. Insgesamt 15 Betten waren als Geschwulstabweilung ausschließlich für Krebskranke reserviert.<sup>129</sup> Dieses Prozedere wurde mehrere Tage hintereinander wiederholt, bis die (erste) Bestrahlungsserie abgeschlossen war.<sup>130</sup> Dort in den Bettenbaracken fand auch die Mesothorium/Radiumbestrahlung statt, die manche der Röntgenbestrahlten einige Wochen zuvor bereits kennen gelernt hatten.<sup>131</sup> Dass diese Form der Bestrahlung im

<sup>129</sup> Bruno Harms, Sechzig Jahre Krankenhaus Moabit: Entwicklungsgeschichte des ersten Berliner städtischen Krankenhauses, in: *Zeitschrift für das gesamte Krankenhauswesen* 28 (1932), S. 197-201, hier S. 199.

<sup>130</sup> Der Gynäkologe Walter Stoeckel gab 1928 an, über zwei bis drei Tage verteilt seine Patientinnen insgesamt anderthalb bis zwei Stunden zu bestrahlen. Nach sechs bis acht Wochen wiederholte er die Bestrahlungsserie, vgl. Stoeckel, *Lehrbuch* (1928), S. 458.

<sup>131</sup> Schreiben von Dr. Frik an das Bezirksamt Tiergarten. Berlin, den 25. Januar 1936, S. 5. LAB A Rep. 003-04-03, Nr. 159, Bl. 29-31.

Krankensaal des *Werner-Siemens-Instituts* stattfand, war allerdings ein vollkommen unübliches Verfahren, das der räumlichen Bedrängtheit des Instituts geschuldet war und seit Mitte der 1930er Jahre mit Vorgaben des Berliner Magistrats zur Radiumanwendung kollidierte.<sup>132</sup>

Um also besser die in der Radiumbehandlung üblichen Bedingungen deutlich zu machen, wandert der Blick nun etwas weiter in den Berliner Norden zum *Rudolf-Virchow-Krankenhaus*, in dem das Verfahren der Radiumbestrahlung dem allgemein im Deutschland der Zwischenkriegszeit praktizierten Verfahren entsprach.<sup>133</sup> Radium beziehungsweise Mesothorium wurde in Deutschland in der Regel als Salz oder Gas in Kapseln und Kanülen verschlossen in die vom Tumor befallenen Körperhöhlen eingelegt oder durch „Spickung“ direkt in das Tumorgewebe eingebracht. Für eine Fernbestrahlung, wie sie etwa in Schweden, Belgien oder Frankreich angewandt wurde, fehlten die notwendigen Mengen an Radium.<sup>134</sup> Da dieses ebenso wie Mesothorium kostbar war, hatten alle Krankenhausverwaltungen, die diese Stoffe überhaupt besaßen, Sorge, ihre Bestände könnten verloren gehen oder gestohlen werden. Außerdem wussten die Radiologen, dass die radioaktive Strahlung für Personen, die sich in der Nähe der bestrahlten Kranken aufhielten, gesundheitsschädigend sein konnte. Aus diesen Gründen schrieben die Krankenhausverwaltungen minutiös vor, unter welchen Umständen eine Radium- oder Mesothoriumeinlage zu erfolgen hatte.

Im *Rudolf-Virchow-Krankenhaus* gab es deshalb – so wie in vielen anderen deutschen Bestrahlungsabteilungen – ein besonderes „Strahlenzimmer“, in dem nicht nur das Radium aufbewahrt wurde, sondern in dem die Behandlung stattzufinden hatte.<sup>135</sup> In dieses Einzelzimmer wurde also der Patient gebracht. Manchmal befand er

<sup>132</sup> Schreiben von Dr. Frik an die Krankenhausdirektion, 5.12.1935. LAB A Rep. 003-04-03, Nr. 143, Bl. 36.

<sup>133</sup> Selbstverständlich gab es erhebliche Unterschiede in der Strahlentherapie – nicht nur im Hinblick auf die unterschiedlichen Krebslokalisationen, die jeweils bestrahlt wurden, sondern auch im Blick auf die therapeutischen Überzeugungen der jeweiligen Radiologen. Den umfassendsten Überblick über die Grundannahmen, technischen Gegebenheiten ebenso wie Bestrahlungsprotokolle gibt das fünfbandige, von Hans Meyer zwischen 1925 und 1929 herausgegebene Lehrbuch der Strahlentherapie: Bd. 1: Die wissenschaftlichen Grundlagen der Strahlentherapie, hg. von Hans Meyer, Berlin/Wien 1925; Bd. 2: Die Strahlentherapie in der Chirurgie (hg. v. R. Werner), Berlin/Wien 1925; Bd. 3: Die Strahlentherapie in der Inneren Medizin (hg. v. F. Gudzent/H. Holthusen), Berlin/Wien 1926; Bd. 4, Teil 1 und 2: Die Strahlentherapie in der Gynäkologie (hg. v. C.J. Gauß), Berlin/Wien 1929.

<sup>134</sup> Otto Pankow, Strahlentherapie, in: Rudolf Th. von Jaschke/Otto Pankow (Hg.), Lehrbuch der Gynäkologie, 5. Auflage, Berlin 1933, S. 196-237, hier S. 236.

<sup>135</sup> Die hier gegebene Schilderung stützt sich auf Angaben zum Rudolf-Virchow-Krankenhaus ebenso wie auf die Planungen Friks für Moabit, für die er die im Virchow-Krankenhaus gültigen Vorschriften als Vorbild heranzog. Die Angaben zur Technik der Radiumeinlage sind dem Lehrbuch

sich in einem Dämmerzustand, der durch Beruhigungs- und Narkosemittel herbeigeführt worden war, um das schmerzhafte Einlegen der Radiumpräparate erträglicher zu machen und weil manchmal der Tumorherd vor Beginn der Bestrahlung durch Elektrokoagulation oder durch einen scharfen Operationslöffel abgetragen werden musste.<sup>136</sup> Dann wurden Radiumröhrchen oder -nadeln vom Arzt so nahe wie möglich an den Tumor gebracht und mit Gaze und Tupfern fixiert, damit der Radiumträger nicht verrutschte. Mit kleinen Bleiplatten, die in einer knetartigen sogenannten Stenzmasse festgesteckt wurden, versuchte man die umliegenden Organe vor der Strahlung zu schützen.

Bei einer der häufigsten Anwendungen, der Radiumbestrahlung von Gebärmutterhalskrebs, mussten insbesondere Darm und Blase auf diese Weise geschützt werden, um Komplikationen zu minimieren. Beim Einlegen des Radiums ebenso wie der Schutzplatten musste der Arzt vorsichtig vorgehen, um nicht das Gewebe zu verletzen. Dadurch verursachte Infektionen und hohes Fieber zählten zu den häufigsten unmittelbaren Komplikationen der Radiumtherapie. Sie hatten vielfach den vorzeitigen Abbruch der Therapie zur Folge, da sie tödlich enden konnten. Aus diesem Grund musste die Strahlenschwester bei den Bestrahlungspatienten regelmäßig Fieber messen, denn hatte sich erst eine Bauchfellentzündung entwickelt, so war der Verlauf – wie ein Gynäkologe 1933 schrieb – „meist ein aussichtsloser, mit dem Tod endigender“.<sup>137</sup>

War die Radiumeinlage fixiert, mussten die Patienten während der ganzen Behandlungsdauer so still wie möglich liegenbleiben, damit die Einlage nicht verrutschte und dadurch ihr Therapieziel verfehlte oder gesundes Gewebe schädigte. Dies war für die Patienten eine schwer zu bewältigende Herausforderung, da die Bestrahlung mit Radium oder Mesothorium oft zwei bis drei Tage dauerte.<sup>138</sup> Sie durften während

---

Walter Stoeckels entnommen. Vgl. Schreiben des Berliner Magistrats an die Direktion des Krankenhauses Moabit, Berlin, den 7. Juli 1923. A Rep. 003-04-03, Nr. 143, Bl. 43; Entwurf: Vorschriften für die Aufbewahrung und Handhabung radioaktiver Substanzen im Städtischen Krankenhaus Moabit, verfasst von Dr. Frik, Berlin, den 14.10.1931. LAB A Rep. 003-04-03, Nr. 143, Bl. 116-8 sowie Stoeckel, Lehrbuch (1928), S. 461-463.

<sup>136</sup> Zur Therapie von nicht-gynäkologischen Bauchtumoren wurden die Radium/Mesothoriumpräparate manchmal auch im Anschluss an die Operation in das noch offene Operationsfeld gelegt und die Patienten erst dann ins Strahlenzimmer gebracht. Zur Gabe von Beruhigungs- und Narkosemitteln: Dietel, Strahlenbehandlung, S. 217.

<sup>137</sup> Dietel, Strahlenbehandlung, S. 250.

<sup>138</sup> Über die den Patienten während einer mehrstündigen Röntgenbestrahlung abverlangte Bewegungslosigkeit, schrieb der Radiologe Rieder 1921: „Aber selbst auf dem bequemsten Lager ist es selbst für einen gesunden Menschen nahezu unmöglich, wachend ununterbrochen still zu liegen. Schon nach ein bis zwei Stunden überkommt ihn eine gewisse motorische Unruhe, die mit der Zeit immer größer wird und bei sensiblen Patienten sich schließlich bis zur Unerträglichkeit steigert. [...] so ist das nur möglich, wenn man die Patientin durch ein zuverlässig und sicher wirksames Narkotikum

dieser Zeit ihr Zimmer nicht verlassen und keinen Besuch bekommen. Versorgt wurden sie von einer speziell für die Radiumtherapie zuständigen „Strahlenschwester“, die für den Schutz des Radiums beziehungsweise Mesothoriums vor Verlust oder Diebstahl persönlich verantwortlich war. Darum hatte sie das Zimmer zu verschließen, wenn sie es verließ. Musste der Patient auf Toilette, so musste er in Anwesenheit der Strahlenschwester ein Steckbecken oder Nachtstuhl benutzen. Bevor die Schwester diesen entleerte, war sie im Falle einer Radiumeinlage im Mastdarm, in der Scheide oder Harnröhre verpflichtet zu prüfen, ob die Radiumeinlage sich noch an der dafür vorgesehenen Stelle befand. Wollte der Patient einen Brief schreiben, so musste die Strahlenschwester diesen Brief der Oberschwester übergeben, damit diese prüfen konnte, ob im Briefumschlag das kostbare Radium hinausgeschmuggelt werden sollte.

Die mit Radium bestrahlten Patienten blieben im Anschluss an die Bestrahlung zur Beobachtung einige Tage im Krankenhaus, da fast alle nach der Bestrahlung erhöhte Temperatur oder Fieber hatten und die Gefahr einer Bauchfellentzündung ausgeschlossen werden musste – unabhängig davon, ob sie bettlägerig waren oder nicht.<sup>139</sup> Ebenso wie die röntgenbestrahlten Patienten litten sie unter einem „Kater“: Ihnen war übel und sie mussten sich erbrechen. Vielen war schwindelig, sie fühlten sich sehr matt, hatten keinen Appetit und konnten schlecht schlafen.<sup>140</sup> Zudem hatten fast alle bestrahlten Patienten mit Durchfällen und ständigem starken Harn- oder Stuhldrang zu kämpfen. Während der „Kater“ nach einer Radiumbestrahlung verhältnismäßig rasch abklang, konnte der Röntgenkater in Einzelfällen wochenlang andauern. Eine der Ursachen, die ozon- und stickoxidgeschwängerte Luft, wurde durch die Verwendung von stabilen, in Bleikästen geschützten Röhren, von denen ein Exemplar auch im *Werner-Siemens-Institut* stand, mehr oder weniger vermieden, so dass Intensität und Dauer des Röntgenkaters in den 1930er Jahren abnahmen.<sup>141</sup>

---

über die lange Bestrahlungszeit hinwegtäuscht. Dieses Mittel fanden wir [...] im Laudanon-Skopolamin.“ Auch der Heidelberger Gynäkologe Dietel erwähnte Laudanum-Skopolamin als das Mittel, das die Patientinnen am Vorabend der Radiumeinlage bekamen. Vgl. W. Rieder, Vermeidung der Allgemeinerscheinungen nach Röntgentiefenbestrahlung (Röntgen-kater), in: *Strahlentherapie* 12 (1921), S. 573-584, hier S. 574 und Dietel, *Strahlenbehandlung*, S. 250.

<sup>139</sup> Stoeckel, *Lehrbuch* (1928), S. 464. Eine Aufzählung und Beschreibung der damals bekannten Röntgen- und Radiumschäden findet sich in: O. Strauß, *Schädigungen durch Röntgen- und Radiumstrahlen*, in: Hans Meyer (Hg.), *Die wissenschaftlichen Grundlagen der Strahlentherapie* (= *Lehrbuch der Strahlentherapie*, Bd. 1), Berlin/Wien 1925, S. 979-1060.

<sup>140</sup> Zu diesen und den im Folgenden geschilderten Symptomen: Pankow, *Strahlentherapie*.

<sup>141</sup> Pankow, *Strahlentherapie*, S. 210-218 und S. 234-235 sowie Stoeckel, *Lehrbuch* (1928), S. 464-466.

Während der Röntgenkater langsam abklang, bemerkten zahlreiche Patienten eine Rötung der Haut, die sich entzündete und anschwell, während die Haut juckte, stechende Schmerzen auftraten und die Haare an der betroffenen Stelle ausfielen. Oft dauerte es einen guten Monat, bis diese Beschwerden nachließen und schließlich eine braun pigmentierte Stelle zurückblieb, die mit der Zeit verblasste. Nur wenige Patienten blieben davon verschont – abhängig von der Strahlendosis, aber auch von individuellen Faktoren, die sich die Ärzte nicht immer zu erklären wussten.<sup>142</sup>

Einige röntgenbestrahlte Patienten erlitten weitaus heftigere Hautreaktionen, selbst wenn sie den Ratschlägen der Ärzte entsprechend die betroffenen Hautstellen mit Vaseline oder Röntgensalbe eincremten und vor einer Reizung durch Korsettstangen und Hosenträger schützten. Denn bei einigen begannen sich an der bestrahlten Stelle flüssigkeitsgefüllte Blasen zu bilden, die unter starken Schmerzen im Verlauf von zwei bis drei Monaten schließlich platzten und vernarben. Allerdings blieb die Haut dort dauerhaft trocken, spröde und empfindlich, denn die lokalen Schweiß- und Talgdrüsen waren für immer zerstört, häufig schrumpfte das Gewebe. In der Anfangszeit der Strahlentherapie heilten manche Hautgeschwüre gar nicht oder nur nach langer Zeit. Das Gewebe starb schließlich ab, als einzige Möglichkeit der Heilung blieb eine Hauttransplantation. Seit den 1920er Jahren blieben die Patienten von derart schwerwiegenden Nachwirkungen meistens verschont, da die neuentwickelten Filter, Dosimeter und Bestrahlungstechniken diese in den ersten zwanzig Jahren des 20. Jahrhunderts immer wieder auftretende Form der Verbrennung dritten Grades in der Regel verhinderten.

Innerlich mit Radium oder Mesothorium bestrahlte Patienten hatten zwar keine Hautbeschwerden, litten dafür aber sehr oft unter blutigem, krampfartig sich entleerenden Durchfall, der nicht nur schmerzhaft war, sondern auch die Gesellschaft anderer in der ersten Zeit nach der Bestrahlung schwierig oder unmöglich machte. Bei etlichen Patienten ließen diese Beschwerden nach einigen Tagen nach. Insbesondere bei Frauen, denen wegen einer Gebärmutterhalskrebserkrankung Radium oder Mesothorium eingelegt worden war, traten manchmal Monate später Darm- und Unterleibsbeschwerden auf, die auf Entzündungen und Geschwürbildung in Darm, Blase und Vagina infolge der radioaktiven Bestrahlung zurückgingen. Ein potentiell tödlicher

---

<sup>142</sup> Walter Stoeckel, Lehrbuch der Gynäkologie, 11. Auflage, Leipzig 1947, S. 519f.

Darmverschluss konnte die Folge sein, der operativ entfernt werden musste, manchmal auch, indem ein künstlicher Darmausgang angelegt wurde.

Von den Ärzten noch mehr gefürchtet und nicht direkt dosisabhängig war die sogenannte Fistelbildung zwischen Darm und Scheide oder Blase und Scheide, die zu Stuhl- oder Harninkontinenz führte, mit einer Entzündung der gesamten umliegenden Haut einherging, ein sehr hohes Infektionsrisiko mit sich brachte und äußerst schmerzhaft für die Patientin war. Operativ konnte oft nicht geholfen werden und auch die Schmerzen waren mit den üblichen Schmerzmitteln kaum zu beherrschen, ebensowenig wie der mit der Fistelbildung einhergehende Geruch unter den vielerorts üblichen hygienischen Bedingungen gemindert oder vermieden werden konnte.<sup>143</sup>

Eine größere Zahl von Frauen und Männern litt allerdings nach der Bestrahlung „nur“ unter den leichteren Nachwirkungen wie Röntgen- und Radiumkater, Röntgendermatitis ersten Grades oder schmerzhaftem Harn- und Stuhldrang. Doch auch diese Beschwerden erlebten viele als so schlimm, dass sie sich „nur widerwillig und recht deprimiert“ einer zweiten, ärztlicherseits für notwendig gehaltenen Bestrahlungsserie unterziehen wollten.<sup>144</sup> Die Mehrzahl der wegen Gebärmutterhalskrebs bestrahlten Frauen vermied in der Folgezeit das Krankenhaus, kam weder zu Nachsorgeuntersuchungen noch zu weiteren Bestrahlungen, was sich einige Ärzte auch damit erklärten, dass Krebs Symptome wie etwa Blutungen nach der Bestrahlung aufhörten, die Frauen sich dann für geheilt hielten und das Fahrgeld nicht mehr aufbringen wollten.<sup>145</sup>

Zuhause erwartete die bestrahlten ebenso wie die operierten Krebspatienten wenig zusätzliche Hilfe. Einige bekamen von ihren Krankenkassen oder den Wohlfahrtseinrichtungen Ernährungsbeihilfen bezahlt, weil die Mediziner eine stärkende Diät insbesondere nach der Bestrahlung für hilfreich hielten. Nicht selten wurden diese Hilfen ebenso wie eine etwaige Haushaltshilfe aber von der Einschätzung des Arztes abhängig gemacht, ob die Arbeitsfähigkeit des ehemaligen Patienten wiederhergestellt

---

<sup>143</sup> Pankow, Strahlentherapie, S. 234f.

<sup>144</sup> Hans Müller, Zur Allgemeinbehandlung röntgen- und radiumbestrahlter Patienten, in: Strahlentherapie 69, 1 (1941), S. 175-178, hier S. 175. Ähnlich auch Schaerff, Krebsfürsorge, S. 80.

<sup>145</sup> Stoeckel, Die vaginale Radikaloperation, S. 57. BArch R 1501/126321, Bl. 49-61.

werden würde.<sup>146</sup> Eine Kur im Erholungsheim wurde von den Krankenkassen keineswegs immer bezahlt.<sup>147</sup>

Warum Krebskranke so wenig nachsorgende und pflegerische Unterstützung erhielten, ist vor allem im Blick auf die in dieser Zeit große Zahl an Lungensanatorien für Tuberkulosekranke erklärungsbedürftig. Nicht nur erhielten diese von staatlicher Seite mehr Unterstützung, sondern es gab auch eine deutlich größere Zahl privater Initiativen, die offenbar leichter die Spendenbereitschaft der Bürger mobilisieren konnten. Sicherlich gingen diese Initiativen in der Regel auf das späte 19. Jahrhundert zurück, hatten also möglicherweise einfach vorher schon einen Platz in der philanthropischen Spenden- und Hilfsökonomie erobert, der nun für die Unterstützung von Krebskranken fehlte. Viele Ärzte vermuteten jedoch, dass zwei andere Ursachen für diese geringere Unterstützungsbereitschaft verantwortlich seien: Erstens hielten die allermeisten Menschen Krebs für letztlich unheilbar, während die Tuberkulose diesen „Makel“ verloren hatte, obwohl nach wie vor viele daran starben. Warum aber in Zeiten knapper Kassen die Behandlung einer Krankheit mit größeren Beträgen unterstützen, wenn die an ihr Erkrankten sowieso sterben und dementsprechend keinen Beitrag mehr zur Volksökonomie leisten würden?<sup>148</sup>

Auch die zweite Ursache war aus Sicht der Mediziner Folge einer nicht ganz zutreffenden, in der Bevölkerung gleichwohl verbreiteten Wahrnehmung: Denn allgemein herrschte die Ansicht vor, dass überwiegend alte Menschen an Krebs erkranken würden, viele Menschen glaubten zudem, dass arme Menschen öfter Krebs bekämen, und auch in diesem Zusammenhang spielte der angenommene „Wirtschaftswert“ der Krebspatienten eine Rolle.<sup>149</sup> Für beide Einschätzungen gab es gewisse Belege, denn statistisch betrachtet erkrankten tatsächlich deutlich mehr ältere Menschen an Krebs

<sup>146</sup> Richtlinien für die Gewährung von Beihilfen Krebskranker (festgesetzt durch die Brandenburgische Bezirksarbeitsgemeinschaft für Krebsbekämpfung), Berlin, am 9. Oktober 1937. BArch R 36/1391.

<sup>147</sup> Protokoll einer Unterredung zwischen Generalsekretär des Reichsausschusses Felix Grüneisen, Prof. Dr. Schroeder, Kiel, Ministerialdirektor Dr. Dammann und Ministerialrat Dr. Taute. Berlin, den 12.5.1930. BArch R 1501/126321, Bl. 122-123.

<sup>148</sup> Stoeckel, Die vaginale Radikaloperation, S. 57. BArch R 1501/126321, Bl. 49-61.

<sup>149</sup> „Dabei darf in diesem Zusammenhang auch nicht verschwiegen werden, daß auch Stimmen laut geworden sind, welche die Bekämpfung des Krebses, weil er vorwiegend ältere, zum Teil schon weniger leistungsfähige Personen hinwegschafft, deren Wirtschaftswert nur noch ein sehr geringer zu sein pflegt, für sozial weniger wichtig anzusehen als die Abwehr mancher anderen Erkrankungen, welche, wie z.B. die Tuberkulose, vorwiegend die Jugend befallen und dadurch die wertvollsten Arbeitskräfte in ihrer Blütezeit beeinträchtigen oder zum Ausfall bringen.“ Dr. Klose, Stadtmedizinalrat Kiel, Bekämpfung der bösartigen Geschwülste. Carcinom und Fürsorge, in: Sonderdruck: Deutsche Zeitschrift für öffentliche Gesundheitspflege 5-12 (1929), S. 229-237, hier S. 230f. BArch R 86 / 2584.



und es gab außerdem zumindest *eine* besonders sichtbare Krebserkrankung, die unter der bäuerlichen Landbevölkerung deutlich häufiger zu beobachten war als im Bildungsbürgertum: der Hautkrebs. Genau gegen diese beiden Ansichten wandten sich denn auch die Früherkennungskampagnen und zwar nicht nur, weil sie alle Menschen zur Wachsamkeit gegenüber ihrem eigenen Körper erziehen wollten, sondern auch, weil sie die Relevanz der Krebskrankheit für die gesamte Bevölkerung betonen wollten, um auf diese Weise Staat und Kommunen ebenso wie Bürger zu einem größeren finanziellen Engagement zu bewegen.<sup>150</sup>

Neben diesen zeitgenössisch diskutierten Gründen gab es vermutlich noch einen weiteren, der nicht öffentlich thematisiert wurde, weil er auch die Haltung des medizinischen Personals betraf: Die Krebskranken waren in Kliniken, aber auch in Privathaushalten oft nicht gern gesehen. Viele begegneten ihnen mit einer Mischung aus Ekel, Angst und Ärger. Nicht wenige fürchteten sich vor der Gegenwart oder Berührung von Krebskranken, weil sie überzeugt waren, sie könnten sich anstecken. Auch wenn Früherkennungskampagnen die Ansteckungsgefahr bestritten, war diese Frage doch auch unter Medizinern nicht so eindeutig geklärt: So führte Richard Mühsam, als Chirurgieprofessor am Berliner Rudolf-Virchow-Krankenhaus immerhin eine anerkannte medizinische Kapazität, in einem 1931 von der *Deutschen Welle* übertragenen Radiovortrag aus:

„Die von vielen Seiten bearbeitete Frage, ob irgendwelche spezifischen Erreger [...] die Ursache des Karzinoms seien, ist bisher ungelöst. Dagegen gelang es der experimentellen Forschung, [...] Geschwülste vom Tier zum Tier zu übertragen.“<sup>151</sup>

Zwar war mit der Tier-zu-Tier-Übertragung die Transplantation von Tumorgewebe von einem Tier zum anderen gemeint, aber der medizinische Laie mochte die von Mühsam erwähnte Übertragung leicht als Ansteckung verstehen. Auch Pflegeratschläge, die zur häufigen Händedesinfektion *nach* dem Verbandswechsel rieten, konnten so verstanden werden.<sup>152</sup>

<sup>150</sup> Vgl. dazu die Ausführungen in Kapitel 2.

<sup>151</sup> Der Vortrag wurde als Fortbildungsvortrag für Krankenschwestern auch gedruckt: Richard Mühsam, Die Krebskrankheit, in: Deutsche Zeitschrift für Krankenpflege und Gesundheitsfürsorge 25, 11 (1931), S. 113-116, hier S. 114.

<sup>152</sup> Tatsächlich sollten sie vor allem eine Ansteckung mit Bakterien verhindern, die das zerstörte Gewebe oft infiziert hatten, vgl. den Leitfaden „Für die Beratung und Pflege Krebskranker“, den der *Reichsausschuss für Krebsbekämpfung* 1934 herausgab und dessen Inhalt wiedergegeben wurde in: Deutsche Zeitschrift für Krankenpflege und Gesundheitsfürsorge 5 (1934), S. 63 sowie J.

Zu der Angst kam manchmal der Ekel, der selbst Angehörigen zu schaffen machen konnte, die ihre Verwandten pflegen wollten. So wandte sich 1909 ein Mann an das *Königlich-Preußische Institut für Infektionskrankheiten*, um sich nach Möglichkeiten zu erkundigen, seiner 55-jährigen, an Gebärmutterkrebs in fortgeschrittenem Stadium erkrankten Mutter zu helfen. Nachdem er eine abschlägige Antwort erhalten hatte, wandte er sich erneut mit einem Unterton der Verzweiflung an das Institut und schrieb:

„Ferner wäre ich Ihnen sehr dankbar, wenn Sie mir [...] mitteilen wollten, ob es nicht ein Desinfiziermittel giebt, um den lästigen Geruch, welcher die Kranke ständig umgiebt und die Zimmerluft manchmal geradezu verpestet, erfolgreich zu beseitigen; einige Aerzte, welche ich dieserhalb schon zu Rate zog, waren nicht in der Lage, mir ein Desinfiziermittel zu geben.“<sup>153</sup>

Dieser Geruch trat nicht bei jeder Krebskrankheit auf und oft auch erst in einem späteren Stadium. Außerdem konnte er durch die Radiumbestrahlung seit den 1920er Jahren in vielen Fällen zumindest zeitweise zum Verschwinden gebracht werden. Aber dieser Geruch – mehr noch als der in manchen Dokumenten erwähnte Anblick der durch Krebs verursachten „Entstellungen“ – löste bei vielen Menschen offenbar einen fast unüberwindlichen Ekel aus, der wesentlich dazu beitrug, dass manche Angehörige ebenso wie einige Ärzte und Krankenschwestern Krebskranke „loswerden“ wollten und sich von ihnen abwandten.<sup>154</sup> Dementsprechend berichteten Ärzte immer wieder davon, dass Verwandte ihre aus den Kliniken zurückkehrenden, an einer fortgeschrittenen Krebskrankheit leidenden Angehörigen nicht pflegen wollten – eine Weigerung, für die sie allerdings durchaus Verständnis aufbringen konnten.<sup>155</sup>

---

Hirschfeld, Ist Krebs übertragbar?, in: Deutsche Zeitschrift für Krankenpflege und Gesundheitsfürsorge 21 (1902), S. 322f.

<sup>153</sup> Brief des Otto J. an das Kgl. Preuß. Institut für Infektionskrankheiten. Dresden, 27.8.1909. BArch R 86/2763.

<sup>154</sup> Möglicherweise hatte der österreichisch-britische Philosoph Aurel Kolnai genau diesen Geruch im Kopf, als er 1929 seinen einflussreichen Essay über den Ekel veröffentlichte, in dem er eine Beziehung zwischen den physischen Dimensionen des Ekels und dem moralischen Ekel herzustellen suchte. Unter den physischen Typen des Ekelhaften, als dessen eigentlichen „Stammesort“ er den Geruchssinn identifizierte, zählte er an letzter Stelle auf: „Endlich verweisen wir auf das Ekelhafte der *Krankheit* und der *körperlichen Verwachsenheit*. Dies ist schon einigermaßen durch die Ausführungen über Exkret und Sekret, Verwesung, Leib und Leibesinneres beleuchtet worden. Es handelt sich um eine ‚ungewöhnliche‘ und wie übertriebene Äußerung, ‚Wucherung‘ von Leben (Geschwulst, Geschwür!), die zugleich schon in Verfall übergeht.“ [Hervorhebungen im Original] Vgl. Aurel Kolnai, Der Ekel, in: ders., Ekel. Hochmut. Haß, mit einem Nachwort von Axel Honneth, Frankfurt a.M. 2007, S. 7-65, hier S. 26 und S. 38.

<sup>155</sup> Entwurf einer Fürsorgestelle für Krebskranke von Ernst von Leyden, am 15. Juli 1904 der Königl. Charité-Direktion überreicht. HU Archiv Charité-Direktion, 955, Bl. 3.

Denn auch das medizinische Personal von Bestrahlungsabteilungen, chirurgischen oder gynäkologischen Kliniken hielt die Gegenwart von Krebspatienten auf ihren Stationen nicht selten für problematisch. Hier ging es nicht allein um das verhältnismäßig neue Selbstverständnis der Kliniken als Stätten der Heilung. Dies wird aus einem Beitrag August Mayers, des Chefarztes der Tübinger Gynäkologie, deutlich, den er 1941 in der Zeitschrift *Strahlentherapie* veröffentlichte:

„Isolierung ist aber nötig, da einesteils der vom zerfallenden Karzinom ausgehende üble Geruch und andernteils die große Unruhe der unheilbar Kranken die Zimmergenossen schwer belästigen und ihre Nachtruhe stören. Eine ausreichende häusliche Pflege stößt fast immer auf die größten Schwierigkeiten. Besonders in unseren Tagen des großen Arbeitermangels hat kaum ein Familienmitglied die zur Pflege nötige Zeit. Sodann fehlt es im Privathaus so gut wie immer an der zur erforderlichen Sauberhaltung der Kranken nötigen Wäsche, zumal da viele von der Krankenkasse ausgesteuert und auch wirtschaftlich in Not sind.“<sup>156</sup>

Diese Einstellung war nicht spezifisch für die durch den Krieg verschärfte Pflegesituation. Auch vor 1933 finden sich ähnliche Äußerungen, die deutlich machen, dass sich nicht nur Ärzte und Schwestern an der Gegenwart von Menschen störten, die an einer fortgeschrittenen Krebserkrankung litten, sondern auch Patienten selbst.<sup>157</sup> Konkrete Patientenbeschwerden darüber, dass Kranke, „die vor Schmerzen geplagt laut schrien“, andere störten und deshalb isoliert werden sollten, lassen sich ebenso finden, wie Patientenbeschwerden über die von Krebskranken ausgehende Geruchsbelästigung.<sup>158</sup> Karl Frik, der Leiter des *Werner-Siemens-Instituts für Röntgenforschung*, begründete dementsprechend 1936 seinen Antrag auf kleinere Krankenzimmer mit dem anspielungsreichen Satz: „Die Unterbringung von Krebskranken in Sälen hat auch sonst allerlei Misshelligkeiten [sic] die ich im einzelnen nicht erörtern will.“<sup>159</sup> Was er damit meinte, geht aus einer zwei Jahre zuvor von den Vertretern von Chirurgie und Innerer Medizin in Moabit verfassten Stellungnahme hervor, mit der sie sich gegen Ausbaupläne Friks gewandt hatten:

<sup>156</sup> Mayer, Die Entwicklung unserer Therapie, S. 25f.

<sup>157</sup> Blumenthal, Die Organisation der Krebsbekämpfung, S. 810 und 820; Anonym, Organisation der Krebsfürsorge. Bericht über die Sitzung eines zusammengesetzten Ausschusses des Landesgesundheitsrates am 31. Mai 1930, in: Veröffentlichungen aus dem Gebiete der Medizinalverwaltung 32, H. 6 (1930), S. 635-694 und Niederschrift über die Sitzung des Ostpreussischen Landesausschusses zur Bekämpfung des Krebses, am Freitag, den 22. Juni 1934 im Landeshaus. BArch R 36/1391.

<sup>158</sup> Die vorhandenen Missstände auf Station 18 im Moabiter Krankenhaus [Direktion des Moabiter Krankenhauses, z.Hd. Dr. Praeprer, vom ehemaligen Patienten Franz Schnell, Berlin-Borsigwalde zugesandt. Berlin, den 25.10.1927]. LAB A Rep. 003-04-03, Nr. 114, Bl. 14f.

<sup>159</sup> Schreiben von Dr. Frik an das Bezirksamt Tiergarten. Berlin, den 25. Januar 1936, S. 5. LAB A Rep. 003-04-03, Nr. 159, Bl. 29-31.

„Krebskranke [sind] durch ihre schweren Entstellungen, die auftretenden üblen Gerüche, die zahlreichen Todesfälle, [sic] für die von anderen Kliniken des Hauses kommenden Kranken eine so peinliche Zugabe, dass eine vollkommene räumliche Trennung auch der Zugänge der Abteilung, selbst bei gleicher Unterbringung in einem Zentralgebäude, gefordert werden müsste.“<sup>160</sup>

Dass Krebskranke unter diesen Umständen auch von Seiten der Krankenschwestern nicht unbedingt mit Verständnis für ihre Schmerzen zu rechnen hatten, zeigt eine 1935 vom Ehemann einer an Krebs erkrankten Frau verfasste Beschwerde, in der dieser bemängelte:

„Sie [seine Frau] klagte ständig über heftigste Brust- sowie äußere Schmerzen in Brust-Bauch-Rücken, konnte keinerlei Nahrung aufnehmen und hatte ständig Erbrechen von grüner Galle. 20 Tage vergingen ohne daß irgendwelche Maßnahmen gegen diesen Zustand unternommen wurden – weder von Seiten der Ärztin noch der Oberschwester! Das Stöhnen und Seufzen meiner Frau wurde von der Oberschwester als ‚haltlose Person‘, [...] bezeichnet – überhaupt jedes Seufzen der schwerkranken Frau nur als haltlos – in's Krankenhaus nicht passend bezeichnet.“<sup>161</sup>

Wohin aber sollten Krebskranke gebracht werden, wenn sie als nicht mehr heilbar angesehen wurden? Wenn sie in den großen Krankensälen der Kliniken als Belästigung und Belastung wahrgenommen wurden und die Krankenhausverwaltungen auf Freigabe der für heilbare Patienten vorgesehenen Betten drängten?

### 5.1.3 *Orte der letzten Hoffnung, Orte des Sterbens*

Die Pflege von schwer an Krebs erkrankten Menschen stellte die Angehörigen vor große Herausforderungen, die viele nicht bewältigen konnten oder wollten. Waren die Tumoren offen, mussten diese regelmäßig gesäubert und verbunden werden.<sup>162</sup> Pflegeberater empfahlen, das Verbandszeug nach jedem Wechsel zu verbrennen, da eine zufriedenstellende Desinfektion im Privathaushalt für unmöglich gehalten wurde. Innerliche Tumoren sonderten oft Eiter und Ausfluss ab, sie bluteten leicht und wenn

<sup>160</sup> Denkschrift für Errichtung eines Zentral-Strahlen-Institutes im Krankenhaus Moabit. Berlin, den 2. Mai 1934. Direktion des Städt. Krankenhauses Moabit. LAB A Rep. 003-04-03, Nr. 158, Bl. 4-8.

<sup>161</sup> Beschwerdebrief des Eugen K. an den Krankenhausdirektor Dr. Burghardt. Neukölln, den 1. Juli 1935. LAB A Rep. 003-04-03, Nr. 114.

<sup>162</sup> Die hier und im Folgenden beschriebene Pflege von Krebskranken beruht auf: Gertrud Dewitz, Krankenpflegerin in Potsdam, Zur Pflege Krebskranker, in: Deutsche Krankenpflege-Zeitung 6, 16 (1903), S. 243-245 und Anonym, Für die Beratung und Pflege Krebskranker, in: Zeitschrift für das Krankenpflege-, Bade- und Massagewesen 2, 5 (1934), S. 63. Zur Situation im 19. Jahrhundert: Karen Nolte, Vom Umgang mit Tod und Sterben in der klinischen und häuslichen Krankenpflege des 19. Jahrhunderts, in: Sabine Braunschweig (Hg.), Pflege – Räume – Macht und Alltag. Beiträge zur Geschichte der Pflege, Zürich 2006, S. 165-174.

die Blutung dann nicht schnell gestillt wurde, konnte der Patient verbluten – das bedeutete, dass ein zu Blutungen neigender Patient nie länger allein gelassen werden durfte. Sowohl offene als auch innerliche Tumoren machten dementsprechend häufige Wäschewechsel erforderlich, die auch deshalb aufwändig waren, weil die Wäsche jedes Mal zur Desinfektion ausgekocht werden sollte. Wegen der angenommenen Infektionsgefahr sollten Krebskranke in jedem Fall ein eigenes Bett für sich haben – eine Bedingung, die im Rahmen der bedrängten Wohnverhältnisse von Arbeitern schwer zu erfüllen war. Da die offenen ebenso wie die innerlichen Krebstumoren nicht selten einen starken, unangenehmen Geruch verbreiteten, war es für die Angehörigen nur schwer auszuhalten, wenn sie Bett oder Zimmer mit dem an Krebs erkrankten Menschen teilen mussten. Eines der wenigen Zeugnisse über die Belastungen einer solchen Situation gab rückblickend der Schriftsteller Hans Frick, der als nicht-ehelicher Sohn einer Fabrikarbeiterin in ärmlichen Verhältnissen aufwuchs und dessen Großmutter in der Zeit des Zweiten Weltkriegs an Krebs erkrankte und schließlich starb. Er schrieb:

„Der Zustand meiner Großmutter verschlechterte sich zusehends. Ihre letzte Kraft war ausschließlich darauf gerichtet, mir Widerstand zu leisten, wenn ich sie bei [Bomben-]Alarm zum Aufstehen bewegen wollte. [...], dem Todesbegehren meiner Großmutter [...] war ich ständig ausgesetzt. Ich fing an, mich dafür an ihr zu rächen, indem ich oft *vergaß*, mich um ihr Essen zu kümmern. [...] In den letzten Kriegsjahren duldete meine Mutter, daß ich auf einer Matratze in der Küche schlief. Sie hatte wohl begriffen, daß sie es mir nicht länger zumuten konnte, zwischen ihr und ihrer krebskranken und stinkenden Mutter zu liegen.“<sup>163</sup>

Diese Passage macht auch deutlich, dass jemand sich tagsüber um das Essen für den krebskranken Menschen kümmern musste, wenn dieser selbst dazu nicht mehr in der Lage war. Darüber hinaus war bei Menschen, die an einem Krebs der Verdauungsorgane, der Mundhöhle oder Speiseröhre erkrankt waren, fast immer eine spezielle Zubereitung in Brei- oder Suppenform erforderlich. Diese Aufgaben konnten unter Umständen von größeren Kindern wie im Falle Hans Fricks übernommen werden, denn zumindest in Arbeiterhaushalten war die Erwerbsarbeit aller Erwachsenen unverzichtbar, so dass Erwachsene tagsüber die Pflege eines bettlägerigen Angehörigen

---

<sup>163</sup> Zusätzlich erschwert wurde die Situation der Familie dadurch, dass der Vater Hans Fricks, der allerdings keinerlei finanzielle oder sonstige Verantwortung für ihn übernahm, Jude war, so dass Hans Frick als „Halb-Jude“ ständig in Angst lebte, vgl. ders., *Die blaue Stunde*, Berlin/Weimar 1978, S. 44f., Hervorhebung im Original.

kaum leisten konnten. Kamen schwere körperliche Einschränkungen und Versehrungen wie etwa ein künstlicher Darmausgang, die Ernährung durch eine operativ angelegte Magenöffnung durch die Bauchwand, die Bildung von Fisteln oder schlimme Schmerzen hinzu, waren insbesondere ärmere Angehörige angesichts ihrer Lebens- und Arbeitsverhältnisse mit der Pflege überfordert, selbst wenn sie Hilfe durch eine Krebsfürsorgerin oder ihren Hausarzt erhielten.<sup>164</sup> Im Prinzip war eine häusliche Pflege nur möglich, wenn die Familie über genügend Platz verfügte, um dem an Krebs erkrankten Menschen ein eigenes Zimmer zur Verfügung zu stellen, und außerdem über ausreichend Geld, um eine eigene Pflegerin zu bezahlen. Über die erforderlichen Mittel verfügten in der Regel weder Arbeiter- noch Angestelltenhaushalte und auch Familien aus dem Kleinbürgertum waren dazu kaum in der Lage.

Darum also wollten und konnten viele Familien ihre schwer an der Krebskrankheit leidenden Angehörigen nicht aus dem Krankenhaus zurücknehmen, wenn die Ärzte keine Chance auf Heilung mehr sahen. Für diese Kranken gab es nur noch einen einzigen Ort, an dem sie Aufnahme finden konnten. Das waren die Siechenhäuser und Hospitäler. Die Institution als solches hatte es bereits seit der Frühen Neuzeit gegeben, aber die frühen Hospitäler hatten noch anders ausgesehen und hatten sehr unterschiedlichen Gruppen von Menschen eine Art von Heimat gegeben: verarmten alten Menschen, obdachlosen Familien, chronisch Kranken und allen Schwerkranken oder Sterbenden, die nicht zuhause versorgt werden konnten.<sup>165</sup> Aus dieser Sammelinstitution hatte sich im Verlauf des 19. Jahrhunderts das Krankenhaus als spezifische, dem Ziel der Heilung verpflichtete medizinische Einrichtung herausgebildet. In einigen frühen Krankenhäusern wurde allerdings auch weiterhin die medizinisch-pflegerische Versorgung unheilbar Kranker übernommen, nicht selten auf Druck der Bevölkerung, aber gegen den Willen der Krankenhausverwaltungen.<sup>166</sup> Daneben bemühten sich einzelne Stadträte, religiöse Gemeinschaften und private

<sup>164</sup> Weber, *Behandlung inoperabler Geschwülste*, S. 291f.

<sup>165</sup> Zu den Funktionen und Erscheinungsformen des Hospitals am Übergang vom Mittelalter zur Frühen Neuzeit vgl. die Beiträge in: Artur Dirmeier (Hg.), *Organisierte Barmherzigkeit. Armenpflege und Hospitalwesen in Mittelalter und Früher Neuzeit*, Regensburg 2010 sowie als Überblick in Form von einzelnen Fallstudien: Hans-Peter Rhomberg, *Das Hospital. Heil- und Pflegestätten im Wandel der Zeit*, Lindenberg 2015.

<sup>166</sup> Stolberg, *Palliativmedizin*, S. 197-202. Ein eindrucksvolles Beispiel ist das Nürnberger Krankenhaus *Hundertsuppe*, das sich ausdrücklich um die medizinische Betreuung Sterbender kümmerte und insofern als Vorläufer der Hospize beachtet zu werden verdient, vgl. dazu Michael Stolberg, *Europas ältestes Sterbehospiz? Das Nürnberger Krankenhaus „Hundertsuppe“, 1770-1813*, in: *Medizin, Geschichte und Gesellschaft* 28 (2009), S. 153-178.

Wohltäter um die Einrichtung von Häusern für Unheilbare, zu denen etwa das Augsburger *Incurabelnhaus* (1718), das *Unheilbarenhaus* in Bamberg (1806) oder das *Armen Kranken Versorgungshaus* des Bamberger Katharinenspitals (1821) zählten.<sup>167</sup>

In den allermeisten Städten blieben allerdings die „alten“ Hospitäler die einzigen Einrichtungen, in die unheilbar Krebskranke von den Krankenhäusern eingewiesen werden konnten und tatsächlich auch wurden. Dabei spielte der in den 1920er Jahren zunehmende Druck der städtischen Träger von Krankenhäusern eine Rolle, die immer wieder darauf hinwies, dass die Krankenhäuser für „pflegebedürftige Kranke, die nicht in häusliche Pflege entlassen werden“ könnten, nach möglichst kurzer Krankenhausliegedauer Hospitalisierungsanträge stellen sollten.<sup>168</sup> Mit der von den Verwaltungen gewünschten frühzeitigen Überweisung von unheilbaren Kranken an die Hospitäler bot sich den Ärzten zudem ein Mittel, die Sterbeziffern ihrer Station beziehungsweise ihres Krankenhauses so niedrig wie möglich zu halten, da diese immer öfter als Indikator für die medizinische Qualität der dortigen medizinischen Versorgung herangezogen wurden.<sup>169</sup>

Doch bei den Kranken ebenso wie bei deren Angehörigen stieß die geplante Überweisung an ein Hospital auf Widerstand. Die Nennung des Namens „Siechenhaus“ war für die meisten gleichbedeutend damit, zum Sterben abgeschoben, aufgegeben zu werden.<sup>170</sup> Da die Überweisung in Siechenhäuser von den Städten und Gemeinden oft zentral organisiert wurde, konnte eine solche Überweisung bedeuten, dass die an Krebs erkrankten Menschen nicht mehr wohnortnah im Krankenhaus, sondern in einem anderen Stadtteil oder am Rande der Stadt untergebracht wurden.<sup>171</sup> Doch auch von ärztlicher Seite gab es Kritik an der Hospitalisierungspraxis, weil – so der etwa von Ferdinand Blumenthal geäußerte Vorwurf – die Siechenhäuser und Hospitäler auf die medizinisch anspruchsvolle Pflege von schwer an Krebs erkrankten Menschen nicht eingerichtet seien.<sup>172</sup>

<sup>167</sup> Stolberg, *Palliativmedizin*, S. 206f.

<sup>168</sup> Schreiben des Berliner Oberbürgermeisters an die zentral verwalteten Krankenhäuser und Krankenstationen. Berlin, den 11. November 1931. LAB A Rep. 003-04-03, Nr. 60, Bl. 169f.

<sup>169</sup> Stolberg, *Palliativmedizin*, S. 198.

<sup>170</sup> Abschrift Dienstblatt Teil VII/1934, S. 34, Nr. 69, 6.2.1934: Weiterverweisung siecher Hilfsbedürftiger an die Hospitäler zur Vermeidung der Aufnahme in die Krankenhäuser. LAB A Rep. 003-04-03, Nr. 115, Bl. 122.

<sup>171</sup> Klose, *Bekämpfung der bösartigen Geschwülste*, S. 237.

<sup>172</sup> Blumenthal stellte damit zugleich die Berechtigung des von ihm geleiteten Berliner *Instituts für Krebsforschung* mit seinen beiden Krankenbaracken heraus – eine Institution, die permanent mit Unterfinanzierung zu kämpfen hatte, vgl. ders., *Gründung und Aufgaben der Krebs-Institute*, in:

Was die Hospitalisierung für an Krebs erkrankte Menschen bedeuten konnte, zeigt ein Blick auf die in Berlin übliche Praxis. Alle dortigen Krankenhäuser wurden in den 1920er Jahren von der städtischen Gesundheitsverwaltung angewiesen, nicht mehr heilbare Krebskranke, die nicht zuhause gepflegt werden konnten, an das städtische *Hufeland-Hospital* mit seiner angegliederten Siechenanstalt zu überweisen.<sup>173</sup> Der in den Jahren 1886 bis 1889 unter dem Namen *Friedrich-Wilhelm-Hospital* errichtete Gebäudekomplex galt ursprünglich als „Musteranstalt“ zur Versorgung und Unterbringung der städtischen Armen und Alten, wurde jedoch wegen chronischer Überbelegung bereits 1897 um ein neues Gebäude erweitert.<sup>174</sup> Der gesamte Komplex aus zwei Hospitalbauten, zwei Siechenhäusern, einem Verwaltungs- und mehreren Wirtschaftsgebäuden sowie einem an eines der Siechenhäuser angeschlossenen Leichenhaus mit kleiner Kapelle füllte ein großes, zwischen Prenzlauer Allee, Fröbelstraße, Diesterweg-Weg und Stargarder Straße gelegenes Areal im Bezirk Prenzlauer Berg. Das Hospital bot anfangs 1246 Personen, seit Beginn der 1920er Jahre sogar über 1400 Menschen ein Bett.<sup>175</sup> In den meisten Hospitalzimmern standen vier Betten, in den Siechenhäusern waren überwiegend Sechs-Bett-Zimmer eingerichtet worden. Daneben gab es einige wenige Zwei-Bett-Zimmer sowie in jedem Haus zwei größere Säle für zehn oder elf Betten, Baderäume und Toiletten sowie in jedem Geschoss einen Tagesraum für nicht-bettlägerige Patienten.

---

Sonderdruck: Archiv für Soziale Hygiene und Demographie 3, 3 (1928), BArch R 1501/126318, Bl. 48f.

<sup>173</sup> Das geht aus der Auswertung der Berliner Sterblichkeitsstatistik im Auftrag der medizinalstatistischen Abteilung des Hauptgesundheitsamtes der Stadt Berlin hervor, die die Jahre ab 1926 betraf: Georg Wolff/Alfred Jahn, Die Sterblichkeit an Tuberkulose und an Krebs in Beziehung zur sozialen Struktur der Berliner Bevölkerung, in: Archiv für soziale Hygiene und Demographie 7, 6 (1932), S. 461-477, vgl. auch: Merkblatt für Aufnahme- und Stationsärzte, 1930, LAB A Rep. 003-04-03, Nr. 33, Bl. 19-28, auf dem empfohlen wurde, „inoperable Carcinome, die mit erheblichen Beschwerden und Belästigungen (Geruch! Absonderung!) einhergehen und bei denen Bestrahlung aussichtslos erscheint“, ins *Hufeland-Hospital* zu überweisen, das damit zum „Monopolhospital Groß-Berlins für alle krebskranken Siechen“ wurde, vgl. Georg Wolff, Das Verhalten der Krebssterblichkeit in Berlin, in: Deutsche Medizinische Wochenschrift 58, 30 (1932), S. 1173-1175, hier S. 1175.

<sup>174</sup> Zur Geschichte und den räumlichen Bedingungen des Hospitals, das 1927 den Namen *Hufeland-Hospital* erhielt: Architekten-Verein zu Berlin und Vereinigung Berliner Architekten (Hg.), Berlin und seine Bauten, Bd. 2, Berlin 1896, S. 471 und Jakoby, Hospital.

<sup>175</sup> In dieser Zahl enthalten sind die Betten für die Wärter, deren Zahl nicht separat angegeben wurde. Laut einer Zusammenstellung von 1908 befanden sich in der Hospitalabteilung 169 Männer, in den Siechenhäusern 477 Männer und 550 Frauen sowie 29 Ehepaare sowie zusätzlich in einem speziellen Depot für aus den Krankenhäusern entlassene ehemalige Obdachlose: 43 Männer und 67 Frauen. Für Frauen stand 1908 ein dazugehöriges, in der Palisadenstraße 37 gelegenes Hospital zur Verfügung, das 679 Frauen ein Bett bot, vgl. Architekten-Verein zu Berlin, Berlin und seine Bauten, S. 471-474 sowie Zentrale für private Fürsorge (Hg.), Die Wohlfahrtseinrichtungen von Groß-Berlin nebst einem Wegweiser für die praktische Ausübung der Armenpflege in Berlin. Ein Auskunfts- und Handbuch, 4. neu bearbeitete und vermehrte Auflage, Berlin/Heidelberg 1910, S. 62. Zur Belegung um 1920: Jakoby, Hospital, S. 41.



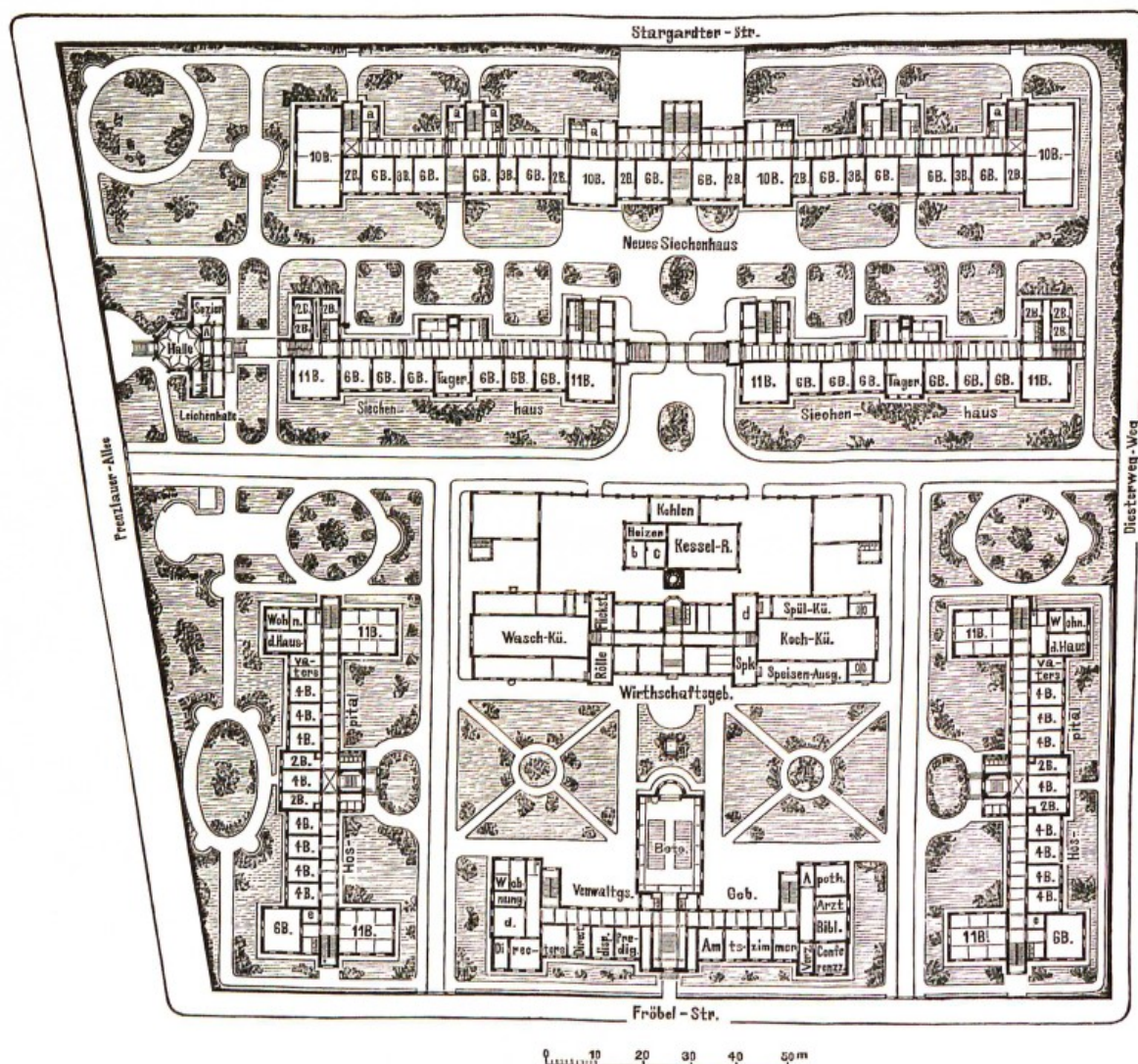


Abb. 50: Lageplan des *Friedrich-Wilhelm-Hospitals*, Berlin-Prenzlauer Berg (1896)

Die räumlichen Bedingungen der Unterbringung waren damit also keineswegs schlechter, als es viele Bewohner von ihrem eigentlichen Zuhause gewohnt waren, zumindest sofern sie aus Arbeiterhaushalten stammten. Allerdings zeigte die Tatsache, dass sich das Hospital direkt gegenüber dem vom gleichen Architekten entworfenen und in der Fassade ähnlich gestalteten städtischen Obdachlosenasyl befand, dass der öffentliche Status der Hospitalbewohner nur wenig über dem der Obdachlosen lag – ganz abgesehen von dem Anblick, der sich Abend für Abend den Hospitalbewohnern bot, wenn auf der gegenüberliegenden Straßenseite vor der Fröbelstraße 15 lange Schlangen von Obdachlosen darauf warteten, einen Übernachtungsplatz in der *Palme* zu bekommen.<sup>176</sup> Zu diesem aus Sicht vieler abschreckenden ersten Eindruck kam hinzu,

<sup>176</sup> Bettina Hitzer, Arbeiter- und Frauenkolonien für die Reichshauptstadt Berlin? Protestantische Obdachlosenfürsorge im Kontext urbaner Sozialpolitik um 1900, in: Beate Althammer (Hg.),

dass es auch im Hospital ein kleines „Depot“ für unheilbare Obdachlose gab und dass neben den an Krebs leidenden Menschen, die in der Inneren Abteilung des Hospitals versorgt wurden, auch psychisch kranke Menschen Aufnahme fanden, für die es seit Beginn der 1920er Jahre eine eigene Nervenabteilung innerhalb des Hospitals gab.<sup>177</sup>

Die Hospital- und Siechenhausinsassen erhielten Kost, Kleidung, Arzneien und ärztliche Behandlung durch die eigens am Hospital angestellten Ärzte umsonst, bekamen dafür allerdings von einer etwaigen, ihnen zustehenden Rente nur ein Taschengeld ausbezahlt.<sup>178</sup> Und noch in anderer Weise mussten die Bewohner erhebliche Einschränkungen ihrer persönlichen Freiheit ebenso wie ihres persönlichen Besitzes hinnehmen: Sie durften weder eigene Möbel noch eigene Kissen oder Decken mitbringen. Ein- und ausgehende Pakete durften von der Anstaltsleitung durchsucht werden, Aufsteh- und Zubettgehzeiten für die nicht-bettlägerigen Bewohner waren festgelegt und wollten diese das Hospital verlassen, mussten sie vorher schriftlich einen Urlaubstag beantragen. Am meisten geschmerzt haben dürfte viele krebskranke, ans Bett gefesselte Bewohner allerdings die eingeschränkte Besuchszeit: Waren anfangs Besucher noch jeden Tag zwischen 14 und 16 Uhr willkommen, so wurden die Besuchszeiten im Verlauf der 1920er Jahre immer weiter eingeschränkt, so dass schließlich nach der am 31. Mai 1934 ergangenen Hausordnung Besucher nur noch mittwochs und samstags zwischen 14 und 16 Uhr Zutritt hatten.<sup>179</sup>

Diese Einschränkungen erschienen auch dem Hauptgesundheitsamt Berlin als zu weitgehend, da damit der „Charakter der Hospitäler als offene Anstalten“ zur Makulatur werden würde.<sup>180</sup> Die Hospitalleitung rechtfertigte diese Beschränkungen mit

---

Bettler in der europäischen Stadt der Moderne, Frankfurt a.M. 2007, S. 193-225, hier S. 196. Vgl. auch die Illustration in: Künstlerhaus Bethanien (Hg.), Wohnsitz: Nirgendwo: Vom Leben und Überleben auf der Straße, Berlin 1982, S. 120.

<sup>177</sup> Der Inneren Abteilung standen 900 Betten zur Verfügung, der Nervenabteilung 500. Die hohe Sterblichkeitsrate des Hospitals machte die Position als Anstaltsarzt aus medizinischer Sicht durchaus interessant. Die Leichen der verstorbenen Hospitalbewohner „gehörten“ dem Hospital und wurden oft seziiert – dafür stand das direkt an eines der Siechenhäuser angebaute Leichenhaus zur Verfügung. Die Nervenabteilung wiederum weckte das Interesse der am *Kaiser-Wilhelm-Institut für Hirnforschung* tätigen Mediziner, die aus diesem Grund zwischen 1919 und 1921 kurzzeitig mit dem Hospital kooperierten und Anspruch auf die bei Sektionen entnommenen Gehirne der verstorbenen Hospitalbewohner erheben konnten, vgl. Jakoby, Hospital, S. 40-43.

<sup>178</sup> Zentrale für private Fürsorge, Die Wohlfahrtseinrichtungen, S. 62 sowie Jakoby, Hospital, S. 37f.

<sup>179</sup> Hausordnung für die Kranken des Hufeland-Hospitals vom 31.5.1934. LAB A Rep. 003-04-13, Nr. 35, Bl. 75-81. In der Akte befinden sich auch Hinweise auf die Bestimmungen der früheren Hausordnungen.

<sup>180</sup> Brief des Hauptgesundheitsamtes der Stadt Berlin an das Hufeland-Hospital. Berlin, den 21. September 1934. LAB A Rep. 003-04-13, Nr. 35, Bl. 90.

dem Hinweis auf den im *Hufeland-Hospital* bestehenden Pflegenotstand, da das Personal zur Pflege der vielen „Schwerstkranken“ nicht ausreichte und jeder Besuchstag „Unruhe“ und „Unordnung“ und damit eine zusätzliche Belastung für die sowieso bereits überlasteten Pfleger mit sich bringen würde.<sup>181</sup> Dass die Pflege unter diesen Umständen weder sorgfältig noch einfühlsam sein konnte und sich auf die notwendigste Pflege des Körpers beschränken musste, geht auch daraus hervor, dass die nicht-bettlägerigen Bewohner beim Waschen und Füttern ihrer schwerkranken Mitbewohner helfen mussten.<sup>182</sup> Diese Zustände waren für Neuankömmlinge eine schlimme Enttäuschung, denn vielen waren im Krankenhaus die „grossartigsten Versprechungen“ gemacht worden, um die weit verbreitete „Abneigung gegen die Hospitalbehandlung“ zu überwinden: Man hatte ihnen nicht nur „geschultes Pflegepersonal“ und für die Behandlung von Krebskranken nützliche „Spezialeinrichtungen“ in Aussicht gestellt, sondern auch eine äußerst komfortable Ausstattung: „bequeme Liegestühle, eigene Kopfhörer, viel bessere Verpflegung u. dergl. mehr“ sollten angeblich zum Standard des Hufeland-Hospitals gehören.<sup>183</sup> Doch auch wenn manche der auf diese Weise getäuschten Schwerkranken in Wut gerieten – an ihrer Situation ändern konnten sie nur noch wenig, denn die Krankenhäuser nahmen die einmal hospitalisierten Krebskranken nicht zurück.

Daran änderte sich auch nichts, als das *Hufeland-Hospital* im März 1934 mit seinen 707 bettlägerigen und 621 noch mobilen Bewohnern in das vorher so genannte *Genesungsheim Buch* zog, das zu den Ende des 19. Jahrhunderts am Berliner Stadtrand

---

<sup>181</sup> Stellungnahme der Hospitalleitung vom 2.11.1934. LAB A Rep. 003-04-13, Nr. 35, Bl. 91f.

<sup>182</sup> Jakoby, *Hospital*, S. 37.

<sup>183</sup> Dies geht aus einer Beschwerde der Direktion des *Hufeland-Hospitals* hervor, da diese immer wieder mit dem „in oft recht derber Form“ zum Ausdruck gebrachten „Erstaunen“ der Neuankömmlinge konfrontiert war: Abschrift eines Schreibens der Direktion des Hufeland-Hospitals an das Hauptgesundheitsamt Berlin. Berlin, den 24. September 1934, LAB A Rep. 003-04-03, Nr. 114. Dass diese unrealistischen Versprechungen auch auf eine von der städtischen Gesundheitsverwaltung geförderte rhetorische Strategie der „Schönfärberei“ zurückgingen, macht deutlich: Abschrift Dienstblatt Teil VII/1934, S. 34, Nr. 69, 6.2.1934: Weiterverweisung siecher Hilfsbedürftiger an die Hospitäler zur Vermeidung der Aufnahme in die Krankenhäuser. LAB A Rep. 003-04-03, Nr. 115, Bl. 122. Ganz aus der Luft gegriffen war dieses Versprechen allerdings nicht, denn das *Hospital Buch-West*, das vornehmlich für Lungentuberkulose gebaut worden war, die wegen der Ansteckungsgefahr in jedem Fall im Hospital untergebracht werden sollten, verfügte tatsächlich über eine „Versorgung mit Radio, die nicht nur an jedem Bett und auf den Liegehallen [...] Anschluss für Kopfhörer hat, sondern auch Lautsprecher in den Tagesräumen und Liegehallen aufweist“. Vgl. Abschrift Nr. 13 der Tagesordnung: Beschluss aus der Sitzung vom 17. Oktober 1924 der Deputation für das Gesundheitswesen der Stadt Berlin. LAB, A Rep. 003-0403, Nr. 5, hier Bl. 135.

erbauten *Heil- und Pflegeanstalten Berlin-Buch* gehörte.<sup>184</sup> Von diesem Zeitpunkt an wurden unheilbare Krebskranke aus sämtlichen Berliner Krankenhäusern nach Buch und damit aus der Stadt heraus verlegt – zusammen mit Tuberkulosekranken und psychisch kranken Menschen, die in Buch ebenfalls Aufnahme fanden. Neben dem *Hufeland-Hospital* konnten männliche Krebskranke auch in das *Hospital Buch-West* (*Dr. Heim-Hospital*) überwiesen werden, Frauen dagegen in das dortige *Ludwig-Hoffmann-Hospital*.<sup>185</sup> Mit Kriegsbeginn wurde die Hospitalversorgung immer stärker eingeschränkt, da innerstädtische Krankenhäuser der Wehrmacht übergeben werden mussten und daraufhin die ausquartierten Patienten in die Bucher Hospitäler gebracht wurden.<sup>186</sup> Im März 1941 zog das *Hufeland-Hospital* in die Gebäude der ehemaligen *Heil- und Pflegeanstalt Buch* um, die freigeworden war, da die dortigen Psychiatriepatienten im Rahmen der sogenannten T4-Aktion 1940 in andere Heil- und Pflegeanstalten gebracht und dort getötet worden waren.<sup>187</sup> Im neuen *Hufeland-Hospital* gab es immer weniger Pflegepersonal zur Versorgung der Kranken, deren

---

<sup>184</sup> Dieser Umzug hatte vermutlich einerseits zum Ziel, die von politisch links stehenden Ärzten geprägte Tradition des *Hufeland-Hospitals* zu brechen. Andererseits sollte offenbar das Hospital aus dem Stadtbild entfernt werden, denn das Gebäude wurde nach 1934 nicht mehr als Hospital oder Krankenhaus genutzt, sondern durch das Bezirksamt Prenzlauer Berg, das auf diese Weise einen zentralen Standort bekam. Zeitgleich wurde in Buch die Kinderheilanstalt geschlossen und viele der dortigen Ärzte aus rassistischen oder politischen Gründen entlassen. Die Kinder wurden in die *Wittenauer Heilstätten* gebracht und von dort zum Teil in andere Heilstätten überwiesen. In die Gebäude der ehemaligen Kinderheilanstalt zogen dann einige Abteilungen des *Hufeland-Hospitals*, vgl. Horst-Peter Wolff/Arno Kalinich, *Zur Geschichte der Krankenhausstadt Berlin-Buch*, 2. überarbeitete und erweiterte Auflage, Frankfurt a.M. 2006., S. 111-118 und Jakoby, *Hospital*, S. 33.

<sup>185</sup> Das *Hufeland-Hospital* befand sich nach seinem Umzug nach Buch in der Schönerlinder Chaussee (heute: Wiltbergstraße 50-92). Es war zunächst als *II. Irrenanstalt* in Buch geplant worden, wurde dann aber als Kriegslazarett genutzt. 1919 wurde es schließlich als *Kinder-Genesungsheim* eröffnet. 1932 wurde in einem Teil des Gebäudes das *Hospital Buch-Mitte* mit 530 Betten eingerichtet und 1934 zum *Hufeland-Hospital* umgewidmet. Ab 1941 wurde in den Gebäuden des *Hufeland-Hospital* das Städtische Krankenhaus Buch eingerichtet, in das 1943 schließlich auch Teile des Krankenhauses Moabit ausgelagert wurden. – Baubeginn für das *Hospital Buch-West* war der 1. Oktober 1914. Kriegsbedingt wurden die Bauarbeiten jedoch eingestellt und das Hospital erst 1929 eröffnet. Es bot 450 Betten in der Tuberkulose-Abteilung und 150 Betten in der Inneren Abteilung, in die auch die Krebskranken gebracht wurden. 1941 wurde das *Dr. Heim-Hospital* in ein Tuberkulose-Hilfskrankenhaus umgewandelt. – Das *Ludwig-Hoffmann-Hospital* wurde ursprünglich als *Verpflegungsanstalt für Hospitaliten und leichte Sieche* von Ludwig Hoffmann entworfen und unter dem Namen *Alte-Leute-Heim* 1908 eröffnet. Bereits 1917 wurde dort eine erste Abteilung für Frauen mit offener Lungentuberkulose eingerichtet, das Hospital immer mehr mit Schwerkranken belegt. 1933 wurde es in *Ludwig-Hoffmann-Hospital* umbenannt. Im Zweiten Weltkrieg wurde der Hospitalbetrieb durch die Auslagerung dreier Kliniken der Charité stark eingeschränkt, vgl. zur Geschichte der Heilanstalten in Berlin-Buch: Horst-Peter Wolff/Arno Kalinich, *Zur Geschichte der Krankenhausstadt Berlin-Buch*, 2. überarbeitete und erweiterte Auflage, Frankfurt a.M. 2006.

<sup>186</sup> Von der Wehrmacht wurden die Krankenhäuser Westend und Britz übernommen, vgl. Wolff/Kalinich, *Krankenhausstadt Berlin-Buch*, S. 118.

<sup>187</sup> Wolff/Kalinich, *Krankenhausstadt Berlin-Buch*, S. 128-133.

Lage sich noch einmal deutlich verschlechterte, als das Gebäude des *Hufeland-Hospitals* wegen der Bombardierung Berlins im Jahr 1943 als Ausweichquartier gebraucht wurde und das Hospital zunächst in die Karower Straße verlegt wurde. Die Zahl der Sterbefälle stieg über die Kriegsjahre kontinuierlich an: von 362 (1938) auf 722 (1940) und schließlich auf 2705 (1942). Ob für diesen Anstieg eine Form der „stillen“ Euthanasie durch Nahrungsmittelentzug verantwortlich war, wie sie für andere Anstalten nachweisbar ist, lässt sich den vorhandenen Akten nicht entnehmen.<sup>188</sup> Ab 1943 wurden zahlreiche Patienten aus dem Hospital in andere Häuser verlegt, in denen ihre Versorgung kaum gewährleistet war, da – wie eine Patientin in einer Beschwerde schrieb – dort „entsetzlich viele Frauen auf einen Haufen geworfen“ seien und sehen müssten, wie sie allein fertig würden.<sup>189</sup>

Außer den Hospitälern und Siechenhäusern gab es in Deutschland in der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts nur äußerst wenige Einrichtungen, in denen unheilbare Krebskranke gepflegt und medizinisch versorgt wurden – für die allermeisten an Krebs sterbenden Menschen blieben diese Einrichtungen unerreichbar und spielten damit für deren Krankheitserfahrung keine konkrete Rolle. Allerdings waren sie nicht nur unter Wissenschaftlern, sondern auch in der breiteren Öffentlichkeit wohl bekannt und galten vielen als Orte der Hoffnung ebenso wie der Verzweiflung und des abgrundtiefen Elends: Hoffnung auf bahnbrechende Ergebnisse der Krebsforschung, Hoffnung auf eine erstklassige medizinische Behandlung, Hoffnung auch deshalb, weil hier unheilbare Krebskranke aufgenommen wurden – und darum eben auch abgrundtiefe Verzweiflung, weil an kaum einem anderen Ort todgeweihte und sterbende Krebspatienten in so großer Zahl beieinander lagen.

Diese Orte waren das 1906 in Heidelberg eröffnete *Samariterhaus*, klinische Abteilung des dortigen *Instituts für experimentelle Krebsforschung*, sowie die in zwei Krankenbaracken untergebrachte klinische Station des 1903 gegründeten *Instituts für Krebsforschung an der I. Medizinischen Klinik zu Berlin (Charité)*. Beide Häuser waren ein Ergebnis des im späten 19. Jahrhundert neu erwachten öffentlichen Interesses an der Krebskrankheit, in dem sich die Sorge um eine zunehmende Verbreitung dieser

---

<sup>188</sup> Wolff/Kalinich, Krankenhausstadt Berlin-Buch, S. 136.

<sup>189</sup> Das Zitat entstammt dem im Februar 1943 an O.A. Eicke gesandten Brief der 83-jährigen Frau A., die in ein Altenheim im Schloss Egsdorf, Kreis Teltow, verlegt worden war, zitiert nach: Wolff/Kalinich, Krankenhausstadt Berlin-Buch, S. 137. Vgl. dazu auch die Ausführungen in Kapitel 3.

Krankheit mit der durch die Erfolge der Chirurgie ebenso wie durch die bahnbrechenden Entdeckungen der medizinischen Forschung stimulierten Hoffnung auf die Entwicklung wirksamerer Therapien mischte. Eine wesentliche Rolle spielte dabei auch, dass einige Ärzte und Gesundheitspolitiker daran Anstoß nahmen, dass es in diesem historischen Moment der relativen Wohlhabenheit von Staats- und Landeskassen keine Institution gab, die sich medizinisch und pflegerisch adäquat um unheilbare Krebskranke kümmerte – ein Versäumnis, das durch den Blick zu den europäischen Nachbarn auch ein Moment der nationalen Scham beigemischt bekam, denn dort – etwa in Großbritannien oder Frankreich – gab es zu diesem Zeitpunkt bereits seit mehreren Jahrzehnten „Cancerhospitäler“, die sich um die Heilung und Pflege von Krebskranken bemühten.<sup>190</sup>

Im Unterschied zu vielen der englischen oder französischen Krebskrankenhäuser waren sowohl das Heidelberger *Samariterhaus* als auch die Berliner *Krebsbaracken* ausdrücklich als klinische Stationen einer Forschungseinrichtung konzipiert worden.<sup>191</sup> Diese Zweckbestimmung hatte zweierlei Konsequenzen für die Auswahl und Gestaltung der Räumlichkeiten: Erstens wurden beide deshalb in unmittelbarer Nähe zu den jeweiligen Universitätskliniken erbaut: die *Krebsbaracken* auf dem Gelände der *Charité*, das *Samariterhaus* auf einem unmittelbar an das Heidelberger Klinikgelände angrenzenden Grundstück. Beide befanden sich deshalb nicht im Zentrum der jeweiligen Kliniken, sondern am Rande: das *Samariterhaus* auf einem direkt zwischen Klinikgelände und Straße gelegenen Areal, das Berliner Institut auf einem von der Stadtbahn begrenzten Gelände zwischen den für Infektionskranke bestimmten *Isolierbaracken* der *Charité* sowie den *Baracken für Tuberkulosekranke* und dem

<sup>190</sup> Diese Krebskrankenhäuser/-hospitäler wurden dementsprechend auch zum Ziel von Erkundungsreisen, über die in deutschen medizinischen Fachzeitschriften berichtet wurde, vgl. zum Beispiel den ursprünglich als Abendvortrag vor der *Deutschen Gesellschaft für Chirurgie* gehaltenen Bericht: W. Schaeffer, Bericht über die englischen Cancer-Hospitäler, in: Verhandlungen der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie, Bd. 2, Berlin 1900, S. 17-22. Die bislang bekannte erste ausschließlich der Versorgung von Krebskranken gewidmete europäische Einrichtung war das 1742 in Reims eröffnete *Hôpital Saint-Denis*. Seit Mitte des 19. Jahrhunderts gab es in Großbritannien zudem eine Tendenz zur Gründung von Spezialkrankenhäusern, in deren Rahmen auch Krebskrankenhäuser wie das *London Cancer Hospital* (1851) gegründet wurden, vgl. dazu Stolberg, Palliativmedizin, S. 210-216 sowie Caroline C.S. Murphy, From Friedenheim to Hospice: A Century of Cancer Hospitals, in: Lindsay Granshaw/Roy Porter (Hg.), *The Hospital in History*, London/New York 1989, S. 221-241.

<sup>191</sup> Zur Geschichte der Berliner Krebsbaracken vgl. Voswinkel, Erinnerungsort Krebsbaracke. Die Geschichte beider Institutionen wird dargestellt in: Scheybal, Krebsforschung, S. 9f. und S. 12-28 und Hellmann-Mersch, Institutionen zur Krebsforschung, S. 115-150, zu Heidelberg allein: Neubert, Institut für experimentelle Krebsforschung und Cornelia Lindner, Vinzenz Czerny (1842-1916). Leben und Wirken des Heidelberger Chirurgen und Krebsforschers im zeitgeschichtlichen Kontext. Med. Diss. Universität Heidelberg 2007, Kapitel 4.



*Pathologischen Institut* auf der anderen Seite, überragt vom mächtigen Querriegel der *I. Medizinischen Klinik*. Zweitens gehörte zu beiden Instituten ein Laboratorium, in dem nicht nur mit Chemikalien und menschlichem Gewebe experimentiert wurde, sondern auch Tierversuche stattfanden, weshalb in Heidelberg eine große Zahl an Tierställen im hinter dem *Samariterhaus* gelegenen alten Gebäude einer Zigarrenfabrik untergebracht war, während in Berlin erst später eigene Tierställe hinzukamen.

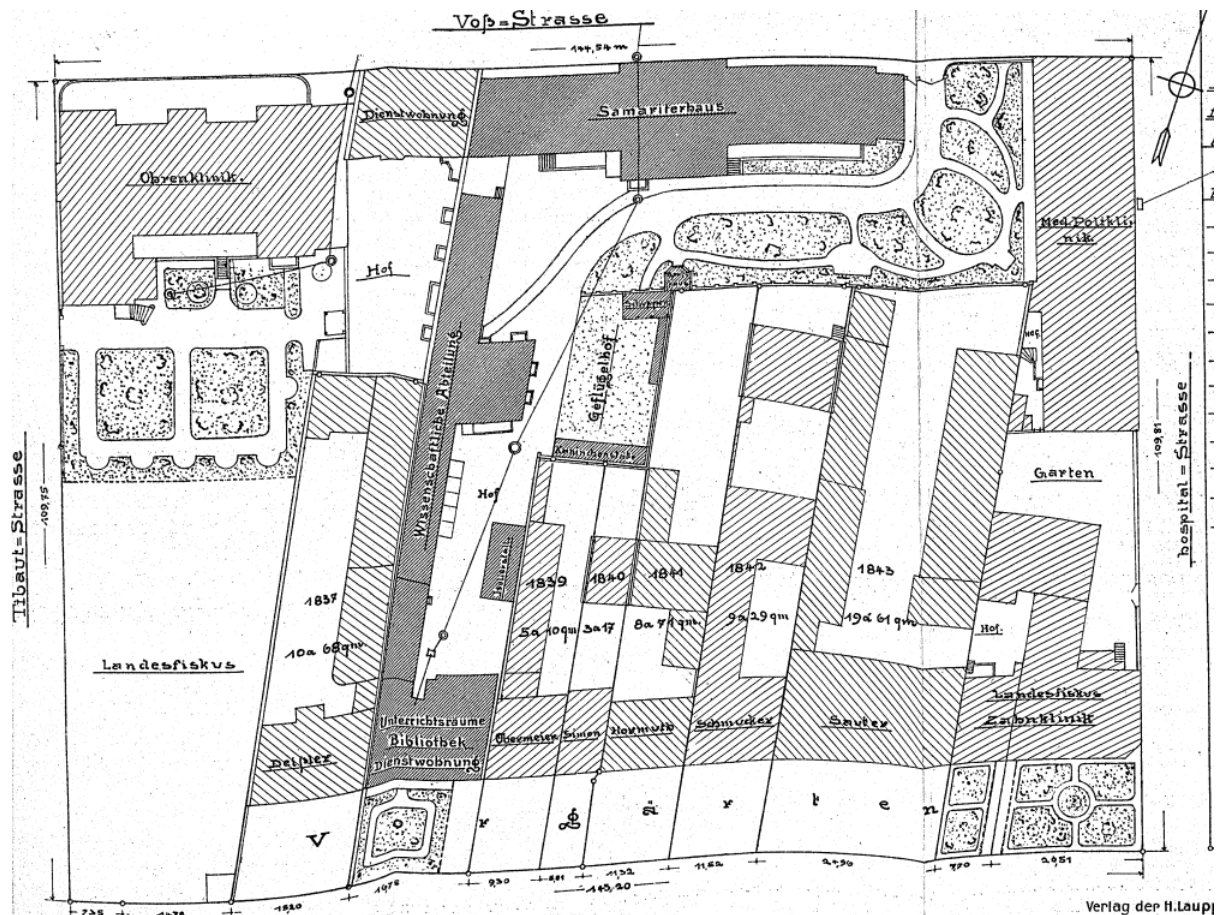


Abb. 51: Lageplan des Heidelberger *Samariterhauses* sowie der dazugehörigen wissenschaftlichen Abteilung (1912)

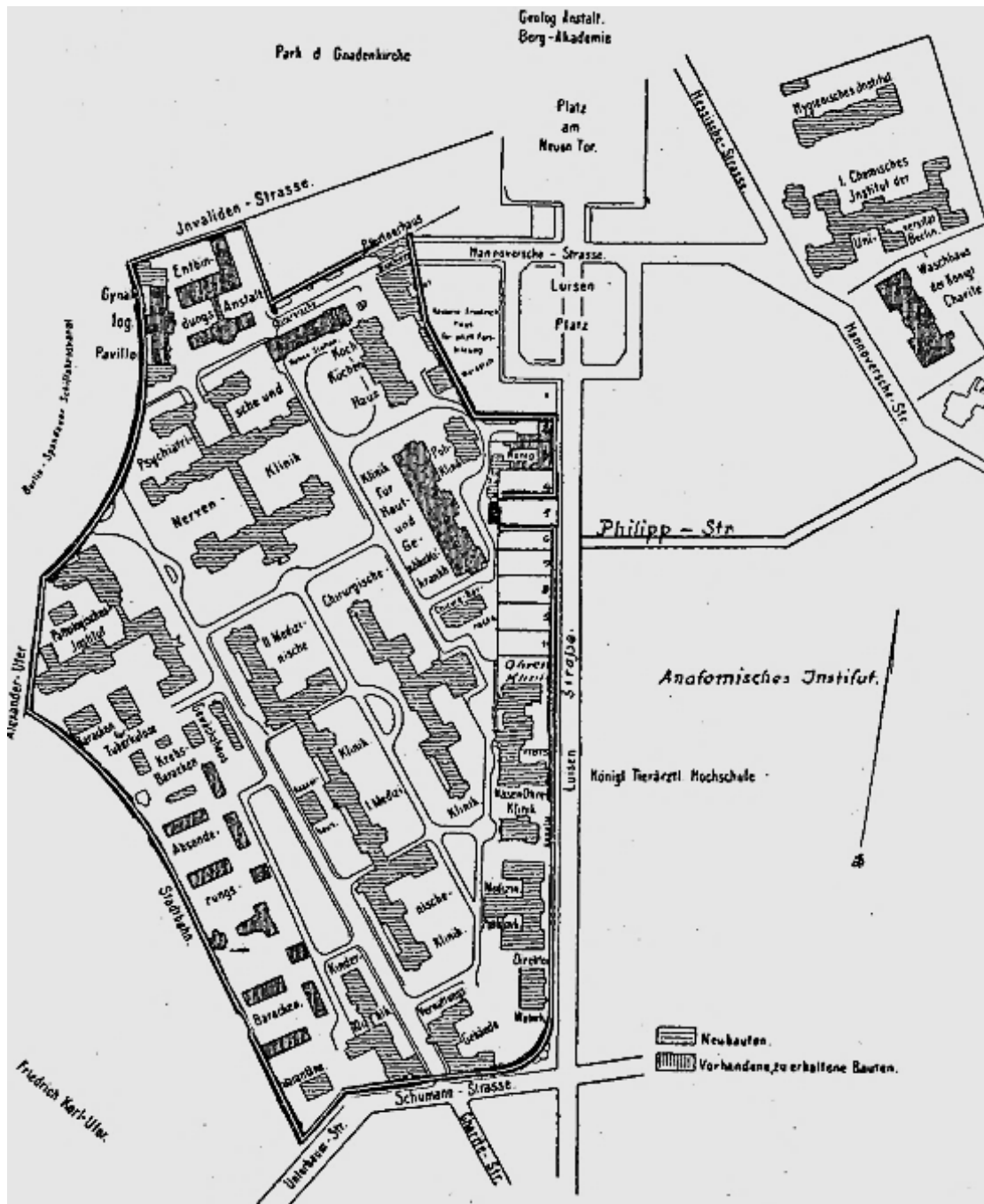


Abb. 52: Lageplan der Berliner Krebsbaracken (1910)

Aus der Anbindung beider Institute an die bestehenden Universitätskliniken folgte jedoch nicht nur ihre topographische Randlage auf dem Klinikgelände, sondern auch eine Art organisatorische Randlage: Denn die Ordinarien der etablierten Kliniken waren darauf bedacht, dass die neu gegründeten Krebsinstitute ihnen keine Patienten wegnahmen, die auch sie hätten behandeln können. Aus diesem Grund durften beide Institute in der Anfangszeit keine eigenen Ambulanzen eröffnen, sondern waren darauf angewiesen, dass die anderen Klinikinstitute ihnen Patienten zur Behandlung



überwiesen.<sup>192</sup> Wenig überraschend wurden den beiden Instituten deshalb überwiegend als unheilbar angesehene Patienten zugeteilt.<sup>193</sup>

Tatsächlich hatten sowohl Vinzenz Czerny als auch Ernst von Leyden, der erste Direktor des Berliner Instituts, die Initiative zur Institutsgründung auch ergriffen, um den unheilbaren Krebskranken einen Ort der medizinischen Betreuung zu errichten und zugleich jungen Ärzte die „schwierige Kunst, unheilbare Kranke zu behandeln“, beizubringen.<sup>194</sup> Dennoch sollten beide Institute nicht ausschließlich Häuser für Unheilbare sein. Denn andernfalls sah insbesondere Czerny die Hoffnung der Patienten ebenso wie des medizinischen Personals in Gefahr, wie er 1912 schrieb:

„Ich glaube, daß man in ein Krebsinstitut nicht allein unheilbare Carcinome und Sarkome aufnehmen soll [...], damit die Anstalt nicht zu ausschließlich den Charakter einer Siechenanstalt aufgeprägt erhält und damit durch die geheilten Fälle der Mut und die Hoffnung der Pflegebefohlenen und die Arbeitsfreudigkeit des Pflegepersonals aufrecht erhalten wird. Denn es darf nicht vergessen werden, wie deprimierend und lähmend auf die Aerzte und Krankenpfleger ein Saal voll sterbender Todeskandidaten einwirkt. Aerzte und Pflegerinnen müssen selbst Hoffnung haben, um Optimisten bleiben zu können und auch die Hoffnung bei den verzweifelnden Kranken aufrecht zu erhalten.“<sup>195</sup>

Neben der Bewahrung der Hoffnung ging es den Institutsgründern und -leitern aber auch darum, nicht ausschließlich Erfahrungen in der Behandlung unheilbarer Krebskranker zu sammeln, sondern sich als Experten auf dem Gebiet der gesamten Krebsbehandlung und -forschung zu etablieren und zudem die teuren Bestrahlungsgeräte allen Krebskranken zugutekommen zu lassen. In Heidelberg gelang dies, wenn auch in bescheidenem Umfang.<sup>196</sup> Dafür gab es zwei Gründe: Zum einen war es von vorneherein nicht Czernys Absicht gewesen, unheilbare Krebspatienten in jedem Fall bis zu

<sup>192</sup> Czerny, Das Heidelberger Institut, S. 10.

<sup>193</sup> Czerny schrieb 1912: „Reichlich vier Fünftel der Kranken, welche unsere Hilfe in Anspruch nehmen, sind inoperable oder nach Operationen rezidierte Fälle, von denen wir nur einen kleinen Teil heilen können.“ Blumenthal berichtete 1928: „Für die Baracken des Krebsinstituts kommen fast nur die hoffnungslosen Kranken aus der Stadt, und insbesondere aus den Charitékliniken in Betracht, die solche Kranke, da sie ihnen lästig sind, und an die Pflege übermäßige Ansprüche stellen, in die Krebsbaracken zu verlegen pflegen.“ Vgl. Czerny, Das Heidelberger Institut, S. 11 sowie Abschrift eines Schreibens von Blumenthal an die Charité-Direktion vom 15.3.1928. HU Archiv, Charité-Direktion, 951, Bl. 237.

<sup>194</sup> Vinzenz Czerny, Über die Pflege unheilbarer Krebskranker, in: Die Krankenpflege 1 (1901/1902), S. 289-304, hier S. 296.

<sup>195</sup> Czerny, Das Heidelberger Institut, S. 12.

<sup>196</sup> Dies wird u.a. aus der vom *Samariterhaus* veröffentlichten Statistik deutlich, nach der etwa 1911 insgesamt 594 Patienten im *Samariterhaus* behandelt wurden und auf diese Weise 13.555 Verpflegungstage in Anspruch nahmen. Die pro Patient damit aufgewandte durchschnittliche Verpflegungszeit von knapp 23 Tagen erscheint viel zu kurz, als dass es sich bei allen diesen Patienten um unheilbare Patienten gehandelt haben könnte, die bis zu ihrem Tod in Heidelberg

ihrem Tod im *Samariterhaus* zu pflegen. Er wollte diese Möglichkeit zwar anbieten, aber nahm aufgrund seiner Erfahrungen an, dass viele Krebspatienten lieber zuhause sterben wollten.<sup>197</sup> Aus diesem Grund nahm das *Samariterhaus* unheilbare Patienten nicht selten vorübergehend auf, um Schmerzen und andere Symptome durch operative Eingriffe oder Bestrahlung zu lindern und die Patienten durch Stärkungsmittel und besondere Diäten so weit zu kräftigen, dass Angehörige die Pflege wieder übernehmen konnten.<sup>198</sup> Zum anderen aber war das *Samariterhaus* auch von seiner Ausstattung her als Ort der Hoffnung für alle Krebspatienten eingerichtet worden. Das betraf zunächst einmal die Behandlungsmöglichkeiten, denn das *Samariterhaus* führte nicht nur Bestrahlungen durch und experimentierte mit verschiedenen medikamentösen Therapien, sondern es verfügte auch über einen eigenen Operationssaal, so dass operable Patienten hier ebenfalls adäquat behandelt werden konnten. Darüber hinaus aber bot das *Samariterhaus* einen Komfort und eine Atmosphäre, die es deutlich von einer Siechenanstalt unterschieden.

Möglich gemacht hatte dies die hohe Stiftungssumme von gut 900.000 Mark, die Czerny bei 163 Personen hatte einwerben können, zu denen Mitglieder der Familien Rothschild und Krupp ebenso zählten wie Fachkollegen Czernys sowie einige „Kleinspender“ aus der Umgebung Heidelbergs – möglicherweise auch getrieben von der angstvollen Frage danach, wo man selbst im Falle einer Krebserkrankung würde gepflegt und behandelt werden, denn wer 10.000 Mark oder mehr spendete, erwarb sich damit den Anspruch auf 150 freie Verpflegungstage pro Jahr im *Samariterhaus*.<sup>199</sup> Zusätzlich stellte die Großherzogliche Regierung Badens ein Baugrundstück im Wert von fast 290.000 Mark zur Verfügung, so dass Czerny auf diesem Grundstück ein dreigeschossiges, den Bedürfnissen des von ihm geplanten Krebsinstituts angepasstes zweiflügeliges Gebäude errichten konnte, dessen innere Ausstattung „etwas über das sonst in den hiesigen Kliniken übliche Maß“ hinausging.<sup>200</sup> Zusätzlich kaufte er das im

---

gepflegt worden wären, vgl. R. Werner, Bericht über die Tätigkeit im Samariterhause vom 1. Oktober 1906 bis 1. Januar 1912, in: Czerny, Das Heidelberger Institut, S. 59-67, hier S. 66.

<sup>197</sup> Vgl. dazu auch: Prof. Dr. Voelcker, Zur Eröffnung des Institutes für experimentelle Krebsforschung in Heidelberg, in: Münchener Medizinische Wochenschrift 39 (1906), S. 1919-1921. BArch R 1501/111966, Bl. 49-52.

<sup>198</sup> Czerny, Das Heidelberger Institut, S. 3.

<sup>199</sup> Czerny, Das Heidelberger Institut, S. 11 sowie Liste der Geschenkgeber in: Czerny, Das Heidelberger Institut, S. 55-57.

<sup>200</sup> Wirtschaftliche Verhältnisse des Krebsinstituts, in: Czerny, Das Heidelberger Institut, S. 47-54, hier S. 50 sowie Julius Koch, Baubeschreibung, in: Czerny, Das Heidelberger Institut, S. 14-46, hier S. 15.

rechten Winkel anschließende Grundstück einer ehemaligen Zigarrenfabrik hinzu, die er zur wissenschaftlichen Abteilung des Instituts umbauen ließ und in deren Gebäuden die Laboratorien und Tierställe, ein Sektionsraum sowie eine Bibliothek und ein kleiner Hörsaal Platz fanden.<sup>201</sup>

Die Patienten, die das *Samariterhaus* durch die Eingangshalle des Mittelbaus betraten, empfing eine mit Bedacht freundlich und „gediegen“ gestaltete Atmosphäre: Alle Zimmer und Flure waren nach Entwürfen des Karlsruher Kunstgewerbeprofessors Karl Eyth in unterschiedlichen Farben gestaltet; Wandanstrich und Linoleumbelag waren farblich aufeinander abgestimmt und viele Krankenzimmer mit einem umlaufenden dekorativen Fries wohnlicher gestaltet worden. Diesen Aufwand hatte Czerny auch für die Gestaltung der drei durch große Fenster belichteten Krankensäle dritter Klasse nicht gescheut, die mit jeweils neun Betten im Vergleich zu den in Krankenhäusern üblichen Krankensälen klein waren und zudem jeder einen angrenzenden, großzügig bemessenen Tagraum zur Verfügung hatten, in dem sich die nicht-bettlägerigen Patienten aufhalten und sogar Klavier spielen konnten.



Abb. 53: Krankensaal dritter Klasse, *Samariterhaus* Heidelberg (1912)

<sup>201</sup> Koch, Baubeschreibung, S. 26.

Für die besser gestellten Privatpatienten standen im ersten und zweiten Stock des Ostflügels jeweils vier Zweibettzimmer zur Verfügung, denen in jedem Stockwerk ein eigener Tagraum zugeordnet war. Damit verfügte das Samariterhaus über 16 Betten für Privatpatienten, 27 Betten für Kassenpatienten sowie zwei in einem Isolierzimmer untergebrachte Betten für Patienten, die wegen ihrer Schmerzäußerungen und Unruhe, des von ihnen ausgehenden Geruchs oder weil sie im Sterben lagen, in einem separaten Raum untergebracht werden sollten.



Abb. 54: Blick in ein Privatzimmer, *Samariterhaus* Heidelberg (1912)

Die im Vergleich zu anderen Kliniken hohe Zahl an Privatbetten brachte dem *Samariterhaus* höhere Einnahmen und ermöglichte damit einen verhältnismäßig hohen Pflegestandard durch die Anstellung gut ausgebildeter Krankenschwestern. Zugleich zeigte sich in dieser Form der Ausstattung auch das Konzept des Hauses, das nach Czernys Willen keine Siechenanstalt für verarmte Krebskranke sein sollte, sondern auch und gerade den unheilbaren Kranken aus den höheren Schichten der Gesellschaft

einen Ort zum Leben und Sterben mit Krebs bieten sollte, ein Ort, an dem die Hoffnung auf Heilung oder zumindest kompetente Pflege lange aufrechterhalten werden sollte.

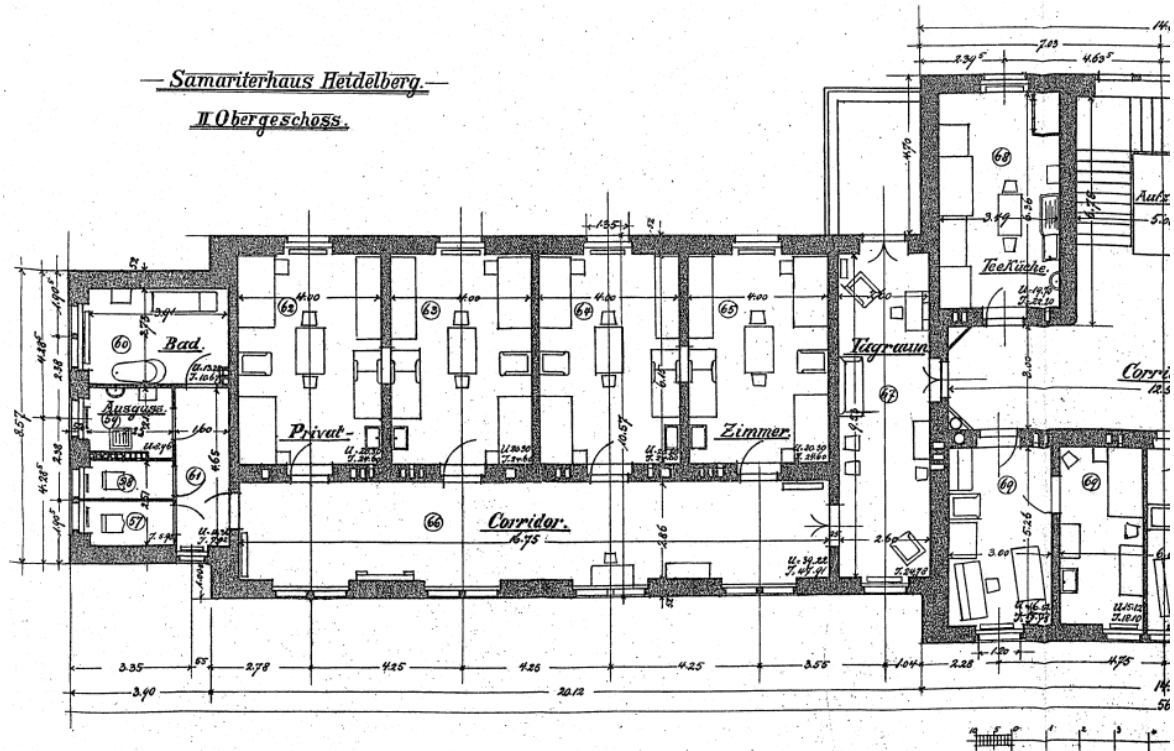


Abb. 55: Ostflügel des Samariterhauses mit Privatzimmern, 2. Obergeschoss (1912)

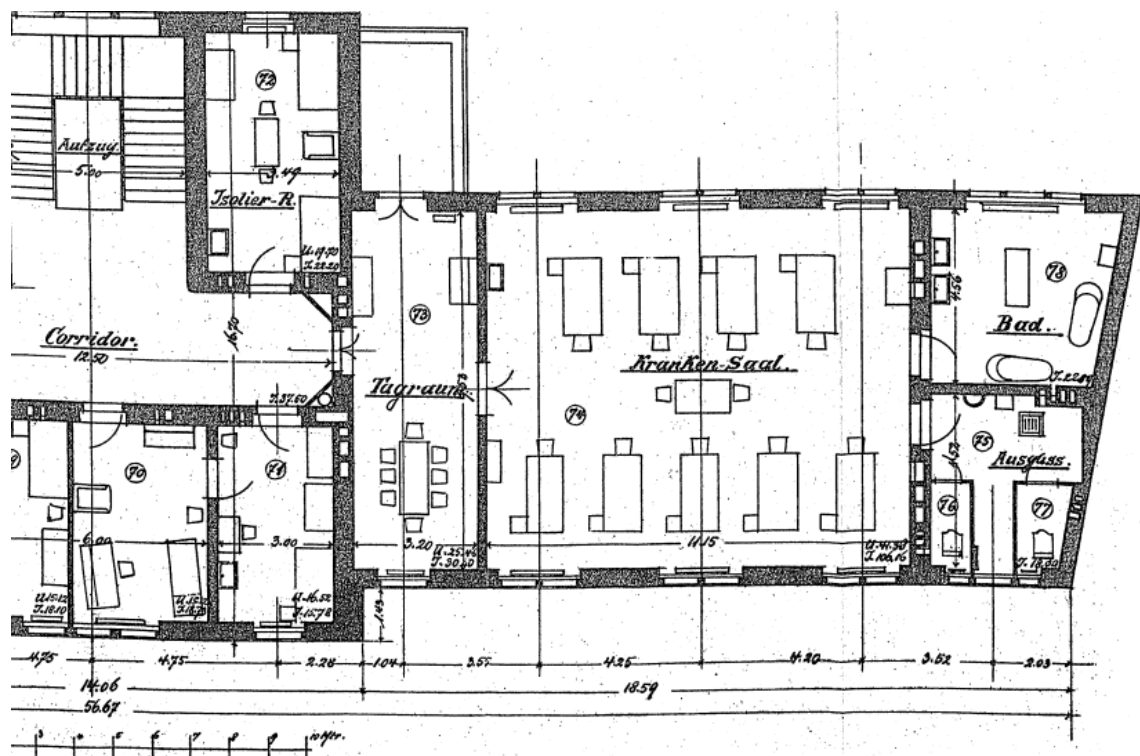


Abb. 56: Westflügel des Samariterhauses mit Krankensaal und Isolier-Raum, 2. Obergeschoss (1912)

In Berlin sah die Situation dagegen völlig anders aus. Das dortige *Institut für Krebsforschung* war zwar durch die Initiative einiger Ärzte und Beamter um den namhaften Internisten Ernst von Leyden und den Ministerialdirigenten Friedrich Althoff entstanden, war aber zunächst vom Preußischen Kultusministerium komplett finanziert worden.<sup>202</sup> Da aber innerhalb der Charité die Zweifel am Nutzen eines Krebs-Spezial-Instituts groß waren, wurde das geplante Institut in einem deutlich bescheideneren Rahmen als das drei Jahre später in Heidelberg gegründete realisiert.<sup>203</sup> Lediglich 65.220 Mark ließ sich das Ministerium den Bau, die Einrichtung und die Gestaltung der Außenanlagen des 1903 eröffneten Instituts kosten.<sup>204</sup> Mit diesem Geld wurden zwei jeweils knapp 158 qm große Krankenbaracken und eine kleinere Laboratoriumsbaracke auf dem Gelände der Charité neu errichtet.<sup>205</sup>

Damals weckte die Bauform der Baracke zwar noch nicht derart negative Assoziationen, wie sie ihr die deutsche Geschichte im Verlauf der folgenden hundert Jahre anheften sollte. Sie hatte im letzten Drittel des 19. Jahrhunderts als Alternative zu den schlecht belüfteten und mangelhaft belichteten alten Krankensälen Einzug gehalten. Allerdings war sie in der Regel zu zwei spezifischen Zwecken erbaut worden: zum einen als schnell und günstig erbautes und ebenso schnell wieder abgebautes Kriegslazarett, zum anderen als Krankenabteilung für Infektionskrankheiten jeder Art, da die Barackenform es einerseits ermöglichte, die infektiösen Patienten abzusondern, und sie andererseits klein und gut zu belüften war, so dass sich die Patienten untereinander nicht mehr so leicht erneut ansteckten.<sup>206</sup> Insofern ist davon auszugehen, dass der architektonischen Form der Baracke im Blick der um 1900 lebenden Zeitgenossen etwas Provisorisches ebenso anhaftete wie der Gedanke der Absonderung – ein

<sup>202</sup> Ernst von Leyden hatte bereits 1895 den *Deutschen Zentralverein zur Errichtung von Heilstätten für Lungenkranke* gegründet, bevor er im Jahr 1900 zu den Gründungsmitgliedern des *Comitees für Krebsammelforschung* gehörte. Dieser Verein spielte im Vorfeld der Institutsgründung eine wesentliche Rolle, vgl. zur Geschichte des *Comitees*, das im Laufe seiner Geschichte eine Vielzahl unterschiedlicher Namen trug, Atzl/Helms, Deutsche Krebsgesellschaft.

<sup>203</sup> Voswinckel, Erinnerungsort, S. 55-57.

<sup>204</sup> Vgl. den im Bau-Archiv der Charité aufbewahrten Lageplan des Architekten Diestel von 1915 in: Voswinckel, Erinnerungsort Krebsbaracke, S. 18.

<sup>205</sup> Die Quadratmeterzahl wurde aufgrund der Grundrisszeichnung errechnet, die sich findet in: Leyden/Blumenthal, Die Abteilung, S. 37.

<sup>206</sup> Vgl. Voswinckel, Erinnerungsort Krebsbaracke, S. 3-10. Dafür ist die Geschichte des Krankenhauses Moabit ein Beispiel, das als Barackenlazarett zur Behandlung und Absonderung von Pockenkranken 1872 erbaut und 1879 noch einmal als Seuchenlazarett bei der Berliner Fleckfieberepidemie eingesetzt wurde. Als das Krankenhaus, in dem Robert Koch und Paul Ehrlich in den 1880er und 1890er Jahren neue Möglichkeiten der Behandlung von Tuberkulosekranken erprobten, sich zum „vollwertigen“ Krankenhaus entwickelte, wurden ab 1907 alle neuen Gebäude als Pavillons und nicht mehr als Baracken erbaut und viele Baracken später ersetzt, vgl. Städtisches Krankenhaus Moabit, 125 Jahre.

Gedanke, der im Fall der Krebsbaracken durch die unmittelbare Nachbarschaft zu den Baracken für Tuberkulosekranke auf der einen, den Absonderungs- und Quarantänebaracken für Infektiöse auf der anderen Seite verstärkt wurde.

Die Einrichtung der schmucklosen, ebenerdigen Baracken entsprach zwar den damaligen medizinisch-hygienischen Standards, aber „unter Vermeidung jedes überflüssigen Luxus“, wie Ernst von Leyden geradezu defensiv 1904 in den für die Augen seiner Kollegen verfassten *Charité-Annalen* schrieb.<sup>207</sup> Kein überflüssiger Luxus war aus Sicht von Leydens die vergleichsweise geringe Zahl der Betten in den beiden gut 71 qm großen Krankensälen der Männer- und der Frauenbaracke, in denen jeweils acht Patientinnen beziehungsweise Patienten aufgenommen werden konnten. Auch die verhältnismäßig günstige Ausstattung mit Pflegepersonal erschien von Leyden angesichts der anspruchsvollen Pflegeaufgabe nicht als luxuriös: So waren in jeder Baracke jeweils eine dort nächtigende Schwester und ein Wärter für insgesamt zehn Patienten zuständig, von denen zwei außerhalb des Saales in einem sogenannten Isolierzimmer mit zwei Betten untergebracht wurden. Schlicht und einzig an den praktischen Notwendigkeiten der Pflege orientiert erschien dagegen die Innenausstattung:

„Der Korridor wird erhellt durch eine elektrische Lampe, welche von der Decke herabhängt. Vom Eingang befindet sich auf der rechten Seite das Badezimmer mit dem Kloset für die Kranken, auf der linken Seite ein Kloset für das Wartepersonal. Neben dem Kloset befindet sich das Badezimmer. Die Badewanne ist aus Zinn mit Brauseeinrichtung. Auf der linken Seite ist eine kleine Anrichte vorhanden, in welcher das für die Kranken aus der Zentralküche geholte Essen angewärmt werden kann. Durch einen Gaskocher ist es auch möglich, einzelne Speisen, welche von der Zentralküche nicht geliefert werden können, daselbst anzufertigen. [...] Auf der rechten Seite befindet sich das Schwesternzimmer, auf der linken Seite ein Extrazimmer für zwei Kranke, in welchem zwei Betten aufgestellt sind, ein Nachttisch, eine Waschoilette und zwei Stühle. Jeder Kranke hat eine elektrische Lampe (Marine-Leuchter) zu seiner Verfügung, ebenso eine Bretteinrichtung, welche ihm zur Aufnahme von Lektüre oder von Speisen dient. [...] Zu jedem Bett gehört ein Stuhl, ein Gestell zur Aufnahme des Namens und der Krankengeschichte, ferner ein Tisch, welcher mit einer durchsichtigen Platte versehen ist und Schubladen. Die Platte wurde deshalb durchsichtig gewählt, damit man von aussen kontrollieren kann, was sich in dem Tisch befindet. Die unteren Fächer des Tisches dienen zur Aufnahme des Urins und Speiglasses. [...] Zwei grosse Lehnstühle gestatten es den Kranken, ausserhalb des Bettes in bequemer Lage zuzubringen. Für die Rekonvaleszenten befindet sich in der Mitte ein Tisch, an welchem sie ihre Mahlzeiten einnehmen können.“<sup>208</sup>

<sup>207</sup> Leyden/Blumenthal, Die Abteilung, S. 37.

<sup>208</sup> Leyden/Blumenthal, Die Abteilung, S. 37 und 39f.



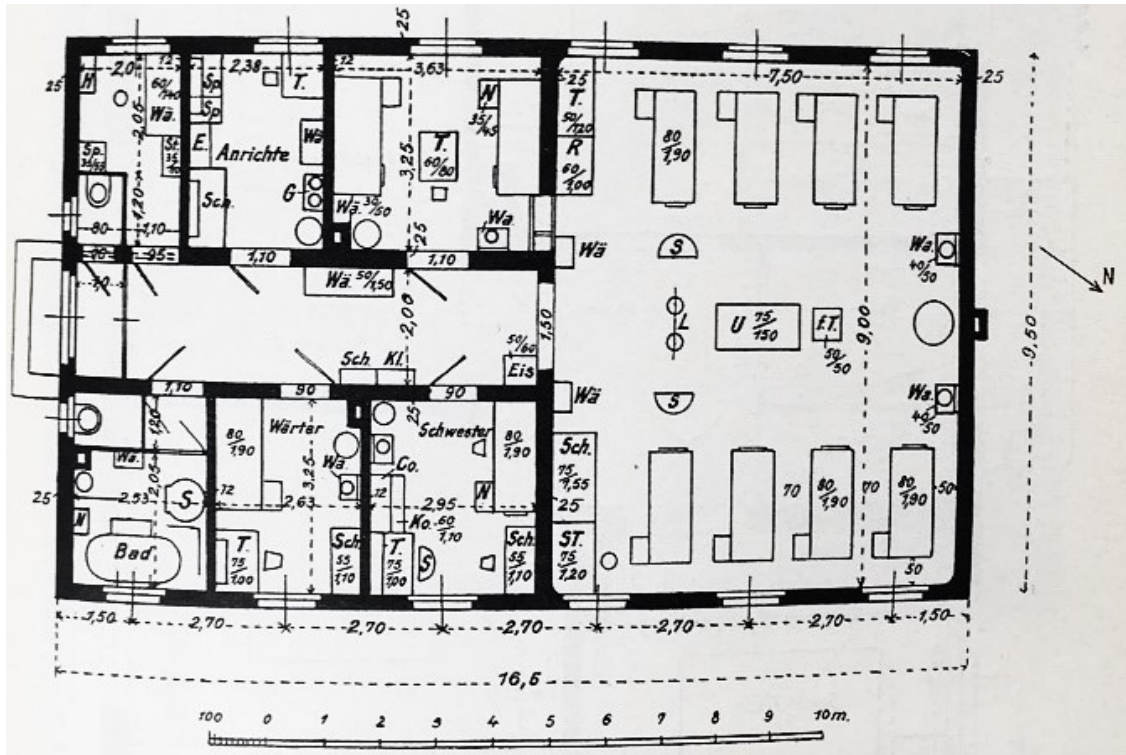


Abb. 57: Grundriss der Krebsbaracken der Charité (1910)



Abb. 58: Blick in den Krankensaal einer der beiden Krebsbaracken (1910)

Für besser gestellte Privatpatienten konnten die Krebsbaracken dementsprechend nur eine letzte Zuflucht sein, wenn keine andere Form der Pflege mehr möglich war, und auch ärmere Patienten baten erst dann um Aufnahme oder wurden zur Aufnahme



überwiesen, wenn eine Operation nicht mehr möglich war. Allerdings verfügte das Berliner *Krebsforschungsinstitut* seit 1915 über eine mit Spendengeldern finanzierte, gut ausgestattete Bestrahlungsabteilung, so dass auch Krebspatienten kamen, denen die Ärzte noch eine Heilungschance einräumten. Da in unmittelbarer Nähe der Krebsbaracken jedoch kein Platz war, um die Baracken zu vergrößern oder Erweiterungsbauten zu errichten, entschied sich Ferdinand Blumenthal, der 1915 die Leitung zunächst kommissarisch übernahm, eine Strahlenambulanz aufzubauen, die er schließlich mit Spendengeldern zu einer eigenen Poliklinik ausbaute, die von den *Krebsbaracken* weit entfernt am Luisenplatz 6 untergebracht wurde.<sup>209</sup> Mit dieser Entscheidung wurde – anders als in Heidelberg – frühzeitig eine mehr oder weniger deutliche Aufteilung der Krebspatienten in heilbare und unheilbare vollzogen.

Die Krebsbaracken waren und blieben damit der Ort, an dem die unheilbaren und sterbenden Patienten medizinisch betreut wurden. Neben palliativen Bestrahlungen erhielten diese Patienten Schmerz-, Schlaf- und Beruhigungsmittel, ihre offenen Wunden wurden ebenso gewaschen und verbunden wie die vom Tumor befallenen Körperöffnungen etwa mit Chlorzinkanwendungen gespült wurden, um Infektionen zu verhindern und Entzündungen zu heilen. Einzelne Ärzte wie etwa Hans Hirschfeld, als Hämatologe international hoch angesehen und zugleich für die Krebsbaracken als Stationsarzt zuständig, bemühten sich darum, Stoffe zu finden, die den Geruch beseitigen würden, der von manchen Tumoren ausging und auf Mit-Patienten, Ärzte, Krankenschwestern und Besucher ekelerregend wirkte und sie auf diese Weise zu gemiedenen und oft sich selbst unerträglichen Kranken machte.<sup>210</sup> Viele Krankenschwestern empfanden die Pflege der Patienten in der Krebsbaracke auch deshalb als schwer erträglich und unter den gegebenen Verhältnissen belastend, so dass nur wenige Schwestern freiwillig dort arbeiteten. Die meisten Stellen wurden durch Strafversetzungen von Schwestern innerhalb der Charité besetzt – ein Zustand, der sicher nicht zu einer sorgfältigen und zugewandten Pflege der schwerkranken und sterbenden Patienten beigetragen haben wird.<sup>211</sup>

---

<sup>209</sup> Hoepfner-Salazar, *Krebsforschung*, S. 56-58 sowie Denkschrift über die wissenschaftliche Tätigkeit des Universitätsinstituts für Krebsforschung an der Charité in den Jahren 1917-1920. HU Archiv, Charité-Direktion, 951, Bl. 56-67.

<sup>210</sup> Vgl. zum Beispiel: Hirschfeld, Euguform.

<sup>211</sup> Auf diese Praxis verwies Hans Auler 1942 mit den Worten: „Leider ist die Station G IV seit ungefähr 20 Jahren diejenige Station, in die Strafversetzungen einzelner Schwestern aller Kliniken erfolgt. Dieser Zustand ist unwürdig und unhaltbar.“ Vgl. Stellungnahme Prof. Aulers zur Beschwerde der Martha H. in einem Schreiben an den Verwaltungsdirektor der Charité. Berlin, den 30.10.1942. HU Archiv Charité-Direktion, Nr. 2724, Bl. 183.

Vielen Patienten, insbesondere den infolge einer längeren Bestrahlung stark abgemagerten und geschwächten, wurden Arsenpräparate gegeben, die schon bei anderen Krankheiten als Medikament zur Stärkung des Körpers erprobt worden waren. Daneben erhielten die Kranken der *Krebsbaracken* aber auch Therapien, deren Wirksamkeit ebenso wie deren mögliche Schädlichkeit zuvor beim Menschen nicht erprobt worden war. Dazu gehörte die Gabe bestimmter Stoffe wie etwa von Metallsalzen und Selen-Verbindungen, die im Tierexperiment Tumoren hatten schrumpfen lassen. Dazu zählte aber auch die sogenannte Serum- und Vakzinetherapie, bei der in verschiedener Form und Dosierung Extrakte des eigenen oder fremder Tumoren ebenso wie der eigenen oder fremden Entzündungsflüssigkeit, des Exsudates, gespritzt wurden – in der Hoffnung, dadurch körpereigene Abwehrreaktionen in Gang zu setzen oder den Körper gegen die Entwicklung von Rezidiven und Metastasen zu immunisieren.<sup>212</sup> Im Rahmen solcher „Heilversuche“ wurden „ausnahmslos hoffnungslose, inoperable Patienten behandelt“ – wie Hans Auler, Blumenthals Stellvertreter, versicherte, der nach Blumenthals von den Nationalsozialisten erzwungenem Rücktritt die Leitung des Instituts übernahm.<sup>213</sup>

Diese Praxis, neue Therapien an „hoffnungslosen“ Patienten zu erproben, war zu dieser Zeit an forschungsorientierten Kliniken weit verbreitet.<sup>214</sup> Sofern es sich dabei um einen Heilversuch handelte, bei dem angenommen wurde, dass das Präparat für den Patienten selbst eine kleine Chance auf Heilung oder Besserung barg, war dieses Vorgehen legal. Ohne Zweifel waren viele Ärzte am *Institut für Krebsforschung* von humanitären Beweggründen getrieben, aber: „Moribunde“ Krebskranke waren auch deshalb in den Krebsbaracken willkommen, weil sie – wie es Blumenthal 1928 in einem Schreiben an die *Charité-Direktion* formulierte – „wertvoll für unsere Forschungen“ waren.<sup>215</sup> Wie eng dabei die Grenzen des Heilversuchs gezogen wurden, ob also eine

<sup>212</sup> Denkschrift über die wissenschaftliche Tätigkeit des Universitätsinstituts für Krebsforschung an der Charité in den Jahren 1917-1920. HU Archiv Charité-Direktion, 951, Bl. 56-67 sowie Hans Auler, Über die Wartung und Behandlung Krebskranker, in: *Monatsschrift für Krebsbekämpfung* 3 (1933), S. 101-105.

<sup>213</sup> Auler, Über die Wartung, S. 104.

<sup>214</sup> Vgl. zur entsprechenden Praxis in Heidelberg: Hellmann-Mersch, *Krebsinstitutionen*, S. 145.

<sup>215</sup> Dass dieses „Material“ tatsächlich nicht nur wissenschaftlich interessant, sondern auch wertvoll war, zeigt etwa ein Brief Joseph Kochs vom *Preußischen Institut für Infektionskrankheiten*, der sich mit der Bitte um Unterstützung an den zuständigen Minister wandte und schrieb: „Sehr bedauerlich ist der Mangel an klinischem Krebs- und Sektionsmaterial. Das Institut ist lediglich angewiesen auf das Operationsmaterial, das einzelne chirurgische Chefärzte von Krankenhäusern dem Institut für seine Arbeiten überlassen. Aber auch diese Bezugsquelle scheint mehr und mehr zu versiegen, da das Material von vielen wissenschaftlichen Arbeiten zurzeit beansprucht wird. Für ein erfolgreiches Weiterarbeiten wäre es daher von grösstem Vorteil, wenn Krebskranke, besonders unheilbare, [sic]

Therapie tatsächlich nur dann an einem Patienten erprobt wurde, wenn es für diesen noch eine einigermaßen realistische Chance gab, davon zu profitieren, ist ausgesprochen schwer zu bestimmen. Diese Schwierigkeit besteht nicht nur im historischen Rückblick, sondern es war vermutlich auch für die beteiligten Ärzte im Moment der Entscheidung nicht immer leicht die Grenze zwischen „Heilversuch“ und „Humanexperiment“ zu ziehen. Denn selbst ein fast aussichtsloser Heilversuch konnte von Arzt und Patient als Zeichen der Hoffnung verstanden werden – „daß, wenn ein Mittel versagt, immer noch etwas Neues parat ist, das ihren [der Patienten] Mut stärkt und das qualvolle Leiden erträglicher macht“, wie bereits Czerny Anfang des 20. Jahrhunderts betonte.<sup>216</sup> Für den Patienten bestand jedoch die Gefahr, dass der Versuch nicht gut ausging, dass das qualvolle Leiden nicht erträglicher, sondern schlimmer wurde. Wegen eines solchen Falles musste sich etwa der am Krankenhaus München-Schwabing angestellte Chefarzt und Chirurg Robert Dax gegenüber dem Münchner Staatsministerium des Innern verantworten: Er gab zu, Krebskranken im präagonalen Stadium ein Serum gespritzt zu haben, was bei diesen zu „turbulente(n) Reaktionen“ und schließlich zum Tod geführt habe – ein Vorgehen, das Dax für die Zukunft auszuschließen versprach.<sup>217</sup> Hier, mit dem Experiment an sterbenden Menschen, wurden die Grenzen des Heilversuches deutlich überschritten. Dies stellten auch die 1931 in Preußen erlassenen Richtlinien unmissverständlich klar, indem sie unter Punkt 12d festhielten: „Versuche an Sterbenden sind mit den Grundsätzen der ärztlichen Ethik unvereinbar und daher unzulässig.“<sup>218</sup>

Dass Patienten um solche Experimente wussten oder zumindest eine Ahnung davon hatten und dass sie sich fürchteten, als Sterbende in einem Institut für Krebsforschung zum Objekt eines solchen Experiments zu werden, dafür gibt es eine Reihe

---

Fälle auf die Infektionsabteilung des Instituts im Rudolf-Virchow-Krankenhaus aufgenommen und für diese Zwecke Geldmittel bereit gestellt werden könnten.“ Vorlage. Nach dem Ministerial-Erlass vom 4. Dezember 1925 - I.M.III.3326 - ist bis zum 1. Mai d. Js. über das Ergebnis der Forschungsarbeiten und über die alsdann etwa noch notwendigen Untersuchungen der Krebskrankheit an den Herrn Minister zu berichten. Berlin, den 10. April 1926. BArch R 86/2762 sowie zum Zitat im Text: Abschrift des Schreibens von Blumenthal an die Charité-Direktion vom 15.3.1928. HU Archiv Charité-Direktion, 951, Bl. 237.

<sup>216</sup> Czerny, Das Heidelberger Institut, S. 11.

<sup>217</sup> Er schrieb: „Fälle in diesem äußerst terminalem [sic] Zustand schließen wir [...] künftig von der Behandlung aus“ Vgl.: Universitätsprofessor Dr. R. Dax, Chefarzt der chirurg. Abteilung am Krankenhaus Schwabing, an Herrn Ministerialrat Dr. Viernstein, Staatsministerium des Innern München. München, den 11.8.1933. BArch R 86 / 4136.

<sup>218</sup> Vgl. Richtlinien für neuartige Heilbehandlungen und für die Vornahme wissenschaftlicher Versuche am Menschen, erlassen vom Preußischen Minister für Volkswohlfahrt Hirtsiefer, 11. Juni 1931. LAB A Rep. 003-04-03, Nr. 137, Bl. 147f.

von Hinweisen. Czerny berichtete 1912, dass insbesondere Kassenpatienten, die aus anderen Stationen an das *Samariterhaus* überwiesen werden sollten, gegen diese Überweisung protestierten, weil sie „glaubten, als Versuchsobjekt dienen zu müssen“.<sup>219</sup> Und 1935, als das Berliner Institut infolge der rassistisch motivierten Entlassungen der meisten dort tätigen Ärzte fast vor dem Aus stand und durch ein neues *Allgemeines Institut gegen die Geschwulstkrankheiten* ersetzt werden sollte, begründete der *Völkische Beobachter* diesen Plan gegenüber der Öffentlichkeit auch mit dem Verweis auf genau diese, in der Gesellschaft kursierenden Ängste:

„300 Betten stehen im neuen Institut den Kranken zur Verfügung, die hier eine sachgemäße Behandlung erfahren und keine Angst zu haben brauchen, hier vielleicht Versuchsobjekte zu sein; denn im nationalsozialistischen Deutschland gibt es so etwas nicht mehr.“<sup>220</sup>

Ob der Journalist des *Völkischen Beobachters* hier seine eigene, im Jahr 1935 aufrichtig empfundene Ablehnung von Menschenversuchen zum Ausdruck brachte, muss offen bleiben. Kein Zweifel kann allerdings daran bestehen, dass hinter dieser Argumentation auch der antisemitisch begründete, zynische Versuch stand, das Berliner *Institut für Krebsforschung* zu diffamieren. Zugleich aber existierten die hier angesprochenen Ängste tatsächlich in der Gesellschaft und sie entbehrten auch keineswegs jeglicher Grundlage, denn es wurden – davon ist in vielen Fachveröffentlichungen zu lesen – in den Krebsforschungsinstituten Versuche an Menschen mit neuartigen Therapien durchgeführt. Ob diese, wie im Münchner Fall, die Grenze des Unerlaubten und Unerträglichen überschritten oder ob sie in jedem Fall mit Zustimmung der Patienten und im Blick auf einen für diesen Menschen möglichen positiven Effekt erfolgten, lässt sich aus den erhalten gebliebenen Akten und Dokumenten nicht zweifelsfrei erschließen.<sup>221</sup>

<sup>219</sup> Czerny, Das Heidelberger Institut, S. 10.

<sup>220</sup> Die Angabe „300 Betten“ ist offensichtlich ein Fehler, da für das Institut von vorneherein nur 100 Betten vorgesehen waren, vgl. Scheybal, Krebsforschung, S. 37. Das Zitat stammt aus: Anonym, Das neue Berliner Zentral-Krebsinstitut. BArch R 86/2764.

<sup>221</sup> Es gibt Hinweise, dass auch in der von Hans Auler geleiteten *Universitätsklinik für Geschwulstkranken* (Berlin) Versuche mit unheilbar an Krebs erkrankten Menschen stattfanden. Der vor 1945 am *Kaiser-Wilhelm-Institut für Hirnforschung* (Abteilung Experimentelle Genetik/N. Timofejew-Ressowski) angestellte Chemiker Hans-Joachim Born berichtete bei seinen Vernehmungen in sowjetischer Gefangenschaft 1945, dass es ein Abkommen zwischen Timofejew-Ressowskis Abteilung und der Klinik Aulers bzw. der dazugehörigen radiologischen Station unter Leitung Karl Friks gegeben habe. Nach diesem Abkommen wurden dem *Kaiser-Wilhelm-Institut* „Gewebeproben von menschlichen Leichnamen [übergeben], die mit Thorium X behandelt wurden bzw. lange Zeit unter radioaktiver Strahlung gearbeitet“ hätten. Ob die vom *KWI* geplanten Untersuchungen die Therapieentscheidungen und Dosierungen der Klinik beeinflussten, kann weder bewiesen noch ausgeschlossen werden. Insofern ist nicht zu entscheiden, ob es sich hier um

Für die Erfahrung der Patienten aber spielten nicht nur die Ängste vor dem, was passieren könnte, eine Rolle, sondern auch das, was sie in den *Krebsbaracken* an tagtäglicher Realität vorfanden. Was Gottfried Benn sah, als er die *Krebsbaracken* mit Mitte zwanzig als junger Unterarzt an der Charité das erste Mal betrat, beschrieb er 1912 in einem wegen seiner existentialistischen Sprache aufsehenerregenden Gedicht unter dem Titel „Mann und Frau gehn durch die Krebsbaracke“:<sup>222</sup>

Der Mann:  
Hier diese Reihe sind zerfallene Schöße  
und diese Reihe ist zerfallene Brust.  
Bett stinkt bei Bett. Die Schwestern wechseln stündlich.

Komm, hebe ruhig diese Decke auf.  
Sieh, dieser Klumpen Fett und faule Säfte,  
das war einst irgendeinem Mann groß  
und hieß auch Rausch und Heimat.

Komm, sieh auf diese Narbe an der Brust.  
Fühlst du den Rosenkranz von weichen Knoten?  
Fühl ruhig hin. Das Fleisch ist weich und schmerzt nicht.

Hier diese blutet wie aus dreißig Leibern.  
Kein Mensch hat soviel Blut.  
Hier dieser schnitt man  
erst noch ein Kind aus dem verkrebsten Schoß.

Man läßt sie schlafen. Tag und Nacht. – Den Neuen  
sagt man: hier schläft man sich gesund. – Nur sonntags

---

Humanexperimente gehandelt hat oder ob „lediglich“ Gewebe der an Krebs verstorbenen Menschen vermutlich ohne deren Einwilligung an das *KWI* weitergegeben wurde. Vgl. BStU, MfS-HA IX/11, RHE 25/87, Bd. 2, Bl. 180f. sowie: Alexander von Schwerin, *Prekäre Stoffe. Radiumökonomie, Risikoepisteme und die Etablierung der Radioindikatortechnik in der Zeit des Nationalsozialismus*, in: *NTM: Zeitschrift für Geschichte der Wissenschaften, Technik und Medizin* 17, 1 (2009), S. 5-33, hier S. 23. Schwerin bezeichnet Auler hier als Radiologe. Die strahlentherapeutische Abteilung der Universitätsklinik wurde jedoch von Karl Frik geleitet. Auler war zwar Direktor der *Universitätsklinik für Geschwulstkranken*, scheint aber auf die strahlentherapeutische Abteilung Friks wenig Einfluss gehabt zu haben. Es war also wahrscheinlich Frik und nicht der Internist Auler, der diese Versuche durchführte, wenn auch Auler dem zugestimmt haben mag.

<sup>222</sup> Es gibt keinen sicheren Nachweis, dass Gottfried Benn die *Krebsbaracken* der Charité besuchte und beschrieb. Einige Literaturwissenschaftler vermuten, dass Benn seine Eindrücke in einer Frauen-Krankenbaracke des Krankenhauses Moabit gewonnen habe, da er im Wintersemester 1911/1912 dort einen Sektionskurs besuchte. Allerdings gab es zu diesem Zeitpunkt in Moabit noch gar keine nur krebskranken Frauen vorbehaltene Krankenbaracke, die dann womöglich *Krebsbaracke* genannt worden wäre. Viel wahrscheinlicher ist es, dass Benn sich tatsächlich auf die *Krebsbaracken* der Charité bezog, da er sowohl in der *I. Medizinischen Klinik* der Charité gearbeitet hat, von der aus der Blick direkt auf die *Krebsbaracken* fiel, als auch in der Frauenklinik der Charité, die ihre unheilbaren Patientinnen in die *Krebsbaracke* überwies. Dafür spricht auch, dass Benn in seinem Gedicht den Gang durch eine Frauenbaracke beschrieb – möglich also, dass er eine Patientin auf dem Weg in die Krebsbaracke begleitete, vgl. zu dieser Diskussion auch Voswinkel, *Erinnerungsort Krebsbaracke*, S. 146f.

für den Besuch läßt man sie etwas wacher.

Nahrung wird wenig noch verzehrt. Die Rücken  
sind wund. Du siehst die Fliegen. Manchmal  
wäscht sie die Schwester. Wie man Bänke wäscht.

Hier schwillt der Acker schon um jedes Bett.  
Fleisch ebnet sich zu Land. Glut gibt sich fort,  
Saft schickt sich an zu rinnen. Erde ruft.<sup>223</sup>

Benn schilderte hier die Eindrücke aus der Sicht eines männlichen Arztes, der die in der Baracke liegenden Frauen nur über ihre vom Krebs befallenen Körperteile wahrnahm und als solche der im Gedicht stumm bleibenden, lediglich im Titel genannten Frau präsentierte. Der optische und olfaktorische Eindruck des Zerfalls beherrschte die Szene, so dass die noch lebenden Frauen als Personen und fühlende Subjekte dahinter verschwanden. Ob Benn damit seine eigene Perspektive schilderte oder allgemein die männlich-ärztliche ausstellen wollte, bleibt fraglich, vor allem angesichts der Tatsache, dass Benns eigene, ihm sehr nahestehende Mutter zu dieser Zeit in seinem Selliner Elternhaus im Sterben lag, an Brustkrebs leidend und voller Schmerzen, da ihr Mann, Benns Vater, nicht erlaubte, ihr Morphium zu geben.<sup>224</sup>

Im Gegensatz zu dem von Benn vermittelten Eindruck fragten sich die in den *Krebsbaracken* tätigen Ärzte allerdings sehr wohl, wie die Patienten den Eindruck des sie umgebenden Zerfalls verarbeiteten, der sich auch in den frühen Schilderungen der Ärzte greifbar in den Vordergrund schob.<sup>225</sup> Insbesondere Ferdinand Blumenthal, der sich mit großem Engagement darum bemühte, die Räumlichkeiten des gesamten Instituts für Patienten ansprechender zu gestalten, nahm wahr, wie sehr die Situation in

<sup>223</sup> Gottfried Benn, *Gesammelte Werke in acht Bänden*, hg. von Dieter Wellershoff, Bd. 1: *Gedichte*, Wiesbaden 1960, S. 14f. Benns Morgue-Gedichtzyklus wurde in zeitgenössischen Literaturjournalen sehr kontrovers aufgenommen. In den Tageszeitungen und in den etablierten großen Literaturzeitschriften wurden die Gedichte Benns 1912 allerdings nicht rezensiert, vgl. Christian M. Hanna/Frederike Reents (Hg.), *Benn-Handbuch: Leben – Werk – Wirkung*, Stuttgart 2016, S. 76f. Eine umfangreiche Aufstellung zeitgenössischer Rezensionen jeweils mit einer kurzen Zusammenfassung findet sich in: Kirk Allison, *Gottfried Benn's Medical Exotics: Proximities in Literature, the Body, and Ethos*, Bd. 1, Ph.D. Diss. University of Minnesota 2000, S. 183-254.

<sup>224</sup> Benns Vater lehnte die Gabe von Morphium offenbar aus religiösen Gründen ab. Benn selbst schrieb über den Tod seiner Mutter am 9. April 1912 ebenfalls ein Gedicht („Mutter“), das er allerdings nicht veröffentlichte, vgl. Yahya Elsaghe, *Krankheit und Matriarchat. Thomas Manns *Betrogene* im Kontext*, Berlin/New York 2010, S. 107.

<sup>225</sup> Vgl. etwa die Schilderungen von Hans Hirschfeld: „Zum großen Teil sind es solche Leute, die wegen des üblen Geruchs, der von den zerfallenden Geschwülsten ausgeht, oder wegen des schrecken- und ekelregenden Anblicks, den die besonders im Gesicht lokalisierten Geschwülste darbieten, nicht in ihrer Wohnung bleiben können.“ Vgl. ders., *Eugoforn*.

den *Krebsbaracken* die Patienten selbst belastete.<sup>226</sup> In einem Schreiben an die *Charité-Direktion* beklagte er 1928:

„Die Schwere der einzelnen Fälle bringt es mit sich, daß auf den Stationen häufiger Todesfälle vorkommen, als in einer Klinik, in der auch an hoffnungsvolleren Krankheiten leidende Menschen behandelt werden. Wir haben keine Räume, um die Sterbenden rechtzeitig zu isolieren. Da ist es schwer zu verhindern, daß die Kranken manchmal das Gefühl haben, Todeskandidaten zu sein. Wenn das in Wirklichkeit leider für viele Fälle zutrifft, so ist es doch eine unmenschliche Härte, den armen, hoffnungslosen Kranken durch diese Erkenntnis den Rest ihres Daseins zu verbittern. Die Ausbreitung der Krankheit macht ferner häufig große Verbände notwendig, und da auf den Stationen ein Verbandszimmer fehlt, muß jeder einzelne Kranke in Gegenwart der anderen verbunden werden. Weniger Schwerkranke werden hierdurch selbst stark deprimiert, da sie bei der Gleichartigkeit der Erkrankung ohne weiteres Schlüsse auf den weiteren Verlauf ihrer Erkrankung machen.“<sup>227</sup>

Um Abhilfe zu schaffen, bat Blumenthal um die Errichtung einer weiteren Baracke mit je zehn Betten für Frauen und Männer, die aber im Unterschied zu den bestehenden Baracken nur Ein- oder Zweibettzimmer beherbergen sollte, damit die schwerkranken oder sterbenden Menschen dort für sich allein untergebracht werden könnten. Dieser Wunsch Blumenthals entspricht einer gewissen zeitgenössischen Tendenz, die sich auch bei den Planungen für den Neubau eines Röntgeninstitutes in Moabit zeigen sollte, für das der Radiologe Frik ebenfalls einen separaten Sterberaum forderte.<sup>228</sup> Im Vordergrund dieser Überlegungen scheint – wie bei Blumenthal – die Rücksicht auf die (noch) nicht-sterbenden Patienten gestanden zu haben, weniger dagegen die Frage, welchen Ort sich der Sterbende selbst wünschen würde. Allerdings wurden Sterbende zu dieser Zeit auch in anderen Krankensälen insofern „verborgen“, als ihr Bett mit Bettschirmen umstellt und die Leiche sofort nach Eintritt des Todes mit einem Laken verhüllt wurde.<sup>229</sup>

<sup>226</sup> So kümmerte sich Blumenthal 1925 auch auf eigene Kosten darum, die Räume der Poliklinik so zu gestalten, dass sie „einen einigermaßen ästhetischen Eindruck auf die armen Kranken“ machten, vgl. ders., Schreiben Blumenthals an den Preußischen Minister für Wissenschaft, Kunst und Volksbildung, Berlin, den 19. September 1925. HU Archiv, Charité-Direktion, 951, Bl. 224.

<sup>227</sup> Abschrift eines Schreibens von Blumenthal an die Charité-Direktion vom 15.3.1928. HU Archiv, Charité-Direktion, 951, Bl. 237.

<sup>228</sup> Aufstellung über den gekürzten Raumbedarf für den beantragten Neubau des Röntgeninstitutes (zum Antrag vom 25.1.36), erstellt von Frik. LAB A Rep. 003-04-03, Nr. 158.

<sup>229</sup> Anweisung für den Pflegedienst in den städtischen Krankenanstalten. Berlin, den 14. Oktober 1911. Deputation für die städtischen Krankenanstalten und die öffentliche Gesundheitspflege, Selberg und Vorschrift für den Pflegedienst in den städtischen Krankenhäusern [Sonderabdruck aus dem Dienstblatt Teil VII, Nr. 171, vom 21.6.1930]. LAB A Rep. 003-04-03, Nr. 114, Bl. 4-8 und Bl. 40-42.

Der von Blumenthal formulierte Wunsch wurde dementsprechend als gerechtfertigt anerkannt, allerdings ein Barackenneubau von der *Charité-Direktion* abgelehnt, um eine weitere Zersplitterung des ohnehin auf mehrere Standorte verteilten Institutes zu verhindern.<sup>230</sup> Dahinter stand die Sorge der Verwaltung, die Kontrolle über dieses international renommierte Institut zu verlieren, das infolge der seit 1915 unzureichenden staatlichen Finanzierung von Blumenthal allein durch Spendengelder aufrechterhalten und teilweise sogar erweitert worden war, so dass sich im Laufe der 1920er Jahre eine halb private Struktur herausgebildet hatte, die 1929 schließlich dadurch zurückgenommen wurde, dass das gesamte Institut verstaatlicht wurde.<sup>231</sup> Damit verband sich die Hoffnung darauf, die Raumverhältnisse des Instituts zu ordnen und zu verbessern.

Mit dem Regierungsantritt der Nationalsozialisten verschlechterte sich die Situation des Instituts allerdings sofort dramatisch. Ein wesentlicher Grund dafür war, dass zwölf der dreizehn am Institut tätigen Ärzte und Ärztinnen auf der Grundlage des „Gesetzes zur Wiederherstellung des Berufsbeamtentums“ entlassen oder zur Kündigung gedrängt wurden, auch der Direktor Ferdinand Blumenthal.<sup>232</sup> Der einzig verbliebene Arzt, Hans Auler, wurde mit der kommissarischen Leitung des Instituts betraut, das es ärztlicherseits eigentlich gar nicht mehr gab. Die damit eröffnete Chance, die Krebsforschung und -behandlung in Berlin vollkommen neu zu organisieren, wurde von unterschiedlichen Interessengruppen sofort aufgegriffen: ein Erhalt und Ausbau des Instituts an der Charité wurde ebenso diskutiert wie seine Unterordnung unter die Chirurgie unter Ferdinand Sauerbruchs Leitung oder die Verlegung an eines der bestehenden radiologischen Krebsbehandlungszentren am Krankenhaus Moabit, am Rudolf-Virchow-Krankenhaus oder aber an die von den Krankenkassen verwaltete

<sup>230</sup> Krankenabteilung innerhalb der Charité, Bestrahlungsabteilung, zunächst Luisenstraße 9, ab 1926 Luisenplatz 6, dort auch Poliklinik; Tierställe, Abteilung für Hühnersarkomforschung, chemische und hämatologische Abteilung am Luisenplatz 8, Abteilung für experimentelle Zellforschung Luisenstraße 9 und im Garten der Charité, vgl. Hoepfner-Salazar, *Krebsforschung*, S. 58.

<sup>231</sup> Als das Finanzministerium 1924, im Jahr nach der Inflation, sämtliche Zuschüsse strich, stand das Institut wie schon 1915/1916 vor dem Aus. Ferdinand Blumenthal, der das Institut seit 1915 zunächst vertretungsweise leitete, gelang es, sowohl einige Spender als auch die Unterstützung einzelner Landtagsabgeordneter zu mobilisieren, so dass das Institut weiterbestehen konnte. Darüber hinaus spendete Blumenthal selber immer wieder größere Summen aus seinem Privatvermögen, um das Krebsforschungsinstitut vor der Schließung zu bewahren, vgl. Voswinckel, *Erinnerungsort Krebsbaracke*, S. 61f. und 75-81 sowie Hoepfner-Salazar, *Krebsforschung*, S. 56-60.

<sup>232</sup> Vgl. Voswinckel, *Erinnerungsort Krebsbaracke*, S. 82-95. Voswinckel hat auch den Schicksalen von bisher 29 Ärzten und Ärztinnen nachgeforscht, die 1933 oder vorher am *Institut für Krebsforschung* arbeiteten bzw. gearbeitet hatten und Deutschland nach der Machtübergabe an die Nationalsozialisten verlassen mussten oder interniert und umgebracht wurden, vgl. *ibid.*, S. 134f.



Charlottenburger Frauenklinik *Cecilienhaus*, die schwerpunktmäßig an Brust- oder Gebärmutter(hals)krebs erkrankte Frauen behandelte. Die um ihre Meinung gebetenen in- und ausländischen Krebsforscher plädierten in ihren Gutachtern mehrheitlich für den Erhalt des Instituts.<sup>233</sup>

Nach langen Verhandlungen wurde Ende Juni 1935 der Entschluss gefasst, ein neues *Allgemeines Institut gegen die Geschwulstkrankheiten* am Rudolf-Virchow-Krankenhaus zu eröffnen, in dessen Zentrum zwei Bestrahlungsabteilungen mit insgesamt hundert Betten stehen sollten.<sup>234</sup> Das *Institut für Krebsforschung* wurde weder Teil dieses neuen Instituts noch wurde es aufgelöst. Stattdessen wurde das Institut, wie von Ferdinand Sauerbruch gewünscht, der von ihm geleiteten Chirurgischen Klinik der Charité unterstellt.<sup>235</sup> Für die in den *Krebsbaracken* betreuten unheilbaren und sterbenden Patienten hatten diese Entscheidungen Folgen, die nicht nur als Ergebnis von rassistisch-antisemitischer Forschungspolitik einerseits, ärztlichen Machtkämpfen zwischen Chirurgen und Radiologen andererseits gesehen werden sollten.<sup>236</sup> Denn das neu gegründete, von Adolf Hitler persönlich Jahr für Jahr mit einer großzügigen „Führerspende“ von zunächst 50.000, später 100.000 Reichsmark bedachte Institut sollte andere Akzente setzen als das „alte“ Institut für Krebsforschung.<sup>237</sup> Arthur Hintze, einer der beiden designierten Leiter, betonte dementsprechend:<sup>238</sup>

„Der Gedanke eines Instituts zur Krebsbehandlung ist nicht neu, neu aber ist der Geist, mit dem ich dieses Institut erfüllen möchte: Einstellung des Kompass auf

<sup>233</sup> Die Diskussionen und unterschiedlichen Standpunkte der einzelnen Parteien finden sich in: Scheybal, *Krebsforschung*, S. 16-25.

<sup>234</sup> Die eine Bestrahlungsabteilung sollte aus dem am Virchow-Krankenhaus bereits vorhandenen Röntgeninstitut unter Leitung Heinrich Cramers hervorgehen, die andere sollte von Arthur Hintze geleitet werden, der mitsamt seinem *Röntgen-Radium-Institut* von der Chirurgischen Universitätsklinik an das Rudolf-Virchow-Krankenhaus umziehen sollte. Der eigentliche Neubau der Bettenabteilung begann aber auch in diesem Fall erst 1939, vgl. die unter Auflagen erteilte Baugenehmigung des Berliner Polizeipräsidenten: Schreiben des Polizeipräsidenten in Berlin (i.A. Scholtz) an den Oberbürgermeister der Reichshauptstadt Berlin, Hauptgesundheitsamt, Berlin, den 20. Dezember 1938. LAB A Rep. 003-03, Nr. 161, Bl. 17 VS+RS.

<sup>235</sup> Scheybal, *Krebsforschung*, S. 26.

<sup>236</sup> In den bisher vorliegenden historischen Darstellungen, die sich entweder auf die institutionelle Entwicklung der Krebsforschung oder auf die Frage der gegen jüdische Ärzte gerichteten nationalsozialistischen Politik konzentrieren, wird die Frage, ob mit der Entscheidung über den Neuaufbau eines Krebsinstituts am Rudolf-Virchow-Krankenhaus auch eine veränderte Politik gegenüber unheilbaren Krebskranken verbunden war, nicht gestellt, vgl. Scheybal, *Krebsforschung*; Hoepfner-Salazar, *Krebsforschung und Voswinckel, Erinnerungsort Krebsbaracke*.

<sup>237</sup> Die große Bedeutung dieses neuen Krebsforschungsinstituts für Hitler zeigt sich auch daran, dass sowohl Goebbels als auch Hitlers Leibarzt Dr. Brandt das Institut bzw. die Baustelle im Winter 1938/9 persönlich besichtigten und Goebbels bei dieser Gelegenheit nach Angabe von Conti betonte, dass „die Erforschung des Krebsproblems die wichtigste Aufgabe des Gesundheitswesens z.Zt. überhaupt sei“, vgl. Schreiben von Leonardo Conti an das Berliner Stadtplanungsamt, z.Hd. Herrn Oberbaurat Unglaube. Berlin, den 18. Januar 1939. LAB A Rep. 003-03, Nr. 161, Bl. 29f.

<sup>238</sup> Zur „Führerspende“ vgl. Scheybal, *Krebsforschung*, S. 46f.

die Heilung des Kranken [...] Das Institut soll eine Forschungsanstalt sein; es soll [...] [kein] zentralisiertes Sammelbecken für Krebskranke aller Art sein, welche andere vorbehandelnde Krankenhäuser abgeben möchten.“<sup>239</sup>

Wenn aber der „Kompass“ auf Heilung gestellt werden sollte, was geschah dann mit den nicht mehr heilbaren Patienten, für die das *Allgemeine Institut gegen die Geschwulstkrankheiten* kein „Sammelbecken“ bieten wollte? Für diese Krebskranken blieben die *Krebsbaracken* der Charité zuständig – allerdings unter immer dürftigeren Bedingungen. Schon im November 1934 beschwerte sich Dr. Adam, der die Station übernommen hatte, dass

„der Zustand auf der Ca-Baracke, Station 3, [...] derart [ist], dass eine weitere Verwendung für Unterbringung von Kranken nicht mehr geboten erscheint. Ganz abgesehen davon, dass es für jedes ärztliche Empfinden auf die Dauer untragbar ist, Schwerkranke in einer gänzlich ungenügenden Umgebung zu lassen, sind auch die technischen Schwierigkeiten der Krankenversorgung so, dass ein regelrechter Betrieb nur unter grösster Mühe notdürftig durchführbar ist. Für die Krankensäle bestehen für den kommenden Winter grosse Schwierigkeiten hinsichtlich einer zweckmässigen Heizung. Es ist jetzt schon so, dass die Zimmer entweder zu kalt oder zu warm sind.“<sup>240</sup>

Doch obwohl der einflussreiche Chirurg Ferdinand Sauerbruch nun formal für das Krebsforschungsinstitut zuständig war und Adams Verbesserungsvorschläge durchaus unterstützte, verbesserte sich die Versorgung der unheilbar an Krebs erkrankten Patienten in den folgenden Jahren nicht.

Stattdessen begann eine Art Odyssee der Station durch immer wieder neue Räumlichkeiten. Mehrfach musste die Station nun umziehen, weil der durch sie belegte Raum für dringlichere Zwecke benötigt wurde. Von den Krebsbaracken zog sie also zunächst in den dritten Stock eines Charité-Gebäudes am Robert-Koch-Platz 3, den sie 1936 räumen musste, weil der Platz zur Unterbringung von Krankenschwestern gebraucht wurde. Noch im August 1936 musste die Schwerkrankenstation des Krebsforschungsinstituts auch ihr Interimsquartier als Gast der Hautklinik im zweiten Stock des Robert-Koch-Platzes 3 verlassen und wurde in eine leer stehende Baracke auf dem Charité-Gelände verlegt. Ende 1939 oder Anfang 1940 sollte diese Baracke abgerissen werden und die Station zog zurück an den Robert-Koch-Platz, nun allerdings

<sup>239</sup> Zitiert nach Scheybal, Krebsforschung, S. 89.

<sup>240</sup> Brief von Dr. Adam, Strahlenabteilung des Universitäts-Institutes für Gewächsforschung an der Charité an die Charité-Direktion. Berlin, den 20.11.1934. HU Archiv Charité-Direktion, Nr. 2724, Bl. 28f.

in den ersten Stock. Doch auch dieses Domizil musste die Station verlassen und so kam sie vermutlich Anfang 1942 in der Luisenstraße 2 unter.<sup>241</sup>

Während also mit viel Geld ein neues Behandlungszentrum am *Rudolf-Virchow-Krankenhaus* ausgestattet wurde, das die Genesungschancen heilbarer Krebspatienten verbessern und die Krebsforschung voranbringen sollte, fehlte der Raum und das Geld, um die kleine Station für unheilbare und sterbende Krebspatienten dauerhaft und angemessen unterzubringen – und das bereits lange vor Kriegsbeginn. Was das für die Patienten bedeutet haben mag, lässt sich ansatzweise zwei Beschwerden entnehmen, die in den Akten erhalten geblieben sind, allerdings aus der Kriegszeit stammen. Im Juni 1940 beschrieb der Ministerialrat Dr. Josef M. aus Berlin-Lichterfelde in einem mehrseitigen Brief an Bernhard Rust, Reichsminister für Wissenschaft, Erziehung und Volksbildung, wie seine an Krebs erkrankte Frau die Schwerkrankenstation im ersten Stock des Robert-Koch-Platzes 3 während der zwanzig Tage, die sie dort lag, erlebt hatte:

„Schon der Eintritt muss den Kranken entsetzen, in welches Verlies er hier gebracht wird. [...] Kein Aufzug im Hause; nur eine schmale Wendeltreppe, über die der Kranke sich entweder mühsam schleppen oder mit größter Behutsamkeit getragen werden muss. [...] Der Abort in der Männerabteilung ist nur durch das für alle Geschlechter gemeinsame Badezimmer zu erreichen. Vor diesem Badezimmer liegt der einzige Wirtschafts- und Abstellraum, in dem die ihrer Krankheit zum Opfer gefallenen Menschen untergebracht werden müssen, bis sie schließlich abgeholt werden. [...] Die Klingelanlage ist ohne Meldekasten, an dem die Schwestern sehen können, welches Zimmer gerufen hat. Die Folge ist, dass die Schwestern unnötig von Zimmer zu Zimmer hin- und herlaufen müssen und dass sie die Kranken unnötig dadurch stören. Wie oft kam es vor, dass meine Frau – eben mühsam etwas eingeschlafen, durch die Schwester geweckt wurde, die lediglich fragen musste, ob sie geläutet habe. [...] Es fehlt auch der bescheidenste Aufenthaltsraum für Kranke, die nicht dauernd bettlägerig sind, wie überhaupt jeder Versuch zu vermessen ist in diesen Räumen den Kranken und ihrem Pflegepersonal auch nur etwas Annehmlichkeit und Gefälligkeit zu bieten. [...] In dem Mobiliar scheint jede Art von Bettisch zu

---

<sup>241</sup> Die Umzugsdaten der Schwerkrankenstation sind ebenso wie die jeweiligen Unterbringungsorte nicht sicher aus den Akten zu rekonstruieren. Scheybal schreibt in ihrer Dissertation, dass die Station bereits 1933 in einen Krankensaal der Hautklinik am Robert-Koch-Platz 3, 2. Stock, umgezogen sei. 1937 sei die Station zusammen mit der Bestrahlungsabteilung in die Schumannstraße 18 in das Gebäude der *Straßmann-Klinik* gezogen (Scheybal, Krebsforschung, S. 26). Den Umzug in die zuvor enteignete *Straßmann-Klinik* erwähnt auch Voswinkel (ders., Erinnerungsort Krebsbaracke, S. 90). Dies widerspricht allerdings sowohl den Angaben, die Hans Auler in seinem Schreiben vom 16. Juli 1940 machte, als auch den hier zitierten Patienten-beschwerden sowie der Stellungnahme des zuständigen Amtsarztes vom 3. Oktober 1942. Diese Angaben liegen der hier gegebenen „Umzugsbeschreibung“ zugrunde. In die Schumannstraße 18 zog demnach nur die Bestrahlungsabteilung, nicht die Schwerkrankenstation.

fehlen, um den Schwerkranken, die sich nicht zur Seite zu bewegen vermögen, das Essen oder sonstige Beschäftigung zu erleichtern.“<sup>242</sup>

Hans Auler verwies in seiner Stellungnahme darauf, dass es schon viele Patientenbeschwerden gegeben habe und bestätigte sämtliche vom Ministerialrat Dr. M. formulierten Vorwürfe.<sup>243</sup> Seine Verbesserungsvorschläge fanden aber kein Gehör, denn im Juli 1942 wandte sich Martha H. aus Kleinmachnow an Leonardo Conti, den Reichsgesundheitsführer, um diesem die „sehr hässliche[n] Zustände“ auf der zwischenzeitlich in die Luisenstraße 2 umgezogenen Station zu schildern, auf der sie acht Wochen lang als Patientin gelegen hatte:

„Die sehr unzulänglichen Räume – es ist ein altes Haus mit Ofenheizung – lassen wenig Licht und Luft herein. Die Frauenräume haben direkten Zugang zu denen der Männer. Durch ziemlich breiten Spalten [sic] der Türen dringt der Tabaksqualm der Männer stark hindurch, was für mich, namentlich nachts, wo einzelne Männer, wenn sie nicht schlafen konnten auch rauchten, fast unerträglich war. Ebenso unerträglich ist es, dass Leichtkranke mit Schwerkranken und Sterbenden zusammen liegen müssen, was bei der Besonderheit dieser schweren Krankheit durch den pestilenzartigen Geruch im letzten Stadium nicht dazu beiträgt, gesund zu werden. Ich habe nur mit nassen [sic] Taschentuch auf dem Gesicht einigermaßen schlafen können. Eine Magenkranke [sic] Patientin neben mir erbrach des öfteren am Tage vor Ekel über den schlechten Geruch. Die Lüftungsverhältnisse sind durch die intensive Verdunkelung sehr erschwert.“<sup>244</sup>

Zwar bestätigte der zuständige Amtsarzt in einer für das Gesundheitsamt Mitte verfassten Stellungnahme vom 3. Oktober 1942 diese Zustände und bezeichnete die „Krankenabteilung des Instituts, wie sie jetzt ist, [als] eine Kulturschande“, aber der ebenfalls in Kenntnis gesetzte Berichterstatter des Polizeipräsidenten, Oberregierungs- und Medizinalrat Dr. Franz Redeker, tat den ganzen Vorgang als eine von Auler lancierte Beschwerde ab und erklärte gegenüber dem Reichsinnenminister Wilhelm Frick: „Mit derartigen unproduktiven Erklärungen ist im Kriege naturgemäss praktisch nicht weiter zu kommen.“<sup>245</sup> Und so blieben die Zustände auf der Station G IV, wie sie

<sup>242</sup> Abschrift eines Schreibens des Ministerialrates Dr. Josef M., Bismarckstr. 19, Berlin-Lichterfelde, Juni 1940, an den Kultusminister. HU Archiv, Charité-Direktion, Nr. 2724, Bl. 100f.

<sup>243</sup> Schreiben Hans Aulers an die Charité-Direktion vom 16.7.1940. HU Archiv, Charité-Direktion, Nr. 2724, Bl. 103f.

<sup>244</sup> Schreiben der ehemaligen Patientin der Geschwulstklinik der Charité Martha H. an den Reichsgesundheitsführer Dr. Conti. Kleinmachnow, den 22. Juli 1942. BArch R 4901/1341, Bl. 41-42.

<sup>245</sup> Peter Voswinkel folgt hier der Vermutung Redekers, dass es sich um ein von Hans Auler initiiertes abgekartetes Spiel gehandelt habe, um dessen eigene Position zu verbessern. Da es allerdings schon vorher Beschwerden gegeben hatte und niemand – auch nicht Redeker – bestritt, dass die Zustände auf der Station wahrheitsgetreu beschrieben wurden, ist anzunehmen, dass Martha H. die Zustände auf der Station verhältnismäßig präzise geschildert hat. Ob Auler Martha H. aufgefordert hatte, eine

nun hieß, so bedrückend und „hässlich“, wie sie die Patientin Martha H. im Sommer 1942 erlebt hatte, bis die Station schließlich im Laufe des Jahres 1943 vermutlich gemeinsam mit der Chirurgischen Klinik vor den Bombenangriffen nach Berlin-Buch evakuiert wurde.<sup>246</sup>

Damit endete die Geschichte eines mit großen Hoffnungen und außerordentlichem Engagement um 1900 gegründeten Instituts, das sich erstmals ausdrücklich auch um Krebskranke kümmern wollte, für die es aus medizinischer Sicht keine Chance auf Heilung mehr gab. Doch steht diese Geschichte nicht nur für sich. Der Blick zum *Samariterhaus* nach Heidelberg enthüllt, dass das, was in Berlin geschah, nicht nur einer spezifischen lokalen Logik folgte. Hier wie dort zeigten sich die Folgen einer reichsweit betriebenen Politik, die die Krebsforschung und -behandlung „arisieren“ und zugleich fördern wollte, sich aber nicht mehr für die schwerkranken, unheilbaren und sterbenden Krebspatienten verantwortlich fühlte. Auch in Heidelberg musste der Direktor des *Instituts für experimentelle Krebsforschung* und Leiter des *Samariterhauses* Richard Werner aufgrund der Rassengesetze 1934 kündigen.<sup>247</sup> Sein ehemaliger Oberarzt Otto Ewald übernahm kommissarisch seine Nachfolge, konnte aber nicht verhindern, dass das Institut (wie in Berlin) der Chirurgischen Klinik in Heidelberg angegliedert wurde, der die Bestrahlungsabteilung fortan 60 Reichsmark pro Bestrahlungspatient zu zahlen hatte. Damit verlor das *Samariterhaus* einen beträchtlichen Teil seiner Einnahmen, so dass Ewald sogar Teile des Radiumbestandes zur Finanzierung des Instituts verkaufte. Auch nachdem schließlich die Zahlung der

---

solche Beschwerde zu verfassen, und dabei seinerseits Eigennutz im Spiel war, erscheint in dieser Hinsicht unerheblich. Bemerkenswert ist vielmehr, dass Franz Redeker nicht die Zustände bestritt, sondern Auler zu diskreditieren versuchte und zugleich auf den Krieg verwies, in dem man sich eben mit diesen Zuständen auf einer Station für schwer oder unheilbar Krebskranke abzufinden habe. Eine solche Einschätzung korrespondiert mit der Tatsache, dass Redeker zu diesem Zeitpunkt als ärztlicher Beisitzer beim Berliner Erbgesundheitsobergericht fungierte, wo er für Fragen der Zwangssterilisation zuständig war (vgl. Susanne Doetz, *Alltag und Praxis der Zwangssterilisation. Die Berliner Universitätsfrauenklinik unter Walter Stoeckel 1942-1944*, Med. Diss., Charité Berlin 2010, S. 36f.). Die Zitate stammen aus: Abschrift eines Schreibens des Amtsarztes und Leiter des Gesundheitsamts an das Gesundheitsamt Mitte und den Polizeipräsidenten in Berlin. 3. Oktober 1942 sowie Abschrift eines Schreibens von Oberregierungs- und Medizinalrat Dr. Franz Redeker, Polizeipräsident in Berlin, Abteilung V, an den Reichsminister des Innern. 12. Januar 1943. BArch R 4901/1341, Bl. 43f.

<sup>246</sup> Aus den im Archiv der Humboldt-Universität erhalten gebliebenen Akten zum Berliner *Institut für Krebsforschung* geht leider nicht hervor, ob die Station tatsächlich gemeinsam mit der Chirurgie nach Berlin-Buch umzog und wo sie dort untergebracht wurde.

<sup>247</sup> Werner hatte diese Position 1916 von Czerny übernommen, war also ähnlich lange seinem Institut verbunden wie Blumenthal. Werner ging 1934 nach Brünn (Brno), wo er die Radiologie eines dort neu gegründeten Krebsinstituts übernahm. 1942 wurde er in das Konzentrationslager Theresienstadt deportiert. Dort starb er 1943. Vgl. Neubert, *Das Institut*, S. 967.

Strahlengebühren an die Chirurgie 1939 wieder abgeschafft worden war, musste das Heidelberger Institut eine Vielzahl von Einschränkungen hinnehmen und litt permanent unter Personalmangel, so dass das *Czerny-Krankenhaus* – wie es ab 1942 hieß – nicht mehr dem Willen eben jenes Stifters Czerny gemäß arbeiten konnte und wie in Berlin die Betreuung und Pflege schwerkranker und sterbender Krebspatienten unter immer unzureichenderen Bedingungen erfolgen musste.<sup>248</sup> Den ohnehin wenigen und oft bescheiden eingerichteten Orten, an denen unheilbare Krebskranke in der Hoffnung auf eine medizinisch gute und sichere Betreuung sterben konnten, wurde so von der nationalsozialistischen Politik Jahr um Jahr die personelle und ökonomische Grundlage entzogen.

### **5.2 (K)Ein schneller Weg zurück: Wege der Nachsorge und neue therapeutische Praktiken (1945-1980)**

Bei Kriegsende war die Situation der Krankenhäuser und Hospitäler in ganz Deutschland desolat. Viele Krankenhäuser waren teilweise oder ganz zerstört, Betten wurden in Schulen ausgelagert, die hygienische Situation war vielerorts katastrophal. In den ersten Nachkriegsjahren stand darum der Wiederaufbau der Krankenhäuser an den alten Standorten ebenso wie die Akutversorgung der aufgrund von Mangelernährung geschwächten und von Typhus und anderen Epidemien geplagten Bevölkerung im Vordergrund.<sup>249</sup> Die medizinische Versorgung von Krebskranken erschien demgegenüber nachrangig, Pflegebedürftigkeit war in der Gesundheitspolitik dieser Jahre kaum Thema.<sup>250</sup> Diese Ausgangslage war dafür verantwortlich, dass sich an den Grundbedingungen einer Krebstherapie, wie sie zuvor für die 1920er und 1930er Jahre beschrieben wurden, zunächst und bis weit in die 1950er Jahre hinein nur wenig änderte. Auf dieser Ebene gilt das für die entstehende DDR ebenso wie für die aus den westlichen Besatzungszonen hervorgehende Bundesrepublik.

Spätestens Mitte der 1950er Jahre schob sich dann allerdings ein Thema auf der gesundheitspolitischen Agenda beider deutscher Staaten weiter nach vorn, das den Erfahrungsraum von Krebspatienten langfristig deutlich verändern sollte: die Frage

---

<sup>248</sup> Neubert, Das Institut, S. 967-969.

<sup>249</sup> Jürgen Wasem u.a., Gesundheitswesen und Sicherung bei Krankheit und im Pflegefall, in: Udo Wengst (Hg.), 1945-1949. Die Zeit der Besatzungszonen. Sozialpolitik zwischen Kriegsende und der Gründung zweier deutscher Staaten (= Geschichte der Sozialpolitik in Deutschland seit 1945, Bd. 2/1), Baden-Baden 2001, S. 464-528, hier S. 498.

<sup>250</sup> Wasem u.a., Gesundheitswesen, S. 506f.

nach einer systematischen Nachsorge für Krebspatienten. Obwohl durchaus unterschiedlich begründet und umgesetzt fällt das Momentum ins Auge, mit dem nun der Prozess der Genesung nach abgeschlossener Therapie im engeren medizinischen Sinne erstmals überhaupt als spezifisches Problem wahrgenommen und diskutiert wurde. Die deutschen Diskussionen ordnen sich ein in einen breiteren, auch in anderen europäischen Ländern und den USA beobachtbaren „moment of recovery“, wie David Cantor die zwei Jahrzehnte zwischen Ende der 1940er und Anfang der 1970er Jahre titulierte hat.<sup>251</sup> Welche Dynamiken hier – durchaus auch im Unterschied zu diesen anderen Ländern – am Werk waren und wie sich diese Prozesse in den spezifischen deutsch-deutschen Räumen und Praktiken der Nachsorge niederschlugen, wird hier in seiner Bedeutung für die Erfahrung von Krebspatienten zu zeigen sein.

Im Verlauf der 1950er Jahre begannen sich auch Räume und Praktiken der Krebstherapie deutlich zu verändern. Zwar blieb es vorerst bei „Stahl und Strahl“, doch gewann der „Strahl“ nun enorm an Energie. Hochpotente Teilchenbeschleuniger wie das Beta- oder Zyklotron sowie Telegamma- oder Telecuriegeräte, deren Entwicklung lange vor dem Krieg begonnen worden war, wurden nun klinisch eingesetzt. Für diese großen, eine deutlich höhere Strahlung erzeugenden Geräte mussten neue Räume geschaffen und medizinische Praktiken verändert werden – mit weitreichenden Folgen für das emotionale Erleben von Therapie als Moment der Isolation und des Ausgeliefertseins an „die Maschine“. Seit etwa Mitte der 1960er Jahre gehörte die Chemotherapie in deutschen Kliniken beidseits der Mauer zum therapeutischen Repertoire. Damit trat nicht einfach nur eine dritte Behandlungsmöglichkeit, eine Alternative oder zunächst vor allem therapeutische Ergänzung zu Operation und Bestrahlung hinzu. Die Chemotherapie, die sich einerseits an Standard-Protokollen orientierte, andererseits experimentell in Form klinischer Versuche verabreicht wurde, brachte eine neuartige Praxis mit sich, die sowohl eine enge Abstimmung unter den Ärzten der unterschiedlichen Fachrichtungen notwendig machte als auch von den Patienten eine neue und oft langfristige Therapiewilligkeit einforderte.<sup>252</sup> Damit veränderte sich das Verhältnis zwischen Ärzten und Patienten. Die Krebskrankheit und ihre

---

<sup>251</sup> Cantor, *Before Survivorship*.

<sup>252</sup> Peter Keating und Alberto Cambrosio sehen die Einführung der Chemotherapie eng verknüpft mit der Erfindung eines „new style of biomedical practice“ in Gestalt der spezifischen klinisch-experimentellen Krebsstudien, die stets erweiterbar und damit nicht abschließbar seien und aus sich selbst heraus gerechtfertigt würden, vgl. dies., *Cancer Clinical Trials*, vor allem S. 198. Zur Notwendigkeit, die drei Therapieformen aufeinander abzustimmen, und die aus dieser Abstimmung resultierenden Verhandlungsprozesse vgl. Pickstone, *Contested Cumulations*.

Therapie wurden nun immer mehr zur langfristigen Konstante im alltäglichen Leben der Patienten. Wie der hier grob skizzierte Wandel auf dem Feld der Therapie den Erfahrungsraum von Krebspatienten und damit die Bedingungen emotionalen Erlebens konkret veränderte, wird im zweiten Teil dieses Abschnittes ausgelotet.

### **5.2.1 Das Paradigma der Rehabilitation und die stumme Begegnung mit anderen Kranken**

Anfang September 1945 stellte sich die 35-jährige Elisa R., Mutter von sechs Kindern, in der Ambulanz der Chirurgischen Universitätsklinik Heidelberg vor, da sie unter ziehenden Schmerzen in der linken Brust litt, aus der ihr nur wenige Monate zuvor, kurz nach Kriegsende, ein kleiner Knoten und kaum einen Monat später ein Rezidiv entfernt worden war. Auch im September ertasteten die Ärzte ein Rezidiv, am 19. September schnitten die Chirurgen einen „derben, kirschgrossen Knoten“ heraus. Die histologische Untersuchung ergab Krebs. Aus diesem Grund rieten die Ärzte zur Amputation der linken Brust, die für den 22. September 1945 auf den Operationsplan gesetzt wurde. In Elisa R.s Krankenakte wurde über die Operation festgehalten:

„Ovaläre Umschneidung der Mamma. Abpräparieren derselben von der Brustwand unter Mitnahme des Pectoralis maj. nach Durchtrennung am Oberarmansatz. Auch der Pectoralis min. wird zum grössten Teile mit entfernt. Die auffallend starke Blutung wird exact gestillt. Gründliche Ausräumung der Achsellymphknoten, wobei keine vergrösserten Drüsen sichtbar werden. An der lateralen Thoraxwand wird das Fettgewebe soweit wie möglich entfernt, da hier einige Knoten gefunden werden. Trotz stärkerer Spannung kann die Haut über der Wunde geschlossen werden.“<sup>253</sup>

Die Operation war also „radikal“ ausgeführt worden: Die Chirurgen hatten Elisa R.s Brust amputiert sowie beide Brustmuskeln (*Pectoralis major* und *minor*) ebenso wie die Achsellymphknoten und das Fettgewebe der seitlichen Wand des Brustkorbs entfernt. Die Wundheilung verlief gut, so dass bereits drei Tage später die Wunddrainage entfernt wurde und Elisa R. vorsichtig aufstehen durfte. Am 1. Oktober wurden die ersten Fäden entfernt und das Operationsgebiet erstmals röntgenbestrahlt. Am 11. Oktober, also keine drei Wochen nach der Operation, wurde die sechsfache Mutter „mit glatt verheilter Wunde in gutem Allgemeinbefinden nach Hause entlassen“. Acht Wochen später musste sie sich zu einer zweiten Bestrahlungsserie einfinden. Von einer

---

<sup>253</sup> Krankenblatt Elisa R., geb. 3.11.1909. UAH, vorläufige Signatur: Acc. 11/02 (Chirurgische Klinik), 1945, Nr. 3054.



Nachkur ist in der Krankenakte Elisa R.s ebenso wenig die Rede wie in vielen anderen Krankenakten dieser Zeit, die einen kleinen ausschnitthaften Blick auf das Schicksal von Krebspatienten erlauben. Aller Wahrscheinlichkeit nach wird also Elisa R. auch nach der zweiten Bestrahlungsserie nach Hause entlassen worden sein, wo sie – möglicherweise unterstützt von Verwandten oder Freunden – ihre sechs Kinder versorgen und den Haushalt der Familie organisieren musste. Denn als Hausfrau und Mutter hatte sie in der Regel keinen Anspruch auf einen Kuraufenthalt, der ihr im Anschluss an Operation und Bestrahlung neue Kraft hätte geben, sie durch Gymnastikübungen, Gespräche, Kleidungs- und Pfllegetipps auf den Umgang mit ihrem „neuen“ Körper hätte vorbereiten können. Aber auch berufstätige Männer und Frauen konnten keinesfalls automatisch Anspruch auf eine Kur erheben oder mit einer unterstützenden Nachbetreuung rechnen, denn weder bezahlten die Krankenkassen dies als Regelleistung noch standen ausreichend Plätze für Krebspatienten in geeigneten Sanatorien oder Erholungs- und Genesungsheimen zur Verfügung.

Dass diese übergangslose Rückkehr aus dem Krankenhaus in das „normale“ Leben nicht nur eine persönliche Härte darstellte, sondern den Erfolg der aufwändigen und teuren Krebstherapie in Frage stellen konnte, war eine Erkenntnis, die immer mehr Mediziner und Gesundheitspolitiker in Deutschland Ost und West teilten. In einem Gutachten für den Ostberliner Magistrat, in dem es um die aus der Charité und dem Krankenhaus Friedrichshain erhobene Forderung nach der Gründung von Genesungsheimen für krebskranke Frauen ging, betonte der ärztliche Berichterstatte:

„Bei einem [...] Krebsleiden genügt es nicht, den Krebs durch Operation zu entfernen und im Anschluss an die Operation eine Röntgenbestrahlung durchzuführen, [...]. Vielmehr ist es unbedingt nötig, sobald wie möglich die Abwehrkräfte des Körpers zu stärken, um ihnen die Möglichkeit zu geben, die Krebszellen, die bei der Operation durch die Eröffnung von Blut- und Lymphgefäßen vielleicht schon über die Blut- und Lymphbahn in andere Organe eingewandert sind, abzutöten. Zur schnellen Wiederherstellung der Abwehrkraft genügt nicht allein eine gute Pflege und gute Ernährung unmittelbar nach der Operation, es muss auch dafür Sorge getragen werden, dass die Patientin ihr seelisches Gleichgewicht bald wiederfindet. [...] Um die Frauen nach einer Krebsoperation möglichst schnell wieder in einen guten Allgemeinzustand zu bringen und damit ihre Abwehrkräfte zu stärken, ist es dringend erforderlich, die Patientinnen nach Abschluss der Behandlung in der Klinik nicht unmittelbar in ihr häusliches Milieu zu bringen und sie damit wieder sofort den Belastungen des Alltags auszusetzen. Es wäre wesentlich günstiger, wenn sie nach der Entlassung aus dem Krankenhaus in einem Heim einige Wochen verbringen könnten, das besonders für diese Frauen einzurichten wäre und wo die

Betreuung im besonderen die durchgemachte Erkrankung berücksichtigen kann.“<sup>254</sup>

Sehr ähnliche Argumente finden sich in einer Denkschrift des in der Bundesrepublik beheimateten *Deutschen Zentralausschusses für Krebsbekämpfung und Krebsforschung* vom Juli 1958:

„Mit Bezug auf die zu stellenden WIRTSCHAFTLICHEN UND FÜRSORGERISCHEN FORDERUNGEN FÜR DIE KREBSKRANKEN ist zu bedenken, dass nach den heutigen Erkenntnissen der medizinischen Wissenschaft die Behandlung des Krebskranken mit der Operation oder Bestrahlung noch nicht abgeschlossen ist. Nach dieser ersten entscheidenden Phase der Behandlung kann der Krebskranke zwar klinisch geheilt scheinen und keine subjektiven oder objektiven Krankheitszeichen mehr erkennen lassen. Er ist jedoch noch nicht mit Sicherheit geheilt, weil sich mit keiner Untersuchungsmethode feststellen lässt, ob nicht, selbst nach einer vollständig und erfolgreich ausgeführten Operation oder Bestrahlung, an anderen Körperstellen Krebszellen latent vorhanden sind, die zunächst noch schlummern, später aber wieder wachsen können und zur Bildung von Rezidiven oder Metastasen führen. [...] Hier setzt die zweite Phase der Behandlung ein, deren Ziel es ist, die ALLGEMEINE WIDERSTANDSKRAFT des Gesamtorganismus zu erhalten und zu steigern. Es handelt sich darum, durch eine planmässige Nachbehandlung die Abwehrkräfte des Körpers zu unterstützen, so dass sie mit den latent schlummernden Krebszellen und den Stoffwechseleränderungen fertig werden und sie überwinden können. [...] Für die Überwindung der unmittelbaren Behandlungsfolgen sind von uns GENESUNGSKUREN in Erholungsheimen eingeführt worden. [...] Ausser ihnen ist für viele Krebskranke die Durchführung eines regelrechten HEILVERFAHRENS im Sinne einer SICHERUNGSKUR mit systematischer Nachbehandlung zu fordern. [...] Für die Dauer der oben dargelegten beiden Behandlungsphasen und die sich anschliessende Schonzeit muss dem Krebskranken die Sorge um seine wirtschaftliche Existenz und das Schicksal seiner Familienangehörigen erleichtert oder abgenommen werden. Neben den rein materiellen Faktoren, wie ausreichender Ernährung, Schonung usw., ist dabei der Umstand von Bedeutung, dass die Wiederherstellung des Krebskranken auch durch negative psychische Faktoren, wie Sorge um die Zukunft, Angst vor Siechtum und dauernder Arbeitsunfähigkeit, Verdienstaussfall usw. beeinträchtigt werden kann. DAS ZIEL MUSS STETS DIE WIEDERHERSTELLUNG DER GESUNDHEIT UND DIE VORSICHTIGE UND INDIVIDUELLE WIEDEREINGLIEDERUNG IN DAS ARBEITSLEBEN SEIN.“<sup>255</sup>

Die Entdeckung der Nachsorge als notwendige und professionell zu begleitende längere Phase des Übergangs zwischen einer medizinischen Behandlung im engeren Sinne und

<sup>254</sup> Abschrift einer Stellungnahme zur Genesungskur für krebskranke Frauen, gez. Hanke, ohne Datum [1957]. BArch DQ1 6120.

<sup>255</sup> Deutscher Zentralausschuß für Krebsbekämpfung und Krebsforschung e.V. (Der Präsident: Prof. Dr. med. Heinrich Martius), Denkschrift über die Fürsorge und wirtschaftliche Sicherung der Krebskranken. Göttingen, im Juli 1958, S. 3f. BArch B 142/410, Bl. 412-418 (Hervorhebungen im Original).

der angestrebten Rückkehr ins normale Leben eines gesunden Menschen erfolgte also in beiden deutschen Staaten nicht nur zeitgleich, sondern wurde auch mit fast gleichlautenden Argumenten gerechtfertigt.

An erster Stelle stand die Feststellung, dass eine Krebserkrankung nicht allein lokal behandelt werden könne, sondern zwingend durch eine Allgemeinbehandlung ergänzt werden müsse, die den Fokus auf die Stärkung der körperlichen und zugleich psychischen Abwehrkräfte legte. Hinter dieser Feststellung verbarg sich ein ganzes Bündel von Beobachtungen und gewandelten Konzepten. Ein wesentlicher Faktor war die statistische Feststellung, dass sich die Heilungsraten seit den 1920er Jahren kaum verbessert hatten – obwohl seit Beginn der 1940er Jahre nicht selten noch umfangreicher, „super-radikal“ wie es damals hieß, operiert und die Bestrahlung so intensiv wie möglich durchgeführt wurde, während schwerwiegendere Bestrahlungsschäden aufgrund der verbesserten Dosimetrie und ausgefeilterer Bestrahlungsverfahren nicht mehr so häufig auftraten. Insbesondere die chirurgischen Möglichkeiten schienen damit ausgereizt, ein Mehr an „Radikalität“ undenkbar. Etwas anders sah es im Blick auf die Bestrahlung aus, denn immerhin standen hier mittlerweile deutlich leistungsstärkere Geräte bereit.

Dennoch waren viele Krebsmediziner und -forscher überzeugt, dass der Schlüssel zur langfristigen Heilung in einer allgemeinen oder auch inneren Behandlung liegen müsse. Das lag auf einer Linie mit den Forschungen zur Wirkung von Vitaminen und Hormonen, die vor allem seit den 1930er Jahren im nationalsozialistischen Deutschland, aber auch in der Sowjetunion, den USA oder anderen europäischen Ländern durchgeführt worden waren. Eine solche Überzeugung erhielt Nahrung durch die Entdeckung der amerikanischen militärischen Forschung, dass es mindestens einen Stoff gab, der spezifisch gegen Krebszellen wirkte: das Schwefel-Lost (Senfgas) beziehungsweise Stickstoff-Lost. Dass auch psychische Faktoren auf den Allgemeinzustand und dessen Abwehrbereitschaft wirkten, stellte die Stressforschung etwa zeitgleich auf eine neue, experimentell nachprüfbare Grundlage.<sup>256</sup> Weitere Hinweise auf die Plausibilität eines solchen Modells der nachsorgenden Allgemeinbehandlung gaben Statistiken, wie sie von einigen regionalen Krebsgesellschaften geführt worden waren, die eine Korrelation zwischen der sozialen Herkunft insbesondere krebserkrankter Frauen und deren Chancen auf langfristige Heilung herstellten:

---

<sup>256</sup> Vgl. dazu die Ausführungen in Kapitel 2 sowie Hitzer/León-Sanz, *The Feeling Body*, S. 88-90.

Wenn aber besser gestellte Frauen bei ähnlicher medizinischer Behandlung höhere Überlebenschancen hatten, so schien das darauf hinzudeuten, dass bessere Ernährung, stärkere Entlastung und damit körperliche und seelische Schonung und Pflege durch bezahlte Hilfen ebenso wie geringere materielle Sorgen um die Aufrechterhaltung des Haushaltes und die Zukunft der Familie im Roulette der Heilungschancen eine Rolle spielten.<sup>257</sup>

Der gesellschaftliche Perspektivwechsel, der die Nachkur und Nachsorge für Krebspatienten nun in den Blick rückte, war allerdings umfassender, als es zunächst scheinen mag. Denn die Tatsache, dass es zuvor nur einzelne lokale Bemühungen gegeben hatte, Krebspatienten bei ihrer Rückkehr in den Alltag systematisch zu unterstützen, hatte in erster Linie damit zu tun, dass die meisten Ärzte und Gesundheitspolitiker nur wenig Hoffnung hatten, dass es für Krebspatienten eine längere oder sogar dauerhafte Rückkehr ins Arbeitsleben geben könnte, dass es sich also „lohnen“ könnte, viel Geld und Mühe für deren Re-Integration ins Berufsleben aufzuwenden. Nach 1945 war zwar der therapeutische Optimismus der Ärzte nicht unbedingt gewachsen, aber es erschien nun weniger akzeptabel, Menschen aus der (arbeitenden) Bevölkerung auszuschließen, die zwar durch die Folgen von Krankheit und deren Therapie „versehrt“ sowie möglicherweise „unheilbar“ waren und schließlich sterben würden, zuvor aber noch einige Jahre zu leben hätten. Dies brachte etwa der Heidelberger Chirurg und Gründungsdirektor des *Deutschen Krebsforschungszentrums* Karl Heinrich Bauer in einem Vortrag zum Ausdruck, den er 1968 in Wiesbaden auf der Jahrestagung des *Landesverbandes Hessen zur Erforschung und Bekämpfung der Krebskrankheiten* hielt. Dort zweifelte er die statistischen Belege dafür an, dass eine Nachkur die Überlebenschancen von Krebskranken verbessern würde, plädierte aber trotzdem dafür, Maßnahmen zur Rehabilitation von Krebskranken zu ergreifen, denn:

„Wohl klingt uns Chirurgen das importierte Wort ‚rehabilitation‘ im Zusammenhang mit Krebs schlecht in den Ohren, ist ja der so häufig incurable Krebskranke nicht ‚rehabilitabel‘, aber wer könnte sich der geheimen Tyranis solcher Begriffe entziehen, wenn es sich um Rechtsansprüche in einem Wohlfahrtsstaat handelt!“<sup>258</sup>

<sup>257</sup> Johannes Kretz, Die gegenwärtigen Aufgaben der Krebsbekämpfung, in: *Der Krebsarzt* 10, 1 (1955), S. 209-217, hier S. 216f. und Heinz Kirchhoff, Der Einfluß sozialer Faktoren auf Ablauf und Heilung des Genital-Karzinoms der Frau, in: *Deutsche Medizinische Wochenschrift* 79, 31/32 (1954), S. 1153-1155.

<sup>258</sup> Karl Heinrich Bauer, Wert der sogenannten „Krebsnachkur“ für radikaloperierte Kranke, in: *Hessisches Ärzteblatt* 30 (1969), S. 215-218, hier S. 215.

Die „Tyrannis“, vor der Bauer hier rhetorisch kapitulierte, stützte sich auf die sozialpolitische und gesellschaftliche Akzeptanz eines Konzeptes, das während des Zweiten Weltkrieges international an Sichtbarkeit gewonnen hatte und nach 1949 in beiden deutschen Staaten unter dem international geläufigen, „eingedeutschten“ Begriff Rehabilitation Einzug halten sollte. Das Konzept der Rehabilitation schloss zwar inhaltlich an viele sozialpolitische Maßnahmen der Weimarer Republik insbesondere auf dem Gebiet der „Krüppelfürsorge“ an, grenzte sich aber begrifflich gegen diese Vergangenheit und ihre nationalsozialistische „Nach“-Geschichte ebenso ab wie der „Krüppel“ nun als „Behinderter“ semantisch neu gefasst wurde.<sup>259</sup> Im Mittelpunkt dieser neuen Bemühungen um Rehabilitation standen zwar die Körperbehinderten und – vor allem in der Bundesrepublik – die Kriegsbeschädigten, aber das Konzept war von vorneherein breiter angelegt.<sup>260</sup> Der bundesdeutsche *Beirat für die Neuordnung der sozialen Leistungen* definierte Rehabilitation 1954 als ein Bündel von „Maßnahmen zur bestmöglichen Wiederherstellung der verbliebenen Leistungsfähigkeit nach Krankheit oder Verletzung mit dem Ziel einer optimalen Anpassung an die Lebensumstände durch Umschulung und beruflichen Wiedereinsatz“.<sup>261</sup> In der DDR wurde der Begriff der Rehabilitation noch weiter gefasst und verstanden als „systematische und organisierte ärztliche, psychologische, soziale und ökonomische Behandlung eines jeden kranken, verletzten oder sonstwie körpergeschädigten Menschen“.<sup>262</sup> Dementsprechend zeigten spätere statistische Auswertungen, dass gegen Ende der 1950er Jahre die Rehabilitationsmaßnahmen in der DDR vor allem Menschen betrafen, die infolge einer

---

<sup>259</sup> Wilfried Rudloff, Rehabilitation und Hilfen für Behinderte, in: Günther Schulz (Hg.), 1949-1957. Bundesrepublik Deutschland. Bewältigung der Kriegsfolgen, Rückkehr zur sozialpolitischen Normalität (= Geschichte der Sozialpolitik in Deutschland seit 1945, Bd. 3), Baden-Baden 2005, S. 517-557, hier S. 517 sowie als Überblick: Gabriele Lingelbach/Anne Kleinschmidt, Kontinuitäten, Zäsuren, Brüche in der deutschen Disability History nach 1945, in: dies. (Hg.), Kontinuitäten, Zäsuren, Brüche? Lebenslagen von Menschen mit Behinderungen in der deutschen Zeitgeschichte, Frankfurt a. M. 2016, S. 7-27.

<sup>260</sup> In der Bundesrepublik spielten die mitgliederstarken Kriegsbeschädigtenverbände eine große Rolle bei der politischen Durchsetzung und Anerkennung von Rehabilitationsmaßnahmen, während in der DDR die Kriegsbeschädigten dezidiert nicht als besondere Gruppe herausgehoben wurden, vgl. Rudloff, Rehabilitation, S. 524f.

<sup>261</sup> Zitiert nach Rudloff, Rehabilitation, S. 518.

<sup>262</sup> So die Definition Hans-Günther Häubleins, Chefarzt der *Zentralen Poliklinik der Bauarbeiter* in Berlin und Mitglied der 1957 gegründeten *Forschungsgruppe „Rehabilitation“*, vgl. ders., Rehabilitation schafft Gesundheit und besseres Leben, in: Arbeit und Sozialfürsorge 13 (1958), S. 612-615, hier S. 612.

nicht näher spezifizierten Krankheit Einschränkungen ihrer Erwerbsfähigkeit davongetragen hatten.<sup>263</sup>

Rehabilitation zielte in den 1950er und 1960er Jahren in allererster Linie auf die Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit und damit auf eine (Re-)Integration in den Arbeitsmarkt – in der DDR ebenso wie in der Bundesrepublik. Dafür wurden zwei Begründungen angeführt: Zum einen galt die (Berufs-)Arbeit als Grundlage eines sinnerfüllten und dementsprechend zufriedenen Lebens innerhalb der Gesellschaft, zum anderen aber wurde Rehabilitation auch verstanden als eine ebenso sinnvolle wie dem Wohlfahrtsstaat Kosten ersparende Alternative zur Frühverrentung.<sup>264</sup> Hinter diesem Begriff der Rehabilitation verbarg sich damit letztlich ein normativer Begriff von Normalität, der die berufliche Leistungsfähigkeit zum Gradmesser der gelungenen Rehabilitation erklärte, jede Form von angeborener oder durch Krankheit verursachter Behinderung dagegen als von dieser Normalitätsvorstellung abweichend festschrieb und mit einem Mangel an Lebensglück und Sinnerfülltheit assoziierte. Die Rehabilitation im Anschluss an die Therapie schrieb damit letztlich das Ziel fest, die Krebskrankheit und die durch die Behandlung verursachten Versehrungen so weit wie möglich hinter sich zu lassen und – wo das nicht möglich war – diese zu verbergen, um zu einer Normalität zurückzukehren, die sich scheinbar in nichts von der zuvor gelebten Normalität unterschied.<sup>265</sup>

Diese Normalisierungstendenz prägte bis in die 1970er Jahre die Rehabilitationsmaßnahmen in beiden deutschen Staaten und führte zu einem erneuten Ausschluss derjenigen, deren berufliche Rehabilitation unerreichbar schien.<sup>266</sup> Im Falle der

---

<sup>263</sup> Marcel Boldorf, Rehabilitation und Hilfen für Behinderte, in: Christoph Kleßmann (Hg.), 1961-1971 Deutsche Demokratische Republik. Politische Stabilisierung und wirtschaftliche Mobilisierung (= Geschichte der Sozialpolitik in Deutschland seit 1945, Bd. 9), Baden-Baden 2006, S. 451-469, hier S. 459.

<sup>264</sup> Rudloff, Rehabilitation, S. 556f. Vgl. zum Beispiel die auf einer 1958 organisierten Tagung vorgelegte Begründung im Blick auf das neu als Rehabilitationszentrum für Geschwulstkranken eingerichtete *Waldkrankenhaus* Lychen / DDR: „Nur die volle Wiederherstellung aber ist eine Sicherung gegen bald wieder einsetzende Leistungsminderung, was ökonomisch falsch wäre und neben ärztlichen Mißerfolgen nur erneute Unkosten bringen würde.“ H.-D. Jung, Das Waldkrankenhaus Lychen – ein neuartiges Rehabilitationszentrum für Geschwulstrekonvaleszenten, in: Internationale Arbeitstagung über Fragen der Rehabilitation, Dispensaire-betreuung und Prämorbidität, Leipzig 1958, S. 267-278, hier S. 268.

<sup>265</sup> Cantor, Before Survivorship, S. 462.

<sup>266</sup> Zu dieser Normalisierungstendenz im Blick auf die Behindertenpolitik der Bundesrepublik sowie auf den seit den 1970er Jahren zu konstatierenden Wandel, der die gesellschaftliche Teilhabe nicht mehr ausschließlich über die berufliche Leistungsfähigkeit definierte: Elsbeth Bösl, Die Geschichte der Behindertenpolitik in der Bundesrepublik aus der Sicht der Disability History, in: Aus Politik und Zeitgeschichte 23 (2010), S. 6-12 sowie dies., Bundesdeutsche Behindertenpolitik im „Jahrzehnt der Rehabilitation“ – Umbrüche und Kontinuitäten um 1970, in: Gabriele Lingelbach/

Krebspatienten schloss das normalisierend verstandene Paradigma der Rehabilitation vor allem diejenigen aus, die „bettlägerig sind, einer ständigen Pflege bedürfen oder dauernd eine ärztliche Beobachtung nötig haben“.<sup>267</sup> Diese Menschen, die man vor 1945 „unheilbar“ genannt hatte, verschwanden nun fast völlig aus den medizinischen und gesundheitspolitischen Diskussionen. Wenn sie aber doch einmal zum Thema wurden, so unter neuem Namen: Fast niemand benutzte mehr den Begriff „unheilbar“, der durch die nationalsozialistische Euthanasiepolitik zum gemiedenen Unwort geworden war, ohne dass eine öffentliche oder zumindest fachinterne Auseinandersetzung über diesen Begriff und seine Konnotationen stattgefunden hätte. Ohne weitere Erklärungen wurde das anstößige Wort gemieden und stattdessen die latinisierte Form „incurabel“ gebraucht, die auch zuvor in Fachpublikationen benutzt worden war und damit eher den Anschein einer medizinischen Diagnose erweckte, zudem an den angelsächsischen Sprachgebrauch anknüpfte, in dem ebenfalls schon früher von „incurables“ die Rede gewesen war.<sup>268</sup>

Daneben tauchte in der bundesdeutschen Fachdiskussion ein neuer Begriff auf: Hier und da war nun die Rede von den „Desolaten“.<sup>269</sup> Dieser Begriff – ebenfalls in der latinisierten Form – parallelisierte den körperlichen und emotionalen Zustand der sterbenden Krebskranken und schrieb das Elende, Trostlose als ihre wesentliche Eigenschaft fest. Doch nicht nur der ihnen gegebene Name war neu, auch der Körper vieler sterbender Krebskranker hatte sich verändert. Durch die gezieltere radiologische Behandlung ebenso wie durch die frühzeitigere Diagnose waren Krebspatienten immer

---

Anne Kleinschmidt (Hg.), *Kontinuitäten, Zäsuren, Brüche? Lebenslagen von Menschen mit Behinderungen in der deutschen Zeitgeschichte*, Frankfurt a.M. 2016, S. 82-115; in größerem Detail: dies., *Politiken der Normalisierung. Zur Geschichte der Behindertenpolitik in der Bundesrepublik Deutschland*, Bielefeld 2009.

<sup>267</sup> Dr. Rautenberger, Abteilungsleiter im Ministerium für Gesundheitswesen, Abteilung Volkskrankheiten, definierte hier aufgrund einer Beschwerde der Sozialversicherungen, dass „genesungskurbedürftig“ nur solche Patienten seien, „bei denen der Genesungskuraufenthalt aller Wahrscheinlichkeit die Möglichkeit gibt, daß die Geschwulstkranken nach der durchgemachten Intensivbehandlung ihre Arbeitsfähigkeit wieder erlangen.“ Vgl. ders. in einem Schreiben an den Rat des Bezirkes, Abt. Gesundheitswesen, Ref. Volkskrankheiten, Bezirksbeauftragter für Geschwulstkrankheiten. Berlin, den 23. 04. 1957. BArch DQ 1 6341.

<sup>268</sup> Vgl. zum Beispiel: Prof. Dr. Wilhelm Flaskamp, Oberhausen, Welche Forderungen stellt der DZA an die Krebsbekämpfung [Referat, gehalten auf einer Tagung der Kommission für die wirtschaftliche Sicherung der Krebskranken am 3./4. März 1960 in Düsseldorf]. BArch B 142/2027, Bl. 75f. Auch der Wittenberger Arzt Winfried Herberger sprach in der Regel von „inkurablen“ Patienten im Unterschied zu „inoperablen“ Patienten, denen aus seiner Sicht durch eine innere Behandlung noch geholfen werden könnte, vgl. ders., *Behandlung und Pflege inoperabler Geschwulstkranker einschließlich Nachbehandlung von Krebsoperierten und Bestrahlten*, Dresden/Leipzig 1960, S. 303.

<sup>269</sup> Vgl. zwei Beispiele für die Bundesrepublik und die DDR: Linde, *Krebsfürsorge*, S. 638 sowie Jung, *Das Waldkrankenhaus Lychen*, S. 274.

seltener von Tumoren äußerlich sichtbar „entstellt“, trat auch der spezifische, für viele Außenstehende unerträgliche Geruch zerfallender Tumoren kaum noch auf.<sup>270</sup> Das Gefühl des Ekels, das die Entscheidungen und das Verhalten gegenüber sterbenden Krebskranken zuvor oft beherrscht hatte, trat zurück. Damit waren diese Sterbenden weniger anstößig, leichter zu übersehen und scheinbar problemlos unter dem allgemeinen Rubrum der Pflegebedürftigkeit zu subsumieren.

Pflegebedürftigkeit zählte während der 1950er Jahre in beiden deutschen Staaten nicht zu den „großen“ gesundheits- oder sozialpolitischen Themen. Allerdings war in der DDR schon frühzeitig mit dem Bau von Pflegeheimen begonnen worden, nicht zuletzt um die Krankenhäuser von der Pflege der „incurablen“ Krebskranken zu entlasten.<sup>271</sup> Bereits mit der Verordnung über Sozialfürsorge vom 22. April 1947 hatte die Sowjetische Militäradministration den Bau von Pflegeheimen angewiesen, die im Gegensatz zur Weimarer Tradition staatlich und zentral verwaltet und weitgehend den freien, vor allem konfessionellen Trägern entzogen werden sollten.<sup>272</sup> Von ungefähr 20.000 Pflegeheimplätzen, die bei Kriegsende auf dem Gebiet der späteren DDR zur

---

<sup>270</sup> Das bedeutet allerdings nicht, dass es das Problem des auf viele Umstehende unerträglich wirkenden Geruchs gar nicht mehr geben würde: In manchen Fällen von Fistelbildung war auch noch in den 1960er Jahren der Geruch ein schwerwiegendes Problem und auch heute gibt es noch einige wenige Tumorerkrankungen, die einen Geruch absondern, der mit den verfügbaren Desodorantien nur schwer zu überdecken ist, vgl. Gespräch mit Roland Jacob (4. November 2016), der von 1976 bis 2007 die *strahlentherapeutische Klinik* im Klinikum Berlin-Buch leitete. Auch die seit einiger Zeit verfügbaren sogenannten Geruchsneutralisierer wie etwa Nilodor können in solchen Fällen oft nur unzureichend helfen (Auskunft Monja Schünemann, die Anfang der 1990er Jahre als Krankenschwester für die Pflege von Krebspatienten ausgebildet wurde).

<sup>271</sup> Vgl. zum Beispiel die Eingabe des Chefarztes der Städtischen Frauenklinik Leipzig, Dr. Hirschberg, sowie dessen Verwaltungsleiter Starge an den Rat des Bezirkes Leipzig, Abt. Arbeit und Sozialwesen, vom 26. November 1953, in der es hieß: „Das Schicksal derartiger Kranker, denen therapeutisch weder durch Operation, noch durch Bestrahlung, noch durch irgendwelche chem. Mittel weiter geholfen werden kann, ist das traurigste Schicksal, das einem Menschen widerfahren kann und die Sorge für solche Kranke Menschenpflicht. Weil solche Geschwulstkranken zu Hause nicht sachgemäß gepflegt werden können, und weil den Familienmitgliedern die Aufnahme eines solchen Kranken nicht zugemutet werden kann, blockieren sie in den Fachkliniken und Krankenhäusern die Betten. Die Krankenhäuser können aus Menschlichkeit diese Geschwulstkranken aber nicht von der Tür weisen. Daraus folgt zwangsläufig, daß in die von incurablen Geschwulstkranken blockierten Betten, solche Kranken, denen operativ usw. geholfen werden könnte, nicht aufgenommen werden können. Die Städtische Frauenklinik erachtet es deshalb für ihre Pflicht, den Antrag auf Schaffung solcher Pfleghäuser für Geschwulstkranken zu stellen und auf die Dringlichkeit dieser Aufgabe hinzuweisen.“ BArch DQ1 6120 [Hervorhebung im Original].

<sup>272</sup> Vgl. zu den Diskussionen über die Fürsorgeverordnung, die in deutlicher Abgrenzung zum in den anderen Besatzungszonen gültigen Sozialrecht standen: Matthias Willing, „Sozialistische Wohlfahrt“. Die staatliche Sozialfürsorge in der Sowjetischen Besatzungszone und der DDR (1945-1990), Tübingen 2008, S. 52-71.



Verfügung standen, wuchs deren Zahl bis 1961 auf 37.000 Plätze.<sup>273</sup> In der Bundesrepublik wurde dagegen der häuslichen Pflege durch Angehörige und Nahestehende mit dem Bundessozialhilfegesetz vom 30. Juni 1961 ein rechtlicher Vorrang gewährt. Dies drückte sich insbesondere in der Erstattung der durch die Pflege verursachten Aufwendungen ebenso wie in der Zahlung eines für die pflegende Person vorgesehenen Pflegegeldes von in der Regel 100 DM pro Monat aus. Konnte oder sollte die Pflege zu Hause nicht geleistet werden, gab es auch in der Bundesrepublik die Möglichkeit, schwer Krebskranke in Pflegeheimen unterzubringen – in diesem Fall wurde allerdings das Vermögen und das Einkommen der zu pflegenden Person oder ihrer Verwandter oberhalb einer deutlich geringeren Einkommensgrenze als bei der häuslichen Pflege zur Finanzierung der Pflege herangezogen.<sup>274</sup>

Aber auch das in den Grundzügen ähnliche Konzept der Rehabilitation von Krebskranken wurde in beiden deutschen Staaten in durchaus unterschiedlicher Form umgesetzt. In der DDR stand in der Zeit der extremen Mangelwirtschaft bis Mitte der 1950er Jahre zunächst die Vergabe von Kohlekarten und von Karten für Ernährungsbeihilfen durch die lokalen *Geschwulstberatungsstellen* im Vordergrund, die seit 1954 ambulante Vor- und Nachsorge organisierten.<sup>275</sup> Krebskranke sollten nach Abschluss ihrer Therapie während der Zeit ihrer Genesung jährlich mindestens drei Zentner Kohle zusätzlich bekommen, da angesichts ihres geschwächten Zustandes ein erhöhtes Wärmebedürfnis angenommen wurde. Alle Krebskranken sollten während einer ambulant durchgeführten Bestrahlung oder im Anschluss an die Therapie für eine je nach ihrem körperlichen Zustand unterschiedlich lange Zeit mindestens eine Karte aus dem allgemeinen Kontingent für Krankenkostkarten erhalten, die ihnen täglich ¼ Liter Vollmilch, 10g Butter und den Umtausch von Fett in Butter sichern würde – eine

---

<sup>273</sup> Boldorf, Rehabilitation, S. 462 und Jürgen Wasem/Doris Mill/Jürgen Wilhelm, Gesundheitswesen und Sicherung bei Krankheit und Pflegefall, in: Kleßmann, 1961-1971 Deutsche Demokratische Republik, S. 377-428, hier S. 383.

<sup>274</sup> Gerhard Igl, Sicherung im Pflegefall – Rechtsentwicklung, in: Michael Ruck/Marcel Boldorf (Hg.), 1957-1966 Bundesrepublik Deutschland. Sozialpolitik im Zeichen des erreichten Wohlstandes, (= Geschichte der Sozialpolitik in Deutschland seit 1945, Bd. 4), Baden-Baden 2007, S. 426-432, hier S. 426-429.

<sup>275</sup> Diese Geschwulstberatungsstellen waren Teil des sogenannten Dispensaire-Systems, auf das die DDR-Gesundheitspolitik auch bei der Betreuung von Tuberkulosekranken setzte, vgl. Udo Schagen/Sabine Schleiermacher, Gesundheitswesen und Sicherung bei Krankheit, in: Dierk Hoffmann/Michael Schwartz (Hg.), 1949-1961 Deutsche Demokratische Republik. Im Zeichen des Aufbaus des Sozialismus (= Geschichte der Sozialpolitik in Deutschland seit 1945, Bd. 8), Baden-Baden 2004, S. 387-433, hier S. 410f.

Maßnahme, die auch den Ärger in der Bevölkerung über die ungleiche und nicht ausreichende Verteilung dieser Karten schlichten helfen sollte.<sup>276</sup>

Seit Mitte der 1950er Jahre drängte das Ministerium für Gesundheitswesen auf eine unbürokratische und an die medizinische Therapie unmittelbar anschließende Verschickung von nicht-pflegebedürftigen, absehbar wieder arbeitsfähigen Krebskranken auf eine sogenannte Genesungskur. Um das Verfahren zu vereinfachen, wurde allen *Betreuungsstellen für Geschwulstkranke* ein bestimmtes Kontingent an sogenannten Kurchecks zur Verfügung gestellt, mit denen Krebskranke ohne speziellen Kurantrag eine mehrwöchige Genesungskur antreten können sollten.<sup>277</sup> Die Durchführung gestaltete sich allerdings hindernisreicher als gedacht: Die Kurheime, die vom *Freien Deutschen Gewerkschaftsbund (FDGB)* verwaltet wurden, bestanden auf einem Kurantrag und außerdem konnten diese Heime sowieso nur dann belegt werden, wenn sie nicht vom *FDGB* selbst genutzt wurden. Aus diesem Grund konnten Krebskranke ihre Genesungskur in der Regel nur in der Neben- und Vorsaison antreten, wenn die Heime frei waren – und das hieß für nicht wenige Krebskranke, dass sie auf ihre Kur warten mussten. Zudem entschied die zentrale Zuteilung der Kurchecks an die *Geschwulstberatungsstellen* über den Ort der Verschickung – und damit war oft gerade nicht der für wohltuend und heilsam gehaltene Klimawechsel gewährleistet. Eine letzte Schwierigkeit ergab sich, weil die *Betreuungsstellen für Geschwulstkranke* die gleiche Zahl an Kurchecks für Männer einerseits, Frauen andererseits bekamen. Tatsächlich war die Zahl kurbedürftiger krebskranker Frauen jedoch in vielen Bezirken deutlich höher, was vermutlich auf die dezidierte Früherkennungspolitik der DDR im Blick auf Gebärmutterhals- und Brustkrebs zurückzuführen ist.<sup>278</sup>

Um diesen Problemen zu begegnen, befürworteten eine Reihe von Klinikärzten ebenso wie die Beamten im Ministerium für Gesundheitswesen die Einrichtung von

<sup>276</sup> Zur Diskussion bei der Tagung der Bezirksbeauftragten für Geschwulstbekämpfung am 19.4.1955 in Berlin. BArch DQ1 6120. In den 1950er Jahren blieb die Zuteilung von speziellen Lebensmittelkarten ein Dauerbrenner der Diskussion, wie die weiteren in dieser Akte gesammelten Dokumente belegen.

<sup>277</sup> Vordruck eines vom Amt des Bezirkes Magdeburg, Abt. Gesundheitswesen, Referat Volkskrankheiten 30-43 an die Kreisräte und an die Betreuungsstellen für Geschwulstkranke verschickten Schreibens vom 20.11.1956. BArch DQ1 6120.

<sup>278</sup> Prof. Dr. Robert Schröder, Universitäts-Frauenklinik an der Karl-Marx-Universität Leipzig, an die Regierung der DDR, Ministerium für Gesundheitswesen, H.A. Heilwesen, Dr. Rautenberg, Leipzig, den 25.09.1956; Dr. Rautenberg, Abt. Volkskrankheiten an den Rat des Bezirkes Magdeburg, Abt. Gesundheitswesen, Ref. Volkskrankheiten, 11.12.1956; Dr. Rautenberg, Abt. Volkskrankheiten an das Strahleninstitut Gera, Herrn Dr. Dalicho, 21.12.1956; Dr. Dalicho, Rat des Bezirkes Gera an Dr. Rautenberg, Ministerium für Gesundheitswesen, Ref. Volkskrankheiten, Geschwulstreferat, Gera, den 15.12.1956. BArch DQ1 6120.

speziellen Genesungsheimen für Geschwulstkranke, wie Krebskranke in der DDR offiziell genannt wurden, um das angsteinflößende Wort „Krebs“ zu vermeiden und zugleich einen Begriff zu gebrauchen, der auch gutartige Tumoren bezeichnen konnte. Diese Entscheidung wurde von vielen in der Krebstherapie tätigen Ärzten unterstützt, weil diese Häuser eine für dringend erforderlich gehaltene, auf die speziellen Probleme und Bedürfnisse von ehemaligen Krebspatienten zugeschnittene medizinische Rehabilitation ermöglichen sollten. Dieses Bündel von Argumenten erschien letztlich wichtiger als die nach wie vor verbreitete Skepsis, ob die Zusammenlegung von Krebspatienten deren Stimmung beeinträchtigen und damit Heilung blockieren könnte.<sup>279</sup>

Ein erster, um 1955 angefertigter Entwurf aus den Akten des Ministeriums für Gesundheitswesen präziserte, wie ein solches Genesungsheim idealerweise auszusehen hatte: Gesucht wurde ein eher kleines Haus mit höchstens dreißig Betten, die in Zwei-Bett-Zimmern untergebracht sein sollten. Das Haus sollte einsam in der Natur liegen und „um Besuche zu vermeiden, möglichst fern einer Bahnstation“. Mit einer Liegewiese, Aufenthaltsräumen und einer Bibliothek ausgestattet, sollte es den zuvor operierten oder bestrahlten Krebspatienten für sechs Wochen ein abgeschiedenes Heim bieten, in dem sie unter der Ägide einer erfahrenen Krankenschwester und einer guten Küchenleiterin sich schonen und zugleich mit einer speziellen eiweißreichen Diät gekräftigt wurden – befreit von den Sorgen um ihre Familien, um die sich in der Zeit der Kur die Fürsorgerinnen der *Betreuungsstellen für Geschwulstkranke* kümmern sollten.<sup>280</sup> Allerdings wurde die während der Kur mehr oder weniger erzwungene Trennung von der Familie und deren Sorgen nicht von allen Patienten als Entlastung empfunden, wie eine Beschwerde über das in einer der Kurheime durchgesetzte faktische Verbot, nach Hause zu telefonieren oder Anrufe entgegenzunehmen, deutlich zeigt. Der Beschwerdeführer, ein Beamter des Innenministeriums, der im Namen seiner krebskranken Frau und deren während der Kur kennengelernten Freundin schrieb, führte aus, dass gerade die durch die Informationssperre verursachte Unsicherheit über das Wohlergehen der Familie die Frauen belaste und ihnen das Gefühl vermittele,

---

<sup>279</sup> Der zuständige Abteilungsleiter im Ministerium für Gesundheitswesen Rautenberg hatte noch 1956 empfohlen, Krebspatienten in allgemeine *Genesungsheime für Rekonvaleszenten* zu legen, denn: „Mit anderen Kranken zusammen würden sie sich wohl fühlen und nicht immer an ihre Krankheit denken. Das ist doch ein wichtiges psychisches Moment.“ BArch DQ1 6120.

<sup>280</sup> Abschrift: Vorschlag zur Einrichtung eines Erholungsheimes zur Nachbehandlung von Frauen, die wegen eines Genitalkarzinomes operiert worden sind, gez. Hanke. BArch DQ1 6120.

wegen der Schwere ihrer Erkrankung von der Welt isoliert und „eingesperrt“ zu werden.<sup>281</sup>

In den Jahren 1956 und 1957 wurden schließlich drei Objekte gefunden, die passend erschienen und in denen bis 1990 Tausende von Krebspatienten einen Kur-aufenthalt verbringen sollten. Die Gebäude stammten alle aus der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts und wurden nun für die Zwecke eines Genesungsheimes umgestaltet. Nur eines der Gebäude war bereits zuvor medizinisch genutzt worden: das *Waldkrankenhaus* im uckermärkischen Luftkurort Lychen, mitten in einem großen Seen- und Waldgebiet gelegen, das schon um 1900 Heimat einer großen Heilstättenanlage für Tuberkulosekranke geworden war.<sup>282</sup> Im zuvor als Belegkrankenhaus vom Kreiskrankenhaus Templin zusammen mit dem *Landambulatorium Lychen* genutzten *Waldkrankenhaus* wurde ohne größere Umbauten am 1. September 1957 eines der ersten *Geschwulstrehabilitationszentren* der DDR mit zunächst vierzig Betten eröffnet.<sup>283</sup> Hier sollten überwiegend Krebspatientinnen mit Gebärmutterhals- und Brustkrebserkrankungen aus dem Bezirk Neubrandenburg sowie aus dem Universitätsklinikum Greifswald und aus dem Bezirkskrankenhaus Berlin-Friedrichshain aufgenommen werden.

---

<sup>281</sup> Zum Gefühl des „Eingesperrtseins“ trug nach der Darstellung Günther F.s auch bei, dass die Frauen nach 17.30 Uhr das Haus nicht mehr verlassen durften und die Tür verschlossen wurde. Der für die betreffende Klinik in Ziegenhals verantwortliche Arzt Dr. Herold führte aufgrund der Beschwerde eine Aussprache mit den in Ziegenhals weilenden Patientinnen und dem medizinischen Personal durch, über die er in einer Stellungnahme berichtete und bei der laut seiner Aussage die anderen Patientinnen die Vorwürfe des Günther F. als haltlos zurückgewiesen hätten. Dass dabei Angst der Patientinnen vor Dr. Herold und möglicherweise sogar vor einem Ausschluss aus der Nachbetreuung im Spiel war, legen die Ausführungen von Günther F. nahe, der in seiner ursprünglichen Beschwerde bereits die in Ziegenhals herrschende Atmosphäre zum Thema gemacht und beschrieben hatte, dass die Patientinnen Dr. Herold gegenüber keine Kritik zu äußern wagten. Vgl. Beschwerde des Günther F. an das Ministerium für Gesundheitswesen; Abt. Organisation des Gesundheitsschutzes. Berlin, den 2. März 1967, v.a. S. 4 und 6-8 sowie Stellungnahme Dr. Herold zu den Eingaben Günther F. und Ursula B.; ohne Datum. BArch DQ1 2277.

<sup>282</sup> Die ersten Gebäude wurden als Heilanstalt für tuberkulosekranke Kinder 1902 erbaut. Immer neue Gebäude kamen hinzu. Nach 1933 konzentrierten sich die Heilstätten stärker auf (sport-)orthopädische Behandlungen und der Komplex wurde von vielen nationalsozialistischen Funktionären als Kurort entdeckt. Heinrich Himmler und Rudolf Heß gehörten zu den Stammgästen, vgl. Hans Waltrich, *Aufstieg und Niedergang der Heilanstalten Hohenlychen (1902 bis 1945)*, Blankensee 2001.

<sup>283</sup> Jung, *Das Waldkrankenhaus*, S. 270.



Abb. 59: Ansichtskarte, *Waldkrankenhaus* in Lychen (vor 1970)

Nur zwei Monate zuvor hatte der zuständige Abteilungsleiter im Ministerium für Gesundheitswesen das Anfang 1957 eröffnete *Genesungsheim „Georgij Dimitroff“* in Augenschein genommen, das maximal 84 Krebspatienten gleichzeitig einen Kurplatz bieten konnte.<sup>284</sup> Die meisten Zimmer hier waren größer als in Lychen, handelte es sich doch um ein veritables Schloss, das sich der Gubener Tuchfabrikant Ernst C. Lehmann 1928/9 bei dem nahe dem Ort Guben gelegenen Dorf Bärenklau in der Niederlausitz hatte errichten lassen und das 1945 durch die Sowjetische Militäradministration enteignet und für einige Jahre als Gewerkschaftsschule des *FDGB* genutzt worden war.<sup>285</sup> Auch dieses Haus verfügte über eine Bibliothek, eine Reihe von Aufenthaltsräumen, eine Liegewiese im ehemaligen Schlosspark sowie Spaziermöglichkeiten im nahe gelegenen Wald – und beeindruckte seine zeitweiligen Bewohner mit den alten Kaminen und den herrschaftlichen Möbeln, die auch nach der Enteignung im Schloss geblieben waren.<sup>286</sup>

<sup>284</sup> Anfänglich wurde die Schreibweise „Georgij Dimitroff“ benutzt, später dann vereinfacht zu „Georgi Dimitroff“.

<sup>285</sup> Die Zimmeraufteilung war laut Besuchsprotokoll 1957 wie folgt: 1 Einbettzimmer, 5 Zweibettzimmer, 11 Dreibettzimmer, 3 Vierbettzimmer, 2 Fünfbettzimmer und 2 Sechsbettzimmer. Vgl. Aktenvermerk, gez. Dr. Rautenberg. Berlin, den 29.06.1957. BArch DQ1 6341.

<sup>286</sup> Rautenberg vermerkte dazu: „[...] mehrere Tagesaufenthaltsräume sind mit herrlichen gediegenen alten Möbeln ausgestattet. Mit den Treppenaufgängen, der Wandausstattung und den alten Kaminen wirkt das Genesungsheim wie ein altes Museum.“ Vgl. Aktenvermerk, gez. Dr. Rautenberg. Berlin, den 29.06.1957. BArch DQ1 6341. Diese prunkvolle Innenausstattung wurde offenbar auch von den Patienten geschätzt und fand auf zahlreichen Ansichtskarten Erwähnung (im Privatbesitz Bettina Hitzer).





Abb. 60: Ansichtskarte *Genesungsheim „Georgij Dimitroff“* Bärenklau (vor 1971)



**Bärenklau – Genesungsheim „Georgij Dimitroff“**



Abb. 61: Ansichtskarte *Genesungsheim „Georgij Dimitroff“* Bärenklau (vor 1981)

Bereits 1956 war die *Rehabilitationsklinik* in Ziegenhals, einem Ortsteil von Wernsdorf/Königs Wusterhausen nahe Berlin eröffnet worden – auch dies ein altes, allerdings weniger prächtiges Gebäude, denn es war 1906 unter dem Namen Schwanenburg als Lokal und Wohnhaus auf einer Landzunge am Übergang vom



Krossinsee in den Großen Zug erbaut worden. Dieser modern im Stil der 1950er Jahre ausgestatteten Klinik wurden seit 1960 die *Betreuungsstellen für Geschwulstkranke* im Bezirk Groß-Berlin unterstellt. Seit Januar 1965 gehörte die Klinik in Ziegenhals zum neu gegründeten *Onkologischen Zentralinstitut zu Berlin*, das Vor- und Nachsorge, insbesondere die Arbeit sämtlicher Genesungsheime für Geschwulstkranke in der gesamten DDR koordinieren sollte.



Abb. 62: Ansichtskarte *Onkologisches Zentralinstitut zu Berlin* in Ziegenhals (um 1970)

Dieser neue Name wurde nicht nur intern, sondern auch öffentlich gebraucht und sogar auf die Frontseite der Ansichtskarten gedruckt, die Patienten kaufen und an Verwandte oder Freunde schicken konnten. Dies war jedoch nicht Ausdruck eines geänderten Umgangs mit der Diagnose Krebs, die noch immer verschwiegen wurde. Der Name *Onkologisches Zentralinstitut* sollte vielmehr Wissenschaftlichkeit, Kompetenz und staatliche Organisationsfähigkeit signalisieren. Dass medizinische Laien wissen würden, dass die Onkologie der Fachbegriff für die Behandlung von Krebserkrankungen war, wurde zu diesem Zeitpunkt als unwahrscheinlich angesehen, da der Begriff auch in der Medizin selbst noch neu war.

Der laienverständliche Begriff „Krebs“ wurde dagegen streng vermieden, wie etwa der Chefarzt der Wittenberger *Hufelandklinik* Winfried Herberger im nicht-öffentlichen Jahresbericht seiner Klinik betonte, die sich auf die Behandlung von Krebspatienten durch eine spezielle Diät, Bewegungsangebote und andere innerlich wirkende Behandlungen spezialisiert hatte.<sup>287</sup> Auch die Patienten untereinander wurden in der ihnen zu Beginn ihres Aufenthaltes überreichten Hausordnung ausdrücklich darauf hingewiesen, dass es unerwünscht sei, „im Krankenzimmer mit den Mitpatienten über sein eigenes Leiden zu sprechen“.<sup>288</sup> Hintergrund war nicht nur die Sorge, das Unwort „Krebs“ könne hier zur Sprache kommen, sondern auch die Überzeugung, dass die Patienten sich durch Gespräche über ihre Krankheit in Angst und Hoffnungslosigkeit hineinsteigern würden. Darum lasen die Patienten der *Hufelandklinik* unter Punkt 2 der Hausordnung die Empfehlung:

„Bei aller Ruhe, die erstrebt wird, soll durchaus Freude und Fröhlichkeit in Ihrem Krankenzimmer herrschen. Freundliche Patienten sind uns lieber als ewig unzufriedene, nörgelnde, finstere Patienten. Vergessen Sie nicht, daß eine fröhliche Stimmung für die Genesung wertvoller ist als Tabletten und Injektionen!“<sup>289</sup>

In ähnlicher Weise wurde das Pflegepersonal aufgefordert, den „oft trübsinnig[en] und unfreundlich[en]“ Patienten „Sonne“ zu bringen und alle Redewendungen zu vermeiden, die die Aufmerksamkeit der Patienten auf ihren möglicherweise sich verschlechternden Gesundheitszustand lenken könnten. Konkret sollten sie folgende Sätze und Fragen vermeiden: „Können Sie NOCH stehen, laufen? Na, geht es denn NOCH? Haben Sie SCHON Kreuzschmerzen, Morphinum erhalten? Es wird schon NOCH gehen! Sie sehen ja blaß, elend aus! Haben Sie WIEDER abgenommen?“<sup>290</sup>

Diese Sprechverbote waren jedoch nicht gleichbedeutend mit einem von der ärztlichen Leitung verordneten allgemeinen Zwangsoptimismus, unter dessen Regime Sorgen generell negiert worden wären. Denn hier ging es um ein sehr spezifisches Sprechverbot: Der kranke und sterbende Körper stellte hier, in den *Genesungsheimen*, das Tabu dar – ebenso wie die an Sterben und Tod geknüpften Gefühle der Traurigkeit, Angst und Verzweiflung. Die auf das Weiterleben gerichteten Sorgen sollten dagegen

<sup>287</sup> „Unsere [...] Diätvorschriften enthalten aus psychologischen Gründen keinerlei Hinweise auf Krebs bzw. meiden direkt jede Erklärung für diese Spezialdiät.“ Vgl. Winfried Herberger, Jahresbericht 1961. 25.03.1961, S. 1. BArch DF 4/53231.

<sup>288</sup> Herberger, Behandlung, S. 307.

<sup>289</sup> Ibid.

<sup>290</sup> Leitsätze für das Pflegepersonal, in: Herberger, Behandlung, S. 306 [Hervorhebungen im Original].



in den Genesungsheimen offen geäußert werden. Für diese Art von „Sorgen und Nöten“, wie die im öffentlichen Sprachgebrauch häufig benutzte, etwas verharmlosende Sprachformel lautete, standen der betreuende Arzt sowie die staatliche Fürsorgerin als Gesprächspartner zur Verfügung, die Lösungen in Form von „Schonarbeit“, Schwerbehindertenausweisen, Haushalts- und Ernährungshilfen finden würden.<sup>291</sup>



Abb. 63: Die Bildunterschrift lautete: „Krankenhaus für Geschwulstrekonvaleszenten in Lychen. Die Fürsorgerin erfährt im Gespräch mit Patienten bei der Kaffeetafel die Sorgen und Nöte der einzelnen Frauen.“ (1958)

Sorgen richteten sich auf konkrete, materielle Probleme, die zu lösen die DDR ganz im Sinne des historischen Materialismus angetreten war. Diese Lösungskompetenz wurde dementsprechend in den *Genesungsheimen* und der Gesundheitspolitik in den Vordergrund gestellt, während die Angst vor Verfall, Sterben und Tod das gesellschaftliche Primat dieser Lösungskompetenz unterminierte. Im Sinne dieser Gesellschaftstheorie wurde auch von Krebspatienten eine entsprechende Haltung gegenüber ihrer Krankheit erwartet, in der sich die Patienten untereinander bestärken sollten. Im

---

<sup>291</sup> Das Konzept der Schonarbeit wurde Mitte der 1950er Jahre in der DDR entwickelt und sollte die Wiedereingliederung in den Arbeitsmarkt erleichtern. In größeren volkseigenen Betrieben wurden Schonarbeitsplätze teilweise sogar in den Betriebskollektivverträgen verankert. Im April 1961 wurden die Regelungen zur Schonarbeit ins Gesetzbuch der Arbeit aufgenommen, vgl. Boldorf, *Rehabilitation*, S. 471f.

Laufe der 1960er Jahre begannen einige der *Genesungsheime* diese Form der gegenseitigen „Erziehung zur Solidarität und Mithilfe“ aktiv zu fördern. In der Krebstherapie oder -nachsorge tätige Ärzte regten die Gründung von „Klubs ehemaliger Patienten“ an und leiteten gruppenpsychotherapeutische Sitzungen (ehemaliger) Patienten.<sup>292</sup> Ziel dieser Bemühungen war es, aus den (ehemaligen) Krebspatienten „nicht etwa eine ‚Brüderschaft der vom Schmerz Gezeichneten‘ im Sinne Albert Schweitzers, sondern ein positives Kollektiv aktiver Leidensgenossen voller Hoffnung und Willen zu bewußtem Leben“ zu bilden.<sup>293</sup>

Dass sich das Gefühl, Teil eines „Kollektivs“ zu sein, nicht so leicht einstellte, bemängelte etwa Lotte B., die Anfang 1970 ungefähr sechs Wochen zur Kur im *Waldkrankenhaus Lychen* verbrachte. An die Familie ihres Neffen schrieb sie gegen Ende ihres Aufenthalts: „Wir sind hier 36 Geschwulstkranke, davon 14 Männer, sogar 1 Professor aus Berlin. [...] Ich hab [...] noch keine Gemeinschaft gefunden u. bin darum zur Kirche gegangen.“<sup>294</sup> Eine junge Frau, die um 1965 zur Kur nach Bärenklau kam, schrieb dagegen an ihren Vater: „Bereits in Guben war der Wartesaal voll ‚Bärklauer‘. Wir mußten dort bis abends warten und saßen schon tischweise zusammen. [...] Es sind eine ganze Menge junge Frauen hier, auch nette, intelligente.“<sup>295</sup>

Wie auch immer im Einzelfall die Zimmergenossen zusammenpassten: Mit den sogenannten *Genesungsheimen für Geschwulstrekonvaleszenten* waren erstmals Orte geschaffen worden, an denen Krebspatienten für mehrere Wochen zusammenlebten. Zwar waren sie auch zuvor während der Therapie auf den jeweiligen klinischen Stationen anderen an Krebs erkrankten Menschen begegnet. Aber diese Begegnung fand zu einer Zeit statt, als Schmerzen, Schwäche und andere körperliche Beschwerden ihr Erleben stark bestimmten und die Möglichkeiten des Miteinanderredens beschränkten, ganz abgesehen davon, dass in den Kliniken immer auch Menschen mit ganz anderen Erkrankungen mit auf Station lagen. Dies war anders während der Zeit, die ehemalige Krebspatienten in den spezialisierten *Genesungsheimen* verbrachten. Und auch wenn nicht alle dort wussten, dass sie an Krebs litten, so hatten doch alle

<sup>292</sup> Zitat aus: H. Berndt/H. Gummel/G. P. Wildner, Zur Problematik und weiteren Entwicklung der Krebsbekämpfung in der Deutschen Demokratischen Republik, in: *Das deutsche Gesundheitswesen* 18 (1965), S. 786-797, S. 794. BArch B 142/3435, Bl. 50-61.

<sup>293</sup> Winfried Herberger, Die Rolle psychosozialer Faktoren im Rahmen der Rehabilitation Geschwulstkranker, in: *Zeitschrift für die gesamte Hygiene und ihre Grenzgebiete* 15 (1969), S. 67-72, hier S. 70.

<sup>294</sup> Postkarte von Lotte B. an Familie Otto R., Lychen, 09.02.1970. Privatbesitz Bettina Hitzer.

<sup>295</sup> Postkarte an Werner R., o.D., um 1965. Privatbesitz Bettina Hitzer.

vergleichbare Therapien hinter sich und sahen viele ähnlich gelagerte Probleme vor sich, zu denen zunächst auch die Schwierigkeiten gehören konnten, auf die sie in den im Vergleich zu anderen Kurheimen deutlich rigider geführten *Genesungsheimen für Geschwulstkranken* trafen.<sup>296</sup> Trotz aller Sprechverbote existierten so erstmals Räume, in denen an Krebs erkrankte Menschen auf Menschen mit vergleichbaren Erfahrungen trafen. Damit hatte sich der Erfahrungsraum Krebs deutlich verändert.

Auch in der Bundesrepublik plädierten immer mehr Ärzte und Gesundheitspolitiker, allen voran der nach dem Krieg neu gegründete *Deutsche Zentralausschuss für Krebsbekämpfung und Krebsforschung*, für die Einrichtung von speziellen Genesungskrankenhäusern.<sup>297</sup> Im Unterschied zu den Nachkurheimen in der DDR, die in ein zentral organisiertes Gesundheitssystem mit klar zugeordneten regionalen Zuständigkeiten eingegliedert waren, lag die Nachsorge in der Bundesrepublik zunächst in der Obhut der behandelnden Ärzte, die die Nachkur-Überweisungsscheine auszustellen hatten, sowie in der Verantwortung der Krankenkassen und regionalen Krebsbekämpfungsvereine, die oft Träger der Kurheime waren. Einige dieser regionalen Vereine konnten dementsprechend auf bereits in den 1920er Jahren erbaute Nachkurheime zurückgreifen, die während des Zweiten Weltkrieges als Lazarette benutzt worden waren und nun als spezielle *Genesungsheime* für die Nachkur von Krebspatienten zur Verfügung standen.

Ein solches Haus war der *Deisterhort* im niedersächsischen Bad Münden, einem zwischen den bewaldeten Höhenzügen Deister und Süntel im Weserbergland gelegenen Luftkurort. *Deisterhort* war 1920 als Lungenheilanstalt erbaut worden. In den 1950er Jahren wurde der schlossartig anmutende, viergeschossige Bau zum ersten und für viele Jahre einzigen Nachsorgekrankenhaus Niedersachsens, getragen von der niedersächsischen *Landesarbeitsgemeinschaft für Krebsbekämpfung* sowie von den gesetzlichen Krankenkassen in Niedersachsen. *Deisterhort* wurde 1967 durch einen vom Sozialministerium der Regierung Niedersachsen finanzierten Erweiterungsbau

---

<sup>296</sup> Dazu gehörten etwa die eingeschränkten Möglichkeiten der Körper- und Wäschepflege, die offenbar teils auf den Mangel an Wasser und Personal, teils aber auch auf medizinische bzw. pflegerische Erwägungen zurückgingen – etwa um die bestrahlte Haut zu schonen und den Anblick der für Spaziergänge zur Verfügung stehenden Parks nicht durch trocknende Wäsche zu schmälern, vgl. Beschwerde Günther F. und Stellungnahme Dr. Herold. BArch DQ1 2277.

<sup>297</sup> Niederschrift über die Hauptversammlung des Deutschen Zentralausschusses für Krebsbekämpfung und Krebsforschung am 9. Juni 1956 in Göttingen, BArch B 142/411, Bl. 373-385, hier Bl. 381.

vergrößert, so dass ungefähr zweihundert Menschen dort gleichzeitig eine Kur antreten konnten.<sup>298</sup>

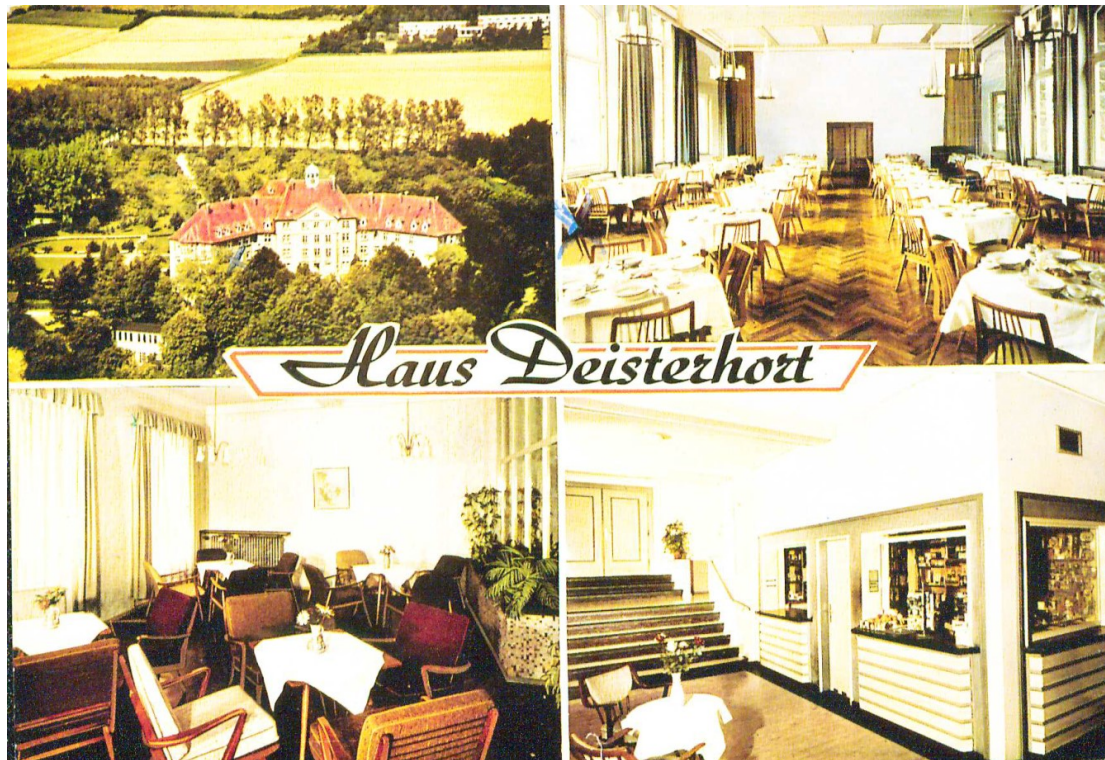


Abb. 64: Ansichtskarte Haus *Deisterhort* (vor 1971)

Auch in anderen Bundesländern wurden Nachsorgekliniken eröffnet. Nordrhein-Westfalen nahm in dieser Hinsicht eine Vorreiterrolle ein: Hier war 1951 einer der ersten regionalen Vereine nach dem Krieg neu gegründet worden: die *Gesellschaft zur Bekämpfung der Krebskrankheiten Nordrhein-Westfalen*, deren erster Vorsitzender Wilhelm Flaskamp seit 1935 als Chefarzt die Frauenklinik und das Röntgeninstitut des Evangelischen Krankenhauses in Oberhausen leitete und über enge Verbindungen ins Düsseldorfer Sozialministerium verfügte.<sup>299</sup> 1954 wandten sich auch die nordrhein-westfälischen Kranken- und Rentenversicherungen dem Problem der Krebsbehandlung und -nachsorge zu und gründeten die *Arbeitsgemeinschaft für Krebsbekämpfung der Träger der gesetzlichen Kranken- und Rentenversicherung im Lande Nordrhein-*

<sup>298</sup> K. Windstosser, Die nachsorgende Behandlung des Krebskranken. Begründung, Wesen und Wirksamkeit derselben. Gutachten in Sachen Bauer / Dr. Pauli, Bad Salzuflen im März 1976, S. 13 (<http://windstosser-museum.info/museum/veroeffentlichungen/1976.pdf>, letzter Zugriff: 06.03.2017). Die Zahl von 200 Betten wird genannt in: Uta König, Ein Haus, das Mut macht, in: *Der Stern* 37 (1980), S. 256.

<sup>299</sup> Windstosser, Die nachsorgende Behandlung, S. 16.

*Westfalen (Arge)*, die bis Mitte der 1970er Jahre bereits zwanzig Nachsorgekliniken in der ganzen Bundesrepublik betrieb.<sup>300</sup>

Trotz dieser ersten Gründungswelle beklagte der *Deutsche Zentralausschuss für Krebsbekämpfung* 1958 in einer öffentlich publizierten Denkschrift die unzureichende Nachsorgesituation in der Bundesrepublik.<sup>301</sup> Nicht nur die Zahl der zur Verfügung stehenden Plätze war Gegenstand der Kritik, sondern vor allem auch die Tatsache, dass nicht-berufstätige Frauen, insbesondere Mütter und (Soldaten-)Witwen keinen Anspruch auf eine von der Krankenkasse finanzierte Genesungskur hatten.<sup>302</sup> Einzig das 1950 von Elly Heuss-Knapp, der Frau des damaligen Bundespräsidenten Theodor Heuss, gegründete *Müttergenesungswerk* ermöglichte in einzelnen Fällen krebserkrankten Frauen eine Nachkur in einem ihrer Heime.<sup>303</sup> Darüber hinaus bemängelte der *Zentralausschuss*, dass eine einzige vier- bis sechswöchige Genesungskur im Anschluss an die klinische Therapie nicht ausreiche. Diese müsse durch mindestens eine weitere, nach mehreren Monaten der relativen häuslichen Schonung angebotene „Sicherungskur“ ergänzt werden. Während einer solchen Sicherungskur sollten nicht nur eine spezielle Diät, Frischluftbehandlung und Bewegung auf dem Programm stehen, sondern auch eine unter ärztlicher Aufsicht erfolgende Behandlung mit Vitaminen, Hormonen und verschiedensten unterstützenden und aktivierenden Medikamenten.<sup>304</sup>

Diese Forderungen wurden von der als Reaktion auf die Denkschrift eingerichteten parlamentarischen *Kommission für die wirtschaftliche Sicherung der Krebskranken* aufgegriffen und schließlich als gesetzlich garantierter Anspruch auf Nach- und Festigungskuren festgeschrieben, die in einem Zeitraum von bis zu drei Jahren nach der primären Behandlung angetreten werden konnten.<sup>305</sup> Die Kuren, die in den 1950er

---

<sup>300</sup> Ibid.

<sup>301</sup> Denkschrift des Deutschen Zentralausschusses für Krebsbekämpfung und Krebsforschung über die Fürsorge und wirtschaftliche Sicherung der Krebskranken. Göttingen, im Juli 1958. BArch B 142/410, Bl. 412-418.

<sup>302</sup> Alfred Diller, Hamburg, Krebsbekämpfungswünsche zur Neugestaltung der Krankenversicherung, in: Die Ersatzkasse H. 5 (Mai 1959). BArch B 142/410, Bl. 496f.

<sup>303</sup> Dr. Nopitsch, Diskussionsbeitrag, im Anschluss an Karl Gernsberger, Die Krebsbekämpfung in Hamburg, in: *Strahlentherapie* 96 (1955), S. 325-344, hier S. 341.

<sup>304</sup> Martius, Denkschrift, S. 3.

<sup>305</sup> Wilhelm Flaskamp, Oberhausen, Welche Forderungen stellt der DZA an die Krebsbekämpfung [Referat, gehalten auf einer Tagung der Kommission für die wirtschaftliche Sicherung der Krebskranken am 3./4. März 1960 in Düsseldorf]. BArch B 142/2027, Bl. 75f. und Diskussionspapier für ein „Gesamtprogramm zur Krebsbekämpfung“ als gemeinsame Aufgabe für Bund und Länder, Sozialversicherungsträger, Ärzte, Krankenhäuser, Deutsche Krebshilfe, wissenschaftliche Fachgesellschaften, Institutionen der Forschungsförderung und alle, die einen unmittelbaren Beitrag zur Krebsbekämpfung leisten können (für die „Große Krebskonferenz“ am 27.9.1979 in Bonn), S. 16. BArch B 138/25846.



Jahren zunächst vor allem Schonung und Stärkung durch allgemeine Kurmaßnahmen bringen sollten, wurden auf diese Weise immer stärker medikalisiert. Diese Tendenz zur Medikalisierung der Kuren prägte auch die Gestaltung von zwei Häusern, die die *Bayrische Arbeitsgemeinschaft für Krebserkennung und Krebsbekämpfung* 1968 und 1969 bauen ließ. Dabei handelt es sich zum einen um die *Gynäkologisch-onkologische Klinik Bad Trissl* in Oberaudorf, zum anderen um die *Schloßberg-Klinik* in Oberstaufen, die beide ausdrücklich als „Klinik“ bezeichnet wurden. Ganz auf dieser Linie beschrieb der Direktor der Klinik in Bad Trissl die Konzeption einer Tumornachsorgeklinik mit den Worten:

„Die Lage und die architektonische Gestaltung einer gynäkologisch-onkologischen Klinik sollte aus psychologischen Gründen der Patientin den Eindruck eines modernen Hotels oder eines komfortablen Sanatoriums vermitteln; in der inneren Struktur aber, in bezug auf personelle Besetzung und apparative Ausstattung mit röntgen- und nuklearmedizinischer Abteilung sowie großen klinischem Labor, einem Krankenhaus gleichen.“<sup>306</sup>



Abb. 65: Ansichtskarte Gynäkologisch-onkologische Klinik Bad Trissl (1970er Jahre)

<sup>306</sup> A. Leonhardt, Die klinische Nachbehandlung der operierten oder bestrahlten Genital- und Mamma-karzinom-Patientin. Konzeption und Erfahrungen einer gynäkologisch-onkologischen Nachbehandlungsklinik, in: Monatskurse für ärztliche Fortbildung 6 (1974), S. 239-243, hier S. 239.



Abb. 66: Empfangshalle der *Schloßberg-Klinik* (1970)

Dieses doppelgesichtige Erscheinungsbild der neu eingerichteten Nachsorgekliniken diente dezidiert auch der Abgrenzung zu alternativmedizinischen Behandlungsmethoden, wie sie etwa in der 1965 wieder eröffneten, von dem zunächst verurteilten und später freigesprochenen Josef Issels geleiteten *Ringberg-Klinik* am Starnberger See praktiziert wurden. Denn wenn in der Nachsorge nun immer mehr die Stärkung des Allgemeinzustands und die Aktivierung der körpereigenen Abwehrkräfte in den Vordergrund gestellt sowie Maßnahmen wie Diät oder Bewegungstherapie angeboten wurden, erschloss sich keineswegs mehr auf den ersten Blick, inwiefern die Therapieangebote eines Josef Issels als „obskure Behandlungsmethoden“ gelten sollten, wie es Karl Heinrich Bauer, einer der Gründer des Heidelberger *Krebsforschungszentrums* und zugleich einer der wichtigsten Gutachter im Issels-Prozess, in einem Vortrag 1968 betonte.<sup>307</sup> Indem allerdings die Bedeutung der Nachsorgekliniken bei der technisch avancierten, engmaschigen Suche nach Rezidiven und Metastasen als zweite Aufgabe der Nach- und Sicherungskuren in den Vordergrund gestellt wurde, erschien es nicht

<sup>307</sup> Auf diesen Vortrag bezog sich: K.-H. Orda, Die wirtschaftliche Betreuung der Krebskranken in der Bundesrepublik Deutschland (Festvortrag auf der Jahreshauptversammlung der Österreichischen Krebsgesellschaft am 09.03.1971), in: *Der Krebsarzt* 26 (1971), S. 153-169, hier S. 166. Zum Issels-Prozess vgl. die Ausführungen im Kapitel 2.

mehr fraglich, dass hier Schulmedizin auf höchstem technischen Niveau praktiziert wurde. Im Kontrast dazu wurde alternativmedizinisch orientierten Privatkliniken auch in der Publikumspresse unterstellt, lediglich am Geldbeutel ihrer Patienten interessiert zu sein, während die Nachsorgekliniken auch Kassenpatienten den Komfort „erstrangiger Hotels“ bei gleichzeitig hochqualifizierter medizinischer Betreuung anböten.<sup>308</sup>

In der DDR hatte diese Art medizinischer Konkurrenz keinen Platz. Dort war die Rezidiv-Kontrolle in die Verantwortung der regionalen *Geschwulstberatungsstellen* gelegt worden. Zwar fanden auch in der Bundesrepublik Kontrolluntersuchungen außerhalb der Kuraufenthalte statt. Die Kontrolluntersuchungen waren zugleich jedoch in die bundesdeutschen Nach- und Sicherungskuren integriert worden. Diese stetige Kontrolle des Körpers, der auch während der Kur ständig vermessen und durchleuchtet wurde, war ein Grund dafür, dass Gefühle und psychischer Zustand der Patienten während der Kuraufenthalte in der Bundesrepublik viel stärker als in der DDR auch von den Ärzten thematisiert wurden. Eine weitere Ursache war die starke Betonung von Angst in der bundesdeutschen Psychosomatik ebenso wie in den Bürgerbewegungen der 1970er Jahre.<sup>309</sup>

So führte die nordrhein-westfälische *Arbeitsgemeinschaft für Krebsbekämpfung* Anfang der 1960er Jahre eine erste Auswertung der bisher finanzierten Nachkuren durch, in der explizit nach den „psychischen Auswirkungen einer Nachkur bei Geschwulstkranken“ gefragt wurde. Die Evaluation kam zu dem Ergebnis, dass

„das psychische Trauma durch die offenkundige Manifestation des Malignoms [...] eine starke psychische Belastung [bewirkten], die sich durch Depressivität, Steigerung der affektiven Erregbarkeit, Beeinträchtigung des Selbstwertgefühls äußert[e] und unter den Symptomen von Minderwertigkeitsgefühlen, Mißtrauen, seelischen Hemmungen auch der Umgebung der Geschwulstkranken auffällig“ wurde.<sup>310</sup>

<sup>308</sup> Vgl. den Artikel über die Kliniken in Oberaudorf und Oberstaufen: Egon Klohn, An Krebs operiert (Rubrik: Gesundheitsmagazin), in: HörZu 13 (1970), S. 132-137.

<sup>309</sup> Vgl. dazu die Ausführungen in Kapitel 2.

<sup>310</sup> Carl Ludwig Paul Trüb/Carl Humperdinck, Ergebnisse einer Repräsentativstatistik über die Nachkuren bei Geschwulstkrankheiten vom 1. April 1960 bis 30. Juni 1961 in den Nachkurkliniken, Nachkursanatorien und Nachkurheimen der Arbeitsgemeinschaft für Krebsbekämpfung im Lande Nordrhein-Westfalen, in: 7 Jahre Kampf dem Krebs 1956-1962, hg. von der Arbeitsgemeinschaft für Krebsbekämpfung im Lande Nordrhein-Westfalen (Arbeitsgemeinschaft der Träger der gesetzlichen Kranken- und Rentenversicherung im Lande Nordrhein-Westfalen), Bochum 1964. BArch B 142/3436, Bl. 412-451, hier Bl. 430f.



Auch in den Nachkur-Formularen, die die betreuenden Ärzte auszufüllen hatten, wurde nach der „Stimmungslage“ der Patienten während der Kur gefragt. Als erwartbare Gefühle wurden auf dem Formular zum Ankreuzen angeboten: „unauffällig, unruhig, ängstlich, depressiv, erschöpft, mißtrauisch, widerstrebend“.<sup>311</sup> Auffällig aus ärztlicher Sicht war es demnach also, wenn Patienten nicht ausgeglichen erschienen, wenn sie Angst hatten oder niedergedrückt und erschöpft waren oder sich den ärztlichen Anweisungen gegenüber nicht kooperativ zeigten. Dementsprechend betonte etwa der Chefarzt vom *Deisterhort* auf die Nachfrage einer *Stern*-Reporterin:

„Hier kann jeder über seine Ängste sprechen. Natürlich ist jeder, der zum erstenmal hier herkommt, mutlos. Wenn er aber sieht, wie zuversichtlich und fröhlich andere sind, die vor gar nicht langer Zeit die gleiche Operation hatten, fühlt er sich gleich besser.“<sup>312</sup>



Abb. 67: Gesprächsrunde mit Ärztin. Still aus der Fernsehdokumentation „Ich hatte Krebs“ (1970)<sup>313</sup>

<sup>311</sup> Status Praesens über die Nachkur. Formular, hg. von der Arbeitsgemeinschaft für Krebsbekämpfung Nordrhein-Westfalen [o.D., 1967]. BArch B 142/3436, Bl. 328.

<sup>312</sup> König, Ein Haus.

<sup>313</sup> Im Rahmen dieser Dokumentation besuchte die Musikschulsekretärin Natalie Meyer zehn Jahre nach ihrer Operation noch einmal das Kurheim, in dem damals durch drei aufeinanderfolgende Kuren ihre Kraft wiederhergestellt worden war. Bei diesem Besuch zeigte sie den Zuschauern die Orte, die für sie während der Nachkur wichtig geworden waren: Ich hatte Krebs (Regie: Sigrid Schenkenberger), ausgestrahlt als Beitrag *des Gesundheitsmagazins Praxis* am 13.04.1970.

Durch Gespräche in kleineren Patientengruppen, moderiert von Arzt oder Ärztin, sollte die „seelische Umstimmung“ der Patienten gelingen. Eine noch größere Bedeutung maßen die Ärzte jedoch dem Beispiel anderer Patienten bei, deren Genesung weiter vorangeschritten war und die möglicherweise bereits ihre zweite oder dritte Kur in einem „Haus, das Mut macht“ – wie *Deisterhort* im *Stern* titulierte wurde – angetreten hatten.

Auch wenn niemand in der Bundesrepublik eine solche Gruppe von Patientinnen als „Kollektiv von Leidensgenossinnen“ bezeichnet hätte: Letztlich kamen hüten wie drüben in den Genesungs- und Nachkurheimen seit Mitte der 1950er Jahre Krebspatienten zusammen, konnten – und sollten – sich dort erstmals als eine Gruppe von Menschen mit einem ähnlichen Schicksal erleben, die durch die Gespräche und Aktivitäten in dieser Gruppe ein gewisses Gefühl von Gemeinschaft erlebten, in bewusstem Gegensatz zu dem historisch älteren Gefühl des Ausschlusses und der Isolation durch die Krankheit Krebs.<sup>314</sup> Aus der Sicht der in der Krebstherapie tätigen Ärzte wirkte diese Gemeinschaft ermutigend – gerade weil alle, die pflegebedürftig oder bettlägerig waren oder als nicht heilbar galten, von den Kuraufenthalten ausgeschlossen waren.

Aus der Sicht vieler Allgemein- und Hausärzte, die in der Bundesrepublik die Kur-Überweisungen schrieben, blieben diese auf Krebspatienten spezialisierten Kurkliniken allerdings Orte der Angst und Verzweiflung. So beklagte bereits 1960 der niedersächsische Vertreter des *Deutschen Zentralausschusses für Krebsbekämpfung*, „daß viele Einweisungen [nach *Deisterhort*] deswegen nicht erfolgen, weil es als Krebskrankenhaus bekannt ist“.<sup>315</sup> 1980 schließlich stand *Deisterhort* erstmals fast vor dem Aus, weil von den 200 Betten auch im Sommer mehr als achtzig frei blieben, denn – wie der Chefarzt im *Stern*-Interview erklärte – *Deisterhort* habe „bei vielen Ärzten draußen immer noch das Image, eine Sterbe-Klinik zu sein“.<sup>316</sup> Die nach wie vor verbreitete Gleichsetzung von Krebs-Diagnose und Sterben sowie die darauf gegründete Überzeugung, dass das Zusammensein mit (anderen) Krebskranken auch für

<sup>314</sup> So betonte etwa die Gynäkologin Nopitsch aus Nürnberg in einer Diskussion über die Nachsorge: „Zugleich können viele Frauen aus der Isolierung ihres Krankseins herausgelöst und wieder gemeinschaftsfähig werden.“, in: Nopitsch, Diskussionsbeitrag.

<sup>315</sup> Protokoll der Hauptversammlung des DZA am 18.6.1960 im Ärztehaus Frankfurt/Main. BArch B 142/2027, Bl. 110-140, hier Bl. 127.

<sup>316</sup> König, Ein Haus.

diese selbst deprimierend sein müsse, forderte ihren Tribut somit an einem Ort, an dem die tatsächlich Sterbenden ausgeschlossen blieben.

### **5.2.2 *Im Strahlenbunker: Der Mensch, die moderne Maschine und die unsichtbaren Strahlen***

Doch nicht nur die Konzepte, Praktiken und Räume der Nachsorge veränderten sich seit Beginn der 1950er Jahre stark. Auch die Bestrahlungstechniken wandelten sich grundlegend und dieser technische Wandel machte eine Neugestaltung der Bestrahlungsräume notwendig – mit weitreichenden Auswirkungen.

Dieser Wandel wurde durch technologische Innovationen angestoßen, die bereits seit den 1920er Jahren von Strahlenphysikern entwickelt und erforscht worden waren, aber erst um 1950 zur breiteren medizinischen Anwendung in Europa, den USA und der Sowjetunion gelangten. Die entscheidende Forschungsfrage im Blick auf die Krebstherapie lautete hier, wie die für die Bestrahlung innerer Tumore relevante Tiefendosis weiter gesteigert werden könnte, ohne dass die Hautschäden unerträglich oder lebensgefährlich würden. Der Schlüssel zur Lösung dieser Frage lag aus Sicht der Forscher in einem physikalischen Wirkungsprinzip, dem sogenannten Tiefen- oder Aufbaueffekt, der Folgendes besagt: Da bei energiereicher Strahlung die durch die Primärstrahlung ausgelösten Sekundärelektronen der Strahlungsrichtung folgen, addiert sich deren Wirkung zur Wirkung der Primärstrahlung und erhöht auf diese Weise die Strahlendosis in der Tiefe. Je höher die Quantenenergie, desto tiefer liegt das Dosismaximum – und dieser Effekt fällt bei der Verwendung von Elektronen anstelle von Röntgenphotonen prägnanter aus, wie zu Beginn der 1940er Jahre unternommene Forschungen zeigten.<sup>317</sup> Um den gewünschten Tiefeneffekt zu erzielen, mussten demnach Strahlen erzeugt werden, die eine Spannung von mindestens 1 Million Volt benötigten: die sogenannte Mega- oder Supervolttherapie.

Ein Weg zur technischen Lösung dieses Problems, der Erzeugung von Strahlung im Megavoltbereich, wurde bereits Anfang der 1920er Jahre zur Patentreife gebracht: die Mehrfachbeschleunigung von Elektronen in einem magnetischen Wirbelfeld. Dieses Prinzip wurde 1935 erstmals in einem Forschungslabor der *Siemens-*

---

<sup>317</sup> Weiss, Von der Hochvolt- zur Megavolttherapie, S. 141 und Josef Becker/K. E. Scheer, Einleitung, in: dies. (Hg.), Betatron und Telekobalttherapie. Internationales Symposium am Czerny-Krankenhaus für Strahlenbehandlung der Universität Heidelberg vom 1.-3. Juli 1957, Berlin/Heidelberg 1958, S. 1-4, hier S. 2.

*Schuckertwerke Berlin* erfolgreich technisch umgesetzt, indem dort das erste funktionsfähige Betatron gebaut wurde. Dessen Name ist jedoch irreführend, da das Betatron keine radioaktive Strahlenquelle nutzt. Die durch die Elektronenbeschleunigung erzeugte Strahlung ähnelt lediglich der beim radioaktiven Zerfall auftretenden Betastrahlung.<sup>318</sup> Dieser mit Röntgenstrahlen technisch nicht erreichbare Energiereichtum der Strahlung erschien auch der militärischen Forschung vielversprechend, im nationalsozialistischen Deutschland ebenso wie in den USA, so dass die technische Weiterentwicklung des Betatron-Prinzips stark durch dessen vermuteten militärischen Nutzen vorangetrieben wurde.<sup>319</sup> Ebenfalls für die militärische Forschung interessant war das etwa zeitgleich entwickelte Zyklotron, das allerdings im Unterschied zum Betatron Beschleunigungselektroden nutzte.<sup>320</sup>

Neben dem Beta- und dem Zyklotron, die beide auf dem Prinzip der Mehrfachbeschleunigung von Elektronen basierten, stand Anfang der 1950er Jahre der Krebsmedizin ein drittes Gerät zur Verfügung, das Strahlen mit einer Spannung von mehr als 1 Million Volt zu erzeugen imstande war: das Gammatron, das in den Medien, aber auch unter Medizinern Kobaltkanone genannt wurde. Das Gammatron nutzte im Unterschied zum Betatron tatsächlich eine radioaktive Strahlenquelle: das Radionuklid Kobalt-60. Mehr noch als das Beta- und Zyklotron war das Gammatron ein Produkt der während des Zweiten Weltkrieges durchgeführten militärischen Forschung. Denn Kobalt-60 ist – anders als Radium – kein in der Natur auffindbares Isotop, sondern es wird künstlich durch die Bestrahlung des natürlichen Elements Kobalt-59 mit Neutronen erzeugt. Erst die Entwicklung des Kernreaktors im Rahmen des vom amerikanischen Militär mit Unterstützung Großbritanniens und Kanadas während des Zweiten Weltkriegs betriebenen *Manhattan Projects* erlaubte darum die Herstellung von Kobalt-60, das ebenso wie Radium Gammastrahlen abgibt, die allerdings deutlich energiereicher und darum therapeutisch wirksamer sind.<sup>321</sup>

---

<sup>318</sup> Die Benennung als Betatron war das Ergebnis einer fakultätsinternen Ausschreibung an der University of Illinois, an der Donald Kerst forschte, der das Betatron in den USA weiterentwickelte und der ab 1943 für das *Manhattan Project* in Los Alamos arbeitete: ders., Shall New Machine Be Named Betatron or Rheotron, in: Chemistry Leaflet 15, 10 (1942), S. 7-12.

<sup>319</sup> Zum Interesse der deutschen Luftwaffe am Betatron vgl. Weiss, Von der Hochvolt- zur Megavolttherapie, S. 140. Zur von der *Deutschen Forschungsgemeinschaft* geförderten deutschen Forschung vgl. Schwerin, Strahlenforschung. Zum Interesse des amerikanischen Militärs vgl. Bruce Cameron Reed, The History and Science of the Manhattan Project, Berlin/Heidelberg 2014, S. 315.

<sup>320</sup> Zur amerikanischen militärischen Forschung am Zyklotron vgl. Leopold, Under the Radar, S. 105f.

<sup>321</sup> Leopold, Under the Radar, S. 240 und allgemeiner zum Zusammenhang zwischen dem *Manhattan Project* und dem Wandel der Strahlentherapie nach 1945: Angela N. H. Creager, Atomic Transfiguration, in: Lancet 372, 9651 (2008), S. 1726f.

Zudem war die Herstellung von Kobalt-60 erheblich kostengünstiger als der Ankauf des seltenen natürlichen Elements Radium. Diese neue Chance für die Krebstherapie ergriff als erster der an der University von Saskatchewan forschende Kanadier Harold E. Johns, der 1951 das erste Kobalt-60-Bestrahlungsgerät in Betrieb nahm.<sup>322</sup> Das Interesse der militärischen Forschung am Kobalt-60 hielt auch im Kalten Krieg unvermindert an. Wie sehr gerade dieses radioaktive Element weiterhin im Fokus der militärischen Forschung ebenso wie der militärischen Planung blieb, zeigt die Tatsache, dass der amerikanische General Douglas MacArthur während des Koreakriegs an der Jahreswende 1950/1 Pläne entwickelte, zum Schutz vor einer erneuten Invasion Koreas durch China oder die Sowjetunion einen ganzen Landstrich mit Hilfe einer mit Kobalt-60 ummantelten Wasserstoffbombe für mehr als hundert Jahre radioaktiv zu verseuchen – ein Plan, den Stanley Kubrick in seiner 1964 im Kino gezeigten Nuklearkriegssatire „Dr. Strangelove“ aufgriff, der also spätestens seit Mitte der 1960er Jahr einem breiteren Publikum bekannt war.<sup>323</sup>

Diese enge Verknüpfung von militärischer und medizinischer Nutzung der neu entwickelten Bestrahlungstechniken hatte mehrere Effekte: Sie führte erstens dazu, dass nun viel Geld in die Erforschung und Weiterentwicklung der neuen Technologien floss, so dass die ersten nach dem Zweiten Weltkrieg genutzten Geräte mit einer Strahlungsintensität von 15 MeV bald durch immer leistungsstärkere ersetzt wurden. Das militärische Interesse an den Kurz- und Langzeiteffekten dieser Bestrahlungsformen beeinflusste zweitens die Schnelligkeit, mit der die neuen Geräte, insbesondere das Gammatron, für die klinische Anwendung übernommen wurden, sowie die Entscheidungen darüber, wer wie bestrahlt wurde. Dieser Effekt zeigte sich besonders ausgeprägt in den USA, wo die Geräte seit Anfang der 1950er Jahre zunächst von ausgewählten Kliniken in Gebrauch genommen wurden.<sup>324</sup> Dort wurden an Krebs erkrankte Menschen mithilfe von Beta-, Zyklo- oder Gammatrons bestrahlt, obwohl noch völlig unklar war, welche Dosierung therapeutisch wirksam war, ohne zugleich verheerende Nebenwirkungen nach sich zu ziehen. Denn der Vorteil dieser

---

<sup>322</sup> Leopold, *Under the Radar*, S. 46.

<sup>323</sup> MacArthurs Plan sah vor, das Gebiet am Yali, dem Grenzfluss zwischen Nordkorea und China, radioaktiv zu verseuchen. MacArthurs Eintreten für den Einsatz von Atomwaffen war einer der Gründe, warum der amerikanische Präsident Truman ihn schließlich am 11. April 1951 seines Postens enthob, vgl. Bernd Stöver, *Geschichte des Koreakriegs. Schlachtfeld der Supermächte und ungelöster Konflikt*, München 2013, S. 96f.

<sup>324</sup> Die amerikanische Atomenergiekommission genehmigte 1951 die medizinische Anwendung von Kobalt-60 in den USA: Leopold, *Under the Radar*, S. 34.

energiereichen Strahlung, die höhere Tiefendosis, stellte im Hinblick auf die Dosimetrie zunächst ein großes Problem dar. Die für die Röntgenstrahlung entwickelte Form der Dosismessung, die Hauterythemdosis, war für diese neue Technik nicht mehr anwendbar, da eine sichtbare Hautreaktion erst spät auftrat, nämlich dann, wenn die Strahlen im Inneren des Körpers bereits ernsthaften Schaden angerichtet hatten. Dennoch wurden die neuen Geräte im ganz normalen klinischen Betrieb genutzt, die bestrahlten Patienten waren damit Teil eines medizinischen Versuchs, ohne dass sie dies selber gewusst hätten oder die Behandlung in der Klinik von den beteiligten Ärzten als Experiment verstanden worden wäre.

Irma Natanson, eine 35-jährige Hausfrau und Mutter, die 1955 im Anschluss an eine Brustkrebsoperation als eine der ersten Patientinnen im US-Bundesstaat Kansas mit dem Gammatron bestrahlt wurde, musste an ihrem eigenen Körper erleiden, was die schnelle und weitgehend ungeprüfte medizinische „Übernahme“ der militärischen Technologie bedeuten konnte:<sup>325</sup> Bereits während des ersten Bestrahlungszyklus begannen ihre Rippen stark zu schmerzen und unter ihrem Arm entwickelte sich ein Geschwür. Ihre Rippen und die darüber liegende Haut waren so stark geschädigt, dass die Haut nekrotisierte und die Rippen zerstört blieben. Auch mehr als zwanzig Operationen, bei denen immer wieder Haut transplantiert wurde, konnten das große „Loch“ über ihrem Brustkorb kaum schließen. Der linke Lungenflügel funktionierte nicht mehr, sie konnte ihren linken Arm nicht mehr bewegen und litt während ihres monatelangen Krankenhausaufenthalts trotz hoch dosierter Schmerzmittel unter schwersten Schmerzen.

Im Juni 1957 reichte sie Schadensersatzklage gegen den Radiologen John R. Kline ein, der sie behandelt hatte – denn ihre Familie konnte die enorm hohen Krankenhauskosten nicht mehr bezahlen. In der Anklage warf sie John R. Kline einen medizinischen Kunstfehler vor, da er sie bestrahlt hatte, obwohl die bei der Operation entnommenen Gewebeproben gezeigt hätten, dass ihr Tumor lokal begrenzt gewesen sei und keinerlei Lymphknoten befallen waren, sie also bereits durch die Operation

---

<sup>325</sup> Eine ausführliche Schilderung und Diskussion dieses Fall findet sich in Leopold, *Under the Radar*, S. 36-58. Viele Details sind auch den Revisionsunterlagen von 1960 zu entnehmen, die online zugänglich sind: Natanson v. Kline, Irma Natanson, Appellant, v. John R. Kline and St. Francis Hospital and School of Nursing, Inc., Appellees. No. 41, 476. Supreme Court of Kansas. Opinion Filed April 9, 1960, in: Justia US Law, <http://law.justia.com/cases/kansas/supreme-court/1960/41-476-2.html> (letzter Zugriff: 06.03.2017) sowie dies., Opinion denying a rehearing filed August 5, 1960, in: Justia US Law, <http://law.justia.com/cases/kansas/supreme-court/1960/41-476-1.html> (letzter Zugriff: 06.03.2017).

geheilt, die Bestrahlung also überflüssig gewesen sei. Um den von ihr erlittenen Schaden der Jury zu demonstrieren, wurde Natanson während des Prozesses gebeten, unter Ausschluss der Öffentlichkeit ihren Oberkörper zu zeigen. Einer der damals anwesenden Staatsanwälte beschrieb im Nachhinein, was er sah:

„The ribs had been destroyed by the radiation and the best that had been able to accomplish, was to have a layer of skin over the opening. I recall seeing the beat of the heart reflected in moments of this skin flap.“<sup>326</sup>

Dennoch wurde Kline nicht wegen eines Kunstfehlers verurteilt, da jedwede Krebserkrankung – auch eine früh erkannte, lokal begrenzte – die Anwendung der radikalsten Mittel erfordere, so das Urteil der Jury. Verurteilt wurde Kline allerdings, weil er Irma Natanson nicht über die möglichen Schäden der Bestrahlung aufgeklärt und dementsprechend ihr „informiertes Einverständnis“ eingeholt hatte. Mit diesem Urteil wurde der Prozess Natanson vs. Kline zu einem wichtigen Meilenstein in der Geschichte des sogenannten *informed consent*, des informierten Einverständnisses.

Der militärhistorische Hintergrund dieser Geschichte, das Drängen auf schnelle klinische Anwendung, um die Strahleneffekte zu erforschen, wird dabei leicht übersehen.<sup>327</sup> Wieviel weiter das militärische Interesse und die daraus folgende Beeinflussung der Strahlentherapie von Krebspatienten durch das amerikanische Militär ging, wurde im Ansatz 1971 bekannt. Denn in diesem Jahr veröffentlichten erste amerikanische Zeitungen wie etwa die *Washington Post* Berichte über Experimente, die zwischen 1960 und 1971 an der University of Cincinnati Medical School unter der Leitung von Eugene L. Saenger stattgefunden hatten. Finanziert vom Verteidigungsministerium hatte Saenger in dieser Zeit 88 überwiegend todkranke Krebspatienten am ganzen Körper bestrahlt – mit dem Versprechen, dass die Ganzkörperbestrahlung eine letzte therapeutische Hoffnung sei oder zumindest einen palliativen Effekt haben könnte. Mit dieser Begründung wurden die Ergebnisse der Bestrahlung auch in der medizinischen Fachliteratur ohne einen Hinweis auf die Geldgeber publiziert. Tatsächlich war ein therapeutischer oder palliativer Effekt von Saenger und den anderen Beteiligten nicht erwartet worden und stand in keinem Fall im Mittelpunkt des Versuchs. Das eigentliche Forschungsinteresse richtete sich wie schon in einer früheren, am *M. D. Anderson-Krankenhaus* in Houston durchgeführten Testreihe mit

<sup>326</sup> Zitiert nach Leopold, *Under the Radar*, S. 44.

<sup>327</sup> Es ist das große Verdienst der amerikanischen Historikerin Ellen Leopold, auf diese Zusammenhänge aufmerksam gemacht zu haben, vgl. dies., *Under the Radar*.

todkranken Krebspatienten darauf zu erfahren, welche körperlichen und psychischen Folgen welche Intensität von Ganzkörperstrahlung verursachen würde – eine Frage von hohem Interesse für den Einsatz von Soldaten nach einem möglichen Abwurf von Atombomben.<sup>328</sup>

Diese spezifisch amerikanische Geschichte, zu der ein mögliches sowjetisches Pendant bisher nicht bekannt ist, scheint auf den ersten Blick wenig Bedeutung für die Strahlentherapie in den beiden deutschen Staaten gehabt zu haben: Die ersten Gammastrahlentherapiegeräte wurden kurz hintereinander 1957/1958 zunächst in der DDR, dann in der Bundesrepublik installiert. Kurz zuvor war eine kanadische Pionierstudie veröffentlicht worden, in deren Rahmen die Kurz- und Langzeiteffekte der Kobaltbestrahlung über einen Zeitraum von fünf Jahren beobachtet worden waren.<sup>329</sup> Zwar war das Problem der Dosierung damit noch nicht abschließend gelöst. Allerdings machte diese Studie publik, welche Strahlungsintensitäten zu gravierenden Folgen führten, so dass die Strahlenmediziner in beiden deutschen Staaten ähnlich furchtbare Nebenwirkungen, wie sie Irma Natanson erlitten hatte, vermeiden konnten. Versuche mit Ganzkörperbestrahlung von Krebspatienten sind nach heutigem Wissen weder in der Bundesrepublik noch in der DDR durchgeführt worden.

Dennoch war das militärisch-medizinische Doppelgesicht dieser neuen Bestrahlungsgeräte für deren Wahrnehmung in der deutsch-deutschen Öffentlichkeit relevant. Es beeinflusste die Bilder und Gefühle, die Krebspatienten durch Kopf und Körper gingen, während sie auf ihre Bestrahlung warteten und vor allem während sie unter dem leise surrenden Arm des übermannsgroßen Geräts lagen, das sie mit Strahlen „beschoss“, die sie weder sehen noch spüren konnten. Denn insbesondere in den bundesrepublikanischen Medien, aber auch in der DDR wurde den neuen Bestrahlungsgeräten große Aufmerksamkeit geschenkt.

Die militärische Nutzung wurde hier zunächst als Parallelbild eingesetzt, um die kaum fassbare Zerstörungskraft dieser Strahlen im Kampf gegen den Feind Krebs zu illustrieren.<sup>330</sup> Ob das in den USA genutzte Zyklotron 1948 im *Spiegel* als das

<sup>328</sup> Zu den zwischen 1951 und 1956 in Houston durchgeführten Versuchen ebenso wie zu den Versuchen in Cincinnati, bei denen ausgesprochen viele Afroamerikaner als Testpersonen ausgewählt wurden, vgl. Leopold, *Under the Radar*, S. 80-98.

<sup>329</sup> Diese Studie basierte auf den Daten von 942 Patienten, die mit Kobalt-60 behandelt worden waren, vgl. T. A. Watson, *Co<sup>60</sup> Telecurietherapy – After Five Years*, in: *Journal of the Canadian Association of Radiologists* 8 (Juni 1957), S. 22-26. Vgl. auch Leopold, *Under the Radar*, S. 76.

<sup>330</sup> Dies entsprach dem frühen medialen Diskurs über die Atomwaffe selbst, in dem das Bild der pilzförmigen Wolke „als sauberes Symbol politischer Macht und technischen Fortschritts“ politisch genutzt wurde und weit in die Alltagskultur hineinreichte, vgl. Gerhard Paul, „Mushroom Clouds“.



„schwerste Geschütz der Atomphysik“ firmierte oder ob *Das Ufer* 1951 in dramatischen Worten schilderte, wie in den USA das erste Mal ein Gehirntumor durch eine „Atomexplosion im Kopf“ zerstört worden war – das Bild der Strahlen als potente Waffe im Kampf gegen den Krebs wurde in den Medien eher als Symbol der möglichen Hoffnung denn als Objekt der Furcht dargestellt.<sup>331</sup>

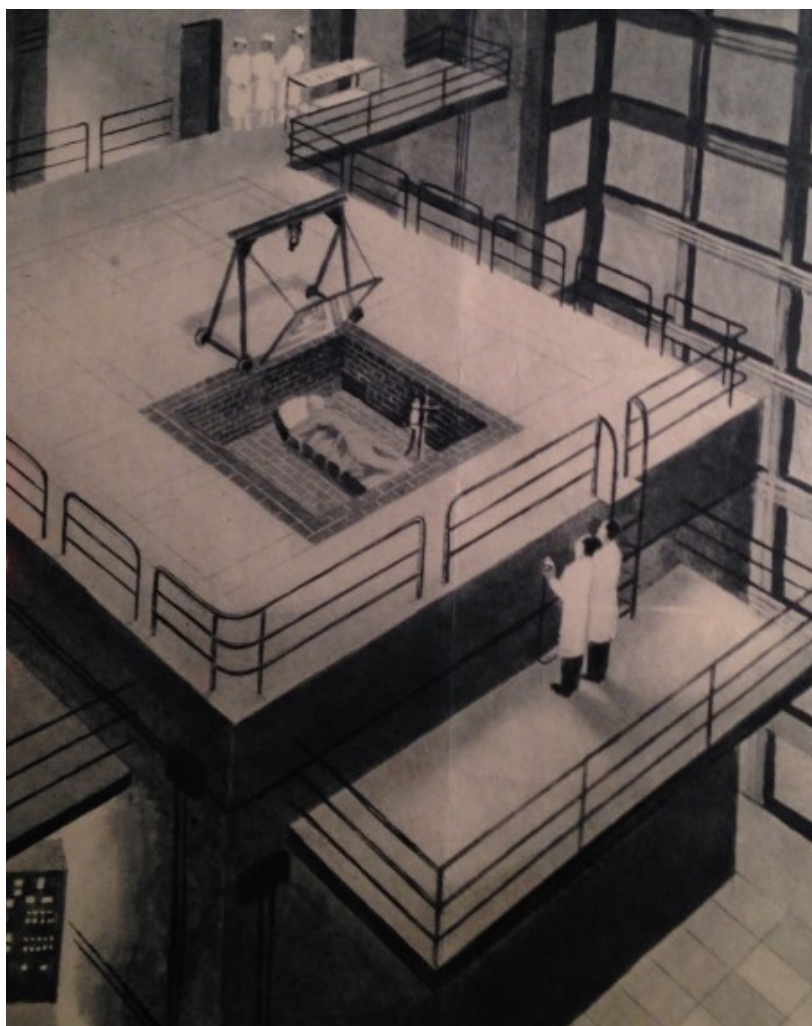


Abb. 68: „Atomexplosion zerstört Gehirntumor“ (1951)

Dieses aus heutiger Sicht beunruhigend wirkende Bild, das den *Ufer*-Artikel begleitete, zeigte eine winzig kleine, auf einer Liege festgeschnallte und in einer Art gemauerten Versenkung isolierte Patientin. Es wurde von den Journalisten ausgewählt, um die ungeheure Kraft der therapeutischen „Atomexplosion“ zu demonstrieren – ein

---

Bilder des atomaren Holocaust, in: ders. (Hg.), *Das Jahrhundert der Bilder*, Bd. 1: 1900 bis 1949, Bonn 2009, S. 723-729, hier S. 725 sowie Philipp Gassert, der Paul ebenfalls zitiert: ders., *Popularität der Apokalypse: Zur Nuklearangst seit 1945*, in: *Aus Politik und Zeitgeschichte* 46/47 (2011), S. 48-54, hier S. 50.

<sup>331</sup> Anonym, *Stoßkeile gegen den Krebs*, in: *Der Spiegel* 51 (1948), S. 27 und Anonym, *Krebs endgültig heilbar!*, in: *Das Ufer* 13 (1951), S. 1-4.

gefährliches Experiment zwar, das aber von der Patientin in ihrer ausweglosen Lage heroisch ruhig eingegangen worden war und letztlich zeigte, dass „der Mensch [...] begonnen [hat], die furchtbaren Gewalten der Atomexplosion zu zähmen“.<sup>332</sup>

Dieser Gedanke, dass die Atomkraft „gezähmt“ und ebenso kontrolliert wie friedlich genutzt werden könnte, wurde von der Politik ebenso wie von den Medien und der Strahlenmedizin in den frühen 1950er Jahren energisch gegen mögliche Atomängste in Stellung gebracht.<sup>333</sup> Die „Atoms for Peace“-Rede, die der amerikanische Präsident Dwight D. Eisenhower im Dezember 1953 vor der UN-Vollversammlung in New York hielt, fasste im Prinzip nur Ideen zusammen, die vorher bereits in der internationalen (Medien-)Politik zirkulierten und gab diesen zugleich eine im amerikanischen Interesse liegende Wendung, die schließlich 1957 zur Gründung der *Internationalen Atomenergie-Organisation* in Wien führte. Auch in der Sowjetunion, die auf Eisenhowers Initiative einging, war bereits zuvor auf die Möglichkeiten einer friedlichen Nutzung der Atomkraft hingewiesen worden, und die *Gesellschaft für deutsch-sowjetische Freundschaft* hatte mit Plakaten in der DDR schon 1950 den Slogan „Atomkraft für den Frieden“ verbreitet, der auch von späteren Ausstellungen aufgegriffen werden sollte.<sup>334</sup> In der Bundesrepublik hatte sich der Atomphysiker Otto Hahn im März 1952 mit einem Vortrag über „Atomenergie für den Frieden“ zu Wort gemeldet, dem er im Februar 1955 eine viel beachtete Rundfunkrede folgen ließ, in der

---

<sup>332</sup> Dieser Heilversuch fand im *Brookhaven National Laboratory* auf Long Island/New York statt, einem 1947 auf dem Gelände von *Camp Upton* (US-Army) gegründeten Forschungszentrum, das damals der *United States Atomic Energy Commission* unterstand. Das *Brookhaven National Laboratory* beherbergte eines von vier kleinen, der amerikanischen Atomenergiekommission unterstellten Krebsforschungszentren, in denen neue radioaktive Therapien im Heilversuch an unheilbar kranken Menschen erprobt werden sollten, vgl. Leopold, *Under the Radar*, S. 75 und 245. Zitat im Text aus: Anonym, *Erste Atomexplosion im Innern des Menschen*, in: *Das Ufer* 13 (1951), S. 25.

<sup>333</sup> Zur Geschichte der Nuklearangst in den USA und im Besonderen zur Rolle der Eisenhower-Rede in diesem Kontext: Spencer R. Weart, *Nuclear Fear. A History of Images*, Cambridge, Mass./London 1988, vor allem S. 155-169. Zur Rolle der Atomangst in der Politik Adenauers vgl. Holger Löttel, „Des Emotionalen Herr werden“: Konrad Adenauer und die „Angst vor der Atombombe“ im Jahr 1957, in: Patrick Bormann/Thomas Freiburger/Judith Michel (Hg.), *Angst in den Internationalen Beziehungen*, Göttingen 2010, S. 205-225.

<sup>334</sup> Ein Plakat dieser Kampagne befindet sich im Bestand des *Deutschen Historischen Museum* (P 90/2571). Im Herbst 1956 fand in Leipzig eine von sowjetischen Wissenschaftlern gestaltete Ausstellung „Atomenergie für den Frieden“ statt, in deren Gefolge eine Delegation von DDR-Wissenschaftlern in die Sowjetunion reiste, um sich u.a. mit der Funktionsweise eines Gammatröns aus sowjetischer Produktion vertraut zu machen, vgl. Heinrich Fritz, *Die Kobaltkanone gegen Geschwulstkrankheiten*, in: *Frau von heute* 13, 42 (1958), S. 24f.

er öffentlich „Gefahr“ und „Segen“ von Kobalt-60 gegeneinander abwog und die positiven Effekte des neuen Radionuklids deutlich höher gewichtete.<sup>335</sup>

Etwa zeitgleich erfuhr allerdings ein breiteres Publikum, dass die Atomkraft keineswegs so „gezähmt“ und kontrolliert einzusetzen war, wie die Medien im Gefolge der politischen Verlautbarungen behauptet hatten:<sup>336</sup> Beim Test der ersten einsatzfähigen amerikanischen Wasserstoffbombe auf dem Bikini-Atoll wurde 1954 die Besatzung des japanischen Fischerbootes „Glücklicher Drache“ verstrahlt, da der nukleare Fallout falsch berechnet worden war.<sup>337</sup> Die Gefahren der Radioaktivität waren also weder bis ins Letzte bekannt noch vollkommen kalkulierbar. Dieses neue Wissen um das atomare Risiko wurde in der zweiten Hälfte der 1950er Jahre filmisch, literarisch, philosophisch und populärwissenschaftlich in den USA und Japan ebenso wie in der Bundesrepublik verarbeitet, variiert und immer wieder aufs Neue aktualisiert.<sup>338</sup> Von diesem Wissen um die Gefahr der militärischen Nutzung der Atomkraft blieb allerdings die mediale Darstellung ihrer friedlichen Nutzungsmöglichkeiten bis Mitte der 1960er Jahre weitgehend unberührt – in den DDR-Medien ebenso wie in den bundesrepublikanischen Zeitungen und Zeitschriften.<sup>339</sup> So wurden die ersten Gammatrons, die 1957/1958 in der DDR und der Bundesrepublik installiert wurden, von der Publikumspresse enthusiastisch begrüßt, ihnen als „friedliches Atom“ die Friedensliebe geradezu als subjekthafte Charaktereigenschaft attestiert.<sup>340</sup> Im Vordergrund der medialen Darstellung stand jedoch der Blick auf das Gammatron als bewundernswertes technisches Objekt, dessen Funktionsweise ausführlich in Ost und

---

<sup>335</sup> So kam Hahn gegen Ende seiner Rede zu dem Schluss: „Die Gegenüberstellung der zum Fortschritt eingesetzten, in schneller Entwicklung begriffenen Ergebnisse der Atomforschung mit dem heimtückischen Staub der ‚Cobaltbombe‘ zeigt uns, daß es keinen Sinn haben kann, den wissenschaftlichen und kulturellen Fortschritt zu unterbinden, weil mit diesem Fortschritt auch die Gefahren für die Menschheit größer werden können. [...] Sollten nicht die vielen Möglichkeiten für Frieden und Wohlstand der Völker den Sieg davontreten können, wenn die Menschen wirklich erfahren, um was es geht?“ Otto Hahn, *Cobalt 60. Gefahr oder Segen für die Menschheit*, 3. Auflage, Göttingen/Berlin/Frankfurt 1956, S. 15f. Vgl. dazu: Elisabeth Kraus, *Von der Uranspaltung zur Göttinger Erklärung. Otto Hahn, Werner Heisenberg, Carl Friedrich von Weizsäcker und die Verantwortung des Wissenschaftlers*, Würzburg 2001, hier S. 144.

<sup>336</sup> Leopold, *Under the Radar*, S. 20.

<sup>337</sup> Ein erster Bericht der amerikanischen *National Academy of Science* über die biologischen Folgen eines Fallouts erschien 1956. Die Krebskrankheit als mögliche Folge wurde allerdings erst 1957 bei den zu diesem Thema angesetzten *congressional hearings* thematisiert, vgl. Leopold, *Under the Radar*, 23.

<sup>338</sup> Ein erster Godzilla-Film, über ein in der Tiefe des Meeres verborgenes, durch einen Atomtest gewecktes Monster, wurde noch 1954 in Japan uraufgeführt. Vgl. dazu ebenso wie zu den Hollywood-Adaptionen und den literarischen Verarbeitungen in der Bundesrepublik: Gassert, *Popularität*, S. 51f.

<sup>339</sup> Gassert, *Popularität*, S. 52f.

<sup>340</sup> Fritz, *Kobaltkanone*.

West erklärt und gezeigt wurde.<sup>341</sup> Ob die Krebspatienten diese Perspektive der technischen Hoffnung und die Vision der absoluten Kontrolle über die gefährliche Atomkraft übernommen haben, erscheint allerdings fraglich.

Denn in der zweiten Hälfte der 1950er Jahre wurden nicht nur immer mehr Informationen öffentlich, die zeigten, dass die an Atomtests beteiligten Wissenschaftler diese neue „Kraft“ keineswegs vollkommen beherrschen und berechnen konnten, sondern es wurde nun auch erstmals bekannt, dass radioaktive Strahlung ihrerseits Krebs verursachen konnte.<sup>342</sup> Dass die radioaktive Strahlung des Gammatröns ebenso wie die energiereiche Strahlung eines Beta- oder Zyklotrons für Menschen gefährlich werden konnte, war aber mehr als alles andere den Räumen eingeschrieben, in denen die Bestrahlung stattfand. Diese Geräte mussten hinter starken Betonmauern und mehrere Zentimeter dicken, schweren Türen verborgen sein. Um den Strahlenschutz möglichst effektiv und verhältnismäßig kostengünstig zu gewährleisten, wurden die neuen Bestrahlungsgeräte fast immer in den Kellergeschossen der Kliniken oder aber in bereits auf den Klinikgeländen vorhandenen Bunkern untergebracht.

Das erste in Deutschland benutzte Gammatröns, ein kanadisches Modell, wurde 1957 in der zur *Akademie der Wissenschaften* gehörenden *Klinik für Geschwulstkrankheiten* in Berlin-Buch aufgestellt, die ab 1960 *Robert-Rössle-Klinik* hieß.<sup>343</sup> Für dieses Gerät wurde, im Unterschied zu den allermeisten späteren Geräten, ein oberirdischer Anbau errichtet, in den angesichts der verhältnismäßig geringen Strahlenleistung von 1,3 MeV auch im eigentlichen Bestrahlungsraum noch ein Bleiglasfenster eingebaut werden konnte, so dass der Patient während der etwa 13minütigen Bestrahlung nicht gänzlich in die für den Blick undurchdringlichen Betonmauern des Bestrahlungsraumes eingeschlossen war.<sup>344</sup> Vom kanadischen Hersteller mitgeliefert wurde standardmäßig ein Wandbild, das eine kanadische Landschaft zeigte und das der

---

<sup>341</sup> Ebd. Im westlichen, vom *Sender Freies Berlin* verantworteten Regionalprogramm der ARD wurde am Mittwoch, den 14. Mai 1958, um 21.30 Uhr eine Sendung mit dem Titel „Strahlenmedizin auf neuen Wegen“ ausgestrahlt, zu der die HörZu schrieb: „Die Atomforscher haben ihren Mitmenschen nicht nur ein abschreckendes Massenvernichtungsmittel in die Hand gegeben, sondern auch ein Heilmittel gegen bösartige Krankheiten. Eine dieser segensreichen Erfindungen ist die sogenannte Kobaltbombe, die zur Bekämpfung von Krebskrankheiten dient. – Die Sendung zeigt die Arbeitsweise der Kobaltbombe.“ Vgl. Anonym, Programmhinweis zur Sendung Strahlenmedizin auf neuen Wegen, in: HörZu 14 (1961), S. 19.

<sup>342</sup> Vgl. Leopold, *Under the Radar*, S. 23.

<sup>343</sup> Fritz, *Kobaltkanone*, S. 25; Gespräch mit Roland Jacob (4. November 2016) sowie Bielka, *Geschichte*, S. 77 und 84.

<sup>344</sup> Die Zeitangabe – 13 ½ Minuten – stammt aus: Fritz, *Kobaltkanone*, S. 25.

liegende Patient während der Bestrahlung im Gammatron betrachten konnte. Ansonsten blieb der Raum leer und kahl.<sup>345</sup>

Ähnlich kahl sahen die meisten Räume aus, die für Gamma- oder Betatrons in den späten 1950er und 1960er Jahren erbaut wurden – in Ost wie in West. Ebenfalls 1957 wurde zum Beispiel in Düsseldorf eine neu erbaute Strahlenklinik eröffnet, die zwar über kein Gammatron, wohl aber über ein leistungsstarkes Betatron der *Siemens-Reiniger-Werke* verfügte.<sup>346</sup> Wegen dieses Betatrons wurden die gesamten strahlentherapeutischen Einrichtungen der Klinik als Souterrain halb in der Erde versenkt. Die Mauern des Betatron-Raumes waren mehr als doppelt so dick wie die der anderen Bestrahlungsräume. Zudem hatten die Architekten den Betatron-Raum aus Strahlenschutzgründen an die eigentliche Bestrahlungsabteilung angebaut, so dass er im Prinzip außerhalb des Gebäudes für sich allein lag und nur durch eine Tür am Ende des langen Flures der Bestrahlungsabteilung zu erreichen war. Diese bleiummantelte Tür war so schwer, dass sie per Hand nicht bewegt werden konnte.

---

<sup>345</sup> So die rückblickenden Erinnerungen Roland Jacobs, der vor seiner Ernennung zum Chefarzt der Strahlentherapie im Städtischen Klinikum Berlin-Buch seit 1969 in der *Robert-Rössle-Klinik* gearbeitet hatte und der auch danach noch nachts das Gammatron der *Rössle-Klinik* für seine Patienten nutzte, da er in seiner Klinik zunächst über kein Gammatron verfügte. Vgl. Gespräch mit Roland Jacob (4. November 2016).

<sup>346</sup> Es handelt sich um die *Klinik für Medizinische Strahlenkunde der Medizinischen Akademie Düsseldorf*, damals unter der Leitung von Professor Dr. Heinz Vieten.

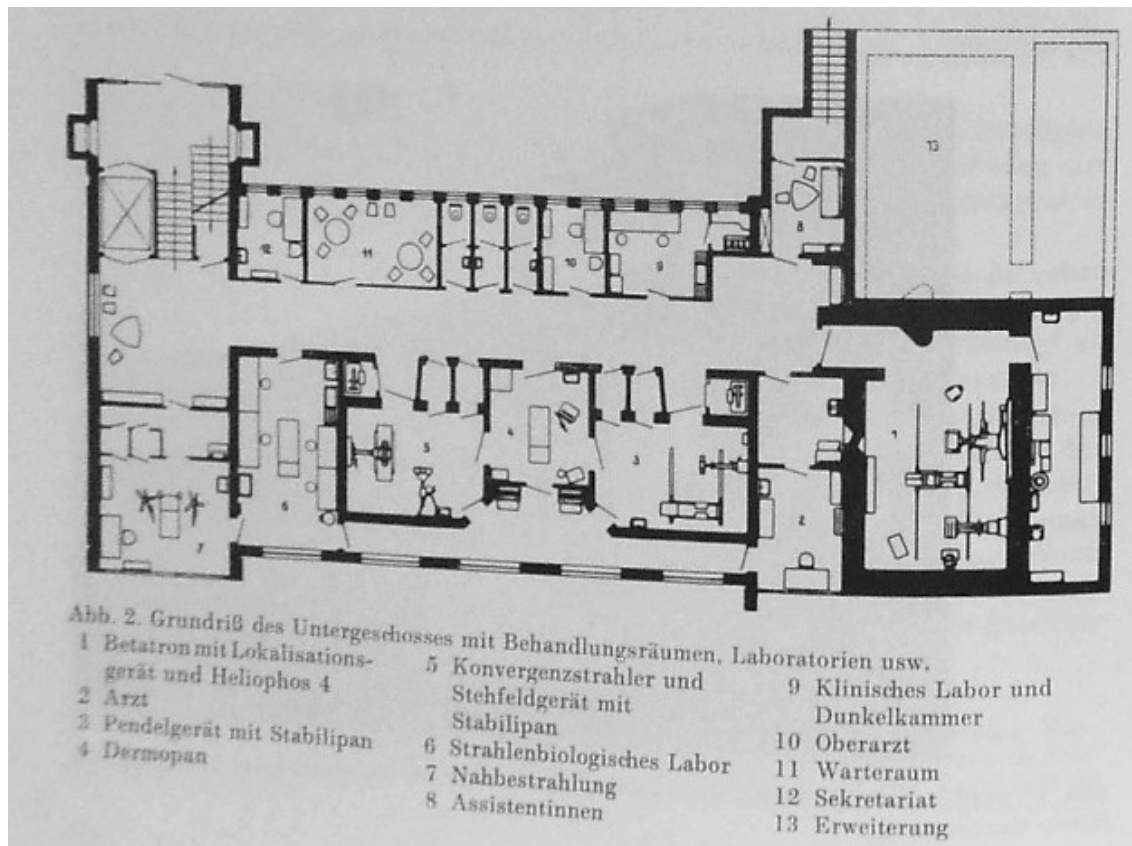


Abb. 69: Klinik für Medizinische Strahlenkunde der Medizinischen Akademie Düsseldorf (1959)<sup>347</sup>

Durch diese Tür wurde der Patient in den hell gestrichenen Raum geführt, in dessen Mitte das übermannshohe Betatron stand. Wie die meisten Beta- und Gammatrons dieser Zeit verfügte es über einen beweglichen Bestrahlungskopf, der in einem gewissen Radius um den liegenden, mit einem weißen Tuch bis zum Hals abgedeckten Patienten rotieren würde, sobald hinter dem Arzt die schwere Tür geschlossen wurde und der Patient allein im Raum zurückgeblieben war. In Düsseldorf gab es offenbar noch ein Sichtfenster zwischen Betatron- und Bedienungsraum. Bei den nur wenig später eingeführten, noch leistungsstärkeren Geräten war der Einbau eines Fenster nicht mehr möglich. Stattdessen konnten die Ärzte den Patienten über Fernsehkameras beobachten, die aber nur den Sichtkontakt von Seiten der Ärzte ermöglichten, nicht aber den rückversichernden Blick des Patienten zu den Ärzten.<sup>348</sup>

<sup>347</sup> Im Grundriß bereits eingezeichnet ist ein für die Zukunft geplanter zweiter Bestrahlungsraum, der ein weiteres Betatron oder ein Gammatron aufnehmen sollte (Ziffer 13).

<sup>348</sup> Da das Sichtfenster aus der Position des Liegenden nicht im Blickfeld lag, konnten die Patienten während des Bestrahlungsvorganges die Ärzte dennoch nicht sehen. Zumindest hypothetisch war allerdings ein direkter, nicht technisch vermittelter Sichtkontakt in beiden Richtungen möglich. Roland Jacob, von 1976 bis 2007 Chefarzt der strahlentherapeutischen Klinik im Klinikum Berlin-Buch, berichtete, dass bereits sein erstes Kobaltbestrahlungsgerät mit 9 MeV in einem fensterlosen Raum installiert werden musste. Über das mit 6000 Curie arbeitende Hamburger Bestrahlungsgerät berichtete der *Bunte-„Arzt“* Dr. med. Fabian 1961, dass die Patienten dort durch zwei

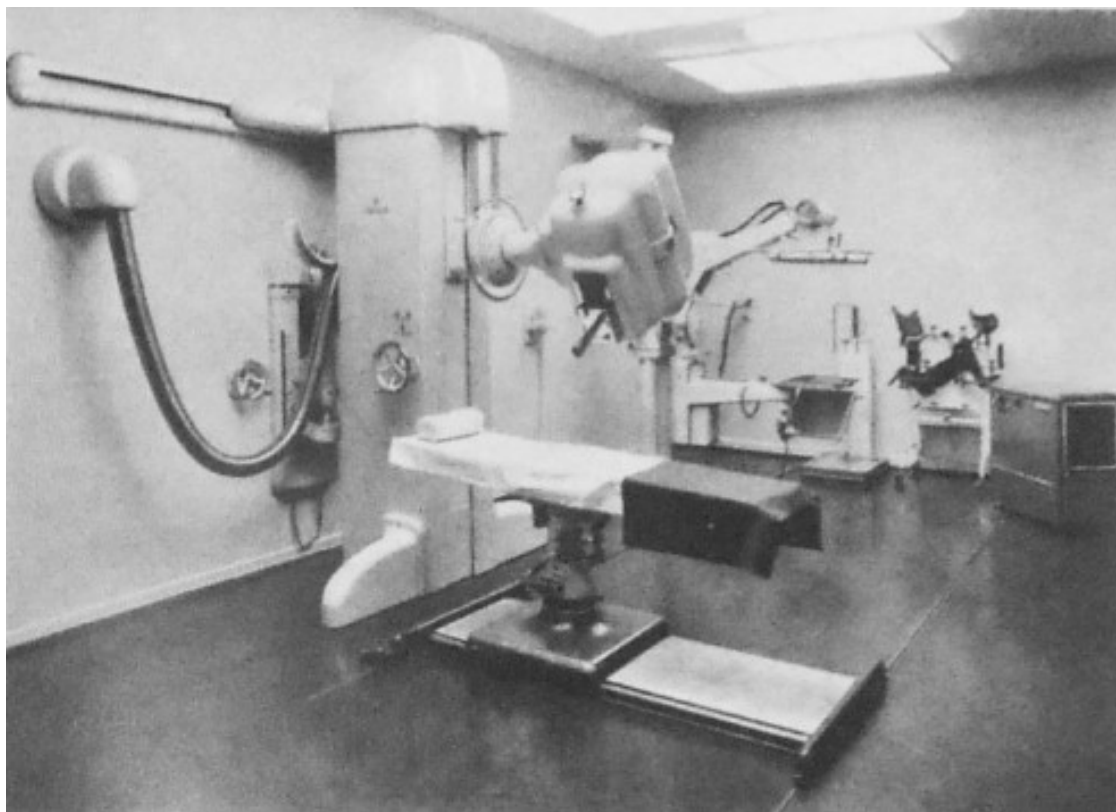


Abb. 70: Betatron in der Düsseldorfer Strahlenklinik (1959)

Ähnlich wie bei einem Gammatron öffnete sich zu Beginn der Betatron-Bestrahlung ein Schlitz im Rotationskopf, durch den die Strahlen hindurchkamen, und der Rotationskopf setzte sich mit einem leisen Surren für wenige Minuten in Bewegung. Von der Bestrahlung selbst würde der Patient nichts spüren, auch der für die Vorkriegs-Röntgengeräte typische, unangenehme und Übelkeit erregende Geruch würde fehlen. Diese Unmerklichkeit der wie von Geisterhand bewegten Bestrahlungsgeräte wurde von den Medien als großer Vorteil gegenüber den älteren Verfahren gepriesen. Der *Bunte-Arzt* Dr. med. Fabian fasste am Ende einer 1961 erschienenen Kolumne zusammen: „Die Hauptvorteile des neuen Gerätes sind also: kein Strahlenkater, keine Knochenzerstörung, keine Hautschädigung, große Tiefenwirkung.“<sup>349</sup> Ganz ähnlich, wenn auch etwas vorsichtiger hatte schon der Dresdner Radiologe Fritz 1958 die

---

Fernsehkameras beobachtet würden. Vgl. Gespräch mit Roland Jacob (4. November 2016) sowie Dr. med. Fabian, *Neue Waffe gegen den Krebs. Die Kobaltbombe*, in: *Die Bunte* 14 (1961), S. 61.

<sup>348</sup> Fritz, *Kobaltkanone*, S. 25 und Gespräch mit Roland Jacob (4. November 2016).

<sup>349</sup> Fabian, *Neue Waffe*, S. 61.

Vorteile des Gammatrons in der Frauenzeitschrift *Für Dich* geschildert und hervorgehoben, dass die im gleichen Jahr von der Sowjetunion gekauften Geräte sich durch „Schonung der Haut und des darunterliegenden Gewebes“ auszeichneten.<sup>350</sup>

Abgesehen davon, dass die Bestrahlung keineswegs immer für Haut und Knochen folgenlos blieb, war den Bestrahlungsräumen und -geräten damit eine völlig neue und sehr spezifische, spannungsreiche Signatur aus Gefahr und Sicherheit, machtvoller Wirksamkeit und sinnlicher Unmerklichkeit eigen. Nur wenige Minuten einer weder sicht- noch fühlbaren, geruchs- und geräuschlosen Bestrahlung, vier bis sechs Wochen lang wiederholt, sollten den lebensgefährlichen Tumor zum Verschwinden bringen. Eine Technologie, die in einem anderen Kontext nur schwer vollständig beherrschbar schien und vielen gesunden Menschen einen plötzlichen Tod oder ein erst später offenbar werdendes Leiden brachte, sollte im Bestrahlungsraum kontrolliert und angemessen dosiert den Krebs zerstören und das Leben retten. Dennoch waren diese Strahlen auch im medizinischen Gebrauch so gefährlich, dass der Kranke während der Bestrahlung ganz allein in einem fensterlosen, von dicken Betonmauern umschlossenen Raum liegen musste. Dieser in den 1950er, 1960er und 1970er Jahren fast immer kahle Raum lag meist unter der Erde – ähnlich wie ein Bunker.

Diesen sprachlichen Vergleich zogen bereits die Zeitgenossen, denn auch in den Publikumsmedien und medizinischen Fachzeitschriften wurde der Beta- oder Gammatron-Bestrahlungsraum oft als Bunker bezeichnet.<sup>351</sup> Damit wurde der aus Kriegszeiten gewohnte Begriff des Bunkers halb verdreht: Denn diente der Bunker im Krieg dazu, Personen im Inneren vor einer äußeren Gefahr zu schützen, so wurde der „Strahlenbunker“ gebaut, um die Personen außerhalb des Bunkers vor einer in seinem Innern eingeschlossenen Gefahr abzuschirmen, während der Patient im Innern des Bunkers, im Raum der Gefahr, ganz allein zurückblieb. Auf diese Weise verdoppelte der „Strahlenbunker“ die erzwungene Verinnerlichung der Gefahr, die schon die im Körper des Patienten verborgene, zunächst für ihn unsichtbare Krebserkrankung darstellte. Dieses Bewusstsein von einem gefährlichen Instrument, das sich gegen die Krebserkrankung richtete, zugleich aber auf den Körper des Krebskranken zielte, prägte auch die Bezeichnung des Geräts selbst. Nicht nur in den Publikumsmedien, sondern auch in den Fachzeitschriften wurde der Name Gammatron nur selten gebraucht.

---

<sup>350</sup> Vgl. Fritz, Kobaltkanone, S. 25.

<sup>351</sup> So auch in dem bereits zitierten Bericht über die neu erbaute Düsseldorfer Klinik: Vieten, Strahlenklinik, S. 164.



Stattdessen wurden zwei Begriffe benutzt, die das Gerät eindeutig als Waffe identifizierten: In der DDR war der Begriff „Kobaltkanone“ verbreitet, während in der Bundesrepublik auch von der „Kobaltbombe“ die Rede war.<sup>352</sup>

Doch bleibt vorerst die Frage offen: Haben die Krebspatienten der späten 1950er Jahre diese Räume, diese technischen Gegebenheiten und die militärisch hochgerüstete Sprache der neuen Megavoltbestrahlungstherapie als angstausslösend erfahren? Haben sie sich durch die Bestrahlung als ihrer Krankheit *und* einer gefährlichen Maschine ausgeliefert, von anderen Menschen emotional isoliert erlebt? Oder suggeriert das nur der Blick zurück von jenseits der 1970er Jahre, in denen diese Technik für viele zum Symbol der bedrohlichen, unkontrollierbaren, „kalten“ Technikgläubigkeit mitsamt ihrer entmenschlichenden Effekte wurde? Könnte es nicht sein, dass die Krebspatienten bis in die Mitte der 1960er Jahre weitgehend die mediale Darstellung der friedlichen und nützlichen Atomenergie für sich übernahmen? Haben sie sich möglicherweise voller Hoffnung auf eine technisch avancierte Therapie auf die Liege unter dem Pendelkopf von Beta- oder Gammatron gelegt? Haben sie in der dem Raum eingeschriebenen Gefährlichkeit dieses Geräts die ihrer lebensbedrohlichen Krankheit angemessene „Waffe“ erkannt und darauf vertraut, dass die Professoren „dosiert“ und „elegant“ mit den „modernen Geräten“ zu bestrahlen wussten, wie es der Schriftstellerin Maxie Wander in der Ost-Berliner *Robert-Rössle-Klinik* 1976 versprochen wurde?<sup>353</sup>

Dies ist nur schwer zu beantworten, da es aus dieser Zeit nur wenige Selbstzeugnisse gibt. In den strahlenmedizinischen Fachzeitschriften wurde die Frage, wie Patienten den Bestrahlungsraum und das Gerät erleben und empfinden würden, kaum thematisiert. Die Art der Gestaltung der Räume, in denen Weiß und Grau auf kahlen Wänden dominierte und die manchmal wie Operationsräume gekachelt wurden, legt allerdings nahe, dass die während der Bestrahlung von den Patienten empfundenen Gefühle von ärztlicher Seite nicht als Problem galten oder zumindest nicht für relevant erachtet wurden.

Einige Hinweise geben dagegen Patientenakten. Unter den Akten der Heidelberger *Czerny-Klinik* etwa finden sich einige wenige Fälle, in denen Patienten die ihnen dringend angeratene Operation ablehnten. Zumindest in zwei von diesen Fällen lässt

---

<sup>352</sup> Dieser Befund ergibt sich aus der Durchsicht von Artikeln aus den jeweiligen Publikumsmedien, die im Literaturverzeichnis detailliert aufgelistet sind.

<sup>353</sup> Wander, *Leben*, S. 61.

sich vermuten, dass die Patienten eine Operation deshalb ablehnten, weil sie die Schmerzen und Behinderungen nach einer Krebsoperation bei ihren Eltern miterlebt hatten – ebenso wie die letztendliche Vergeblichkeit der Operation, denn in beiden Fällen starben die Eltern an ihrer Krebserkrankung.<sup>354</sup> Statt einer Operation wünschten beide Patienten eine Bestrahlung im Gammatron, obwohl diese von den Ärzten nicht für die therapeutisch empfehlenswerteste Option gehalten wurde. Sie fürchteten also eine Bestrahlung mit der neuartigen radioaktiven Strahlentechnik weniger als die Operation, deren Effekte sie aus dem persönlichen Miterleben kannten. In den Akten der Heidelberger Strahlenklinik ließ sich dagegen für diesen Zeitraum kein Patient finden, der eine ihm empfohlene Bestrahlung abgelehnt hätte – auch dies ein Indiz dafür, dass die mögliche Angst vor einer Megavoltbestrahlung in den ersten Jahren nach Einführung von Gamma- und Betatron von der Hoffnung auf Heilung „überstimmt“ werden konnte.

Auch in einem der frühesten deutschsprachigen Selbstberichte, in denen eine Strahlenbehandlung konkreter beschrieben wurde, erschien diese Therapie als wenn auch kleine, so doch mit einer gewissen Hoffnung verknüpfte Chance. Die Österreicherin Elisabeth Keller schilderte in ihrem 1969 veröffentlichten Tagebuch, wie sie zwei Jahre zuvor ihre erste Kobaltbestrahlung erlebt hatte. Zunächst, während sie auf die Bestrahlung wartete, waren ihre Gedanken und Empfindungen ganz von dem sie umgebenden „Elend“, den „menschlichen Wracks“ der ebenfalls an Krebs erkrankten Mit-Wartenden beherrscht.<sup>355</sup> Während der Wartezeit sprach sie mit anderen Patienten:

„Ich hörte, daß mancher von meinen Leidensgenossen voll Hoffnung in seinen Wirkungskreis zurückgegangen war und doch wieder hierher kommen mußte [...] Wie wird es mir ergehen? [...] Wieder komme ich, wie beim Röntgen, auf eine leicht verschiebbare Liege, die fixiert wird. Es geht auf winzige Einheiten genau. Ich beobachte die kleine, schmale Schwester, die bis zu achtzig Frauen und Männer täglich bestrahlt, die verschiedensten Körperteile. [...] Ihre Verantwortung ist groß, denn von ihrer Gewissenhaftigkeit hängt es ab, daß jeder genau die verschriebene Strahlendosis erhält. Hier ist jedes Versehen eine Katastrophe, die zum Tod führen kann. Ich beobachte die Arbeit dieser Schwester mit Bewunderung.“<sup>356</sup>

<sup>354</sup> Es handelt sich um die an Brustkrebs erkrankte, 1961/1962 in Heidelberg behandelte Elise v. R. sowie den an Bronchialkrebs leidenden, 1965 in der Strahlenklinik aufgenommenen Rentner Karl Th., dessen Vater an Kehlkopfkrebs starb: Patientenakte Elise v. R., UAH, vorläufige Signatur: Acc. 14/02 (Strahlenklinik), 1961, Nr. 23176 und Patientenakte Karl Th., UAH, vorläufige Signatur: Acc. 14/02 (Strahlenklinik), 1965, Nr. 9013.

<sup>355</sup> Keller, Ich habe, S. 51.

<sup>356</sup> Keller, Ich habe, S. 52.

Wenn auch im Begriff der Verantwortung positiv gewendet, trat in dieser Passage ein klares Bewusstsein davon zutage, dass die Bestrahlung gefährlich, unter Umständen sogar tödlich enden könnte. Indem Elisabeth Keller die große Zahl der von der Radiologie-Schwester vorzubereitenden Bestrahlungen nannte, verwies sie zugleich auf die Wahrscheinlichkeit der Ermüdung und der daraus folgenden Unaufmerksamkeit bei Dosierung und Ausrichtung der Strahlen. Darin lässt sich ein Unbehagen erkennen, das sich weniger an der Technik selbst festmachte denn an der menschlichen Fehlerhaftigkeit, die diese Technik kontrollieren musste. Wenige Monate nach der Bestrahlung, als Keller sich zur Erholung in einem Sanatorium befand, wuchs ihre Skepsis gegenüber der Bestrahlung, deren körperliche Nachwirkungen (Schwäche, Müdigkeit, gestörtes Wärmeempfinden, plötzlicher Harndrang) ihr zu schaffen machten. Nach der Lektüre von Johannes Kuhls alternativmedizinischem Buch „Schach dem Krebs“ vertraute sie ihrem Tagebuch an, dass sie „sehr deprimiert“ sei: „[...] hier werden die Schäden so kraß aufgezeigt, daß einem beinahe Angst wird. Aber es gibt wohl keine Wahl, wenn es so wie bei mir heißt: invasive Formationen von Plattenepithelkarzinom“.<sup>357</sup>

Ihre „Beinahe-Angst“ ergab sich also nicht direkt aus Raum und Technik der Bestrahlung, sondern aus ihrem selbst erfahrenen und durch die Lektüre bestätigten Wissen um die unangenehmen, schmerzhaften und gefährlichen Neben- und Nachwirkungen einer ordnungsgemäß verabreichten Therapie, von denen sie vorher nichts gewusst hatte. Dass sie mit dieser Angst in der zweiten Hälfte der 1960er Jahre nicht alleine stand, deutet ein Film an, der im August 1965 unter dem Titel „Jeder Fünfte ... Ein Bericht über den Stand der Krebsforschung in der Bundesrepublik“ im bundesdeutschen Fernsehen ausgestrahlt wurde. Mit dieser Sendung wollte die Regisseurin Marianne von Arnim den Stand der Krebsforschung dokumentieren, um in der Bevölkerung für Früherkennung und -behandlung zu werben. Gegen Ende des Films befragte sie Werner Lorenz, Radiologie-Professor und Direktor der *Klinik für Strahlentherapie und Nuklearmedizin* der Universität Frankfurt, wie seine Patienten auf die Empfehlung zur Strahlenbehandlung reagieren würden. Lorenz erwiderte:

„Dieser Strahlenbehandlung [...] begegnen die meisten unserer Patienten und deren Angehörige mit grosser Besorgnis. Sehen sie doch, in der Behandlung [...] eine Bestätigung für das Vorliegen einer Krebserkrankung. Dies trifft

---

<sup>357</sup> Keller, Ich habe, S. 96. Das Buch von Johannes Kuhl „Schach dem Krebs“, in dem er überwiegend diätetische Ratschläge für eine alternative Krebstherapie gab, erschien erstmals 1954 in Zürich und wurde vielfach neu aufgelegt, letztmalig 2014.

jedoch nicht zu. Auch der weitere Angstkomplex der Bevölkerung, die Anwendung der unsichtbaren, energiereichen Strahlen sei höchst gefährlich, ist völlig unbegründet. Modernste Behandlungsmethoden unter Einsatz neuzeitlichster Bestrahlungsquellen lassen uns heutzutage die Risiken früherer Jahrzehnte weitgehend bannen.“<sup>358</sup>

Diese Aussage eines Mannes, der tagtäglich mit Bestrahlungspatienten zu tun hatte, gibt nicht nur einen Hinweis darauf, dass die Angst vor einer als gefährlich angesehenen Bestrahlung in der Bevölkerung um 1965 weiter verbreitet war als die Heidelberger Patientenakten und die veröffentlichten Tagebucheinträge Elisabeth Kellers vermuten lassen, sondern sie deutet auch an, warum sich nur so spärliche Hinweise darauf finden lassen. Denn diese Angst ließ sich nur schwer öffentlich formulieren, ohne als irrational und uninformativ zu erscheinen, als jemand, der einen wissenschaftlich völlig unbegründeten „Angstkomplex“ hege, dessen Ängste also geradezu pathologisch schienen und nicht Ausdruck eines legitimen und nachvollziehbaren Empfindens von Gefahr waren.

Dass diese Sorge möglicherweise nicht ganz unberechtigt war, deutet eine Krankenakte aus der Heidelberger Strahlenklinik an. Dort fand sich im Juni 1965 eine Patientin ein, die zwei Jahre zuvor wegen einer Brustkrebserkrankung in Mannheim operiert und bestrahlt worden war.<sup>359</sup> In der Heidelberger Krankenakte wurde vermerkt, dass sich die 55-jährige Frau nach der Bestrahlung „nie ganz gesund gefühlt“ habe. Wegen des Verdachts auf Lungenmetastasen sollte sie nun erneut bestrahlt werden und sie stimmte schließlich einer zweimonatigen Gammatron-Bestrahlung zu. Aber keine drei Wochen nach Beginn der Bestrahlung wurde in ihre Akte eingetragen: „Pat.[ientin] steht Therapie skeptisch gegenüber, grübelt viel vor sich hin.“ Eine solche Beobachtung, die die persönliche Einstellung der Patientin zur Therapie thematisierte, findet sich selten in diesen Akten, die sich in der Regel auf die Beschreibung des körperlichen Zustands, der Schmerzen und etwaiger Schlaflosigkeit sowie der Therapien und Medikamentengabe beschränkten. Die Skepsis dieser Patientin aber erschien bemerkenswert genug, um sie aufzuzeichnen – und zugleich als Ausdruck einer „grüblerischen“ Haltung zu charakterisieren. Dass sich diese Haltung aus Sicht von Ärzten und Krankenschwestern im Fall dieser Patientin zu einem spezifisch negativen Persönlichkeitsbild verdichtete, zeigen weitere Einträge, in denen immer

<sup>358</sup> Skript des Films „Jeder Fünfte ... Ein Bericht über den Stand der Krebsforschung in der Bundesrepublik“ von Marianne von Arnim. BArch B 145/4719, S. 25.

<sup>359</sup> Patientenakte Gertrud B., UAH, vorläufige Signatur: Acc. 14/02 (Strahlenklinik), 1965, Nr. 9015.

wieder von den Klagen der Patientin die Rede ist. Diese Klagen erschienen als störend und übertrieben, wie es schließlich ein Eintrag von Ende August 1965 deutlich machte, in dem es hieß: „Pat.[ientin] fühlt sich sehr müde, klagt aber weniger als sonst.“ Zudem wurde in der Akte in ebenfalls sonst seltener Konkretheit vermerkt, dass die Patientin einen „ungewaschenen Schlüpfen (ladenneu) seit gestern getragen [habe] und [...] jetzt am li.[nken] Oberschenkel handgroße Ausdehnung einer Pityriasis versicolor [eine Hautpilzkrankung, d.V.] [zeige]“. Ob diese Patientin tatsächlich mehr klagte als andere, ähnlich kranke Menschen oder ob ihre Klagen nur anders bewertet wurden, muss offen bleiben. Es wird indessen deutlich, dass die Patientin auf der strahlentherapeutischen Station als anstrengende, ständig klagende und grüblerische Persönlichkeit wahrgenommen und dementsprechend ihre Skepsis gegenüber der Gammatron-Bestrahlung nicht ernstgenommen wurde.

Es ist also anzunehmen, dass viele Bestrahlungspatienten bereits in den späten 1950er Jahren in dem Moment Angst empfanden, als ihre Ärzte von der Notwendigkeit einer Bestrahlung sprachen. Vieles spricht dafür, dass sie ängstlich und unbehaglich auf der Liege unter dem Pendelkopf ausharrten, Bilder von Atomexplosionen im Kopf, die nicht – wie in der Zeichnung des *Brookhaven*-Heilexperiments – lebensbewahrend, sondern gefährlich und vernichtend waren. Diese Einschätzung relativiert die gängigen Zäsuren einer Krebsgeschichte ebenso wie einer Geschichte der Atomkraft, die beide argumentieren, dass Ängste vor der „friedlich“ genutzten Atomkraft erst in den späten 1960er Jahren entstanden seien.<sup>360</sup>

Möglicherweise trifft diese Periodisierung auf die Nutzung der Atomkraft zur Energieerzeugung zu, nicht aber auf die Strahlentherapie, die mit den ihr zugeordneten Metaphern („Kanone“, „Bombe“, „Kampf“, „Kreuzfeuerbestrahlung“) und den für ihren Gebrauch benutzten Räumen (Bunker, Strahlenschutz) der militärischen Anwendung näher lag. Hier lassen sich bereits etwa zehn Jahre früher Hinweise auf spezifische, auf die Strahlentechnologie bezogene Ängste finden, die ihrerseits zu einem Wandel des allgemeinen Technikverständnisses beigetragen haben könnten. Allerdings wurden (und konnten) diese Ängste kaum öffentlich formuliert werden, waren nur andeutungsweise „sagbar“. Dies änderte sich mit den späten 1960er Jahren, als

---

<sup>360</sup> Moamai, Krebs schreiben, S. 112 und Karpenstein-Essbach, Krebs, S. 239 sowie zur Atomangst: Gassert, Popularität, S. 52.

Technologie- und Fortschrittskritik zum öffentlichen Thema wurden. Der „Strahlenbunker“ und die „Kobaltkanone“ gerieten nun in den immer zahlreicher veröffentlichten Selbstberichten und Romanen zu einem Topos, an dem und durch den Menschen die entmenschlichende, vereinzelnde Gewalt einer „kalten“ Technik erleiden mussten. In dieser Hinsicht gab es nur graduelle Unterschiede zwischen den vielen in der Bundesrepublik publizierten Autobiographien und Tagebüchern und den wenigen in der DDR veröffentlichten.

Die Schriftstellerin Brigitte Reimann etwa, die in der *Robert-Rössle-Klinik* wegen ihrer 1968 diagnostizierten Brustkrebserkrankung behandelt wurde, notierte im Juli 1970 in ihr Tagebuch:

„Die ersten Male hatte ich gräßliche Angst unter dieser Kobald-Kanone [sic]. Es war gemütlich wie in einem Inquisitions Keller, lauter fremde und bedrohlich summende Maschinen, und Ärztin und Physiker mit Bleischürzen, während ich nackt und bloß dem Beschuß ausgesetzt war.“<sup>361</sup>

Maxie Wander, die gut sechs Jahre später in der gleichen Klinik wie Brigitte Reimann lag, dachte in ihrem Tagebuch darüber nach, warum es ihr so schlecht ging und vermutete schließlich: „Vielleicht sind es die Beschwerden, weil ich eine Woche gehungert habe, mit dem Grauen vor den kommenden Bestrahlungen aus der Kobaltkanone.“<sup>362</sup> Bei beiden Schriftstellerinnen stand Angst und Schmerz deutlich im Vordergrund. Reimann allerdings fügte diesen Gefühlen eine begründende Beschreibung der Situation hinzu, die das Bestrahlungsgerät als Folterinstrument erscheinen ließ, während sie ihr Gefühl des Ausgeliefertseins im Bild der Nacktheit konkretisierte, mit dem sie sich selbst auf ihren schutzlosen Körper reduziert sah.

Die in der Bundesrepublik entstandenen Berichte beschrieben die räumliche Situation und die technischen Gegebenheiten dagegen oft deutlich detailreicher und stellten die Technik als emotionslose, gefährliche und von ihnen unbeeinflussbare Technik dar, die den Blick des medizinischen Personals absorbierte, so dass sie als Mensch dahinter verschwanden.<sup>363</sup> Wolfdietrich Schnurre schilderte im „Schattenfotograf“ den Eindruck, den die Bestrahlungsräume auf ihn machten, in denen seine Frau Marina um 1978 bestrahlt wurde:

<sup>361</sup> Eintrag vom 09.05.1970, in: Reimann, Abschied, S. 316f.

<sup>362</sup> Eintrag vom 12.11.1976, in: Wander, Leben, S. 77.

<sup>363</sup> In einigen wenigen bundesrepublikanischen Veröffentlichungen erscheint das Gammatron auch als mechanisch agierendes Tier, so etwa in einem autobiographisch gefärbten Roman von Günter Steffens, in dem dieser die Krebserkrankung und den Tod seiner Frau beschrieb, durch den er – wie er im zweiten Teil des Romans erzählte – vollkommen aus der Bahn geworfen wurde: „Guter Dinge,

„Der Kobaltbunker. Steile Treppen. Feuchtigkeit, Kühle. Verbannt unter die Erde. Schimmelflecke. Abplatzender Putz von den Wänden. Heiz- und Luftschutzkeller in Warteraum umfunktioniert. Abgewetztes Stuhlkarree Wasserrohre, Eisentür. Vergilbte Zeitungsdrucke: Kolibris, exotische Blumen. Die herrischen Betten; aufstehen müssen, wenn die Moribunden hereingefahren kamen; weniger Ehrenbezeichnung, als Knie im Weg. [...] Ein grauer Vorhang trennte den Wartekeller von der Umkleidezelle. [...] Das Personal verläßt den Raum, in dem der Patient unterm Kobaltstrahler liegt, rennend. Sinnfälliger kann die Isolation und innere Verlorenheit des Kranken kaum dargestellt werden. Dazu: ‚Kobaltbunker‘, ‚Kobaltbombe‘. Was für eine machtvolle Krankheit muß ich haben, wenn man sich gegen sie derart kriegerischer Mittel bedient. Denkbar unpsychologisch, jene Wortbildungen, denkbar logisch: Immerhin befinden wir uns an der vordersten Front, wo die meisten Gefallenen liegen.“<sup>364</sup>

Verfall, das verlorene Paradies, die Unterwelt, eine lebensentleerte Gräue fand Schnurre hier in den konkreten Räumen der Bestrahlungsabteilung vor – Motive des Todes, die die Schriftstellerin Ilse van Heyst ebenfalls mit den Räumlichkeiten der von ihr zunächst vehement abgelehnten „Todesstrahlen“ in Verbindung brachte, bevor sie diese überhaupt gesehen hatte.<sup>365</sup> Denn:

„Ich träumte gräßliche Träume. Jede Nacht ging ich durch lange, unterirdische Gänge, inmitten eines Stromes von Menschen. Rechts und links führten Türen in dunkle Kammern, die sich öffneten, und wie von magischer Gewalt angezogen, verschwand einer nach dem anderen in einer solchen Kammer. Lautlos schloß sich hinter einem jeden die Tür. Und ich wußte, wie man im Traum solche Dinge weiß, daß keiner mehr herauskommen würde. Oder ich erlebte Explosionen, Verwüstungen, düstere Landschaften mit Eingängen zu bunkerartigen Höhlen, aus denen dicker Qualm brodelte. Nein, ich wollte mich nicht bestrahlen lassen. Ich fühlte, es wäre mein Untergang.“<sup>366</sup>

Kontrollverlust und apokalyptische Visionen einer zerstörten Welt verbanden sich für sie mit der Vorstellung einer Strahlentherapie. Doch nahm sie in dieser Schilderung Details der konkreten Räumlichkeiten einer typischen strahlentherapeutischen Abteilung auf, die ihr aus Erzählungen wie der Schnurre oder vielleicht auch aus dem im *Stern* 1975 veröffentlichten Bericht Hildegard Knefs bekannt gewesen sein müssen.<sup>367</sup>

---

so schien es, absolvierte sie die regelmäßigen Taxifahrten in die Stadt, an denen ihr nur eines nicht geheimer war, die ruhelose und wartungsfreie Bewegtheit des Geräts. Sie mag ihr wie die eines augenlosen, gefangenen Tiers vorgekommen sein. Unsichtbare und selber blinde Wirksamkeit.“ Vgl. Günter Steffens, *Die Annäherung an das Glück*, Köln 1976, S. 29.

<sup>364</sup> Schnurre versetzte sich hier in die Gedanken eines Krebskranken, vgl. Wolfdietrich Schnurre, *Der Schattenfotograf*, München 1978, S. 32f.

<sup>365</sup> Ilse van Heyst, *Das Schlimmste war die Angst. Geschichte einer Krebserkrankung und ihrer Heilung*. Mit einem Begleitwort von Mildred Scheel, Frankfurt a.M. 1982, S. 31.

<sup>366</sup> Heyst, *Das Schlimmste*, S. 36.

<sup>367</sup> Hildegard Knef beschrieb dort, wie sie mit dem Arzt „durch den Bauch des Krankenhauses gelaufen, über ungezählte Treppen, Gänge, Korridore, vorbei an gestapelten Bettgestellen, Aktendeckeln,

Diese im Traum verdichteten angstvollen Erwartungen prägten die Art und Weise, wie sie ihren ersten Besuch einer tatsächlichen Bestrahlungsabteilung erlebte: „Was ich in K. – in der Nähe großer Autostraßen – fand, war genau das, was ich im Traum gesehen hatte: lange, graue, triste unterirdische Gänge.“<sup>368</sup> Die eigentlichen Bestrahlungen erlebte sie in Angst davor, dass das Gerät außer Kontrolle geraten und sie zermalmen könnte:

„Ich sollte Kobald-[sic]-Pendelbestrahlungen bekommen. Es war aber kein eigentliches Pendeln, nicht wie man sich das vorstellt, wenn man an das Perpendikel einer Uhr denkt, sondern die Bestrahlungslampe drehte sich langsam über einen hinweg und verschwand in die Tiefe zu seiten des Behandlungstisches, auf dem man lag. Währenddessen kam auf der anderen Seite langsam und bedrohlich und für mein Gefühl viel zu nahe an meinem Körper ein ‚Mühlstein‘ herauf; die große bleierne Strahlenschutzscheibe. Das war unheimlich, und ich fürchtete, gestreift, ja zerquetscht zu werden. Ich atmete jedesmal erleichtert auf, wenn der Mühlstein wieder in die Tiefe ging und die Strahlenlampe zurückkam.“<sup>369</sup>

Ähnliche Schilderungen, die das Gefühl des Bedrohtseins und der Isolation angesichts der Technik in Erstickungsphantasien umsetzten, die mit Metaphern der Unterwelt und des Verfalls operierten, finden sich in vielen Selbstberichten, Tagebüchern und Briefen, die zwischen 1970 und dem Ende der 1990er Jahre in der Bundesrepublik erschienen.<sup>370</sup> Wie das Beispiel Ilse van Heysts deutlich macht, wurde damit nicht nur eine öffentliche Sprache für auch vorher bestehende Ängste gefunden. Die veröffentlichten Berichte prägten insbesondere in der Bundesrepublik eine Erwartung dessen, was die Strahlen bedeuteten, wie eine Strahlenabteilung aussehen und sich anfühlen würde. Bereits vorhandene Ängste wurden damit unter Umständen wie bei Ilse van Heyst intensiviert

---

Matratzen, zerrupften Teddybären“ lief, bis sie „vor einem Schild, auf dem ‚Kobalt Raum‘ stand“, stehenblieben. Über die Bestrahlung dort schrieb sie: „Ich liege auf schmaler Bank in großem Kellerraum, kaue an Ober- und Unterlippe, schlucke, wo es nichts zu schlucken gibt, sehe zwei Neonröhren, vier Klappfenster, von denen eines geöffnet ist, grauen Linoleumboden, Christuskreuz über leerem Metalltisch, unterteilte Wand, hinter der zwei Stahltüren sind.“ Die Serie inklusive Vorabdruck des autobiographischen Romans „Das Urteil“ wurde in den *Stern*-Heften 19-27 des Jahres 1975 veröffentlicht. Die Zitate stammen aus: Hildegard Knef, *Das Urteil*, in: *Der Stern* 19 (1975), S. 80.

<sup>368</sup> Heyst, *Das Schlimmste*, S. 50.

<sup>369</sup> Heyst, *Das Schlimmste*, S. 106.

<sup>370</sup> Vgl. zum Beispiel Knef, *Das Urteil* oder *Der Gegenmensch*, S. 25f.; Maja Beutler, *Fuß fassen*. Roman, 3. Auflage, Gümlingen 1986 [Original: 1980], S. 97-123; Tausch, *Gespräche*, S. 97-99 und S. 177; Dora Hauri, *Ich habe den Herbst gesehen*, hg. von Walter Graber/Ruedi Passavant, Basel 1982, S. 19; Lydia Stephan, *Du hättest so gern noch ein bißchen gelebt*, Frankfurt a.M. 1986, S. 85f.; Angelika Mechtel, *Jeden Tag will ich leben*. Ein Krebstagebuch, Frankfurt a.M. 1990, S. 80-83; Helmut Ulrich, *Verknotet*. Tagebuch einer Krebstherapie, Kiel 2000, S. 143-145.



und mit für diese Zeit spezifischen technikkritisch-apokalyptischen Bildern und Visionen verbunden.

Diese Ängste, die sich an den Räumen der Strahlenabteilung festmachten, wurden nun öffentlich artikuliert und mit einer allgemeinen Technik- und Fortschrittskritik ebenso wie mit Forderungen nach mehr Patientenautonomie und einer veränderten Arzt-Patienten-Beziehung in Verbindung gebracht. Laut und öffentlich vorgetragen wurden sie jetzt auch von einigen Ärzten wahr- und ernstgenommen und zwar keineswegs nur in der Bundesrepublik, sondern auch in der DDR. Als etwa Ende der 1970er Jahre im *strahlentherapeutischen Institut* des Klinikums Berlin-Buch erstmalig ein Gammatron angeschafft werden konnte, wurde der vorgesehene Raum – ein ehemaliger Luftschutzbunker – vom Chefarzt Roland Jacob als problematisch angesehen, obwohl er aus der Perspektive des Strahlenschutzes gut geeignet war.<sup>371</sup> Die Betonwände wie vielerorts üblich zu fliesen, lehnte er ab, da der Gang in den „Strahlenbunker“ sonst wie ein „Schlachthaus“ gewirkt hätte. Stattdessen bemühte er sich um eine grüne Holztäfelung und überzeugte den DDR-Kulturminister, ihm 100.000 Mark zur Verfügung zu stellen, mit denen er den Bestrahlungstrakt so ausstatten konnte, wie er sich eine lebenszugewandte Atmosphäre der Hoffnung vorstellte. Dass die Patientenperspektive eine andere sein konnte, stellte Jacob fest, nachdem er die Decke im Bestrahlungsraum mit Blumen hatte bemalen lassen, die der Patient während der Bestrahlung von seiner Liege aus sehen konnte. Denn manche Patienten hatten angesichts der Blumendecke, die sie minutenlang betrachteten, das Gefühl, bereits tot unter der Erde zu liegen. Als Jacob davon erfuhr, ließ er die Blumen entfernen und beauftragte stattdessen einen Künstler damit, die Decke mit abstrakten Figuren zu bemalen, über deren Bedeutung die Patienten während der Bestrahlung spekulieren konnten.

Viele strahlentherapeutische Einrichtungen blieben aber auch in den 1980er Jahren so, wie sie in den Berichten von Wolfdietrich Schnurre, Ilse van Heyst und anderen beschrieben worden waren. Der „Strahlenbunker“ war für viele ein Ort der emotionalen Isolation, ein dunkler Ort unter der Erde, an dem der einzelne Mensch der gefährlichen Maschine und den unsichtbaren Strahlen ausgeliefert war, die Tod und Leben brachten. Seit den 1960er Jahren hatte sich neben diesem Ort in der

---

<sup>371</sup> Diese Angaben beruhen auf den Erinnerungen Roland Jacobs, wie er sie im Herbst 2016 im Rahmen eines mehrstündigen Interviews schilderte, vgl. Gespräch mit Roland Jacob (4. November 2016).

Krebstherapie jedoch ein neuer, dritter Ort etabliert, der nun als letzter Erfahrungsraum dieser Krebsgeschichte vorgestellt werden soll.

### **5.2.3 *Lohnt sich das? Die chemotherapeutische Hoffnung auf Remission und die Frage nach dem Wert der Lebensverlängerung***

Die Chemotherapie ist nicht erst eine Erfindung der Nachkriegszeit. Schon zu Beginn des 20. Jahrhunderts bezeichnete Paul Ehrlich die von ihm entwickelte medikamentöse Therapie der Syphilis als Chemotherapie: die Behandlung einer Krankheit mit Medikamenten, die sich direkt gegen den Krankheitserreger richten. Diese Idee fand auch in der Krebsforschung Interesse. Der unter Ferdinand Blumenthals Ägide arbeitende Hämatologe Hans Hirschfeld forschte in den Berliner Laboratorien ebenso nach chemotherapeutisch gegen Krebszellen wirksamen Stoffen, wie in Paul Ehrlichs *Institut für experimentelle Therapie* in Frankfurt am Main danach gesucht wurde.<sup>372</sup>

Seit den 1960er Jahren geriet die ursprünglich breitere Bedeutung des Begriffs Chemotherapie im allgemeinen Sprachgebrauch allmählich in Vergessenheit und der Wortgebrauch verengte sich auf Medikamente, die gegen eine spezifische Krankheit wirken: gegen Krebs. Dieser Sprachwandel ist ein Indikator dafür, wieviel Aufmerksamkeit die Chemotherapeutika gegen Krebs seit dieser Zeit erregt haben: als eine Therapie, die endlich nicht mehr nur lokal am Tumor selbst zu wirken versprach, sondern auch einzelne, vom Primärtumor unabhängige Krebszellen aufspüren und zerstören zu können schien. Sie beflügelte Hoffnungen auf die Entdeckung einer „Wunderdroge“, wurde aber auch als Therapie bekannt, die so schwerwiegende und belastende Nebenwirkungen hat, dass sie vielen als Inbegriff des Unerträglichen in der modernen Medizin erscheint. Durch die Chemotherapie wurde ein neues Verfahren, eine neue Praxis von Therapie in die Krebsbehandlung eingeführt, die durch die Art und Dauer der Medikamentengabe das Erleben und den klinischen Umgang mit dieser Krankheit deutlich veränderte und neue Verfahren wie etwa die Anwendung von klinisch-experimentellen Protokollen sowie die Orientierung an standardisierten Evaluationskriterien und Klassifikationsschemata mit sich brachte. Diese auf verschiedenen Ebenen beobachtbaren Versuche einer Standardisierung und Formalisierung ordneten sich zwar einerseits in allgemeinere Trends der Medizin ein, hingen jedoch andererseits unmittelbar mit der die Chemotherapie angesichts ihrer Nebenwirkungen von Anfang

---

<sup>372</sup> Vgl. dazu: Axel C. Hüntelmann, Paul Ehrlich. Leben, Forschung, Ökonomien, Netzwerke, Göttingen 2011.

an begleitenden Frage zusammen, wie der durch die Chemotherapie erzielte „Gewinn“ gemessen, erklärt, beurteilt und verbessert werden könne.

Das erste Chemotherapeutikum, das gegen eine Krebserkrankung eingesetzt wurde und eine nachweisbare Wirkung erzielte, war Stickstofflost, chemisch nah mit dem sogenannten Senfgas (Schwefellost) verwandt. Nachdem bereits seit dem Ersten Weltkrieg bekannt gewesen war, dass dieser Stoff das Blutbild veränderte, begann 1941 ein Team um die Pharmakologen Alfred Gilman und Louis Goodman an der Yale University mit der systematischen Erforschung der biologischen Wirkung von Senfgas und anderen Losten.<sup>373</sup> Diese Studien wurden vom *Office of Scientific Research and Development (ORS D)* finanziert, das im Juni 1941 von der amerikanischen Bundesregierung gegründet worden war, um die wissenschaftliche Forschung im Dienst militärischer Zwecke in den USA zu koordinieren. Hintergrund der Forschungen von Gilman und Goodman war die Sorge, dass einer der kriegführenden Staaten Senfgas einsetzen würde, denn es war bekannt, dass eine Reihe von Staaten über Bestände dieses Giftgases verfügte.<sup>374</sup> Nach ersten erfolgreichen Versuchen mit an einem malignen Lymphom erkrankten Mäusen testeten Gilman und Goodman 1942 an einem lymphomkranken Menschen die Wirkung von Stickstofflost. Das Lymphom bildete sich daraufhin kurzzeitig zurück, kehrte aber bald wieder und der Mann verstarb. Dieses Experiment wurde während des Krieges nicht publiziert, da es der militärischen Geheimhaltungspflicht unterlag, wurde aber bereits während des Krieges auf medizinischen Tagungen diskutiert.<sup>375</sup>

Weitere Nahrung erhielt die Hoffnung auf therapeutische Wirkungen des Stickstofflostes durch einen Zufall: Bei einem deutschen Luftangriff auf den Hafen von Bari wurde am 2. Dezember 1943 auch ein amerikanischer Frachter getroffen, der Schwefellost-Granaten geladen hatte. Das Schwefellost (Senfgas) lief ins Hafenbecken

---

<sup>373</sup> Auf diese Vorgeschichte machte zuerst Ilana Löwy aufmerksam, vgl. dies., *Between Bench and Bedside: Science, Healing, and Interleukin-2 in a Cancer Ward*, Cambridge, Mass. 1996, S. 40. Vgl. auch Krueger, Hope, S. 83f.

<sup>374</sup> Stacey L. Hail/Daniel C. Keyes, *Vesicating Agents Including Mustard and Lewisite*, in: Daniel C. Keyes u.a. (Hg.), *Medical Response to Terrorism: Preparedness and Clinical Practice*, Philadelphia 2005, S. 16-25, hier S. 16.

<sup>375</sup> Carsten Timmermann, „Just Give Me the Best Quality of Life Questionnaire“: The Karnofsky Scale and the History of Quality of Life Measurements in Cancer Trials, in: *Chronic Illness* 9, 3 (2013), S. 179-190, hier S. 182. Die Ergebnisse des Versuchs wurden schließlich 1946 publiziert: Louis S. Goodman u.a., *Nitrogen Mustard Therapy: Use of Methyl-Bis(Beta-Chloroethyl)amine Hydrochloride and Tris(Beta-Chloroethyl)amine Hydrochloride for Hodgkin's Disease, Lymphosarcoma, Leukemia and Certain Allied and Miscellaneous Disorders*, in: *Journal of the American Medical Association* 132, 3 (1946), S. 126-132.

und führte bei den Besatzungen der getroffenen Schiffe zu schweren Verätzungen – aber auch, wie amerikanische Ärzte feststellten, zu einer außerordentlich starken Reduktion der Zahl weißer Blutkörperchen.<sup>376</sup>

Auch im nationalsozialistischen Deutschland wurde intensiv zu chemischen Kampfstoffen und damit auch zur Wirkung von Senfgas geforscht. Auf diesem Gebiet entwickelten sich nach 1933 enge Kooperationen zwischen dem Militär, den sieben an der Kampfstoff-Forschung beteiligten *Kaiser-Wilhelm-Instituten*, einigen Industrieunternehmen wie der *Auergesellschaft* sowie schließlich auch dem von Heinrich Himmler geführten *Institut für wehrwissenschaftliche Zwecke* in der *Forschungsgemeinschaft Deutsches Ahnenerbe* der SS.<sup>377</sup> Ein Großteil der Projekte diente der Erforschung und Weiterentwicklung der zu diesem Zeitpunkt neuartigen Nervenkampfstoffe wie etwa Sarin. Die Senfgas/Lost-Forschung konzentrierte sich überwiegend auf die Frage, wie Lost-Schäden durch Gasmasken und speziell imprägnierte Schuhleder verhindert oder wie Hautverletzungen durch die Berührung mit dem bei normaler Temperatur flüssigen Lost minimiert oder geheilt werden könnten.<sup>378</sup> Anders als in der amerikanischen Forschung scheint es damit nur in wenigen Fällen Berührungspunkte zwischen der Kampfgas- und der Krebsforschung gegeben zu haben. Unter den von der *Deutschen Forschungsgemeinschaft* beziehungsweise von Kurt Blome als *Bevollmächtigten für Krebsforschung im Reichsforschungsrat* in der Zeit des Nationalsozialismus geförderten Krebsforschungsprojekten lassen sich offenbar nur zwei identifizieren, in denen Lost eine größere Rolle spielte. Eines der Projekte wurde Anfang 1941 unter Leitung Hermann Druckreys am *Pharmakologischen Institut* der Universität Berlin durchgeführt, scheint aber kaum Ergebnisse gebracht zu haben;

<sup>376</sup> In vielen Darstellungen gilt die Bari-Geschichte als (zufälliger) Beginn der Chemotherapie von Krebserkrankungen. Dieser Darstellung hat Löwy widersprochen, vgl. dies., *Between Bench and Bedside*, S. 40 sowie Timmermann, *Karnofsky Scale*, S. 181.

<sup>377</sup> Vgl. dazu Florian Schmaltz, *Kampfstoff-Forschung im Nationalsozialismus. Zur Kooperation von Kaiser-Wilhelm-Instituten, Militär und Industrie*, Göttingen 2005 sowie zum *Institut für wehrwissenschaftliche Zwecke* in der *Forschungsgemeinschaft Deutsches Ahnenerbe* der SS: Julien Reitzenstein, *Himmlers Forscher. Wehrwissenschaft und Medizinverbrechen im „Ahnenerbe“ der SS*, Paderborn 2014.

<sup>378</sup> Die entsprechenden Forschungsprojekte fanden in Kooperation des *Kaiser-Wilhelm-Instituts für Hirnforschung* und der *Forschungsabteilung der Auergesellschaft* sowie in Zusammenarbeit zwischen dem *Kaiser-Wilhelm-Institut für Lederforschung* und dem *Institut für Pharmakologie und Wehrtoxikologie der Militärärztlichen Akademie* statt, vgl. Schmaltz, *Kampfstoff-Forschung*, S. 246-325. Die Versuche zu Lost-Schäden der Haut wurden gemeinsam von Mitarbeitern des *Kaiser-Wilhelm-Instituts für medizinische Forschung*, der „*Reichsuniversität Straßburg*“ sowie der Abteilung H des *Instituts für wehrwissenschaftliche Zwecke* im KZ Natzweiler durchgeführt, vgl. Schmaltz, *Kampfstoff-Forschung*, S. 521-562 sowie Reitzenstein, *Himmlers Forscher*, S. 129-147.

Krebspatienten waren mit Sicherheit nicht involviert.<sup>379</sup> Das andere Projekt wurde am *Institut für wehrwissenschaftliche Zwecke* durchgeführt und gehört zu den in den Nürnberger Ärzteprozessen verhandelten Medizinverbrechen. Es wurde von dem Anatomen August Hirt konzipiert und sollte dazu dienen festzustellen, inwieweit der menschliche Organismus vor Verbrennungen und anderen Schäden des direkt auf die Haut aufgetragenen Lost geschützt werden könne, wenn den Versuchspersonen vor oder nach Applikation des Lost bestimmte Vitamine verabreicht wurden. Zu diesem Zweck führte Hirt Ende 1942 Experimente an fünfzehn Häftlingen des KZ Natzweiler (bei Straßburg) durch. Alle erlitten schwere und sehr schmerzhaftes Lost-Verbrennungen, drei Häftlinge starben.

Ein inhaltlicher Zusammenhang zur Krebsforschung ist trotz der vom *Bevollmächtigten für Krebsforschung im Reichsforschungsrat* bewilligten Fördergelder nicht zu erkennen.<sup>380</sup> Warum dieser Zusammenhang von der NS-Forschung nicht oder kaum verfolgt wurde, lässt sich nur vermuten. Ein Grund mag die Tatsache gewesen sein, dass innerhalb der deutschen Krebsforschung dieser Jahre der Schwerpunkt auf der Erforschung der Wirkung von Vitaminen, Hormonen und berufsbedingt auftretenden krebserregenden Stoffen einerseits, auf der Suche nach zur Frühdiagnose von Krebs geeigneten Bluttests andererseits lag. Zweitens konzentrierte sich die unter nationalsozialistischer Ägide unternommene Kampfstoff-Forschung stark auf die Erforschung der Nervengifte, die Lostforschung galt dagegen fast ausschließlich der Prophylaxe oder frühzeitigen Heilung der möglichen Wirkung dieses Kampfstoffes bei Berührung mit der Haut, weniger den Effekten von Lost auf den Stoffwechsel und vor allem auf das Blut. Und drittens legen es die Experimente von August Hirt nahe, in zynischer Konsequenz anzunehmen, dass Krebspatienten auch deshalb kaum von der deutschen militärischen Chemiewaffenforschung als Testpersonen in Erwägung gezogen wurden, weil es den Wissenschaftlern möglich war, Versuche an KZ-Häftlingen durchzuführen. Festzustellen bleibt damit, dass die ersten Impulse zur Entwicklung einer zytostatischen Krebstherapie aus den USA kamen.

Dort erforschten Wissenschaftler im Auftrag des Militärs nicht nur chemische Kampfstoffe, sondern sie suchten auch nach Mitteln, um verwundete Soldaten vor den häufig tödlichen Wundinfektionen zu schützen oder sie davon zu heilen. In diesem

---

<sup>379</sup> Vgl. dazu Moser, Deutsche Forschungsgemeinschaft, S. 153f.

<sup>380</sup> Vgl. zur Projektförderung auch: Moser, Deutsche Forschungsgemeinschaft, S. 203f. und 231.

Rahmen entwickelten amerikanische Forscher geeignete Verfahren, um das bereits vorher bekannte, aber klinisch nicht verfügbare Penicillin massenhaft herzustellen, und begannen, in umfangreichen Testreihen nach neuen, antibiotisch wirksamen Substanzen zu suchen. Die mit dieser Methode erzielten Erfolge weckten die Hoffnung, man könne mit ähnlich groß angelegten, von der Pharmaindustrie unterstützten Studien weitere chemotherapeutisch gegen die Krebskrankheit wirksame Stoffe finden.<sup>381</sup> Zu diesem Zweck legte die amerikanische Regierung zwei Forschungsprogramme auf, in deren Rahmen zwischen 1945 und 1954 tausende natürlicher und synthetischer Substanzen auf ihre krebszellenschädigende Wirkung getestet wurden. Schauplatz dieser Tests waren die beiden „ersten“ Adressen der Krebsbehandlung in den USA: das *Sloan Kettering Institute* in New York und das *National Cancer Institute* in Bethesda bei Washington. Mit diesen beiden Programmen im industriellen Maßstab, die ab 1955 mit rasant steigenden Millionenetats gefördert und unter der Ägide des neu gegründeten *Cancer Chemotherapy National Service Center (CCNSC)* ausgebaut wurden, verlagerte sich der Schwerpunkt der weltweiten Krebsforschung in die USA.<sup>382</sup>

Das Hauptaugenmerk richtete sich auf solche Stoffe, die das Wachstum von Zellen hemmen konnten, die also antiproliferativ wirkten – eine Stoffgruppe, für die der Freiburger Internist Ludwig Heilmeyer 1947 den Namen „Zytostatika“ erfand.<sup>383</sup> Die Chemotherapie basierte damit also genau wie zuvor bereits die Strahlentherapie auf dem Epistem, dass Krebs als eine Erkrankung rasch sich teilender Zellen zu verstehen sei.<sup>384</sup> Eine der bis heute wichtigsten, in der Chemotherapie gebräuchlichen Stoffgruppen mit antiproliferativer Wirkung sind die sogenannten Alkylanzien, zu denen das Stickstofflost und dessen Derivate gehören. Schon bald geriet eine weitere chemische Gruppe in das Visier der Chemotherapie-Forschung: die sogenannten Antimetaboliten, die den Zellstoffwechsel während der Zellteilung stören. Ebenfalls in den Prozess der Zellteilung greifen die Mitosehemmer ein, eine dritte wichtige Gruppe von Chemotherapeutika, die schon in der Nachkriegszeit auf ihre zytostatischen Wirkungen hin untersucht wurde. Die letzte seit den 1950er Jahren erforschte und

---

<sup>381</sup> Vgl. dazu und zum Folgenden: Löwy, *Cancer*, S. 467.

<sup>382</sup> Für diese Förderung war u.a. der zunehmende, auf die *American Cancer Society* ebenso wie auf die Pharmaindustrie zurückgehende politische Druck verantwortlich, der das Thema Krebs immer mehr in den Fokus der Politik rückte. Der Etat des *CCNSC* stieg von 5,6 Millionen Dollar (1956), über 20 Millionen Dollar (1957) auf 28 Millionen Dollar (1958). Vgl. Löwy, *Cancer*, S. 471.

<sup>383</sup> Peter Voswinkel, *50 Jahre Deutsche Gesellschaft für Hämatologie und Onkologie*, Würzburg 1987, S. 116.

<sup>384</sup> Löwy, *Cancer*, S. 466f.

schließlich angewandte Gruppe von Zytostatika waren solche Antibiotika, die anders als etwa Penicillin nicht Krankheitserreger, sondern menschliche Zellen angreifen.<sup>385</sup>

Erforscht wurden diese Stoffe zunächst überwiegend in der Therapie von Leukämien und Lymphomen wie etwa Morbus Hodgkin. Diese Auswahl hatte zwei Gründe: Erstens waren beide Arten von Krebserkrankungen anders als die mit Tumorbildung einhergehenden Karzinome und Sarkome eindeutig nicht auf einen abgrenzbaren lokalen Ursprung zurückzuführen. Für ihre Behandlung schien also eine Behandlung mit Chemotherapeutika, die im ganzen Körper wirken konnten, besonders geeignet.<sup>386</sup> Zweitens aber gab es zu diesem Zeitpunkt für Leukämien keine Heilungsmöglichkeit, sie endeten immer tödlich – das traf auch für die meisten Lymphome zu. Die Chemotherapie schien also endlich eine kleine Hoffnung zu bieten für Krankheiten, die sonst innerhalb weniger Wochen nach ihrer Diagnose unausweichlich zum Tod führten, auch und besonders schnell zum Tod von Kindern, bei denen Leukämie im Unterschied zu allen anderen Krebserkrankungen nicht ganz selten auftritt. Angesichts dieser traurigen Prognose schien vielen Ärzten, aber auch einigen Patienten und deren Angehörigen das Risiko hinnehmbar, diese am Menschen nur wenig erprobten Stoffe zu versuchen und deren schwere Nebenwirkungen zu akzeptieren.

Vollständige Heilung allerdings war auch durch die neuen Chemotherapeutika nicht möglich. Sidney Farber, Pathologe am *Children's Medical Center* in Boston und einer der Pioniere in der chemotherapeutischen Behandlung von an Leukämie erkrankten Kindern, beschrieb 1949 in einem Aufsatz, was er im besten Falle durch das von ihm erstmals erprobte Aminopterin, einem Folsäure-Antagonisten, hatte erreichen können: Ein achtjähriger Junge, der im Februar 1947 in der Bostoner Kinderklinik mit einer akuten Leukämie aufgenommen worden war, hatte seitdem kontinuierlich verschiedene Folsäure-Antagonisten bekommen. Farber konstatierte: „Leukemia is still present and there have been many complications, but he is still alive twenty-three months after the onset of his disease.“ Damit hatte dieser Junge die sechs Monate, die

---

<sup>385</sup> Zu den chemotherapeutisch gegen die Krebskrankheit wirkenden Stoffen gehören auch Hormone, die ebenfalls seit den späten 1940er Jahren in der Krebstherapie angewandt wurden, allerdings nicht zytostatisch wirken und darum hier ausgeklammert bleiben.

<sup>386</sup> Allerdings wurden die Chemotherapeutika wegen ihrer schweren Nebenwirkungen nicht immer im ganzen Körper eingesetzt, sondern es wurden Perfusionstechniken entwickelt, mit deren Hilfe sich für die Dauer der Chemotherapie-Infusion ein den Tumor durchströmender isolierter Blutkreislauf herstellen ließ, so dass die Zytostatika nur in weitaus geringerer Konzentration in den allgemeinen Blutkreislauf gelangten.

damals als maximale Lebenserwartung eines leukämiekranken Kindes galten, um sechzehn Monate überlebt. Dennoch wusste Farber, dass auch für diesen Jungen galt: „no evidence has been presented which would justify the use of the word ‚cure‘ of acute leukemia.“<sup>387</sup>

Noch vierzehn Jahre später hatte sich an dieser Einschätzung nichts geändert, schickte der Marburger Kinderarzt Johannes Oehme einem Aufsatz zur „Therapie der Leukämien im Kindesalter“ die kategorische Einschätzung voraus: „Ein Mittel, das eine echte Heilung bewirkt, gibt es noch nicht.“<sup>388</sup> Auch im Blick auf die Therapie fortgeschrittener oder metastasierender solider Tumoren, für die Chemotherapeutika immer öfter angewandt wurden, hielt der Regensburger Gynäkologe Schärtl noch 1966 fest, dass der Erfolg nur „vorübergehend“ sein könne.<sup>389</sup>

In den 1970er Jahren stiegen schließlich zunächst in den USA die Überlebenszeiten leukämiekranker Kinder: Einige waren noch mehrere Jahre nach ihrer Diagnose am Leben. Vorsichtig formulierten führende Kinderonkologen die Hoffnung, dass manche dieser Kinder endgültig geheilt sein könnten.<sup>390</sup> Ähnlich große Erfolge bei der chemotherapeutischen Behandlung von Erwachsenen mit soliden Tumoren blieben allerdings vorerst aus, doch schien die Hoffnung auf Heilung auch hier nun greifbarer. Noch in den frühen 1980er Jahren mussten sich allerdings die behandelnden Ärzte eingestehen, dass „Heilungen maligner Erkrankungen durch die internistische Tumortherapie selbst bei besonders günstigen Tumorformen immer noch relativ selten sind“.<sup>391</sup> Heilung lag also in diesen ersten Jahrzehnten der Chemotherapie nicht im Bereich des Möglichen. Es ging um Remission, die zeitlich befristete Zurückbildung von Symptomen, die unweigerlich enden und also den Tod nicht würde verhindern können. Die Chemotherapie war damit (zunächst) eine ganz neue Art von Krebstherapie: Denn auch wenn Operation und Bestrahlung in vielen Fällen nicht zur Heilung führten, so wurde doch mehrheitlich in der Hoffnung auf Heilung operiert und bestrahlt, erlitten Patienten diese Therapien, weil sie glaubten, sie hätten eine reale Chance, dadurch geheilt zu werden. Bei der Chemotherapie wussten zumindest die Ärzte in

<sup>387</sup> Sydney Farber, Some Observations on the Effect of Folic Acid Antagonists on Acute Leukemia and other Forms of Incurable Cancer, in: *Blood* 4, 2 (1949), S. 160-167, hier S. 165f.

<sup>388</sup> Johannes Oehme, Die Therapie der Leukämien im Kindesalter, in: *Blut* 9 (1963), S. 471-480, hier S. 471.

<sup>389</sup> W. Schärtl, Interne Karzinombehandlung mit dem Zytostatikum Proresid®. Vorläufige Mitteilung, in: *Münchener Medizinische Wochenschrift* 108, 2 (1966), S. 112-114, hier S. 112.

<sup>390</sup> Krueger, *Hope*, S. 138f.

<sup>391</sup> W. E. Berdel/U. Fink, Internistische Tumortherapie. Stand, Probleme, Perspektiven der Chemotherapie, in: *Münchener Medizinische Wochenschrift* 126, 41 (1984), S. 1166-1171, hier S. 1171.



diesen ersten Jahren, dass es „nur“ um einen Aufschub gehen konnte – und dieses hier in Anführungszeichen gesetzte „nur“ stellte an die Mediziner eine Reihe von Fragen, die zu lösen die Entwicklung und Einführung neuer Verfahren und Praktiken anstieß, die wiederum ärztliche Perspektiven auf die Krebskrankheit ebenso veränderten wie den Blick auf und das Verhältnis zu den Patienten.

Bereits bei den ersten chemotherapeutischen Versuchen in den USA zeigte sich, dass die therapeutisch effektive und die für den betreffenden Menschen tödliche Dosis sehr nah beieinander liegen konnten.<sup>392</sup> Aus diesem Grund schien es notwendig, die Wirkung der neu gefundenen Mittel in umfangreichen klinischen Studien zu überprüfen. Dies führte in den USA zu einer engen Verzahnung von pharmakologischer Grundlagenforschung, präklinischer und klinischer Forschung, die es in dieser Weise und in diesem Umfang zuvor nicht gegeben hatte. Damit die Ergebnisse der klinischen Forschung allerdings überhaupt erhoben und dann auch verglichen werden konnten, mussten die Forscher und Ärzte versuchen, die am Versuch beteiligten Variablen zu kontrollieren. Eine wesentliche Variable war der Tumor selbst. Da er im Unterschied zum Tierexperiment nicht künstlich erzeugt worden war, sondern „unkontrolliert“ gewachsen war, musste nach Kategorien gesucht werden, um Vergleichbarkeit herzustellen. Das Kriterium der Inoperabilität, die vorher gültige Annahme der Unheilbarkeit oder auch die schlichte Unterscheidung zwischen lokalem Tumor und generalisierter Krebserkrankung schien dafür ungeeignet. Für einzelne Krebserkrankungen hatte es schon im frühen 20. Jahrhundert Klassifikationsversuche gegeben – wie etwa die bereits erwähnte Steinthal-Klassifikation für Brustkrebs. Die Suche nach Vergleichbarkeit für die Evaluation chemotherapeutischer Krebsbehandlung führte nun dazu, dass sich ein Klassifikationssystem zügig durchsetzte, das erst 1943 von dem französischen Pathologen Pierre Denoix entwickelt worden war: das sogenannte TNM-System. Dieses System fragte nach der regionalen Ausdehnung des Tumors (T), nach der Beteiligung der nahe gelegenen Lymphknoten (N für lat. nodus) sowie nach dem Vorhandensein von Metastasen (M).<sup>393</sup> Ab 1953 arbeitete eine Forschungskommission der *Union Internationale Contre le Cancer* daran, die TNM-Klassifikation für jedwede

---

<sup>392</sup> Löwy, *Cancer*, S. 467. Dort auch zum Folgenden.

<sup>393</sup> Pinell, *Cancer*, S. 683.

bekannte Krebserkrankung konkret zu definieren.<sup>394</sup> Damit wurde eine Stadieneinteilung der Krebserkrankung festgeschrieben, auf deren Grundlage nun Prognosen formuliert und Therapieentscheidungen getroffen wurden.<sup>395</sup>

Mit der Definition von aufeinanderfolgenden Stadien, die den „natürlichen“, d.h. therapeutisch unbeeinflussten Verlauf jeder Krebserkrankung darstellten, sollte leichter eine Antwort auf die Frage gefunden werden, wie die Wirkung der Chemotherapie gemessen und bewertet werden konnte. Denn da die Chemotherapie (noch) keine Heilung bringen konnte, blieb die schwierige Frage, wie deren Erfolg festgestellt werden könnte.<sup>396</sup> Auf den ersten Blick schien die Wirkung einer Chemotherapie leicht zu entscheiden: Schrumpfte der Tumor, gab es eine sogenannte Remission? Was aber, wenn der Tumor zwar kleiner wurde, dann aber rasant wuchs und der Patient schnell starb? Hatte er durch die Chemotherapie länger gelebt? Wie lang wäre aber seine Lebenszeit ohne Chemotherapie bemessen gewesen? Und wenn der Tumor weiter wuchs: Bedeutete das, dass die Chemotherapie nicht anschluss? Vielleicht wäre der Tumor noch schneller gewachsen, wenn man keine Zytostatika gegeben hätte? War es auch ein Erfolg, wenn Symptome wie etwa die Bauchwassersucht (Aszites) zurückgingen und die Atmung dadurch leichter wurde, obwohl der Tumor unverändert weiterwuchs? Was, wenn der Tumor schrumpfte, der Patient sich aber genauso schlecht wie vorher fühlte und auch keinen Zugewinn an Bewegungsmöglichkeiten hatte, vielleicht aber länger lebte?

Um also „Erfolg“ messen und damit ein auf einer größeren Zahl von vergleichbaren „Fällen“ basiertes Ergebnis einer klinischen Studie festschreiben zu können, mussten Antworten auf diese Fragen gefunden und Kriterien für den „Erfolg“ festgelegt werden. In den deutschen Kliniken West und Ost, in denen seit Ende der 1950er Jahre zunächst nur in einigen wenigen Fällen weit fortgeschrittener Krebserkrankungen

---

<sup>394</sup> Timmermann, Lung Cancer, S. 140f.

<sup>395</sup> Diese Einteilung war keineswegs für alle Krebserkrankungen unumstritten, vor allem da Lymphknotenbeteiligung und Fernmetastasen in vielen Fällen vor Behandlungsbeginn kaum sicher zu erfassen waren. Außerdem plädierten einige Ärzte dafür, das Alter und die soziale Stellung der Patienten als mögliche Prognosefaktoren in die Klassifikation der Tumoren einzubeziehen, vgl. etwa die Kritik bei: V. Friedeberg u.a., Behandlung der Uteruskarzinome, in: Gynäkologie und Geburtshilfe (Bd. 3 = Spezielle Gynäkologie), Stuttgart 1972, S. 523-571, hier S. 523-529. Ganz auf der TNM-Klassifikation beruhte zum Beispiel: J. E. Altwein/K. H. Kurth/R. Hohenfellner, Blasenkarzinom: Therapeutisches Konzept der Urologischen Universitätsklinik Mainz, in: Urologe A 16 (1977), S. 180-182.

<sup>396</sup> Vgl. dazu Elizabeth Toon, Measured Responses: British Clinical Researchers and Therapies for Advanced Breast Cancer in the 1960s and 1970s, in: Timmermann/Toon (Hg.), Cancer Patients, S. 130-160, v.a. S. 138-147.

Chemotherapeutika angewandt wurden, orientierte man sich an Kriterien, die zuvor in den USA festgelegt worden waren.<sup>397</sup> Ein wesentliches Kriterium war die tast- und sichtbare Verkleinerung der Tumoren und Metastasen. Zusätzlich wurden Röntgenaufnahmen angefertigt, um den klinischen Tastbefund zu sichern und um weitere Befunde etwa über den Rückgang einer durch den Krebs hervorgerufenen Aszites (Bauchwassersucht) zu ergänzen. Ließen sich klinisch oder röntgenologisch Verkleinerungen feststellen, so wurde dies als objektive Remission gewertet.<sup>398</sup> Dabei konnte es sich um eine Vollremission handeln, bei der sämtliche Krankheitszeichen für mindestens vier Wochen verschwanden, oder um eine Teilremission, bei der ebenfalls vier Wochen lang 50% der zuvor beobachtbaren Symptome verschwunden blieben.<sup>399</sup> Als Teilversagen wurde es bezeichnet, wenn die Symptome gleich blieben oder einige abnahmen, andere dagegen zunahmen. Ganz versagte die Therapie, wenn der Tumor weiter wuchs und weitere Symptome oder Metastasen auftraten. Diese Definitionen zeigen sehr deutlich, dass in der Chemotherapie Erfolg in einem verhältnismäßig kurzen Zeithorizont definiert wurde, da für das statistisch relevante Resultat „Vollremission“ bereits ein Monat der Besserung ausreichte.

Neben diesen „objektiven“ Kriterien wurden aber auch sogenannte subjektive Kriterien erhoben und zur Beurteilung des Erfolges herangezogen. Dies konnte entweder durch eine schlichte Befragung der Patienten geschehen, die dann zwar als Befund in der Fachliteratur auftauchte, nicht aber in die statistischen Auswertungen der

---

<sup>397</sup> Hormone, nicht Zytostatika wurden allerdings bereits früher zum Beispiel bei der Therapie von Prostata-Carcinomen gegeben, vgl. Hermann Druckrey/Siegfried Raabe, Organspezifische Chemotherapie des Krebs (Prostata-Karzinom), in: Klinische Wochenschrift 30 (1952), S. 882-887. Einen der ersten Überblicke über in deutschen Kliniken erfolgte Versuche, inoperable oder strahlenrefraktäre Tumoren chemotherapeutisch zu behandeln, gab Gerhard Domagk, der dabei auch auf einige in der zweiten Hälfte der 1950er Jahre durchgeführte Versuche verweisen konnte: ders., Grundlagen zu einer Chemotherapie der bösartigen Geschwülste, in: Kampf dem Krebs 1 (1960), S. 12-26.

<sup>398</sup> So zum Beispiel die von Stephan Tanneberger und Giovanni Bacigalupo gebrauchte Definition. Bacigalupo leitete zu diesem Zeitpunkt die Abteilung für experimentelle und klinische Chemotherapie an der Ost-Berliner *Robert-Rössle-Klinik*, Tanneberger hatte dort 1964 seine Facharztbildung begonnen, vgl. dies., Einige Erfahrungen mit der individuellen zytostatischen Behandlung maligner Tumoren nach prätherapeutischer Zytostatika-Sensibilitätsprüfung in vitro (Onkobiogramm), in: Archiv für Geschwulstforschung 35, 1 (1970), S. 44-53, hier S. 48. Eine ähnliche Definition findet sich bei H. Martin und J.C.F. Schubert, die in der *II. Medizinischen Universitätsklinik* in Frankfurt am Main arbeiteten, vgl. dies.: Behandlung der Lymphgranulomatose mit Vincalukoblastin, in: Blut 16 (1967), S. 157-160, hier S. 159.

<sup>399</sup> Diese Definitionen wurden zum Beispiel in einer frühen Gemeinschaftsstudie benutzt, an der zwölf renommierte bundesrepublikanische Kliniken beteiligt waren: P. Drings u.a., Erfahrungen mit neuartigen N-Lost-Phosphamidestern, in: Deutsche Medizinische Wochenschrift 95, 10 (1970), S. 491-497, hier S. 494. Diese Definitionen entsprachen in etwa auch den Richtlinien, die 1977 von der *International Union Against Cancer / Union Internationale Contre le Cancer (UICC)* verabschiedet wurden, vgl. Toon, Measured Responses, S. 146.

Therapie einging.<sup>400</sup> Daneben benutzten einige chemotherapeutisch behandelnde Ärzte Kriterienkataloge, die objektive und subjektive Kriterien kombinierten und für die statistische Auswertung kodierten.<sup>401</sup> Diese Kriterienkataloge orientierten sich an einer Evaluationstabelle, die der amerikanische Mediziner David Karnofsky bereits 1948 vorgeschlagen hatte, als er die ersten am *Sloan Kettering Institute* durchgeführten Versuche chemotherapeutischer Behandlung einem breiteren Fachpublikum vorstellte.<sup>402</sup> Karnofsky hatte neben den Kriterien objektiver Besserung die Versuchspersonen nach ihrer subjektiv empfundenen Besserung befragt (G = good, F = fair, 0 = none). Ein drittes Kriterium war der von Karnofsky so genannte „performance status“. Darunter verstand Karnofsky die (Un-)Fähigkeit der Patienten zu arbeiten und sich selbst zu versorgen.<sup>403</sup> Arbeitsfähigkeit und Selbständigkeit waren also in Karnofskys Beurteilung wesentliche Parameter der Beurteilung von Chemotherapie, auch wenn diese nicht notwendigerweise mit einer Lebensverlängerung einhergingen.<sup>404</sup> Diese Bewertung wurde vielfach auch im deutschen Kontext der 1950er bis frühen 1970er Jahre übernommen.<sup>405</sup> Wenn auch hier nicht Lebensqualität im später gebrauchten Sinne im Vordergrund stand, wurde doch auf der Suche nach dem Maß des Erfolges von Chemotherapie, die nur Remission, nicht Heilung bringen konnte, erstmals das subjektive Befinden und die wiedererlangten oder gestörten Fähigkeiten der Patienten in ihrem Alltag in die systematische klinische Bewertung einer Krebstherapie mit einbezogen.<sup>406</sup>

---

<sup>400</sup> So gaben etwa H. Martin und J. C. F. Schubert an, dass „viele der Kranken berichteten, sich seit langer Zeit nicht so wohl gefühlt zu haben“. In ihre tabellarischen Auswertungen ging dieses „subjektive“ Kriterium aber offenbar nicht ein, vgl. dies., *Behandlung*, S. 159.

<sup>401</sup> Vgl. den Überblicksartikel: Hans Ehrhardt, *Chemotherapie maligner Geschwülste*, in: *Münchener Medizinische Wochenschrift* 115, 18 (1973), S. 814-832, hier S. 816.

<sup>402</sup> D. A. Karnofsky u.a., *The Use of the Nitrogen Mustards in the Palliative Treatment of Carcinoma. With Particular Reference to Bronchogenic Carcinoma*, in: *Cancer* 1, 4 (1948), S. 634-656, hier S. 634.

<sup>403</sup> 100 % bedeutete für Karnofsky: „normal; no complaints; no evidence of disease“, nur 90 % bekam ein Patient, wenn er mit seinen üblichen Aktivitäten fortfahren konnte, aber „minor signs or symptoms of disease“ zeigte. 20 % bedeutete: „very sick; hospitalisation necessary; active supportive treatment necessary“. Karnofsky u.a., *Use*, S. 635. Vgl. dazu auch Timmermann, *Karnofsky Scale*, S. 183.

<sup>404</sup> Timmermann betont, dass der Karnofsky Scale erst in den 1970er Jahren als Instrument zur Messung der Lebensqualität verstanden und dann auch wegen seiner Vereinfachung kritisiert worden sei: Timmermann, *Karnofsky Scale*.

<sup>405</sup> Vgl. zum Beispiel der Verweis auf die Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit bei Domagk, *Grundlagen*, S. 20. Ähnlich auch Schärfl, *Interne Karzinombehandlung*, S. 114, der den Fall einer mit Proresid behandelten 50-jährigen Frau schilderte, bei der es für sechs Monate gelungen sei, dass sie „den Haushalt mit 7 Kindern sowie eine kleinere Landwirtschaft“ versorgen konnte, bevor ihr Zustand sich dann innerhalb von zwei Monaten rasant verschlechterte und sie starb.

<sup>406</sup> 1975 legte die *International Union Against Cancer/Union Internationale Contre le Cancer* ein System zur Kategorisierung der Effekte von Chemotherapie fest, das zwischen *complete response*,

Genau auf dieser Ebene lag allerdings das größte Rechtfertigungsproblem der Chemotherapie: Wenn sie wirkte, konnte sie für eine gewisse Zeit Primärtumor und Metastasen zum Schrumpfen bringen und auf diese Weise Schmerzen und andere Symptome lindern, eventuell auch den Allgemeinzustand so weit verbessern, dass die Patienten wieder aufstehen, sich selbst versorgen oder arbeiten konnten, vielleicht auch länger lebten. Zugleich aber brachte jede Chemotherapie schwere und manchmal auch lebensbedrohliche Nebenwirkungen mit sich.<sup>407</sup>

Besonders gravierend waren die Auswirkungen vieler Chemotherapeutika auf das Knochenmark und damit auf das Blutbild. Folge war eine geschwächte Immunabwehr, die die Gefahr mit sich brachte, dass eigentlich harmlose Infektionen lebensbedrohlich werden konnten. Die Reduktion der Blutplättchen (Thrombozyten) erhöhte die Gefahr von Blutungen, die ebenfalls zum Tod führen konnten. Eine durch viele Chemotherapeutika verursachte Anämie äußerte sich oft in Müdigkeit, Luftknappheit und Kopfschmerzen. Um lebensbedrohliche Komplikationen zu vermeiden, musste deshalb während der Chemotherapie das Blutbild laufend kontrolliert werden. Fielen die Ergebnisse dieser Kontrollen schlecht aus, musste die Chemotherapie abgebrochen, ausgesetzt oder umgestellt werden.<sup>408</sup> Andere Nebenwirkungen waren weniger gefährlich, aber für die Patienten ebenfalls äußerst belastend: Übelkeit und Erbrechen traten nicht selten schon während der Infusion von Chemotherapeutika auf und konnten mehrere Stunden anhalten. Die Mundschleimhaut wurde fast immer in Mitleidenschaft gezogen, sie entzündete sich und jede Nahrungsaufnahme konnte zur Qual werden. Auch die Darmschleimhaut wurde angegriffen, Durchfall, kolikartige Schmerzen und

---

*partial response, no change* und *progressive disease* unterschied und empfahl, zusätzlich den Karnofsky Scale heranzuziehen. Diese Richtlinien wurden 1977 von der einflussreichen Zeitschrift *Lancet* verbreitet und zur internationalen Anwendung empfohlen. Die WHO verabschiedete dagegen Ende der 1970er Jahre Empfehlungen, in denen die subjektiven Reaktionen nur am Rande erwähnt wurden. Sie seien zwar wichtig, aber schwierig zu erheben und insofern für die Durchführung von Studien bedeutungslos: „Definition of subjective response is difficult because there are so many factors that can influence it. Despite this difficulty a response (e.g. weight gain or decrease in pain) can nevertheless be of great importance to the patient and may alert the physician to the possibility of an objective response.“ Vgl. dazu Toon, *Measured Responses*, S. 146-150.

<sup>407</sup> Vgl. zum Beispiel die Zusammenstellung allgemeiner Nebenwirkungen bei: Ehrhardt, *Chemotherapie*, S. 827f.

<sup>408</sup> Daneben gab es noch andere gefährliche Nebenwirkungen, die aber nur bei einer kleineren Gruppe von Chemotherapeutika auftraten wie etwa eine Schädigung der Herzmuskelzellen, des Nervensystems mit Lähmungen oder Taubheitsgefühlen oder der Nieren, vgl. zum Beispiel den Vergleich von Endoxan mit Ifosfamid, das zwar „eindrucksvolle“ Ergebnisse brachte, aber auch „auffallend häufig“ zu Todesfällen durch Nierenversagen führte: G. Teufel/A. Pfeleiderer, *Ifosfamid im Vergleich zu Endoxan bei fortgeschrittenen Ovarialkarzinomen*, in: *Geburtshilfe und Frauenheilkunde* 36, 3 (1976), S. 274-279, hier S. 277 und 279.

Appetitlosigkeit waren das Ergebnis. Die Haut wurde trocken, juckte und verfärbte sich manchmal bräunlich, die Nägel wurden brüchig und die Haare fielen aus.

Dosierungen, Anwendungsintervalle und Wirkstoffkombinationen zu ermitteln, die möglichst vollständige und langdauernde Remissionen brachten, zugleich aber nicht zu starke Nebenwirkungen hatten, war deshalb ein vorrangiges Ziel. Dies schien nur in klinischen Studien möglich, die für Patienten mit einer bestimmten Krebserkrankung in einem spezifischen Stadium die Gabe von einem oder mehreren Chemotherapeutika nach einem festgelegten Protokoll vorschrieben. Dieses Protokoll legte unter anderem fest, wieviel Milligramm dieses oder jenes Stoffes pro Kilogramm Körpergewicht im Laufe eines Therapiezyklus gegeben werden sollte, ob das Zytostatikum täglich oder wöchentlich, als Transfusion oder Tablette verabreicht werden sollte, ob zunächst eine hoch dosierte Stoßtherapie zu erfolgen hatte, die nach einiger Zeit von einer niedrig dosierten Erhaltungsdosis abgelöst werden würde oder ob im Intervall zwischen zwei Therapiezyklen keine Zytostatika gegeben werden sollten. Obwohl Anfang der 1960er Jahre nur wenige Substanzen breitere Anwendung fanden, gab es somit eine Vielzahl von Variablen, die sich mit der Entdeckung von weiteren, möglicherweise aussichtsreichen Zytostatika in den folgenden Jahren laufend erhöhte. Insofern blieb der Unterschied zwischen dem experimentellen klinischen Protokoll und dem Standardprotokoll, das nicht mehr als Experiment galt, in vielen Fällen gering.<sup>409</sup>

Die Grenzziehung zwischen experimenteller und gesicherter klinischer Anwendung wurde zudem dadurch erschwert, dass die Ärzte, Pharmakologen und Chemiker schon früh feststellen mussten, dass Patienten mit scheinbar gleicher und nach der TNM-Skala ähnlich weit fortgeschrittener Krebserkrankung oft unterschiedlich auf die nach Protokoll verabreichten Chemotherapeutika reagierten. Darum betonte noch 1984 ein in der *Münchener Medizinischen Wochenschrift* veröffentlichter Überblicksartikel, dass „bis heute die *Zusammenstellung der Medikamente*, die *Dosisfestlegung* und die *Verabreichungsweise* weitgehend empirisch“ erfolgen würde.<sup>410</sup> Das bedeutete, dass die während der Chemotherapie ständig durchgeführten Blutuntersuchungen und Tumorkontrollen in vielen Fällen eine Veränderung von Dosis oder Wirkstoffkombination erforderlich machten, weil entweder der Tumor nicht reagierte

---

<sup>409</sup> Peter Keating und Alberto Cambrosio haben gezeigt, dass dieser Unterschied bis heute immer kleiner geworden ist, bis zu dem Punkt, dass: „this year’s research protocol may easily become, through a single consensus meeting, next year’s standard“. Vgl. dies., *Cancer Clinical Trials*, S. 216.

<sup>410</sup> Berdel/Fink, *Internistische Tumorthherapie*, S. 1168.

oder sich der Allgemeinzustand des Patienten bedrohlich verschlechterte. Eine Ursache dafür war, dass sich die Körper der Patienten einer vollständigen Klassifizierung entzogen. Doch das erklärte nicht alles: Durch die unterschiedlichen Reaktionen scheinbar gleichartiger Tumoren auf den gleichen Wirkstoff lernten die Ärzte, dass es Unterschiede zwischen diesen Tumoren geben musste, die klinisch und histologisch bisher nicht zu erfassen gewesen waren.

Diese Unterschiede zwischen bislang für gleich gehaltenen Tumoren konnten darauf zurückgehen, dass in einem Tumor die Zellen nicht alle gleichzeitig den Zellzyklus von Teilung und Vermehrung durchliefen. Da jedes Zytostatikum nur an einer bestimmten Stelle des Zellzyklus eingriff und nur an dieser Stelle die Teilung störte, konnte es also sein, dass in dem einen Tumor nur wenige Zellen betroffen waren, in einem anderen dagegen sehr viele. Um trotzdem möglichst viele Tumorzellen zu treffen, begann man in den 1960er Jahren, Zytostatika mit unterschiedlichen Eigenschaften zu kombinieren: die sogenannte Polychemotherapie.<sup>411</sup> Dies hatte auch den Vorteil, dass unterschiedliche Zytostatika oft unterschiedliche Nebenwirkungen hatten, so dass die Wirkung erhöht werden konnte, ohne dass einzelne Nebenwirkungen so stark wurden, dass die Therapie abgebrochen werden musste, weil Lebensgefahr bestand. Außerdem konnte so die Entstehung sekundärer Resistenzen verzögert werden – das Phänomen, dass irgendwann im Verlauf einer jeden Chemotherapie vorher wirksame Zytostatika keine Wirkung mehr zeigten, weil einzelne Tumorzellen resistent gegenüber dem jeweiligen Zytostatikum geblieben waren, überlebten und sich immer stärker vermehrten, so dass schließlich die Mehrzahl der Zellen eines Tumors resistent gegen dieses Zytostatikum war.<sup>412</sup>

Resistenzen konnten aber bereits bei der ersten Chemotherapie-Gabe auftreten. Das war das Rätsel, vor das die Chemotherapie die Krebsforscher von Anfang an stellte: Warum reagierten einige Tumoren nicht auf ein bestimmtes Chemotherapeutikum, obwohl die meisten zur scheinbar gleichen Krebserkrankung gehörenden Tumoren eine starke Reaktion zeigten – und zwar ganz unabhängig vom Zellzyklus der Tumorzellen. Es musste also biochemische Unterschiede zwischen Tumorzellen geben, die noch nicht zu erklären waren. Die einzige verfügbare Möglichkeit, solche Unterschiede festzustellen, war die jeweils unterschiedliche Reaktion auf das gleiche Zytostatikum.

---

<sup>411</sup> Ehrhardt, Chemotherapie, S. 816 und 820f.

<sup>412</sup> Ehrhardt, Chemotherapie, S. 823f.

Der therapeutische Wirkstoff wurde damit zugleich zum diagnostischen Instrument. Die vorher in der Praxis zwar auch nicht immer zutreffende, aber dennoch weit verbreitete Idee, dass aufgrund einer sorgfältigen Diagnose das genau passende Medikament verschrieben werden konnte, verlor damit ihre Gültigkeit.<sup>413</sup> Diese neue Form der „Diagnosetherapie“ stellte eine erhebliche Belastung für die Patienten dar: Sie mussten nicht nur fürchten, dass sie zu den sogenannten *non-responders* gehörten und sich damit ihre Chance auf Remission verkleinern würde, sondern sie ertrugen unter Umständen die schweren und gefährlichen Nebenwirkungen der Chemotherapie, ohne irgendeinen Nutzen davon zu haben. Wie eine Zusammenstellung gebräuchlicher Chemotherapeutika zu Beginn der 1970er Jahre zeigte, betraf dies in günstigen Fällen 10 % derjenigen, die eine Chemotherapie erhielten, in anderen Fällen erhielten sieben von zehn Patienten das Medikament, ohne dass ihr Tumor darauf ansprach.<sup>414</sup> Um genau dies zu vermeiden, griffen einige Krebsforscher bereits bei der Antibiotikatherapie erprobte Verfahren auf, schon vor der Therapie die Wirksamkeit des Wirkstoffes an Zell- oder Gewebekulturen zu überprüfen.<sup>415</sup> Die Züchtung von Tumorgewebekulturen erwies sich jedoch bei einigen Krebserkrankungen als außerordentlich schwierig. Dennoch gelang es schon in den 1970er Jahren bei einigen Krebserkrankungen durch im Labor durchgeführte Tests herauszufinden, welche Tumoren auf einen Wirkstoff mit Sicherheit nicht reagieren würden. Die umgekehrte Voraussage, ob ein Tumor auf den gegebenen Wirkstoff reagieren würde, gelang allerdings nur in eingeschränktem Maße. Dennoch begann sich in diesem Zusammenhang die Idee zu

---

<sup>413</sup> Auf eine etwa zeitgleiche Entdeckung und Verwendung von Psychopharmaka als Therapie und Diagnoseinstrument machte Felicity Callard aufmerksam, vgl. dies., *The Intimate Geographies of Panic Disorder: Parsing Anxiety Through Psychopharmacological Dissection*, in: *Osiris* 31 (2016), S. 203-226.

<sup>414</sup> Ehrhardt, *Chemotherapie*, S. 817-820, 822f. und 826f.

<sup>415</sup> An der Entwicklung derartiger Verfahren arbeitete besonders intensiv eine Forschergruppe um Stephan Tanneberger, der am *Institut für Krebsforschung der Deutschen Akademie der Wissenschaften zu Berlin* ab 1975 die *Abteilung für experimentelle und klinische Chemotherapie* leitete. Möglicherweise spielte bei der Entscheidung, solche Verfahren verstärkt zu erforschen, auch die Tatsache eine Rolle, dass manche Zytostatika in der DDR nur schwer bzw. teuer aus dem Westen zu beschaffen, andere gar nicht verfügbar waren. Vgl. ders./Bacigalupo, *Einige Erfahrungen*; ders./A. Mohr, *Biological Characterization of Human Tumours by Means of Organ Culture and Individualized Cytostatic Cancer Treatment*, in: *Archiv für Geschwulstforschung* 42, 4 (1973), S. 307-315 und K. Ebeling/H. Spitzbart; *Zur Erfassung zytostatischer Effekte an Zellkulturen in vitro und deren gegenwärtige Bedeutung für eine individualisierte Tumorthherapie des fortgeschrittenen Ovarialkarzinoms*, in: *Zentralblatt für Gynäkologie* 99 (1977), S. 1041-1054. Diese Testverfahren befanden sich aber aus westlicher Sicht noch Mitte der 1980er Jahre im „Stadium des Experiments, welches keine zuverlässigen Aussagen über die individuelle Sensitivität“ erlauben würde, vgl. Berdel/Fink, *Internistische Tumorthherapie*, S. 1171.



entwickeln, dass es das Ziel sein müsse, auf der Grundlage von Labortests eine individualisierte Therapie *vor* Therapiebeginn zu entwickeln.

Auch in dieser Hinsicht kam es also sowohl in der Bundesrepublik als auch in der DDR zu einer zuvor nicht gekannten engen Verzahnung zwischen Labor und Klinik, Experiment und klinischer Standard-Praxis in der Therapiephase. Vor diesem Hintergrund konnten die Unterschiede zwischen einer Therapie nach Standard-Protokoll und einer Therapie im Rahmen einer Arzneimittelstudie der Phasen II (Dosisfindung) und III (Wirksamkeitsprüfung) für Ärzte wie Patienten gering erscheinen. In der DDR wurden zwischen 1961 und 1990 nachweislich 44 von der westdeutschen Pharmaindustrie in Auftrag gegebene Studien im Bereich der Onkologie durchgeführt.<sup>416</sup> Diese Studien, deren öffentliche „Entdeckung“ nach 1990 zu Empörung führte, entsprachen allerdings den in Ost- wie Westdeutschland damals gültigen Vorschriften für Arzneimittelstudien.<sup>417</sup>

Die große Mehrzahl dieser von westdeutschen Pharmafirmen in Auftrag gegebenen Studien waren Phase II- oder Phase-III-Studien.<sup>418</sup> Allerdings wurden durchaus auch Studien durchgeführt, in deren Rahmen Wirkstoffe nach Abschluss der vorgeschriebenen Tierversuche erstmalig am Menschen erprobt wurden, sogenannte Phase-I-Studien. Eine solche Studie führte die Ärztin Helgard Lenk zwischen Februar 1986 und März 1987 an der von Stephan Tanneberger geleiteten *Robert-Rössle-Klinik* durch.<sup>419</sup> Getestet wurde die Wirkung des Tumornekrosefaktors rhTNF (PAC-4D), den die japanische Pharmafirma *Asahi Chemical Company Co., Ltd.*, entwickelt hatte und der als immunologisch wirksamer Stoff die Rückbildung oder Heilung von Krebstumoren veranlassen sollte. Lenk wählte siebzehn Patienten für ihre Studie aus, die alle an Krebserkrankungen litten, für deren Therapie keine klinisch zugelassenen Mittel

<sup>416</sup> Allerdings ging es nicht bei allen diesen Versuchen um die Testung neuer Wirkstoffe, sondern in einigen Fällen auch um die Prüfung von Infusionskanülen oder Kathetern, vgl. die entsprechenden Tabellen bei: Volker Hess/Laura Hottenrott/Peter Steinkamp, Testen im Osten. DDR-Arzneimittelstudien im Auftrag westlicher Pharmaindustrie, 1964-1990, Berlin/Brandenburg 2016, S. 194-243 und S. 255.

<sup>417</sup> Zu dieser Einschätzung kommen Volker Hess, Laura Hottenrott und Peter Steinkamp im Blick auf die in der DDR im Auftrag westdeutscher Pharmafirmen durchgeführten Studien. Allerdings haben sie aus der Fülle von mehreren hundert Studien nur einige exemplarisch herausgegriffen und konkret überprüft. Es mag also sein, dass das Resultat in einigen Fällen anders aussehen würde, vgl. dies., Testen, S. 179-182. Als Beispiel für die mediale Skandalisierung vgl.: Anonym, „Das ist russisches Roulette“. Schmutzige Geschäfte mit westlichen Pharmakonzernen brachten dem SED-Regime Millionen, in: Der Spiegel 6 (1991), S. 80-90.

<sup>418</sup> Hess/Hottenrott/Steinkamp, Testen, S. 179.

<sup>419</sup> Diese Studie war Gegenstand des ersten Teils ihrer Dissertation, vgl. Helgard Lenk, Tumornekrosefaktor in der Behandlung maligner Tumoren – Stand und Perspektiven aus klinischer Sicht. Med. Diss., Akademie der Wissenschaften der DDR 1990.

existierten oder bei denen alle verfügbaren bereits erfolglos angewandt worden waren. Alle Patienten hatten unterschrieben, dass sie über den Ablauf der Studie und mögliche Komplikationen informiert worden waren und dennoch teilzunehmen wünschten.<sup>420</sup> Die Patienten erhielten kontinuierlich steigende Dosen des Tumornekrosefaktors, um die maximal verträgliche Dosis herauszufinden. Sie litten unter Übelkeit, Erbrechen, Fieber, Schüttelfrost, starken Schmerzen in den Tumoren, Schläfrigkeit und Benommenheit. Eine Patientin starb an einer Bauchfellentzündung, weil eine Darmmetastase – wie eigentlich gewünscht – zerfiel (nekrotisierte) und sich das nekrotische Gewebe in den Bauch entleerte. Alle anderen Patienten überlebten. Die meisten Komplikationen bildeten sich 48 bis 72 Stunden nach Gabe des Tumornekrosefaktors zurück. Da der getestete Tumornekrosefaktor in einigen Fällen tatsächlich das Tumorgewebe angegriffen zu haben schien, führte Helgard Lenk im Anschluss eine Phase-II-Studie mit diesem Wirkstoff durch.

Diese Studie war es, die der *Spiegel* im Februar 1991 als Aufmacher wählte, um den „Pharmastrich“ DDR anzuprangern, der von „Freiern aus dem Westen“ gerne für andernorts undurchführbare Arzneimitteltests benutzt worden sei.<sup>421</sup> Tatsächlich entsprach aber auch diese Studie, soweit die von Lenk publizierten Ergebnisse und Informationen zum Studiendesign darüber Aufschluss geben, den damals in der DDR gültigen Teststandards, die nicht wesentlich von den in der Bundesrepublik oder anderen westlichen Ländern gültigen Vorschriften abwichen.<sup>422</sup> Eine fast zeitgleich in den USA durchgeführte Phase-I-Studie, die einen von der amerikanischen Firma *Genentech Inc., San Francisco*, entwickelten Tumornekrosefaktor an 39 Patienten testete, folgte einem fast identischen Studiendesign, die Patienten erlitten ähnlich schwerwiegende Komplikationen, ein Patient blieb infolge des Tests blind, aber es starb niemand.<sup>423</sup> Insofern ist die Empörung über den DDR-Skandal an dieser Stelle womöglich eher ein Zeichen dafür, wie wenig die potentielle Nähe zwischen Chemotherapie und Experiment zumindest zu diesem Zeitpunkt, Anfang der 1990er Jahre, in der öffentlichen Diskussion reflektiert und bedacht wurde.

---

<sup>420</sup> Lenk, Tumornekrosefaktor, S. 79.

<sup>421</sup> Anonym, Das ist russisches Roulett, S. 80.

<sup>422</sup> Ähnlich im Blick auf die von westdeutschen Pharmafirmen beauftragten Arzneimittelstudien: Hess/Hottenrott/Steinkamp, Testen, S. 180.

<sup>423</sup> B. Feinberg u.a., A Phase I Trial of Intravenously-Administered Recombinant Tumor Necrosis Factor-Alpha in Cancer Patients, in: *Journal of Clinical Oncology* 6, 8 (1988), S. 1328-1334.

Die Frage, warum die westdeutsche Pharmaindustrie überhaupt Anstrengungen unternahm, DDR-Kliniken für ihre Arzneimittelstudien zu rekrutieren, findet überwiegend andere Erklärungen. So bot die DDR vor allem den Vorteil eines stark zentralisierten Gesundheitssystems, so dass Durchführung und Auswertung der Studien erleichtert und beschleunigt werden konnten – ein Vorteil, der sich unmittelbar bezahlt machte.<sup>424</sup> Die DDR-Regierung konnte sich durch die Studien Devisen beschaffen, da die Studienhonorare nicht an die beteiligten Ärzte und Patienten ausgezahlt wurden, sondern an die DDR-Regierung.<sup>425</sup> Für die beteiligten Ärzte konnte die Teilnahme an diesen Studien die Einladung zu Tagungen im Westen ebenso wie die Möglichkeit zur Publikation in einer westdeutschen Fachzeitschrift mit sich bringen.<sup>426</sup> Außerdem erhielten die an den Studien beteiligten Kliniken kostenlose Prüfmedikamente westdeutscher Herkunft, um die Wirksamkeit der neuen, noch nicht zugelassenen Medikamente mit der Wirkung bereits eingeführter Chemotherapeutika zu vergleichen. In einigen Fällen wurde das Honorar zumindest teilweise in Form von in der DDR nicht verfügbarer Medizintechnik gezahlt, die die Prüfklinik für die Dauer der Studie oder sogar darüber hinaus nutzen konnte.<sup>427</sup>

Und – nicht zuletzt – eröffneten die Studien den Zugriff auf neu entwickelte Chemotherapeutika, die in der DDR nicht verfügbar waren. Davon gab es einige, wie eine von Stephan Tanneberger, Chefarzt der chemotherapeutischen Abteilung am Ost-Berliner *Institut für Krebsforschung*, und seinen Mitarbeitern in einem 1980 publizierten Lehrbuch zusammengestellte Liste bekannter Zytostatika zeigte, in der angegeben wurde, wo die entsprechenden Präparate produziert wurden und ob sie in der DDR verfügbar waren.<sup>428</sup> Diese Möglichkeiten erschienen nicht nur den behandelnden Ärzten als therapeutische Chance, sondern offenbar auch den Patienten, die der Studienteilnahme zustimmten.<sup>429</sup> Die Hoffnung, dass eine gerade erst gefundene neue

---

<sup>424</sup> Hess/Hottenrott/Steinkamp, Testen, S. 118-123.

<sup>425</sup> Dazu im Detail: Hess/Hottenrott/Steinkamp, Testen, S. 54-59.

<sup>426</sup> Hess/Hottenrott/Steinkamp, Testen, S. 132-136.

<sup>427</sup> So wurde der *Robert-Rössle-Klinik* von der Frankfurter Pharmafirma *ASTA* als Honorar für die Teilnahme an einer Phase-III-Studie zum Zytostatikum Ifosfamid ein sogenanntes HPLC-Gerät (Flüssigkeitschromatograph) von *Hewlett Packard* angeboten, vgl. Beratervertrag zwischen dem Beratungsbüro beim Ministerium für Gesundheitswesen für Arzneimittel und medizintechnische Erzeugnisse, Herrn Prof. Dr. Dr. St. Tanneberger, Robert-Rössle-Institut, Zentralinstitut für Krebsforschung und der Firma Asta-Werke AG. 07.02.1985, S. 4. BArch DQ 105/34.

<sup>428</sup> Stephan Tanneberger u.a., Klinisch gebräuchliche antineoplastische Pharmaka und deren Charakteristika, in: Stephan Tanneberger (Hg.), Experimentelle und klinische Tumorchemotherapie. Spezielle Tumorchemotherapie, Stuttgart/New York 1980, S. 317-343.

<sup>429</sup> Im Unterschied zu dem in der Bundesrepublik gesetzlich festgeschriebenen Verfahren musste diese Zustimmung nach DDR-Recht nur mündlich erfolgen. Allerdings musste diese Zustimmung vom

Substanz den entscheidenden Durchbruch, eine längere Remission oder vielleicht sogar Heilung bringen könnte, bewog viele Patienten, der Teilnahme an solchen Studien zuzustimmen.<sup>430</sup> Diese Hoffnung war es auch, die in der Bundesrepublik Patienten mit fortgeschrittenen, „austherapierten“ Tumoren dazu brachte, an Arzneimittelstudien teilzunehmen, die in einigen Fällen einem ähnlichen Studiendesign folgten.<sup>431</sup>

Fast alle Patienten, die in den 1960er und 1970er Jahren eine Chemotherapie bekamen – ob nun als Studienteilnehmer oder nach einem Standard-Protokoll – waren bereits wegen ihrer Krebserkrankung operiert und bestrahlt worden, denn wegen der Gefährlichkeit der Zytostatika wagte noch kaum jemand, diese Stoffe zur begleitenden (adjuvanten) Therapie von Frühstadien einzusetzen, um Tumoren vor der Operation zu verkleinern oder nach der Operation die Wahrscheinlichkeit, dass sich Rezidive oder Metastasen entwickeln würden, herabzusetzen.<sup>432</sup> Diesen Patienten waren die Abläufe im Krankenhaus bekannt, doch das, was sie während der Chemotherapie erwartete, unterschied sich deutlich von ihren vorangegangenen Erfahrungen. Bevor die

---

Prüfarzt mit seiner Unterschrift dokumentiert oder zumindest auf einem Formular bestätigt werden. Der Einwilligung hatte ein Aufklärungsgespräch „über Art, Umfang und Risiken“ der Behandlung voranzugehen, an dem – etwa im Falle der Ifosfamid-Studie an der *Robert-Rössle-Klinik* – ein namentlich benannter Zeuge teilzunehmen hatte. Was in diesem Gespräch tatsächlich gesagt wurde, lässt sich nicht rekonstruieren, vgl. Formular „Nachweis der Einwilligung“, BArch DQ 105/34. Die Forschergruppe um Volker Hess, Laura Hottenrott und Peter Steinkamp führte in den Jahren 2013 und 2014 Interviews mit ehemaligen Studienteilnehmern und an den Studien beteiligten Ärzten. Nach der Erinnerung der Interviewten nahmen die Studienteilnehmer aus Hoffnung auf ein neues, besseres Medikament freiwillig an den Studien teil, vgl. dies., Testen, S. 145-147.

<sup>430</sup> Hess/Hottenrott/Steinkamp, Testen, S. 145-147.

<sup>431</sup> So fanden im Auftrag der westdeutschen Pharma-Firma *Klinge* Phase-II-Studien zur Dosierung des Anti-Östrogens Droloxifen, das bei metastasierendem Brustkrebs eine längere Phase der Remission erzielen sollte, etwa zur gleichen Zeit und mit den exakt gleichen Dosierungen (20 mg, 40 mg und 100 mg) in der Bundesrepublik und in der DDR statt. Die westdeutsche Studie wurde zwischen Juni 1988 und Oktober 1990 als multizentrische Studie an verschiedenen Kliniken durchgeführt. Ursprünglich nahmen 331 Patientinnen teil; es wurden aber nur die Daten von 234 Patientinnen ausgewertet. In der DDR begann die Studie erst im Herbst 1989, da die Verhandlungen zwischen der Firma *Klinge* und dem für die Genehmigung zuständigen Beratungsbüro für Arzneimittel beim Ministerium für Gesundheitswesen über ein Jahr gedauert hatten. Außerdem nahmen nur 21 Patientinnen teil und die Studie wurde monozentrisch am *Zentralinstitut für Krebsforschung der Akademie der Wissenschaften / Robert-Rössle-Klinik* unter Leitung von Stephan Tanneberger durchgeführt. Vgl. zur westdeutschen Studie: G. P. Breitbach/N. Marschner, Droloxifen beim metastasierenden Mammakarzinom: Dosierung und Pharmakokinetik, in: *Archives of Gynecology and Obstetrics* 254, 1 (1993), S. 903-905. Zur DDR-Studie existiert ein ganzer Aktenband: BArch DQ 105/43, Bd. 1.

<sup>432</sup> Die Zahl der Patienten, die überhaupt chemotherapeutisch behandelt wurden, war bis in die frühen 1980er Jahre verhältnismäßig gering. In der DDR waren es laut einer 1976 veröffentlichten Aufstellung 8% der männlichen und 2 % der weiblichen Patienten (Hormon- und Zytostatika-Therapie), vgl. H. Berndt, Neubildungen, in: *Das Gesundheitswesen der Deutschen Demokratischen Republik* 11 (1976), S. 58-81, hier S. 59. Über erste Versuche unter anderem bei sogenannten „high-risk“-Patientinnen, deren Brustkrebs zwar operiert werden konnte, bei denen aber die Gefahr der Metastasierung für hoch gehalten wurde, berichtete: C. G. Schmid/S. Seeber, Neue Perspektiven für eine adjuvante Chemotherapie bei soliden Tumoren, in: *Deutsche Medizinische Wochenschrift* 100, 45 (1975), S. 2342-2348.

Chemotherapie begann, wurden umfangreiche Tests durchgeführt, denn die Chemotherapie wurde in der Regel nur begonnen, wenn der Allgemeinzustand des Patienten und vor allem dessen Blutwerte einigermaßen stabil waren. Die meisten Chemotherapeutika wurden zunächst hoch dosiert intravenös gegeben. Damit die Infusionsnadel nicht immer wieder neu gelegt werden musste, erhielten einige Patienten einen Dauerkatheter, der für die Dauer der initialen Chemotherapie in ihrem Körper verblieb und auch in den Zeiten zwischen den Infusionen als Fremdkörper ständig vorhanden war und an die Chemotherapie erinnerte, zudem als potentielle Infektionsquelle vorsichtig behandelt und gepflegt werden musste.

In den meisten Fällen erfolgte die Infusion mithilfe eines Tropfes, durch den zwischendurch Medikamente zur Linderung der Nebenwirkungen gegeben wurden, vor allem gegen Übelkeit und Erbrechen, oft auch kombiniert mit Beruhigungsmitteln, deren erwünschter Nebeneffekt Schläfrigkeit sein konnte. Die Infusion dauerte in den meisten Fällen etwa eine Stunde. Je nach Präparat und Erkrankung wurden manche Chemotherapeutika aber auch über mehrere Stunden verteilt gegeben. Während der Infusion lagen die Patienten meistens auf einer Liege oder im Krankenzimmer-Bett, einige konnten und wollten sitzenbleiben. Wurde die Infusion während eines Krankenhausaufenthaltes gegeben, lagen die Patienten oft mit anderen Krebspatienten auf einem Zimmer, die zur gleichen Zeit eine Chemotherapie bekamen oder zuvor bereits bekommen hatten. Bei einer ambulant verabreichten Therapie konnten Verwandte oder Freunde die Patienten begleiten und während der Infusion mit ihnen sprechen – das war neu im Vergleich zu Operation und Bestrahlung, wo die Begleitung spätestens im Warteraum endete.

Die ersten Nebenwirkungen, die viele Chemotherapie-Patienten erlitten, begannen kurz nach oder – bei längeren Infusionszeiten – bereits während der Infusion. Fast alle Zytostatika verursachten Übelkeit und Erbrechen, die mehrere Stunden anhalten und als Erfahrung so intensiv sein konnten, dass bei manchen Patienten schließlich der Anblick der Infusion genügte, um Übelkeit zu empfinden oder erbrechen zu müssen.<sup>433</sup> Viele verspürten schon bald nach Beginn der Infusionen einen

---

<sup>433</sup> Darüber berichtete zum Beispiel eine unter dem Pseudonym Christiane Lenker schreibende Frau, die sich wegen einer Brustkrebserkrankung 1982 einer Chemotherapie unterzog, vgl. dies., *Krebs kann auch eine Chance sein. Zwischenbilanz oder Antwort an Fritz Zorn*, Frankfurt a.M. 1984, S. 54. Spätere Ratgeber wiesen die Patienten auf diese mögliche „antizipatorische Reaktion“ hin, vgl. etwa der mit einem Geleitwort der *Deutschen Krebshilfe* versehene, aus dem Amerikanischen übersetzte und als *Rowohlt*-Taschenbuch publizierte Ratgeber: Judith McKay/Nancee Hirano,

unangenehmen oder metallischen Geschmack im Mund. Daraus entwickelte sich oft ein allgemeiner Widerwille gegen das Essen sowie Appetitlosigkeit. Das Ringen darum, wenigstens etwas zu essen, nicht zu viel abzunehmen, um die Chemotherapie durchzustehen, wurde in vielen Berichten zum wiederkehrenden Motiv – ein Ringen, das in erster Linie Verwandte und Freunde ausfochten, die immer wieder kleine Portionen anboten, vormals besonders geliebte Speisen brachten.<sup>434</sup> Doch nicht nur Übelkeit und Appetitlosigkeit machten in vielen Fällen die Nahrungsaufnahme zum ständigen Problem: Chemotherapie-Patienten litten oft an starken Entzündungen der Mundschleimhaut, so dass der Mund bei jeder Nahrungsaufnahme schmerzte. Durchfall oder Verstopfung, die je nach Wirkstoff auftreten konnten, machten die Verdauung zum Problem.

Eine andere, sehr häufige Nebenwirkung der Chemotherapie trat frühestens eine Woche nach der ersten Infusion auf – zu einem Zeitpunkt also, an dem in den meisten Fällen der erste Therapiezyklus noch nicht abgeschlossen war, der oft drei bis sechs Wochen dauerte.<sup>435</sup> Die Haare begannen in Büscheln auszufallen. Dieser Moment wurde in vielen Selbstberichten vor allem von Frauen als Moment des Schocks thematisiert, obwohl die Patientinnen von den Ärzten auf diese mögliche Nebenwirkung hingewiesen worden waren und davon auch von Bekannten oder aus den Medien gehört hatten. So schrieb etwa 1984 eine an Brustkrebs erkrankte Lehrerin unter dem Pseudonym Christiane Lenker:

„Aber nach der ersten Nacht, die ich endlich wieder in meiner gewohnten Umgebung verbrachte, fand ich morgens auf meinem Kopfkissen ein feines Netzwerk blonder Haare. Als ich mir entsetzt an den Kopf griff, hielt ich ein ganzes Büschel in der Hand.“<sup>436</sup>

---

Chemotherapie: Informationen und Hilfen, übers. von Ulrike Ziegra, Reinbek bei Hamburg 1995, S. 82f.

<sup>434</sup> So berichtete etwa der Schriftsteller Dieter Wellershoff, wie die Lebensgefährtin seines an Leukämie erkrankten Bruders sich bemühte, diesen zum Essen zu bewegen, mit den Worten: „Jeder, der Krebskranke kennt, die mit Zytostatika behandelt wurden, weiß, was ich gesehen habe, als er dort, auf der Bettkante sitzend, heftig den Kopf schüttelte und das Essen verweigerte, das H. ihm in kleinen Happen zurechtmachte und einladend vor die geschlossenen Lippen hielt.“ Dieter Wellershoff, Blick auf einen fernen Berg, Gütersloh 1991, S. 132.

<sup>435</sup> Daneben gab es Therapiezyklen, die vorsahen, dass während einer Initialphase 5-7 Tage lang jeden Tag eine Infusion gegeben wurde oder dass eine Einzeldosis bzw. eine über mehrere Tage verteilte Dosis alle zwei bis vier Wochen wiederholt werden sollte, vgl. die tabellarischen Zusammenstellungen in: Ehrhardt, Chemotherapie, S. 822f. und S. 826-831 sowie Tanneberger u.a., Klinisch gebräuchliche antineoplastische Pharmaka, S. 317-343.

<sup>436</sup> Lenker, Krebs, S. 57.

Der Haarverlust war aber nicht nur ein Schock, weil das Haar Vitalität und Schönheit verkörpern mochte und weil der Anblick des Gesichtes durch die plötzlich fehlenden Haare vollkommen verändert war, insbesondere wenn die Haare länger gewesen waren.<sup>437</sup> Die fehlenden oder schließlich als Flaum wieder wachsenden Haare, die trockene Haut, das manchmal durch therapiebedingte Wassereinlagerungen zum „Vollmondgesicht“ veränderte eigene Antlitz waren äußere Erkennungszeichen, die sich nur schwer verbergen ließen und die die Blicke anderer auf sich zogen.<sup>438</sup> Um den kahlen Kopf zu verstecken, konnten sich Patienten sowohl in der DDR als auch in der Bundesrepublik Perücken als Hilfsmittel verschreiben lassen.<sup>439</sup> Allerdings empfanden viele Frauen das Tragen einer Perücke als unangenehm und zogen es vor, die Kahlheit ihres Kopfes unter einem Tuch zu verbergen, auch wenn das Tuch sowohl in der Bundesrepublik als auch in der DDR der 1970er und 1980er Jahre ein selten getragenes Accessoire war, so dass zwar die Kahlheit verborgen blieb, die Frauen aber leicht als Chemotherapie-Patientinnen erkennbar blieben.<sup>440</sup>

Aus Sicht der Ärzte waren andere Nebenwirkungen besorgniserregender: Dazu zählten vor allem die Blutbildveränderungen und mögliche Auswirkungen der Zytostatika auf andere Organe, vor allem auf die Nieren, das Herz und das Nervensystem. Aus diesem Grund gehörten nicht nur Infusionen zum Alltag der Chemotherapie, sondern auch ständige Blutentnahmen, oft wöchentlich, manchmal auch täglich. Zusätzlich wurde durch Tastuntersuchungen, Röntgenaufnahmen und seit Mitte der 1970er Jahren zunehmend auch durch Computertomographie überprüft, ob und wenn ja wie Tumoren und Metastasen auf die verabreichte Chemotherapie reagierten. Ständig stand damit ein medizinisch begründeter Therapieabbruch zur Disposition, bestimmten

---

<sup>437</sup> Dies war u.a. ein Grund dafür, dass der Haarverlust von Frauen öfter thematisiert und offenbar oft auch als dramatischer erlebt wurde.

<sup>438</sup> Wolfdietrich Schnurre beschrieb seine Eindrücke, als er seine Frau Marina zur Therapie begleitete, mit den Worten: „Und ständig: Der typische chemotherapeutisch behandelte Kranke. Mann oder Frau zu dürrig geflaumten Vögeln gemausert, weißlich fahle, viel zu straff gespannte Gesichtshaut; pergamentene Wangen; Augen in Höhlen gebettet, auf dem Rückzug begriffen vor Leben und Licht.“ Vgl. ders., Schattenfotograf, S. 33. Der wegen Leukämie behandelte Helmut Ulrich schrieb über einen Spaziergang mit seiner Frau: „Die Leute schauen mich auffällig oft an, wir vermuten, wegen meines ‚Zuppelbarts‘; hier fehlen Teile, da sprießen einzelne Haare wie verirrte Dornen, da wieder Flaum-Inselchen.“ Vgl. Eintrag vom 17.10.1999, in: ders., Verknötet, S. 175.

<sup>439</sup> In der DDR wurde im Anschluss an eine Chemotherapie eine Perücke bezahlt, die frühestens nach zwei Jahren durch eine neue ersetzt werden konnte: Brief an den FDGB-Bezirksvorstand, Verwaltung der Sozialversicherung, Abt. Soziale und gesundheitliche Betreuung, Frankfurt/Oder. 28.06.1983, BArch DY 34 / 15383. In der Bundesrepublik konnten Perücken zwar auch von den Ärzten verschrieben werden, die Kosten wurden allerdings nicht immer voll übernommen, vgl. McKay/Hirano, Chemotherapie, S. 112.

<sup>440</sup> Lenker, Krebs, S. 52f. sowie die Hinweise zu Perücken und möglichen „Alternativen“, McKay/Hirano, S. 110-113.

die technisch erhobenen Werte, ob die Therapie als Hoffnung auf gewonnene Zeit Erfolg hatte und fortgeführt werden konnte. Darum notierten einige Patienten etwa die Thrombo- und Leukozytenwerte wie ein tägliches Urteil über ihr Schicksal in ihren Tagebüchern.<sup>441</sup>

Diese Werte standen jedoch in keinem direkten Verhältnis zu ihrem Wohlbefinden und Körpergefühl: Zwar ließen sich schlechte Blutwerte auch durch Müdigkeit, Schwäche und Kopfschmerzen fühlen, aber für die Chemotherapie ausreichend gute Blutwerte mussten sich nicht besser anfühlen. Viele Patienten befanden sich damit in einem Zwiespalt zwischen einem von außen gemessenen Körperzustand und einem von ihnen selbst empfundenen Körperbefinden: auf der einen Seite Hoffnung auf gute „objektive“ Werte, die die Fortführung der Therapie erlauben würden, auf der anderen Seite ihr eigenes Körperempfinden, das sie eine vorher noch nie gekannte Schwäche, Erschöpfung, Ekel und Schmerzen fühlen ließ, ein Empfinden, das durch die Chemotherapie verursacht wurde und durch die erhoffte Weiterführung der Therapie so bleiben oder noch schlimmer werden würde.<sup>442</sup>

Damit erlebten Chemotherapie-Patienten *während* der laufenden Therapie eine dramatische Verschlechterung ihres Befindens, wohingegen Krebspatienten in den Jahrzehnten zuvor eine solche (manchmal nur temporäre) Verschlechterung erst *nach* der Therapie (Operation oder Bestrahlung) erlebt hatten – zu einem Zeitpunkt also, als sie ihre Therapieentscheidung nicht mehr rückgängig machen konnten. Darum konnten die Nebenwirkungen, die als medizinisch nicht bedrohlich galten, nun zum medizinischen Problem werden. So hielt ein 1984 in der *Münchener Medizinischen Wochenschrift* veröffentlichter Bericht über den Stand der Chemotherapie fest: „Teilweise sehr unangenehme Nebenwirkungen der Zytostatika wie auch ein unzureichendes Arzt-Patienten-Verhältnis führen nicht selten zum *Abbruch* einer *grundsätzlich erfolversprechenden Therapie*.“<sup>443</sup> Aus diesem Grund – so folgerten die Autoren – sei „die Behandlung akuter Leukämien, aber auch die Chemotherapie solider Tumoren

---

<sup>441</sup> So zum Beispiel: Ulrich, Verknotet.

<sup>442</sup> Vgl. zum Beispiel das rückblickende Fazit von Christiane Lenker: „Wenn ein Mensch voller Zutrauen zu den Medikamenten ist, die ihm verabreicht werden, wartet er im Normalfall auf die lindernde Wirkung, und allein schon seine erwartungsvolle Haltung stimmt ihn positiv und hilft ihm meist tatsächlich. Völlig anders verhält es sich bei der chemotherapeutischen Krebsbehandlung. Der Patient wurde über die verheerenden Nebenwirkungen informiert; er fühlt sich subjektiv gesund, wenn er die Behandlung beginnt, und sterbenskrank, wenn sie beendet wird. [...] Noch war mein Glaube an die sogenannten naturwissenschaftlichen Fortschritte so groß, daß ich annahm, meine Überlebenschancen würden durch ein solches Martyrium ernsthaft steigen.“ Dies., Krebs, S. 54.

<sup>443</sup> Kursivierung im Original, vgl. Berdel/Fink, Internistische Tumorthherapie, S. 1167.



[...] heute nicht mehr ohne supportive Behandlungsmaßnahmen denkbar“, die eine Verbesserung der „Lebensqualität“ des Patienten zum Ziel haben müssten.<sup>444</sup>

„Lebensqualität“ bemaß sich in dieser Perspektive rein körperlich und sollte schulmedizinisch hergestellt werden: durch Gabe von Schmerzmitteln, durch verbesserte Medikamente gegen die Übelkeit, durch die frühzeitige Bekämpfung von Infekten und Entzündungen. Aber: Mit dem Begriff der Lebensqualität, der vor allem in der Bundesrepublik die im Karnofsky Scale erfasste Idee der „performance“ ablöste, knüpften die Onkologen an ein Konzept an, das auch in anderen Bereichen der Medizin, etwa der Sozialmedizin und Stressforschung, an Bedeutung gewonnen und von unterschiedlichen Patientenbewegungen aufgegriffen worden war.<sup>445</sup> Von den Onkologen wurde „Lebensqualität“ zwar nach wie vor überwiegend in von außen gemessenen Parametern verstanden und statistisch in einem nun umgedeuteten Karnofsky Scale erfasst.<sup>446</sup> Aber dieser Begriff, der die subjektiv empfundene Dimension des Patienten als bedeutsam anerkannte, eröffnete den Patienten sprachlich einen Weg, sich selbst die Definition ihres Befindens in der Auseinandersetzung mit der für sie vorgeschlagenen Therapie anzueignen.

Lebenszeitgewinn musste sich also an Lebensqualität messen lassen und diese zu definieren, beanspruchten in der Bundesrepublik vor dem Hintergrund einer weit verbreiteten Kritik an den Zumutungen einer anonymen und technisierten Medizin immer öfter Patienten selbst. Die bereits erwähnte 32-jährige Lehrerin, die ihre Therapieerfahrungen in einem *Fischer*-Taschenbuch unter dem Pseudonym Christiane Lenker veröffentlichte, urteilte rückblickend über ihre Chemotherapie:

„Niemals mehr würde ich es auf mich nehmen, denn die Chemotherapie, zumindest bei Brustkrebspatientinnen, ist eine menschenunwürdige Behandlung. Erfolgreiche Laborversuche mit Ratten sind wohl keine Legitimation für die Anwendung der gleichen Behandlung bei Menschen.“<sup>447</sup>

Obwohl sie ihre Brustkrebserkrankung überstanden und möglicherweise geheilt war, obwohl also die in ihrem Fall begleitende (adjuvante) Chemotherapie vielleicht nicht nur Remission, sondern auch langfristige Gesundheit gebracht hatte, fühlte sie sich durch die Chemotherapie auf ein Labortier reduziert, wurde sie – wie sie an anderer Stelle schrieb – in ein „verängstigtes Kaninchen“ verwandelt, da ihr diese Therapie

---

<sup>444</sup> Berdel/Fink, Internistische Tumorthherapie, S. 1168.

<sup>445</sup> Kury, Vom physiologischen Stress und Stoff, Klose, S. 186-188.

<sup>446</sup> Timmermann, Karnofsky Scale, S. 184-187.

<sup>447</sup> Lenker, Krebs, S. 54.

nach ihrem Empfinden die menschliche Würde nahm.<sup>448</sup> Auch die noch nicht 30-jährige Schweizerin Dora Hauri fühlte sich durch die Chemotherapie einer nicht mehr menschlichen, nicht mehr lebenswerten Existenz ausgeliefert und kritisierte ihre Ärzte hart: „Als Kobolde erscheinen mir die Ärzte, welche ein böses Spiel mit mir treiben. Sie vergiften mich, sie täuschen mich. Sie reden mir ein, ein Leben ohne Haare sei noch lebenswert.“<sup>449</sup> Der Schriftsteller Dieter Wellershoff verglich die äußerst aggressive Chemotherapie, die sein leukämiekranker Bruder erhielt, in seinem 1991 publizierten Bericht mit einem „Giftkrieg“ und stellte sie schließlich gänzlich in Frage:

„Diese Behandlungsmethode glich der brutalsten Militärstrategie, dem ‚Krieg der verbrannten Erde‘, der eine Defensivform der unterlegenen Partei darstellt. [...] Selbstverständlich ist ein solcher Generalangriff auf das Leben nicht das Ziel der Chemotherapie, aber er ist ihre unvermeidbare Folge. [...] Das Ende ist nicht selten genauso katastrophal wie beim Krieg der verbrannten Erde: Man hat den Krebs nur besiegt, indem man seinen Wirtskörper zerstörte. Genarrt von allmählich schwindender Hoffnung, ist der Patient durch ein Tal der Tränen gegangen, um am Ende zu sterben.“<sup>450</sup>

Die Kriegsmetapher, die auch von den Ärzten des Bruders selbst gebraucht wurde, benutzte Wellershoff hier also, um den Nutzen einer Therapie in Frage zu stellen, die gegen den Körper „Krieg“ führt – eine Frage, die endgültig zu beantworten er sich jedoch nicht zutraute.

Eine ähnliche Infragestellung der Chemotherapie im Namen der Lebensqualität findet sich in den wenigen publizierten ostdeutschen Selbstberichten nicht. Maxie Wander, die Mitte der 1970er Jahre in der *Robert-Rössle-Klinik* wegen ihrer Brustkrebskrankung behandelt wurde, erwähnte die Chemotherapie zwar mehrmals in ihren von ihrem Mann postum veröffentlichten Tagebucheinträgen und Briefen. Meist schrieb sie allerdings nur lapidar, dass sie wieder in die Klinik an den Tropf müsse, auch wenn sie die Chemotherapie wie Wellershoff als „Gift“ bezeichnete und berichtete: „Danach ist mir mies, aber das giftige Zeug in mir verflüchtigt sich wieder, es geht mir schon wohler.“<sup>451</sup> An keiner Stelle stellte sie dagegen den Sinn oder möglichen „Gewinn“ dieser Therapie in Frage, auch wenn sie sehr wohl wusste, dass „das giftige Zeug einige Schäden anrichten wird, Herz, Knochen, Magen. Aber schließlich muß man nicht 120 Jahre alt werden.“<sup>452</sup> Ohne Klage und nur am Rande erwähnte sie in

<sup>448</sup> Lenker, Krebs, S. 55.

<sup>449</sup> Hauri, Ich habe den Herbst gesehen, S. 47.

<sup>450</sup> Wellershoff, Blick, S. 130f.

<sup>451</sup> Wander, Leben, S. 241.

<sup>452</sup> Wander, Leben, S. 259.

einem kurz vor ihrem Tod an ihre Schwester gerichteten Brief eine weitere ihr bevorstehende Chemotherapie.<sup>453</sup>

Doch auch in der Bundesrepublik unterzogen sich zur gleichen Zeit Krebspatienten einer Chemotherapie und erlitten die Nebenwirkungen im vollen Einverständnis mit dem Konzept, dass nur eine äußerst radikale, ihren Körper bis an seine Grenzen führende Therapie die Krebserkrankung zurückdrängen könnte.<sup>454</sup> Nach dem Zeugnis von Wellershoff stimmte sein Bruder dieser „Strategie“ voller Hoffnung zu:

„Sicher ist jedenfalls, daß der Chefarzt am letzten Tag vor dem Beginn der Chemotherapie bei der Visite zu ihm gesagt hatte: ‚Sie kommen morgen in den tiefsten Keller, den ich habe. Und dann holen wir Sie Schritt für Schritt wieder herauf.‘ [...] Der Arzt war, umgeben von seinem Stab, an das Bett des Kranken getreten und hatte sich zu ihm hinabgebeugt. Und indem er leicht die auf der Decke liegende Hand ergriff, sagte er die beiden Sätze. Es war eine mutmachende solidarische Geste, und auch eine Auszeichnung und, ich glaube, eine unbewußt vollzogene Weihehandlung. Denn ohne daß er es ausdrücklich so gedacht haben wird, sagte er zu dem Kranken: Du bist jetzt der auserwählte Held, der sieben Tage und sieben Nächte immer tiefer hinabsteigen muß in die Totenwelt. Und dann kannst Du versuchen, von dort ins Leben zurückzukehren. [...] Meinen Bruder jedenfalls schienen diese Worte mehr ermutigt als erschreckt zu haben.“<sup>455</sup>

Der kanadische Medizinsoziologe Arthur W. Frank, der in einem 1991 in deutscher Übersetzung publizierten Buch über die „existenzielle Erfahrung“ nachdachte, die seine eigene Krebserkrankung für ihn bedeutete, beschrieb seine in vielem ähnliche Haltung als „Mythos der Krankheit als Abenteuer“ und kam zu dem Schluss:

„Mein Körper war eine giftverseuchte Müllkippe, aber er war auch ein lebendes Wunder. Zwanzig Jahre zuvor, vielleicht sogar nur zehn, wäre ich lieber gestorben, als mich einer Chemotherapie zu unterziehen. Jetzt zeigte die Zeitlupe der CAT-Kamera, daß die Tumore schrumpften. Mein Leben war ein Wunder; es zu erfahren ein Abenteuer. Ich konnte daran glauben, die Nacht zu überstehen, bis die Sonne aufging.“<sup>456</sup>

Franks Bericht deutet eine Entwicklung an, die in den 1990er Jahren beide hier beschriebenen Tendenzen ein Stück weit aufeinander zuführte: die an subjektiv empfundener Lebensqualität orientierte radikale Kritik an der Chemotherapie und die Hoffnung auf die Chemotherapie, so schwer erträglich ihre Nebenwirkungen auch sein

<sup>453</sup> Brief vom Oktober 1977, in: Wander, Leben, S. 278: „Dienstag muß ich ins Krankenhaus zum Tropf. Aber ab 7. November will ich in Leipzig sein. Ist Dir das recht?“

<sup>454</sup> Vgl. etwa Ulrich, Verknotet.

<sup>455</sup> Wellershoff, Blick, S. 167f.

<sup>456</sup> Arthur W. Frank, Mit dem Willen des Körpers. Krankheit als existenzielle Erfahrung, 2. Auflage, München 1993, S. 101f.

mochten. Denn nur sehr wenige Krebspatienten lehnten eine ihnen von den Ärzten angeratene Chemotherapie von vorneherein kategorisch ab.<sup>457</sup> Stattdessen aber gewann die subjektive Dimension von Lebensqualität ein größeres Gewicht in der Krebsbehandlung und das bedeutete, dass aus dem sogenannten alternativmedizinischen Spektrum entlehnte Techniken und Verfahren nun auch von schulmedizinischer Seite als sinnvolle Begleitung erkannt wurden, um die seelischen Belastungen und das Gefühl des Ausgeliefertseins zu vermindern. Ratgeber, die von der *Deutschen Krebshilfe* unterstützt und von Selbsthilfegruppen empfohlen wurden, empfahlen Entspannungs- und Visualisierungstechniken, mit deren Hilfe die Chemotherapie erträglicher und die Heilung unterstützt werden sollte.<sup>458</sup>

Die Chemotherapie hatte also mehr als die Bestrahlung oder die Operation Anteil daran, dass sich Ärzte gegenüber diesen „alternativen“ Methoden aufgeschlossener zeigten. Dies ist einerseits darauf zurückzuführen, dass das Problem des Therapieabbruchs nur durch eine stärkere Berücksichtigung subjektiver Faktoren beherrschbar schien. Zeitgleich wurden Begriffe wie Lebensqualität ebenso wie psychosomatische Konzepte einer im Heilungsprozess notwendigen Berücksichtigung von Gefühlen und psychischen Faktoren breit öffentlich diskutiert. Andererseits spielte bei diesem Prozess der Öffnung aber auch die Zeit eine Rolle: die Zeit nämlich, die Patienten während und zwischen ihren Infusionen im Krankenhaus verbringen mussten, ebenso wie die Wochen und Monate, die eine solche Therapie im Unterschied zur Operation und Bestrahlung dauerte.

In diesen Wochen oder Monaten wurden die Patienten geradezu auf ihren Körper zurückgezwungen. Ihr Leben war zu einem guten Teil beherrscht von einem medizinischen Alltag, der ihren Körper immer wieder als Objekt medizinischer Parameter vermaß. Unablässig wurde ihnen die Intaktheit, der Besitz des eigenen Körpers genommen, indem Infusionsnadeln oder Blutentnahmespritzen in ihn hineingestochen und Medikamente in ihre Adern gespritzt wurden, Katheterschläuche an ihrem Körper verblieben. Schmerzen, Übelkeit, Schwäche, Müdigkeit, Verdauungsprobleme, Essensaufnahme, Haut- und Haarveränderungen verlangten ihre Aufmerksamkeit und stellten einen fremd gewordenen Körper in den Mittelpunkt ihres Alltags. Die

---

<sup>457</sup> Der Schweizer Jurist Peter Noll, der eine Operation ebenso wie jede andere Therapie seiner Blasenkrebskrankung ablehnte, ist das im deutschsprachigen Raum wohl prominenteste Beispiel für eine solche Haltung, vgl. ders., Diktate über Sterben und Tod, Zürich 1984.

<sup>458</sup> McKay/Hirano, Chemotherapie.

Chemotherapie zwang, so haben es einige beschrieben, die Patienten über Wochen hinweg in die Gegenwart ihres kranken Körpers – unter Umständen so, dass nur Apathie und ein Gefühl des Ausgebranntseins zurückblieben.<sup>459</sup> Während der Nachmittage, der Tage oder der einen Woche, die zwischen zwei Infusionen vergehen konnte, gab es für viele jedoch auch Zeiten, in denen sie zu schwach waren, etwas „Richtiges“ zu tun, zugleich aber der Körper zurücktrat. Diese freie, irgendwie zu füllende Zeit tauchte in vielen Selbstberichten auf, in denen Patienten über ihre Chemotherapie schrieben. Viele gerieten in dieser Zeit ins Grübeln über sich oder über ihre Mitpatienten, deren Anblick sie an die Vergänglichkeit, die mögliche Vergeblichkeit der Therapie gemahnte, deren allzu alltägliche Gespräche sie anhören mussten oder mit denen sie ins Gespräch kamen.<sup>460</sup>

Dass diese Zeit eine Zeit des Nachdenkens sein konnte, des Einübens in das bewusste Erleben des gegenwärtigen Moments, war ein Modell, das diese Geschichten ihren Lesern vor Augen stellten. Ähnlich argumentierten Patientenratgeber, die seit den 1990er Jahren in immer größerer Zahl von der *Deutschen Krebshilfe* ebenso wie von Selbsthilfegruppen oder Krankenkassen herausgegeben wurden. Dort hieß es zum Beispiel, an Männer mit Hodenkrebs adressiert: „Sie stehen vor der Herausforderung, sich selbst aktiv mit den Folgen der Erkrankung auseinanderzusetzen. Das heißt in der Regel auch, ein neues Körpergefühl und möglicherweise eine neue Lebenseinstellung zu entwickeln.“<sup>461</sup> Diese neue Lebenseinstellung sollte, so empfahl beispielsweise die AOK, den gegenwärtigen Moment als Genuss entdecken, ihn mit Lachen füllen, um zugleich die Selbstheilungskräfte des Körpers zu aktivieren und Lebensqualität wiederzugewinnen.<sup>462</sup> Damit griffen die Patientenratgeber Konzepte auf, die ursprünglich aus dem Kontext der Psychotherapie und Psychosomatik in einem weit gefassten Sinne stammten und im Verlauf der 1970er Jahre an Popularität gewonnen hatten. Diese hatten die Bedeutung der Psyche für den Heilungsprozess ebenso wie die Aktivierung der Selbstheilungskräfte durch unterschiedliche Körpertechniken betont. Nun aber wurde die Bedeutung positiver Vorstellungen, Bilder und Emotionen

---

<sup>459</sup> Lenker, Krebs, S. 52 und Frank, Mit dem Willen, S. 167.

<sup>460</sup> Wander, Leben, S. 247f.; Lenker, Krebs, S. 55f. und Frank, Mit dem Willen, S. 167f.

<sup>461</sup> Deutsche Krebsgesellschaft e.V., Diagnose Prostatakarzinom. Das geht den Mann an. Patientenratgeber, o.D. [vor 2001], S. 43. DHMD 2001/228. Ähnlich ein anderer Ratgeber: „Jeder Mensch kann versuchen, den Sinn seiner Erkrankung zu entschlüsseln bzw. an seiner Motivation zum Leben arbeiten.“ Gesellschaft zur Bekämpfung der Krebskrankheiten Nordrhein-Westfalen e.V., Diagnose Krebs ... und nun? 100 Fragen – 100 Antworten. Ein Informationsblatt zur Krebsfrüherkennung und Behandlung, 2000. DHMD 2001/1592.

<sup>462</sup> AOK, Mit neuem Lebensmut. Nachsorge bei Krebs, o.D. [vor 2001], S. 21. DHMD 2001/1652.

zunehmend in den Mittelpunkt gestellt – und zwar keineswegs in Konkurrenz zu schulmedizinischen Methoden, sondern als deren erwünschte und notwendige Ergänzung. Krebs als Wendepunkt oder Chance wurde zum wiederkehrenden Motiv in Selbsterfahrungsberichten, Patientenleitfäden und Selbsthilferatgebern.

Visualisierung, Entspannung und Stressreduktion sollten die Chemotherapie begleiten und erträglicher machen, sie konnten und sollten aber auch in der Zeit nach der Therapie bedeutsam bleiben. Denn mit der Chemotherapie hatte sich auch ein verändertes Verständnis von Heilung und Remission unter Ärzten und Patienten durchgesetzt. Heilung blieb das Ziel. Aber wenn Heilung nicht möglich war, so blieb noch etwas anderes als Aufgeben oder Sterben. Remission wurde von den Ärzten nicht mehr als gescheiterte Heilung, sondern als gewonnene Zeit verstanden. Zudem verlängerten sich insbesondere seit den 1990er Jahren für viele Krebserkrankungen die möglichen Remissionszeiten. Nun ging es oft nicht mehr nur um Wochen oder vielleicht Monate, sondern manchmal um Jahre.

#### ***5.2.4 Ausblick: Das Versprechen und die Last der Hoffnung***

Damit wurde Remission ein neuer Lebenszustand zwischen Gesundheit und Krankheit. Operation und Bestrahlung waren den Patienten gegenüber als Episode dargestellt worden: entweder scheiterte die Therapie und der Patient starb oder sie gelang und der Patient konnte seine Krebserkrankung als eine Episode hinter sich lassen und war geheilt. Dass diese Heilung in vielen Fällen nicht endgültig war, später Rezidive oder Metastasen auftreten würden, die keine Heilung mehr zuließen, wussten die Ärzte, aber dieses Wissen wurde nur selten an Patienten weitergegeben. Regelmäßige Nachsorgeuntersuchungen, zu denen Patienten zunächst halbjährlich, später jährlich erscheinen sollten und die mindestens fünf Jahre lang, bei Brustkrebserkrankungen sogar deutlich länger, durchgeführt werden sollten, gehörten zwar schon in den 1950er Jahren zum erwünschten, jedoch nicht immer realisierten Standard in der Krebsbehandlung. Insofern gab es auch zuvor eine Praxis, die Patienten das unausgesprochene Wissen vermitteln konnte, dass ihre Heilung möglicherweise nicht endgültig war und es einen Rückfall geben konnte. Dennoch galten sie bis zur Entdeckung eines „Rückfalls“ als geheilt und tatsächlich scheinen viele Krebspatienten sich selbst auch als geheilt betrachtet zu haben.<sup>463</sup>

---

<sup>463</sup> So das Argument von Baines, *Three Stories*, S. 22.

„Remission“ war insofern keine in jeder Hinsicht neue Erfahrung für Krebspatienten, sie bedeutete aber dennoch einen deutlichen Unterschied. Aus einer Therapie, die selten mehr als wenige Wochen Krankenhausaufenthalt bedeutet hatte, wurde nun für viele eine Abfolge von Therapiezyklen, die insgesamt viele Monate, unter Umständen ein Jahr oder länger in Anspruch nehmen konnte. Ob dadurch Remission oder Heilung erlangt worden war, blieb lange, für manche ihr Leben lang unklar. Sich gesund fühlen und doch krank wissen oder vermuten, wurde so in den Augen Arthur W. Franks zum Lebensgefühl von Menschen, die wie er selbst nach einer eigenen Krebserkrankung oder der Krebserkrankung eines nahestehenden Menschen zum Bürger einer „Remissionsgesellschaft“ geworden waren. Sie sind nicht mehr, wie es Susan Sontag noch 1978 formulierte, zeitweise Bürger im Königreich der Kranken, um dann wieder ins Reich der Gesunden zurückzukehren, sondern sie bewegen sich beständig zwischen diesen Reichen hin und her, angewiesen auf ein Visum, das regelmäßig erneuert werden muss.<sup>464</sup>

Diese Visumerteilung bleibt einerseits angewiesen auf den Verlauf der Krebserkrankung ebenso wie auf die regelmäßigen Kontrolluntersuchungen. Andererseits verstanden und verstehen manche diesen Visumstatus auch als Ergebnis einer persönlichen Entscheidung und Entwicklung. Lebe ich mit dem Bewusstsein der Remission oder trete ich diesem mit Gleichgültigkeit gegenüber?<sup>465</sup> Entscheide ich mich, auch medizinisch mit der Krebserkrankung ganz und gar abzuschließen und verzichte auf weitere Kontrolluntersuchungen, so wie die 1969 bei Beginn ihrer Erkrankung 20-jährige Gerda A., die zehn Jahr lang alle Kontrolltermine wahrnahm und immer wieder von Schmerzen und ihrer Sorge vor Metastasen berichtete, die schließlich aber nicht mehr kam und stattdessen die Klinik über ihre Schwangerschaft informierte und drei Jahre später noch einmal eine Weihnachtskarte schrieb?<sup>466</sup>

---

<sup>464</sup> Im Original heißt es: “In the remission society the foreground and background of sickness and health constantly shade into each other. [...] To adapt Sontag’s metaphor, members of the remission society do not use one passport *or* the other. Instead they are on permanent visa status, the visa requiring periodic renewal.” [Kursivierung im Original] Vgl. Arthur W. Frank, *The Wounded Storyteller. Body, Illness & Ethics*, 2. Auflage, Chicago/London 2013, S. 9.

<sup>465</sup> So beschrieb es ansatzweise Angelika Mechtel. Ihre Haltung der Gleichgültigkeit verwandelte sich allerdings sofort in ein Gefühl von Schreck und Panik, als bei der zweiten Kontrolluntersuchung nach Abschluss ihrer Therapie aufgrund der Mammographie-Bilder vermutet wurde, dass sich ein Rezidiv gebildet hatte, vgl. dies., *Jeden Tag*, S. 142 und S. 145.

<sup>466</sup> Krankenakte Gerda A. UAH, vorläufige Signatur: Acc. 14/02 (Strahlenambulanz), 1968/9, Nr. 22630/69.

Ob diese junge Frau und Mutter geheilt blieb und ganz ins Reich der Gesundheit zurückkehren konnte? Viele blieben und bleiben zwischen den Reichen von Gesundheit und Krankheit oder verlieren ihr Visum, weil der Tumor wieder zu wachsen beginnt oder ein Rezidiv entdeckt wird. Doch die Chemotherapie in ihrer spezifischen Struktur an der Grenzlinie zwischen Standardtherapie und Experiment verschiebt den Zeitpunkt, an dem die Ärzte von „unheilbar“ und nicht mehr behandelbar sprechen, weiter nach hinten. Trafen die Ärzte Ende des 19. Jahrhunderts diese Entscheidung oft schon bei der Diagnosestellung, so hat die Chemotherapie in den letzten Jahrzehnten der Hoffnung immer mehr Nahrung gegeben, dass eine andere Kombination, ein neuer Wirkstoff doch noch Heilung oder zumindest Lebensverlängerung bringen könnte. Angesichts der großen Zahl von bereits zugelassenen Zytostatika ergaben sich auch außerhalb von Arzneimittelstudien für viele Krebserkrankungen nach dem Versagen eines ersten oder zweiten Therapiezyklus weitere Möglichkeiten, selbst wenn Ärzte und Patienten wussten, dass die Chancen auf Heilung oder Remission immer geringer wurden. Waren mit Operation und Bestrahlung die Möglichkeiten begrenzt, über ein bestimmtes Maß an Therapie hinauszugehen, so wurde mit Einführung und Fortentwicklung der Chemotherapie der Therapieabbruch in vielen Fällen zu einer bewussten Entscheidung von Ärzten und Patienten, die noch vorhandenen, aber immer weniger aussichtsreichen therapeutischen Möglichkeiten nicht mehr nutzen zu wollen.

Zu diesen Möglichkeiten gehörte (und gehört) auch die Teilnahme an einer Studie, in deren Rahmen ein noch nicht zugelassener Wirkstoff geprüft wird, der vielleicht eine Wirkung haben kann. Selbsthilfegruppen auf der ganzen Welt haben sich in den letzten Jahren in der Hoffnung auf einen therapeutischen Durchbruch bei der Behandlung verschiedener Krebserkrankungen dafür stark gemacht, dass solche noch nicht zugelassenen Wirkstoffe auch außerhalb von Zulassungsstudien, an denen nur eine begrenzte, bestimmten Kriterien entsprechende Gruppe von Patienten teilnehmen kann, von den Pharmafirmen an Patienten gegeben werden dürfen, bei denen alle zugelassenen Medikamente versagt haben. Dieser sogenannte „compassionate use“ ist seit 2005 in der Bundesrepublik unter bestimmten Voraussetzungen erlaubt.<sup>467</sup> Mit

---

<sup>467</sup> Der „compassionate use“ wurde in §21, Nr. 6 des 14. Änderungsgesetzes zum Arzneimittelgesetz erstmals auf eine gesicherte rechtliche Basis gestellt. Dieses Gesetz trat am 6. September 2005 in Kraft. Im betreffenden Abschnitt heißt es: „Einer Zulassung bedarf es nicht für Arzneimittel, die [...] unter den in Artikel 83 der Verordnung (EG) Nr. 726/2004 genannten Voraussetzungen kostenlos für eine Anwendung bei Patienten zur Verfügung gestellt werden, die an einer zu einer schweren Behinderung führenden Erkrankung leiden oder deren Krankheit lebensbedrohend ist, und die mit einem zugelassenen Arzneimittel nicht zufrieden stellend behandelt werden können; dies



dieser Regelung werden – vielleicht – für einige Patienten neue Möglichkeiten auf Remission oder Heilung eröffnet. Zugleich bekommt damit die Hoffnung ein größeres Gewicht – Hoffnung, die damit ausgedrückt und gelebt wird, dass es immer noch eine Möglichkeit gibt oder zu geben scheint.<sup>468</sup>

Der amerikanische Autor Rafael Yglesias hat diesen inneren Zwang zur Hoffnung in seinem 2009 veröffentlichten Roman „Happy Marriage“ in einer Szene gezeigt, in der die krebserkrankte Margaret nach dreijähriger Chemotherapie mit verschiedenen Wirkstoffen – zugelassen oder experimentell im Rahmen von Studien – die Entscheidung trifft, keinen weiteren der von ihr anfangs mit großer Energie gesuchten und erkämpften Versuche mehr unternehmen zu wollen. Ihr Onkologe, Spezialist im weltbekannten *Sloan-Kettering-Institute*, bemüht sich dennoch, sie zu einem weiteren Versuch zu überreden. Margarets Mann, Enrique, beobachtet ihn dabei und notiert:

„The handsome, dictatorial, and – Enrique could now see – softhearted man argued passionately, and against all the evidence. [...] ‘There are new drugs all the time,’ he said. ‘You don’t know how long you can live on TPN. I have patients who have lived for years with metastasized cancers worse than yours. The scans show your tumors aren’t growing. We can find you a drug trial –‘ Enrique knew that these statements were nonsense. [...] And yet. And yet Enrique found himself engaged by the specialist’s irrational invocation of what had certainly died for Margaret, namely the belief that further struggle was worthwhile. Enrique kept his pace [die Entscheidung, seine Frau zu unterstützen], but the Iraqi’s words filled him with shame and doubt. In September Enrique had supported Margaret’s search for a miracle cure. [...] Trying desperate measures had also reassured all who knew her, especially her sons, her parents, and her siblings, that everything had been done to save her life. But for Enrique there had been the cost of time, robbed from her farewell. [...] Margaret answered the pleading doctor in utter despair. Tears flowed and her voice quaked while she curled up into a fetal position. She shrank from his

---

gilt auch für die nicht den Kategorien des Artikels 3 Absatz 1 oder 2 der Verordnung (EG) Nr. 726/2004 zugehörigen Arzneimittel; Verfahrensregelungen werden in einer Rechtsverordnung nach § 80 bestimmt.“ Vgl. Gesetz über den Verkehr mit Arzneimitteln (Arzneimittelgesetz – AMG) (24.08.1976), in: Bundesministerium für Justiz und für Verbraucherschutz, Gesetze im Internet, [https://www.gesetze-im-internet.de/bundesrecht/amg\\_1976/gesamt.pdf](https://www.gesetze-im-internet.de/bundesrecht/amg_1976/gesamt.pdf) (letzter Zugriff: 03.02.2017), 32f.

<sup>468</sup> Die Historikerin Ilana Löwy, die sich als eine der ersten am Beispiel der Interleukin-II-Wirkstoffe mit den Effekten der Chemotherapie auf die klinische Praxis beschäftigt hat, kam bereits 1995 zu dem Schluss: „En l’absence des solutions thérapeutiques efficaces, les traitements expérimentaux sont perçus par certains médecins comme une ‘approche pratique au traitement du cancer’: ‘pratique’ en ce sens qu’au-delà de l’espoir de guérison – souvent faible – ce sont des avantages concrets et symboliques qui sont proposés aux malades et aux médecins. Des cancéreux peuvent ainsi profiter de l’efficacité symbolique des essais thérapeutiques à titre de ‘cure contre le désespoir’, même en l’absence d’effets physiologiques de la nouvelle thérapie.“ Vgl. dies., La standardisation de l’inconnu: les protocoles thérapeutiques en oncologie, in: *Techniques & Culture* 25/26 (1996), S. 73-108, hier S. 77.

words of optimism, wincing as if they were lashes of a whip. She pleaded ‘I can’t do this. [...] Please, please let me go [...].’”<sup>469</sup>

Die Hoffnung auf einen neuen Wirkstoff wird hier als außerordentlich mächtiges Gefühl porträtiert, das alle – die Patientin, den Ehemann, den Arzt – drei Jahre lang dazu getrieben hat, nach immer neuen, immer weniger aussichtsreichen chemotherapeutischen Protokollen zu suchen. Das Medikament, das zugleich für Margaret Tortur bedeutete, wurde für sie ebenso wie für alle anderen in der Umgebung zu einem Symbol der Hoffnung – der Hoffnung, alles ausprobiert zu haben. Erst als Margaret am Ende ihrer Leidensfähigkeit angelangt ist, gelingt es ihr, sich gegen diese Hoffnung zu entscheiden. Doch obwohl sie diese Entscheidung getroffen hat und ihr Mann ihr Unterstützung zugesichert hat, ist die Macht dieser Hoffnung noch so groß, dass ihr Mann ihr kaum widerstehen kann und sie, nachdem der Arzt gegangen ist, ihren Mann anfleht, bei der Entscheidung gegen die Hoffnung zu bleiben, da sie allein nicht die Kraft zu haben glaubt, gegen diese Hoffnung zu kämpfen. Der Preis, den sie beide für diesen späten Verzicht auf die Hoffnung zahlen müssen, ist die verlorene Zeit, die sie miteinander hätten verbringen können – nicht im Bemühen um ihren geschundenen Körper, sondern im Gespräch miteinander, im inneren Abschiednehmen voneinander.

Die Chemotherapie hat der Hoffnung ein neues Gesicht und eine neue Gestalt gegeben. Sie hat der Hoffnung auf das Überleben mehr Spielraum und mehr Gewicht gegeben, als sie es vor gut hundert Jahren hatte, als Krebs als heilbare Krankheit gerade erst erfunden worden war und diese Form der Hoffnung sich für die meisten an Krebs erkrankten Menschen letztlich als Täuschung erweisen sollte. Dass keine Hoffnung auf Heilung mehr sei, stellten damals die Ärzte fest, deren therapeutische Möglichkeiten mit ein oder zwei Operationen und einigen wenigen Bestrahlungsserien schnell erschöpft waren. Die Patienten wurden bei dieser Entscheidung in der Regel weder um ihre Einschätzung gebeten noch erfuhren sie es, wenn ihre Krankheit aus Sicht der Ärzte unheilbar geworden war.

Hoffnung und Hoffnungslosigkeit erwiesen sich in dieser Geschichte oft als ambivalente und manchmal sogar als bedrohliche Gefühle – wenn auch nicht immer in der zunächst vermuteten Weise. Die, deren Krankheit als hoffnungslos galt, lebten und starben oftmals in einer prekären Lage: Ärzte und Krankenhäuser sahen sich nicht mehr als zuständig, da es ja nicht mehr um Heilung ging. Ihr ohne Hoffnung auf Heilung

---

<sup>469</sup> Rafael Yglesias, *Happy Marriage. A Novel*, 2. Auflage, New York u.a. 2010, S. 46-48.

„wertlos“ gewordenen Leben wurde nur zu leicht zum experimentellen Objekt, wenn nicht sogar zum potentiell „lebensunwerten“ Leben, so wie es im Laufe der nationalsozialistischen Herrschaft immer deutlicher wurde. Aber auch die Hoffnung konnte zu problematischen Entscheidungen und Grenzüberschreitungen beitragen. Um die Hoffnung der Patienten auf Heilung nicht zu enttäuschen, operierten und bestrahlten die Ärzte in manchen Fällen, obwohl sie wussten, dass diese Maßnahmen keine Heilung bringen konnten, dafür aber die verbleibende Zeit durch Schmerzen oder Versehrungen belasten würden. Was aber wog schwerer: die durch Schmerzen erkaufte Hoffnung oder die endgültige Zerstörung der Hoffnung auf Heilung? Hoffnung war oft auch im Spiel, wenn Krebskranke zum Objekt medizinischer Forschung gemacht wurden: die Hoffnung auf einen therapeutischen Durchbruch, der zukünftigen Patienten zugute kommen würde und dem Forscher möglicherweise hohes Ansehen bringen konnte – aber Hoffnung war es auch, die Patienten selbst dazu bewog, ihre Zustimmung zu Heilversuchen zu geben, die eine nur minimale Chance auf Heilung versprachen.

Die hier erzählte Geschichte der Krebserfahrung geht in diesen unterschiedlichen Facetten von Hoffnung und Hoffnungslosigkeit nicht auf. Aber die wandelbare und vielgesichtige Hoffnung war und ist ein zentrales Gefühl in dieser Geschichte. Mit der Chemotherapie und insbesondere mit der Legalisierung des „compassionate use“ wurde die Hoffnung in vielen Fällen zu einer Frage der Entscheidung, die der Patient selbst treffen muss und die die Hoffnungen und Erwartungen seiner Angehörigen ebenso wie die seines Arztes enttäuschen kann. Das Versprechen und die Last dieser Hoffnungen ruht nun mehr als jemals zuvor auf den Schultern der an Krebs erkrankten Menschen selbst.

## 6 *Erkenntnisse einer Emotionsgeschichte der Krebskrankheit*



Abb. 71: Ferdinand Hodler, Porträt der Valentine Godé-Darel (ca. 1910)

Die Augen der Valentine Godé-Darel schauen uns noch immer an. Was sie fühlte, als Ferdinand Hodler sie vor mehr als hundert Jahren malte, wissen wir immer noch nicht. Wenn wir ihr Porträt in Ruhe betrachten, füllen wir ihren Blick mit unseren Gedanken, mit unserem Wissen über das ihr bevorstehende Schicksal, mit unseren Gefühlen, die an diese vergangene und aus unserer Rückschau nicht mehr offene Zukunft anknüpfen. Ihr Blick fängt unseren Blick. Es scheint, als fordere er uns auf hinzuschauen: sie ebenso anzuschauen wie das ihr und anderen an Krebs Erkrankten Widerfahrene, zu versuchen, dieses Schicksal zu betrachten und es in seiner Gewordenheit, in seiner herausfordernden, prägenden und zu gestaltenden Wirklichkeit zu verstehen.

Vier Mal hat diese Geschichte darum das 20. Jahrhundert durchschritten. Die Gefühle waren der rote Faden, an dem entlang die Erzählung ihren Weg durch diese hundert Jahre gesucht hat. Dieser Faden ist nicht gerissen, auch wenn er an manchen Stellen verblasste und fast im Gewebe anderer Fäden verschwand. Denn das haben

diese vier Erzählungen unzweideutig gezeigt: Die Textur der Emotionsgeschichte ist angewiesen auf viele andersfarbige Fäden. Die historische Gestalt der Gefühle kann weder aus sich selbst heraus verstanden noch können ihre Effekte auf Praktiken, Wissensbestände, Räume und Dinge einzig aus der Wirksamkeit der Gefühle heraus erklärt werden. Während in den vier vorausgegangenen Kapiteln gerade dieser komplexen Verstrickung der Emotionsgeschichte in die Wissenschafts-, Wissens-, Medien-, Kultur-, Politik-, Sozial- und Technikgeschichte nachgeforscht wurde, soll nun abschließend wieder der Blick auf den roten Faden der Emotionsgeschichte zurückgelenkt werden. Darum stehen hier also – zunächst – vier Antworten auf die Frage, welchen emotionshistorischen Erzählstrang jedes Kapitel in der ihm eigenen Perspektive auf die Geschichte der Krebskrankheit hat sichtbar werden lassen. Daran schließt sich eine bilanzierende Reflexion über den heuristischen Wert der Frage nach Gefühlskonjunkturen an, die die drei Gefühle Angst, Hoffnung und Ekel in den Vordergrund stellt. Abschließend wird diskutiert, in welcher Weise diese Gefühle durch Prozesse der Verwissenschaftlichung, Rationalisierung und Therapeutisierung an Bedeutung gewannen, während sich der Umgang mit dem Emotionalen zugleich tiefgreifend wandelte.

### ***6.1 Die wissen(schaft)shistorische Perspektive: Welchen Einfluss haben Gefühle auf den Körper?***

Lexikoneinträge aus dem späten 19. Jahrhundert lassen vermuten, dass Gefühle als Ursache einer Krebserkrankung von der medizinischen Forschung zu diesem Zeitpunkt kaum mehr in Betracht gezogen worden wären.<sup>1</sup> Eine solche Annahme entspräche auch der gängigen medizinhistorischen Deutung, das späte 19. Jahrhundert stünde ganz im Zeichen des Aufstiegs von Zellulärpathologie und Bakteriologie als medizinischen Leitdisziplinen. Tatsächlich verschwanden aber zuvor geläufige Vorstellungen, dass langandauernde niederdrückende Gefühlszustände zur Krebsentstehung beitragen könnten, nicht vollständig aus der medizinischen Fachliteratur und kursierten halb verborgen insbesondere unter den in der Krebsmedizin tätigen Ärzten. In der

---

<sup>1</sup> Vgl. die Einträge zum Lemma „Krebs“ in: Pierers Konversations-Lexikon. Mit Universal-Sprachen-Lexikon nach Prof. Joseph Kürschners Systems, hg. von Joseph Kürschner, 7. Auflage, Bd. 8, Berlin/Stuttgart 1891, Sp. 804-806; Brockhaus' Konversations-Lexikon, 14. vollständig neu bearbeitete Auflage, Bd. 10, Leipzig/Berlin/Wien 1894, S. 701f. sowie in: Meyers Konversations-Lexikon. Ein Nachschlagewerk des allgemeinen Wissens, 5. gänzlich neu bearbeitete Auflage, Bd. 10, Leipzig/Wien 1895, S. 665f.

Laborforschung, die immer größere Bedeutung als zentraler Ort der Forschung gewann, spielten Gefühle als Krankheitsursachen allerdings vorerst kaum eine Rolle mehr.

Die neue Disziplin der Psychoanalyse „übernahm“ diese Frage, allerdings auf der Grundlage eines anderen Modells vom Zusammenwirken von Körper, Gefühl und Psyche, das gleichwohl Ergebnisse der zeitgenössischen Physiologie aufgriff. Nicht mehr chronische Depressionszustände oder melancholische Neigungen brachten das Gleichgewicht der Körpersäfte durcheinander oder schwächten die Nerven: Das noch junge Konzept der Psychogenese organischer Krankheiten erklärte, dass ungelöste psychische Konflikte über das vegetative Nervensystem ins Körperliche konvertiert werden würden. Eine solche Konversion psychischer Einflüsse, zu denen auch konflikthafte Gefühle zählten, würde zunächst reversible funktionelle Störungen hervorrufen, die allerdings mit zunehmender Dauer zu irreversiblen materiellen Schädigungen werden könnten. Das Gefühl der Angst stand im Mittelpunkt dieser Diskussion um die Psychogenese von Krankheiten, so dass Felix Deutsch, einer der Pioniere der Psychosomatik, in den 1920er Jahren schließlich postulierte, dass jede Krankheit in ihrem Kern eine Angstkrankheit sei.

Die Krebskrankheit blieb allerdings von den psychoanalytisch geprägten Diskussionen um die Psychogenese ausgenommen, da bei einer Krankheit, die mit dem Wachstum eines Tumors lokal zu beginnen schien, der psychogenetische Umweg über die funktionelle Störung weniger plausibel erschien. Die Krebskrankheit galt, wie der Heidelberger Neurologe Viktor von Weizsäcker erklärte, als zu materiell, als dass ein psychischer Einfluss denkbar erschien. Dabei spielte es auch eine Rolle, dass Krebs zu dieser Zeit fast immer tödlich endete und es den meisten Ärzten kaum vorstellbar war, dass eine solche Krankheit einen „Krankheitssinn“ haben sollte, wie er bei anderen psychogenetisch verursachten Krankheiten angenommen wurde. Zugleich stellte sich die Frage, welchen Zweck eine psychoanalytische Erforschung dieser Krankheit überhaupt haben sollte, da sie in den 1920er Jahren niemand auf psychotherapeutischem Weg für heilbar hielt.

Mit einer Ausnahme: Der in vielem unorthodoxe Psychoanalytiker Georg Groddeck verstand den Krebstumor, die Neubildung, als körperliche Reaktion auf ein sich selbst versagtes Kind. Komplexe Gefühle von Schmerz und Trauer spielten aus seiner Sicht eine Rolle. Die Annahme einer Psychogenese erschien ihm allerdings zu simpel und eindimensional. Stattdessen postulierte er, dass Körper und Psyche in einer vorerst nicht näher zu bestimmenden Form im „Es“ zusammenwirkten. Auch wenn

Groddeck im Blick auf an Krebs erkrankte Männer die Trauer um ein nicht-geborenes „Geisteskind“ anführte, diente ihm der weibliche Körper als Modell, um den pathologischen Zusammenhang von Körper, Psyche und Gefühl zu erkennen – eine Tendenz der geschlechtlichen Zuschreibung, die an historische Traditionen anknüpfte und sich im 20. Jahrhundert fortsetzen sollte.

Zunächst jedoch griff niemand Groddecks psychoanalytische Theorien zur Krebsentstehung auf. Noch in den 1920er Jahren thematisierte indes eine andere Strömung an den Rändern der akademischen Medizin die mögliche Bedeutung von Gefühlen für die Entstehung von Krankheiten: die *Neue Deutsche Heilkunde*. Diese politisch meist im rechten Spektrum verortete, an die Ganzheitsbewegung angelehnte, naturheilkundlich orientierte Medizin-Bewegung bekräftigte in Opposition zur naturwissenschaftlichen Medizin den Sonderstatus des Menschen, der durch die Laborforschung an Tieren in unzulässiger Weise nivelliert worden sei und zu einem dementsprechend mechanistischen Verständnis des Menschen geführt hätte. Vertreter der *Neuen Deutschen Heilkunde* wie etwa der Danziger Arzt Erwin Liek betonten dagegen, dass Krankheiten in der Regel nicht auf *eine* Ursache, *einen* Krankheitserreger, zurückzuführen seien, sondern Konstitution und Disposition des Körpers eine mindestens ebenso große Rolle spielen würden. Auf dieser epistemischen Grundlage wurden spezifisch menschliche Umgangsweisen mit Gefühlen als konstitutionelle Faktoren der Krankheits- und auch Krebsentstehung herangezogen. Entsprechend ihrer Ausrichtung an Idealen der Produktivität und Leistungssteigerung, die sie mit der im Nationalsozialismus gegründeten psychotherapeutischen *Neuen Deutschen Seelenheilkunde* teilten, definierten die Vertreter der *Neuen Deutschen Heilkunde* bestimmte Gefühle nun als „falsch“. Dabei handelte es sich um solche, die aus ihrer Sicht die körperliche Konstitution und Arbeitswilligkeit zermürbten und schwächten. Anders als in Groddecks psychoanalytischer Theorie wurden Gefühle in diesem Rahmen zu einer Frage von Wille und Einstellung. Sie konnten durch die „richtige“ Haltung ebenso wie durch therapeutische Interventionen wie etwa das autogene Training beeinflusst werden.

Zur *Neuen Deutschen Seelenheilkunde* hatten sich auch prominente Vertreter der sogenannten *Heidelberger Schule* zählen lassen, die in der Nachkriegszeit unter der Ägide von Viktor von Weizsäcker und Richard Siebeck in Heidelberg als biographische oder anthropologische Medizin fortgeführt wurde. Wilhelm Küttemeyer, ein Schüler Weizäckers, der sich zuvor als Arzt und Forscher mit der Psychose beschäftigt hatte,

wandte sich nun der Krebskrankheit zu. Er postulierte eine Komplementarität von Psychose und Krebskrankheit, die er als zwei extreme Pathologien verstand, die auf ähnlichen Mustern beruhten, aber in jeweils entgegengesetzte Sphären (Geist versus Körper) verlagert worden seien. Beide Krankheiten galten zuvor auch innerhalb der Heidelberger Psychosomatik als ausschließlich körperliche, von Geist und Psyche unbeeinflusste Krankheiten. Mit Küttemeyers Deutung war nun die vorher gültige äußerste Grenze zwischen Körper und Gefühl überschritten, keine Krankheit mehr dem Einfluss des Gefühls entzogen. Ähnlich wie in der zeitgenössischen psychiatrischen Schizophrenie-Diskussion führte Küttemeyer die Krebserkrankung auf in der Kindheit geprägte emotionale Fehlentwicklungen zurück. Er erkannte im Krebstumor das Resultat einer inneren Leere und Gefühls-Anästhesie, die auf der Unfähigkeit beruhten, eigene Gefühle wahrzunehmen und auszudrücken. Ursache für diese Fehlentwicklung war in seiner Deutung die Unterwerfung unter die zunächst gefürchtete, brutale Autorität des Vaters – um den Preis der Aufgabe eigener Gefühle von Liebe, Zuneigung und Bindung. Mit dieser Lesart knüpfte Küttemeyer ausdrücklich an Diskussionen aus seinem intellektuellen Umfeld an, zu dem etwa Margret Boveri zählte, die nach der Schuld der Deutschen für die während des Nationalsozialismus begangenen Verbrechen fragten. Aus Küttemeyers Sicht waren hier wie dort die gleichen pathologischen Muster die Ursache für etwas, das Küttemeyer als Schuld *und* Krankheit durch den Verrat an sich selbst verstanden wissen wollte.

Noch 1979 wurde Küttemeyers Theorie der Krebsentstehung im bundesdeutschen Standard-Lehrbuch der psychosomatischen Medizin, dem *Uexküll*, referiert. Allerdings galt er methodisch als überholt, da er kein allgemeingültiges Modell für die Beziehungen zwischen Körper und Psyche entwickelt und an der Fallgeschichte als einzigem methodischem Instrumentarium festgehalten hatte. Mit der in der Medizin immer nachdrücklicher erhobenen Forderung nach kausal hergeleiteter, wissenschaftlich nachprüfbarer und reproduzierbarer Evidenz war dieses Vorgehen nicht vereinbar. Nur die experimentelle Überprüfung oder der statistische Nachweis einer im Modell plausiblen Relation wurde diesem Verlangen nach Evidenz gerecht. Dieser neue Standard von Wissenschaftlichkeit veränderte den Umgang mit Gefühlen ebenso wie deren Definition.

Dementsprechend wurden aus der amerikanischen Persönlichkeitspsychologie Testverfahren übernommen, die dort bereits in den 1950er Jahren die methodische Grundlage von Studien gebildet hatten, mit denen die Rolle von psychischen Faktoren



im Prozess der Krebsentstehung erforscht werden sollte. Hier stand nicht mehr die biographische Selbst-Erzählung im Fokus, die zwar vom Arzt zur Fallgeschichte modelliert worden war, aber dennoch die Gefühle in den individuellen biographischen Kontext des Patienten eingeordnet hatte. Stattdessen wurden den Patienten mit den nun benutzten Testverfahren standardisierte Antworten auf standardisierte Fragen oder Stimuli zur Wahl gestellt. Diese wurden anschließend statistisch ausgewertet und dienten dem Ziel herauszufinden, ob eine Gruppe von Menschen mit einer bestimmten Krankheit statistisch signifikant vom Persönlichkeitsprofil anderer Gruppen abwich. Damit wurden bestimmte Umgangsweisen mit Gefühlen zu Persönlichkeitstypen verdichtet, die dann mit den Persönlichkeitsprofilen von „Normalgruppen“ abgeglichen werden konnten. Die auf diese Art und Weise definierten Persönlichkeitstypen von Menschen mit unterschiedlichen Krebserkrankungen galten zwar nicht als in sich krankhaft, aber als potentiell krankheitserzeugend.

In der medialen Diskussion wurden die von der psychosomatischen Forschung benannten psychosozialen Faktoren der Krebsentstehung zu einem für alle Krebskranken gleichermaßen gültigen Persönlichkeitsprofil vereinfacht, der sogenannten Krebspersönlichkeit. Dieser „Type C“, so der amerikanische Begriff, war gekennzeichnet durch die Unfähigkeit, negative und konfliktreiche Gefühle zur Sprache zu bringen – Ergebnis mangelnder oder übermäßiger Mutterliebe, die vor allem bei den später an Krebs erkrankten Töchtern einen inneren Zwang zur „Nettigkeit“ erzeugt habe, der den Frauen die Formulierung oder auch nur Wahrnehmung eigener Bedürfnisse erschwerte oder verwehrt habe.

Das amerikanische Modell und das daran geknüpfte methodische Inventar wurden seit Beginn der 1960er Jahre von der bundesdeutschen psychosomatischen Forschung aufgegriffen. In der DDR dagegen fasste die psychotherapeutisch-psychosomatische Forschung überhaupt erst langsam in den 1960er Jahren Fuß, nachdem sich die Psychotherapie in den 1950er Jahren aufgrund der politisch-ideologischen Vorgaben stark am sowjetischen Modell des Pawlowismus hatte ausrichten müssen. Im Zuge der schrittweisen Zurücknahme dieser Vorgaben durften die Psychotherapeuten in der DDR zwar auch westlich-amerikanisch geprägte Methoden wie die Persönlichkeitstests übernehmen, ihre Ressourcen blieben aber begrenzt und damit der Rechtfertigungsdruck hoch. Unter dieser Prämisse blieb eine psychosomatische Erforschung der Krebskrankheit aus, an der in den USA bereits viel methodische Kritik geübt wurde, die also zu diesem Zeitpunkt bereits fachintern sehr umstritten war. Zudem

erschien dieses Modell insofern politisch heikel, als die „Krebspersönlichkeit“ in der Bundesrepublik zunehmend von den entstehenden Bürgerbewegungen der 1970er Jahre als Prototyp der verlogenen Bürgerlichkeit und der krankmachenden gesellschaftlichen Verhaltensnormen interpretiert und dementsprechend zur politischen Kritik umgemünzt wurde, wie es Fritz Zorns Autobiographie „Mars“ (1977) schließlich exemplarisch ausbuchstabieren sollte. Eine solche politisierte Form der Krebs-Psychosomatik widersprach den politisch erwünschten gesellschaftlichen Leitbildern in der DDR, fand aber auch in den literarischen oder autobiographischen Auseinandersetzungen von DDR-Autoren kaum Widerhall.

Ungeteilte Zustimmung in der DDR ebenso wie in der Bundesrepublik fand dagegen das zweite „Standbein“ der Nachkriegs-Psychosomatik: die Stressforschung. „Stress“ definierte Gefühle als *einen* endokrinologisch wirksamen Faktor unter *vielen* anderen. Gefasst als „emotionaler Stress“ waren Gefühle nun derart vage definiert, dass sie unterschiedslos in Menschen und Tieren wirksam werden und ihre Effekte auf den Körper dementsprechend in Laborszenarien überprüft werden konnten. Mit der Stressforschung, die an evolutionshistorische Annahmen anschloss und Gefühle folglich ausnahmslos als im Laufe der Gattungsgeschichte entstandene, sinnvolle Antworten auf Umweltherausforderungen definierte, wurde die klare Unterscheidung zwischen „positiven“ und „negativen“ Emotionen verwischt. Die entscheidende Frage lautete nun, wie Mensch oder Tier mit einer jetzt als fraglos nützlich betrachteten Emotion wie Angst umgingen oder zu welcher Form des Umgangs sie durch die äußeren Umstände gezwungen wurden. Wenn Mensch und Tier den emotionalen Stress nicht verarbeiten und damit beenden könnten, würde ihr Organismus geschwächt, so dass andere krebserregende Faktoren wie zum Beispiel Umweltgifte leichteres Spiel haben würden – so das damalige Fazit.

Damit wurde der Akzent auf die in der jeweiligen Situation mögliche Form der Verarbeitung von „emotionalem Stress“ gelegt. Diese Akzentverschiebung öffnete den Blick dafür, dass gesundheitsfördernde, „salutogenetische“ Modi der Gefühlsverarbeitung erlernt, die „Arbeit“ an Gefühlen mithin ohne eine langwierige Erforschung und Therapie frühkindlicher Prägungen und Traumata möglich sein könnte. Diese Erkenntnis beförderte einen bereits zuvor begonnenen Wandel der Krebs-Psychosomatik, die sich angesichts der methodischen Fallstricke einer Ursachenforschung immer stärker der Erforschung und Begleitung des Heilungsprozesses zugewandt hatte. In der Bundesrepublik wurde diese Trendwende von der im Zuge des „Psychobooms“

der 1970er Jahre entstehenden Ratgeberliteratur aufgenommen, so dass unterschiedliche Formen der „Gefühlsarbeit“ in den Kliniken, vor allem aber in den immer zahlreicheren Selbsthilfegruppen zum festen Bestandteil des therapeutischen Prozesses wurden. In der DDR blieb diese Form der „Gefühlsarbeit“ dagegen auf das Engagement einiger Ärzte, Psychologen und Psychotherapeuten beschränkt, die in Kliniken, Rehabilitationseinrichtungen und Patientenklubs Gruppentherapien für (ehemalige) Krebspatienten organisierten. War es in den Therapiesitzungen der 1970er und 1980er Jahre darum gegangen, bedrängende und belastende, aber gleichwohl „authentische“ Gefühle zuzulassen und in erträgliche Gefühle zu verwandeln, trat seit den 1990er Jahren eine andere Form der „Gefühlsarbeit“ immer stärker in den Vordergrund: „Positive“ Emotionen sollten nun erzeugt werden, denen ein heilungsfördernder Effekt auf den Körper zugeschrieben wurde. Aus den in den 1980er Jahren geführten „Gesprächen gegen die Angst“ (Anne-Marie Tausch) wurde nun – zugespitzt – die Aufforderung: „Machen Sie sich ruhig Illusionen“ (*Psychologie heute*, 1989).

## **6.2 Die präventionshistorische Perspektive: Wie sollen Gefühle das Verhältnis zum und den Umgang mit dem Körper bestimmen?**

Am Anfang dieser Geschichte wurde die Hoffnung erfunden: die Hoffnung darauf, dass eine Krebserkrankung heilbar sein könnte. Dieser Moment war gekommen, als Chirurgen in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts Operationen unter Narkose und antiseptischen Bedingungen durchzuführen begannen, die dem Patienten während der Operation nicht mehr unvorstellbare Schmerzen zufügten und bei denen das Überleben der Patienten mehr war als eine unwahrscheinliche Möglichkeit. Von diesem Augenblick an hielten einige Ärzte die frühzeitige Erkennung einer Krebserkrankung für sinnvoll. Denn je kleiner ein Tumor war, desto weniger riskant war die Operation. Da außerdem Krebs nach den Erkenntnissen der Zellulärpathologie als Krankheit mit lokalem Ursprung angesehen wurde, glaubten die Ärzte nun auch, die Heilungschancen durch eine Frühoperation erhöhen zu können.

Eine der ersten Kampagnen, die die neue Hoffnung und ihren Begleiter, die Früherkennungsuntersuchung, bekannt machen sollte, wurde vom Königsberger Gynäkologen Georg Winter im späten 19. Jahrhundert erdacht. Sein Ziel war es, Frauen darauf aufmerksam zu machen, dass ganz und gar schmerzlose, völlig harmlos erscheinende Symptome wie Zwischenblutungen und Ausfluss Frühsymptome einer Gebärmutterhalskrebserkrankung sein konnten und vom Arzt abgeklärt werden

mussten. Diese Kampagne wurde zum Modell für viele Früherkennungskampagnen im ersten Drittel des 20. Jahrhunderts. Große Gesundheitsausstellungen wie die *Internationale Hygiene-Ausstellung* 1911 machten sich die Ziele und Methoden dieser Kampagne zu eigen.

Hier ging es jedoch nicht allein darum, wie das fehlende Wissen über Frühsymptome vermittelt werden könne. Viel wichtiger erschien zunächst die Frage, welche Haltung zum Körper die Gesundheitserziehung erzeugen sollte und mit Hilfe welcher Gefühle dieses Ziel erreicht werden könnte. Winter und seine Arztkollegen im neu gegründeten *Comité für Krebs sammelforschung* wollten bewirken, dass sich die medizinischen Laien, insbesondere die Frauen, nicht mehr allein auf ihr intuitives Körpergefühl verließen, das ihnen so lange Gesundheit signalisierte, wie sie keine Schmerzen hatten oder schwerwiegende Krankheitssymptome an sich feststellten. Zudem sollten sie ihren Körper nicht mehr als selbstverständliches Arbeitsinstrument betrachten, das sie so lange mit Gleichgültigkeit und Desinteresse behandeln durften, wie es funktionierte. Da die Früherkennungsbefürworter jedoch genau diese Haltung der „Indolenz“ gegenüber dem Körper aufgrund ihrer ärztlichen Erfahrungen für weit verbreitet hielten, scheuten sie sich nicht, mit bewusst ausgewählten Bildern der Angst zu hantieren und in Ausstellungen Moulagen von Krebstumoren zu zeigen. Zudem waren sie überzeugt, dass Angst ein eher unproblematisches Gefühl sei, dass durch eine Handlungsoption, die Früherkennungsuntersuchung, in eine Haltung der planvollen Sorge gegenüber dem eigenen Körper umgewandelt werden könne.

Je größer und geographisch ausgreifender die Früherkennungsanstrengungen jedoch wurden, desto mehr wurde den beteiligten Ausstellungskuratoren, Ärzten und Gesundheitspolitikern deutlich, dass nicht allein die „stumpfsinnige“ Haltung vieler Bürger gegenüber ihren Körpern den Erfolg ihrer Kampagnen gefährdete. Drei „Gegenspieler“ ihrer Bemühungen wurden von ihnen ausgemacht: Erstens identifizierten sie die niedergelassenen Ärzte als Gegner ihrer Anstrengungen, da diese die von den namhaften Krebschirurgen und neu hinzugetretenen Radiologen verbreitete Hoffnung auf Heilung nicht teilten. So würden sie ihre Patienten oft nicht an die Kliniken weiter verweisen – in der Annahme, ihnen so wenigstens die Schmerzen und Versehrungen von Operation und Bestrahlung ersparen zu können. Zweitens galt es aus Sicht der Kampagnengestalter, die „falsche Scham“ insbesondere der Frauen zu überwinden, die diese etwa vom „peinlichen“ Besuch beim Gynäkologen abhielt. Gegenüber dieser unausgesprochenen Scham versuchten die Kampagnen den Blick auf

die weiblichen Geschlechtsorgane zu versachlichen und zu entsexualisieren, indem diese in wissenschaftlichem Gestus etwa mit schematischen Zeichnungen präsentiert wurden. Auch in einer weiteren, dritten Hinsicht spielte Scham aus Sicht der Krebsmediziner eine Rolle: die Scham, möglicherweise an einer Krankheit zu leiden, die ungerechtfertigter Weise von vielen für ansteckend gehalten wurde und die zu körperlichen Entstellungen führen konnte, so dass verdächtige Symptome aus Angst vor Stigmatisierung lieber versteckt als dem Arzt gezeigt würden.

Gegen diese verschwiegenen emotionalen „Gegenspieler“ Hoffnungslosigkeit und Scham wurde in den Ausstellungen, den Broschüren, Vorträgen und Theateraufführungen der späten 1920er und frühen 1930er Jahre zunehmend auf das Wechselspiel von starker Angst und großer Hoffnung gesetzt. Wiederum wurden Moulagen und Bilder von Krebstumoren gezeigt, die schockartig Angst – und auch ein Moment der Sensations- oder „Angstlust“ – mobilisieren sollten. Diesen Bildern der Angst wurden nun aber Bilder der Hoffnung und das hieß: Bilder der gelungenen Heilung, gegenübergestellt. Hautkrebs war zu diesem Zweck die Krankheit der Wahl, da Hauttumoren durch Bestrahlung oft verheilten, ohne Narben oder Entstellungen zurückzulassen. Dass diese Heilung in vielen Fällen nur vorübergehend war und dass andere Krebserkrankungen nur mit deutlich eingreifenderen Methoden behandelt werden konnten, wurde bewusst verschwiegen, um die Hoffnung nicht zu relativieren.

Die spezifische, in den Vorher-Nachher-Bildern angelegte Temporalität wurde zudem in anschaulichen Geschichten ausgesponnen: In diesen Theater-, Film- oder Plakaterzählungen entschieden sich die Protagonisten entweder im rechten Augenblick dafür, den Arzt aufzusuchen, und wurden geheilt, oder sie verpassten das kleine Zeitfenster der Hoffnung, und gingen unwiderruflich zugrunde. Eine Umkehr gab es in diesen Geschichten nicht mehr, sobald der richtige Zeitpunkt einmal verstrichen war, und aus diesem Grund wurden sie vielfach als Parallelerzählungen vom einerseits „vernünftigen“ und andererseits „törichten“ Menschen dargeboten, letzterer fast immer eine Frau. Die „vernünftige“ Sorge und die „törichte“ Angst erhielten so in diesen Erzählungen eine deutlich moralische und zugleich weibliche Tönung.

Diese Moralisation der gegenüber dem eigenen Körper empfundenen Gefühle wurde in den 1930er Jahren zugespitzt – angefangen bereits vor 1933, aber in der nationalsozialistischen Gesundheitspolitik schließlich immer stärker radikalisiert. Bereits die 1931 eröffnete, vom Dresdner *Hygiene-Museum* verantwortete Ausstellung „Kampf dem Krebs“ spinn diesen Faden der Moralisation weiter. Denn der „falsche“

Entschluss, dessen Folgen in den Geschichten der 1920er Jahre der „törichte“ Mensch selbst zu tragen hatte, wurde hier ausdrücklich als Fehlverhalten zu Lasten von Familie, Gesellschaft und „Volk“ dargestellt: Weil Mutter oder Vater zu spät zum Arzt gingen, blieben die Kinder verwaist und chancenlos zurück, suggerierten einige Plakate. Weil an Krebs erkrankte Menschen sich nicht rechtzeitig um die verdächtigen Frühsymptome kümmerten, musste die Gesellschaft für deren vergebliche Behandlung und Pflege viel Geld ausgeben, das etwa dem Wohnungsbau fehlte, legten andere Plakate nahe. Seiner Angst zu folgen und Früherkennungsuntersuchungen zu vermeiden, wurde in diesem Zusammenhang ausdrücklich zur Feigheit umdefiniert. Die Angst durch Mut zu überwinden erschien dagegen als unzweideutiger Schritt zur Heilung oder Besserung der Krankheit, so als reiche allein der Mut schon aus, um einen therapeutischen Fortschritt zu erzielen. Mut ging hier mit einer Form der sachlichen Sorge für den Körper einher, der nun auch als symptomloser Körper in den Fokus von Vermessungs- und Untersuchungstechniken geriet: die monatliche Selbstuntersuchung der Brust, das Führen eines Regelkalenders sollten sich als „planvolle“ Mittel etablieren, den Körper kontinuierlich auf „Unregelmäßigkeiten“ zu überprüfen.

Gleichzeitig wurde die Moralisierung der Körpergefühle dadurch vorangetrieben, dass Gesundheit seit den späten 1920er Jahren zunehmend als durch Willensanstrengung herstellbar dargestellt wurde. Ganz auf dieser Linie legte die nationalsozialistische Gesundheitspolitik großes Gewicht auf Krankheitsprävention durch Lebensstiländerungen. Auf dem Gebiet der Krebsforschung stellten die weltweit ersten epidemiologischen Studien Bezüge zwischen Tabakkonsum und der Entstehung von Lungenkrebs her – ein Bezug, der in den Krebsausstellungen dieser Zeit ausgeweitet wurde zu grundsätzlichen Empfehlungen, Tabak, Alkohol und industriell bearbeitete Lebensmittel zu meiden und den Körper durch Bewegung, kalte Waschungen und ähnliche Maßnahmen zu kräftigen und widerstandsfähiger zu machen. Auch wenn diese Schlussfolgerung so ausdrücklich nicht in den öffentlichen Krebs-Kampagnen des Nationalsozialismus gezogen wurde: Im Umkehrschluss bedeuteten diese Empfehlungen, dass derjenige, der doch an Krebs erkrankte, der von ihm erwarteten „Pflicht“ zur Gesundheit nicht angemessen nachgekommen war.

Die hier angelegte moralische und ideologische Stigmatisierung von Krebskranken wurde dadurch verschärft, dass Krebs von Politikern ebenso wie von Ärzten nun immer öfter als Metapher für politische Gegner oder „den Juden“ gebraucht wurde, während die Krebszellen selbst etwa in den Vorlesungen des Radiologen Hans

Holfelder als „jüdische Agenten“ porträtiert wurden. Doch die Stigmatisierung und angedeutete Ausgrenzung vollzog sich nicht nur in der Sprache. Für wen es keine Therapie mehr gab, wer als unheilbar galt, dessen Status war kaum noch zu unterscheiden von anderen „Unheilbaren“, deren Leben von der nationalsozialistischen Gesundheitspolitik als „lebensunwert“ gekennzeichnet worden war und die schließlich mit den 1939 begonnenen Euthanasieaktionen ermordet wurden. Dass unheilbar an Krebs erkrankte Menschen dazu zählen konnten, musste keineswegs abwegig erscheinen. Denn die Forderung, auch Krebskranke zu töten, war bereits in den 1920er Jahren von einigen Euthanasiebefürwortern wie dem völkischen Schriftsteller Gerhard Hoffmann erhoben worden, der seine Schriften unter dem Pseudonym Ernst Mann publiziert hatte. Es existieren zumindest Hinweise darauf, dass gegen Ende des Zweiten Weltkriegs diese radikalen Euthanasievisionen in einigen Fällen umgesetzt wurden, indem unheilbar Krebskranke durch Nahrungsentzug ermordet wurden. In jedem Fall muss diese als gedachte Möglichkeit vorhandene Konsequenz der nationalsozialistischen Euthanasiepolitik als eine Art emotionaler Resonanzraum der Krebs-Früherkennungskampagnen dieser Zeit angenommen werden.

In der unmittelbaren Nachkriegszeit stand Früherkennung und Prävention zunächst weder im östlichen noch im westlichen Teil Deutschlands im Fokus. Die DDR-Gesundheitspolitik statuierte jedoch bereits frühzeitig „Prophylaxe“ zu einem ihrer zentralen Leitwerte und stellte sie in ein inniges Wechselverhältnis zum Sozialismus. Die Krebs-Früherkennung wurde in die staatlichen, auf Gruppenvorsorge basierenden Prophylaxe-Maßnahmen eingeordnet, obwohl die frühzeitige Erkennung der Krebskrankheit dem Konzept der Prophylaxe als Krankheitsverhinderung nicht wirklich entsprach. Aber gerade durch diese „Vereinnahmung“ sollte die emotionale Färbung der Krebs-Früherkennung deutlich verändert werden. Der Besuch von Früherkennungsuntersuchungen wurde in Filmen und Ausstellungen dementsprechend als selbstverständliche Fortsetzung der Prophylaxe-Anstrengungen im Kindesalter dargestellt: auf das Wiegen, Messen und Impfen der Kinder folgte schließlich im Erwachsenenalter die Krebs-Früherkennung. Damit wurde der Blick von der Krankheit selbst weg gelenkt. Darum auch kamen die entsprechenden Filme und Plakate ohne Bilder von menschlichen Tumoren aus. Auch die Heilung erschien hier als unkomplizierter und im körperlichen Detail nicht dargestellter Prozess. Deutlich erkennbar sollten die angstbesetzten Bilder überschrieben werden durch optimistische Bilder des sozialisti-

schen Glücks, zu dem auch der solidarische Gang der Frauen zur Früherkennungsuntersuchung gehörte. Dass statt der Angst vor dem Tumor unausgesprochen der moralische Druck des sozialistischen Kollektivs aktiviert werden sollte, der etwa in punkto Impfung als gesetzlich verordnete Pflicht festgelegt worden war, musste dann nicht mehr ausdrücklich benannt werden. Eine offene Mobilisierung von Gefühlen der Angst sollte dagegen vermieden werden, da Angst – ebenso wie Pessimismus – als ein Gefühl galt, das zum zukunftsfrohen Sozialismus nicht passte.

In der Bundesrepublik gewann die Früherkennung von Krebs erst im Laufe der 1960er Jahre größeres Gewicht. Die bundesdeutsche „Vorsorge“ wurde im Unterschied zur sozialistischen „Prophylaxe“ als Teil der individuellen Verantwortung des Bürgers definiert und die Umsetzung der Vorsorgebemühungen in die Hände der niedergelassenen Ärzte und Krankenkassen gelegt. Aus diesen Richtungsentscheidungen folgten andere Strategien, die die bereits in der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts geübten Formen der Moralisierung aufgriffen. Allerdings nahm diese Moralisierung in der Bundesrepublik nun deutlicher paternalistische Züge an, der mahnend erhobene Zeigefinger des Arztes wurde zum beliebten Symbol. Ähnlich wie in der DDR verschwanden Bilder der Krankheit zunehmend aus den Früherkennungskampagnen. Sie wurden ersetzt durch Bilder des familiären Glücks – nicht des solidarischen Optimismus. Auch hier blieb Angst der visuell und sprachlich vermiedene Subtext. Dennoch ging es hier nicht nur um eine Auswechslung der emotionalen Oberfläche: Dies war der Versuch, Früherkennung von einer Technik zur *Abwendung* von Krankheitsgefahr umzudefinieren in eine Technik zur *Herstellung* von Gesundheit und Wohlbefinden. Plausibel erschien diese Verschiebung auch deshalb, weil nun der regelmäßig untersuchte, symptomlose Körper immer stärker ins Visier genommen wurde.

Zugleich rückte die Möglichkeit der Prävention in den Vordergrund: Risikofaktoren wie das Rauchen zu vermeiden wurde sowohl in der Bundesrepublik als auch in der DDR zum zweiten, äußerst wichtigen Teil der Kampagnen. In diesem Bereich, in dem es um langfristige Änderungen des Lebensstils ging, wurde auch in den 1970er Jahren noch mit Angst und abschreckenden Bildern argumentiert. Allerdings lässt sich auch hier eine langsame Trendwende feststellen, die im Rückgriff auf psychologische Modelle die Wirksamkeit von Angst und Moralisierung als erfolgreichem Anreiz zur Verhaltensänderung in Frage stellte. Stattdessen wurde nun versucht, in Anti-Rauch-Filmen das Nichtrauchen mit einem „guten“ Gefühl und einem „positiven“ Image zu verbinden. Damit betonten sowohl die Früherkennungs- als auch die



Präventionskampagnen, die immer öfter im Begriff der Vorsorge zusammenfielen, dass ihr Ziel die Herstellung von Glück und Gesundheit sei. Auch aus diesem Grund wurden kritische Hinweise darauf, dass es nicht allen nach dem Besuch von Früherkennungsuntersuchungen besser gehen würde und dass Früherkennung nicht in jedem Fall ohne körperlichen und emotionalen Tribut erfolge, verschwiegen. Die Krankheit, noch viel mehr der Tumor, wurde immer mehr zu einem visuellen Tabu.

### **6.3 Die ethikhistorische Perspektive: Wie fühlt sich (Nicht-)Wissen über die Krebserkrankung an?**

Im späten 19. Jahrhundert galt unter Ärzten der Grundsatz, dass den Patienten eine Krebsdiagnose nicht mitgeteilt werden sollte. Dahinter stand einerseits ein ärztlicher Paternalismus, nach dem medizinische Entscheidungen besser ohne Konsultation des Patienten gefällt würden. Andererseits aber verbargen sich hinter diesem Grundsatz auch Überlegungen, die spezifisch für den Fall der Krebsdiagnose waren und grundlegende Annahmen über Gefühle und deren Wirkung erkennen lassen.

Die meisten Ärzte des ausgehenden 19. Jahrhunderts waren überzeugt, dass eine Krebserkrankung nur in seltenen Fällen zu heilen war. Außerdem wussten sie, dass vielen Krebskranken eine längere Leidenszeit bevorstand, dass das Sterben an Krebs meist mit großen Schmerzen und anderen schwer erträglichen Symptomen einherging, die sie häufig kaum lindern konnten. Vor diesem Hintergrund erschien ihnen die Krebsdiagnose nicht nur als fast sicheres Todesurteil, sondern auch als Vorhersage eines schrecklichen Sterbens. Diese Aussicht wollten sie ihren Patienten nicht vor der Zeit zumuten. Denn sie waren überzeugt, dass fast alle dadurch in Verzweiflung und zerstörerische Hoffnungslosigkeit stürzen würden. Hinzu kam, dass eine große Mehrheit der Ärzte annahm, dass Angst und Hoffnungslosigkeit den körperlichen Zustand ihrer Patienten verschlimmern und damit die ihnen noch verbleibende, erträgliche Zeit verkürzen würde.

Dennoch besaß dieses Sprechtabu nicht überall Gültigkeit. Insbesondere dann, wenn der in diesem Fall meist männliche Patient eine besondere berufliche oder familiäre Verantwortung trug, plädierten einige Ärzte dafür, den Patienten über die Diagnose in Kenntnis zu setzen. In diesem Fall trat ein kompliziertes Regelwerk des verschleierns und zugleich enthüllenden Redens über Krebs in Kraft. Die Ärzte verwandten hier Begriffe, die Krebs meinen konnten, sich aber auch als weniger gefährliche Krankheit interpretieren ließen. Dennoch war das Ziel dieses Redens nicht nur

Täuschung, sondern auch Enthüllung. Der Patient sollte verstehen, dass er an Krebs litt und seine Vorkehrungen zu treffen hatte. Es gibt einige Hinweise darauf, dass Patienten auch tatsächlich „dekodierten“, was die Ärzte ihnen mit den von ihnen verwandten bedeutungsoffenen Krankheitsnamen sagen wollten. Doch indem die eindeutige Bezeichnung „Krebs“ oder „Karzinom“ vermieden wurde, fehlte dem Wissen der Patienten die letzte Gewissheit. Diesen Raum des Zweifels zu schaffen war die Absicht dieser Sprachregelung, denn die Ärzte glaubten, dass die Lebenshoffnung der Menschen so vital und raumgreifend sei, dass sie in diesem kleinen Residuum des Zweifels Platz finden und von dort aus wieder groß werden könnte.

Um 1900 wurde immer deutlicher Kritik an der Allgemeingültigkeit der Regel, Patienten die „Wahrheit“ über ihren Zustand vorzuenthalten, geäußert. Einerseits nahmen Juristen dagegen Stellung, die auf das Selbstbestimmungsrecht des bürgerlichen Individuums verwiesen und forderten, Patienten müssten vor jedem Eingriff um ihre Einwilligung gebeten werden. Leise Zustimmung dazu kam auch von einer Minderheit von Ärzten, die nicht mehr daran glauben mochten, dass die Angst des Patienten vor der Operation deren Verlauf negativ beeinflussen würde. Ob die Einwilligung immer das Wissen über die Diagnose voraussetzte, wurde von juristischer Seite offen gelassen. Doch auch hier meldeten sich die Stimmen einzelner Ärzte wie etwa des Psychiaters und Medizinethikers Albert Moll zu Wort, die das Verschleiern oder Verschweigen nur noch als Ausnahme sehen wollten. Für Moll spielte in dieser Hinsicht auch der Charakter der menschlichen Hoffnung eine Rolle, die aus seiner Sicht so unzerstörbar war, dass sie nicht einmal den kleinen Raum des Zweifels benötigte, um fortzubestehen, sondern auch dann zurückkehren würde, wenn der Patient eindeutig gehört hatte, dass er an Krebs oder einer anderen potentiell tödlichen Krankheit litt. Während des Ersten Weltkrieges fügte Moll dem noch hinzu, dass Hoffnung vor allem dann stark bleiben könne, wenn der Einzelne sich nicht nur als Individuum mit einer begrenzten Lebenszeit verstünde, sondern seine Existenz in etwas Höherem, nicht zwangsläufig im engeren Sinne Religiösem, aufgehoben sehe.

Die Mehrheit der Ärzte hielt jedoch auch in den 1920er Jahren daran fest, dass eine Krebsdiagnose nicht mitgeteilt werden dürfe. Ärztleratgeber betonten in vielen Variationen, dass das Wissen um eine Krebserkrankung den Menschen alle Hoffnung nehme und ohne Hoffnung kein Leben möglich sei. Das Fehlen von Hoffnung zerstöre nicht nur den Lebenswillen und die Lebensfreude, sondern schwäche auch den Körper. Die Angehörigen wurden jedoch in der Regel über die Krebsdiagnose in Kenntnis

gesetzt – damit sie die häuslichen und beruflichen Angelegenheiten regeln konnten, aber auch damit der Arzt einen Zeugen dafür aufbieten konnte, dass er die Diagnose richtig gestellt hatte. Mit der Information an die Verwandten ging die Erwartung einher, dass diese ihrerseits den an Krebs erkrankten Menschen über seinen Zustand täuschen würden. Denn viele Angehörige teilten den Hoffnungsbegriff der Ärzte und übernahmen diese Aufgabe überzeugt davon, dass dieser Umgang richtig sei. Dass sie damit unter Umständen eine Distanz zu ihrem kranken Angehörigen aufbauten, ihn zeitweise wie einen Patienten behandelten, konnte der ihnen selbst möglicherweise gar nicht bewusste Preis sein. Wie das Nicht-Reden im Nahverhältnis von Mann und Frau, Kind und Eltern gefühlt wurde, lässt sich den historischen Dokumenten nicht eindeutig entnehmen. Es gibt jedoch Hinweise darauf, dass das Nicht-Reden über den bevorstehenden Tod und damit möglicherweise verbundene Gefühle von Angst und Verzweiflung nicht immer als Form der emotionalen Isolation erlebt wurde. Stattdessen scheinen zumindest einige das Nicht-Reden als Ausdruck einer Haltung der Würde verstanden zu haben, die diesen innersten Raum verbarg und dadurch eine Form der Entscheidung für die Hoffnung ermöglichte, die zwar als Oberfläche geahnt wurde, aber doch eine Form der „guten“ Begegnung erlaubte.

Neben dieser mehrheitlich für das Nicht-Reden plädierenden Meinung wurden allerdings solche Stimmen immer lauter, die das Verschweigen der Krebsdiagnose als falsch bezeichneten. In einigen programmatischen Urteilen der 1930er Jahre hielt das Reichsgericht fest, dass das Recht auf Selbstbestimmung in jedem Fall Vorrang habe und dass das Wissen um die eigene Krankheitsdiagnose eine notwendige Voraussetzung dafür sei. Bezeichnenderweise zeichneten die Urteile ein von früheren Urteilen abweichendes Bild der emotionalen Effekte dieses Wissens: Nicht mehr Hoffnungslosigkeit oder Verzweiflung wurden zugestanden, sondern die Richter konzedierten lediglich, dass dieses Wissen die Stimmung der betroffenen Personen herabdrücken könne, der Verlust der Überlebenshoffnung in sich gefestigten Menschen aber in jedem Fall zuzumuten sei. Diese Begründung verwies auf Diskussionen, die unter anderem im Umfeld der *Neuen Deutschen Seelenheilkunde* geführt wurden und letztlich auf eine Entdramatisierung von Angst und Sterben hinausliefen. Angst wurde hier nachdrücklich als insofern unproblematisches Gefühl dargestellt, als ein richtig erzogener, „deutscher“ Charakter genug Mut haben sollte, der Angst zu begegnen und sie zu überwinden. Auch das Sterben selbst wurde damit zu einer Frage des Mutes und der Bewährung, nicht nur im Feld, sondern auch im Krankenbett. Für denjenigen, der

sich nicht als Individuum missverstehe, sondern in die Gemeinschaft, das „Wir“, einordne, erscheine das Sterben folglich als notwendige Leidenskrise, die genau diese Selbstaufhebung im Wir herbeiführe – so führte es etwa der Psychiater Fritz Künkel in einem Vortrag vor Ärzten und Seelsorgern in den Mitte der 1930er Jahre aus.

In der frühen Nachkriegszeit wurden diese Gefühlsdefinitionen zurückgenommen, ohne dass dies ausdrücklich als Auseinandersetzung mit den während des Nationalsozialismus vorgenommenen Wertungen gekennzeichnet worden wäre. Der Bundesgerichtshof zeichnete in seinen diesbezüglichen Urteilen die Gefühls-Effekte des Wissens um die Krebsdiagnose deutlich dramatischer und existentieller, als es das Reichsgericht getan hatte. Angst wurde in der medizinethischen Diskussion in die Nähe von Panik gerückt, so dass es als irrationales Gefühl erschien, das Abwägung und Entscheidung verhindern würde. Die Hoffnungslosigkeit wurde von den frühen bundesdeutschen Psychosomatikern als Gefahr benannt, da sie den Lebenswillen des Körpers brechen könne – so wie es der Hamburger Internist Arthur Jores den Erzählungen von Überlebenden aus Konzentrationslagern oder Kriegsgefangenschaft entnahm.

Hoffnung wurde damit in den 1950er Jahren zu einem sowohl in der Bundesrepublik als auch in der DDR viel diskutierten Gefühl. Im Gespräch dachten Theologen, Philosophen und Ärzte darüber nach, ob Hoffnung immer gleich Hoffnung sei und knüpften dabei an ältere Hoffnungsdiskurse an. Viele unterschieden zwischen einer auf das körperliche Überleben gerichteten Hoffnung und einer fundamentaleren Hoffnung, die die körperliche Existenz in irgendeiner Form transzendiere. Wie das Verhältnis beider Hoffnungen beschaffen sei, wurde unterschiedlich beantwortet. Einige, wie der Jenaer Medizinprofessor Walter Brednow, nahmen an, dass die erste Form der Hoffnung stark und vital sei und darum nicht gewaltsam durch die frühe Mitteilung der Krebsdiagnose zerstört werden dürfe. Erst mit den abnehmenden Körperkräften verliere auch sie ihre Vitalität und mache langsam den Weg frei für die grundsätzlichere Form der Hoffnung, so dass die „Wahrheit“ nur im Verlauf eines längeren Prozesses Stück für Stück mitgeteilt werden dürfe. Andere wie der Heidelberger Internist Herbert Plügge waren dagegen der Überzeugung, dass die fundamentale Hoffnung erst dann vollends sichtbar werden könne, wenn die auf das hiesige Leben bezogene Hoffnung als Illusion entlarvt worden sei.

Diese Hoffnungsdiskussion stieß in der DDR auf ideologische Vorbehalte. Die sozialistische Gesundheitspolitik war eindeutig auf Heilung ausgerichtet und alles, was

Heilung erschweren könnte, war dem untergeordnet. Auch im Arztrecht zeigte sich diese Hierarchisierung, denn der Arzt war zwar angehalten, das Einverständnis der Patienten einzuholen, um dessen kooperative Mitarbeit am Heilungsprozess zu mobilisieren, aber auf Information und Einwilligung konnte auch verzichtet werden, wenn dadurch die Hoffnung auf Heilung gefährdet schien. Dementsprechend plädierten einschlägige medizinethische Schriften bis weit in die 1970er Jahre hinein dafür, Krebsdiagnosen zu verschweigen, um den Optimismus der Patienten nicht zu zerstören. Doch dieser staatlich verordnete Wunsch nach Optimismus konnte in Einzelfällen nicht nur zum Verbergen der „Wahrheit“ führen, sondern auch zum Verstecken der an Krebs erkrankten Menschen selbst – so dass etwa an der Ost-Berliner *Robert-Rössle-Klinik* schließlich ein gesonderter Eingang für Nachsorgepatienten eingerichtet wurde, damit die manchmal an den Nachsorgepatienten deutlich sichtbaren Spuren von Krankheit und Therapie den Blicken derjenigen entzogen blieben, bei denen erst kurz zuvor Krebs diagnostiziert worden war.

Dagegen gab es auch innerhalb der DDR seit den 1960er Jahren Einwände, die aber zunächst die praktische Unmöglichkeit des langfristigen Verschweigens in den Vordergrund stellten. Insbesondere Radiologen, die häufig Krebskranke behandelten, die zuvor schon länger in Therapie gewesen waren, argumentierten, dass die Täuschung im Verlauf einer mehrmonatigen Therapie, an der viele unterschiedliche Akteure beteiligt waren, zwangsläufig misslinge. Dann aber, wenn die Täuschung scheitere, sei auch das Vertrauen des Patienten in den Arzt langfristig beschädigt. Auf Störungen des Arzt-Patienten-Verhältnisses durch den Versuch der Täuschung verwiesen zeitgleich eine Reihe von Ärzten, Soziologen und Theologen vorwiegend aus den USA und Großbritannien, deren Argumente in der Bundesrepublik ebenso wie in der DDR wahrgenommen wurden. Während der ungarisch-britische Arzt Michael Balint aufzeigte, dass die unbewussten Gefühle des Arztes sowohl dessen therapeutische Entscheidungen beeinflussten als auch vom Patienten wahrgenommen würden, wiesen die amerikanischen Soziologen Barney Glaser und Anselm Strauss in ihren Studien nach, dass Ärzte und Krankenschwestern Sterbende so weit wie möglich vermieden, um deren Nachfragen, der von ihnen selbst empfundenen Last der Täuschung sowie der eigenen Angst vor dem Tod zu entgehen. Angst, so die gemeinsame Annahme dieser Theorien, lasse sich durch Täuschung und Verdrängung nicht kontrollieren, sondern gewinne dadurch lediglich eine kaum beachtete und schwer zu beherrschende Eigendynamik, die eindeutig zu Lasten des Patienten gehe.

Diese Studien fielen in eine Zeit, in der vor allem in der Bundesrepublik die Idee der Therapie boomte – ein Trend, in den sich die Studien einordneten und den sie ihrerseits vorantrieben. Denn mit den Annahmen und Ergebnissen dieser Studien erfuhren Gefühle im Allgemeinen, Angst im Besonderen eine merkliche Umdeutung. Gefühle erschienen nun als wesentliches, auch therapeutisch bedeutsames Medium der Arzt-Patienten-Beziehung. Aber auch in den Beziehungen der Patienten zu ihren Angehörigen und Freunden bekamen Gefühle ein anderes Gewicht und eine andere Färbung. Nähe und Intimität wurde hier nicht durch das schlichte Vorhandensein intensiver Gefühle definiert, sondern darüber, ob intime Gefühle in der Beziehung zur Sprache kamen, intensiv gemeinsam „bearbeitet“ wurden. Insofern musste nun die Diskrepanz zwischen dem Wissen der Angehörigen und dem (Nicht-)Wissen des Patienten als fundamentale Störung der Beziehung erscheinen, die „wirkliche“ Nähe nicht mehr zuließ.

In ähnlicher Weise veränderte sich auch das Verständnis von Angst. Nicht der anerzogene Mut, die Festigkeit des Charakters verhieß nun die Überwindung der Angst. Ahnung wurde nun nicht mehr positiv als Frei-Raum für hoffnungsvolle Zweifel verstanden, sondern negativ als Unterschlupf der verdrängten, nagenden Angst. Diese Angst konnte nur im Gespräch, in der Therapie beherrscht, vielleicht sogar überwunden werden. Doch diese Arbeit an der Angst war niemals vollständig abgeschlossen, weil das Mittel gegen die Angst nicht in einer Charaktereigenschaft der Person zu finden war, sondern in der nach Außen gewendeten Arbeit des Selbst an sich und seinen Gefühlen, die zwingend auf das therapeutische Gegenüber angewiesen war. Dieses Konzept der Gefühlsarbeit hielt Einzug in die nun in großer Zahl publizierte Ratgeber und in die seit den 1970er Jahren in der Bundesrepublik entstehenden Selbsthilfegruppen. Auch in der DDR organisierten einzelne Klinikchefs oder Ärzte nun Gruppentherapiesitzungen für Krebspatienten, leiteten Klinikpsychologen Selbsthilfegruppen ehemaliger Krebspatienten, die sich sowohl mit alltäglichen Problemen als auch mit der therapeutischen Bewältigung der Krankheitsängste beschäftigten.

Das in der Bundesrepublik der 1970er und 1980er Jahre populäre psychosomatische Verständnis der Krebskrankheit als „Krankheit der Seele“ veränderte den Blick auf die Diagnoseaufklärung grundlegend. Denn wenn ein bestimmter Umgang mit Gefühlen und spezifische Persönlichkeitszüge die Krankheit (mit-)verursacht hatten, musste der Weg zur Heilung über eine Auseinandersetzung mit den eigenen

Gefühlshaltungen führen. Die Krebspatienten aber konnten diesen Weg nur beschreiten, wenn sie überhaupt wussten, dass sie an Krebs litten. Das Wissen um die Krebsdiagnose bekam damit eine völlig neue Bedeutung: Die unmittelbare Reaktion lautete – wie zuvor – existentielle Angst. Wenn diese Angst aber therapeutisch bearbeitet und nicht verdrängt wurde, konnte eine innere Auseinandersetzung der Patienten mit den eigenen, krankmachenden Gefühlen in Gang gesetzt werden, die die Krebsdiagnose schließlich zu einem Neubeginn werden ließ. Dieser Gedanke der „zweiten Chance“ löste sich letztlich so weit vom psychosomatischen Krankheitsdiskurs, dass die Suche nach dem besseren, in Gefühlsdingen gesünderen und „authentischeren“ Selbst auch dann von Patienten als Teil der Heilung oder Therapie begriffen werden konnte, wenn sie selbst nicht daran glaubten, dass ein anderer Umgang mit Gefühlen einen positiven Effekt auf ihre körperliche Gesundheit haben würde.

Seit den 1990er Jahren gibt es einen breiten Konsens unter Medizinern, dass eine Krebsdiagnose den Patienten unter fast allen Umständen mitgeteilt werden muss. Statt der Frage des Ob steht nun das Problem des Wie zur Debatte. Eine Möglichkeit, die manche Ärzte unter dem Druck ökonomischer Zwänge und der Umdefinition des Patienten zum selbstverantwortlichen Medizin-Konsumenten wählen, ist es, möglichst vollständig die Details der Diagnose und Prognose vor dem Patienten auszubreiten und sich damit ihrer rechtlich vorgeschriebenen Informationspflicht zu entledigen. Viele Ärzte ebenso wie diejenigen, die für die Curricula der Medizinstudenten verantwortlich sind, suchen jedoch nach anderen Wegen. In den letzten Jahren mehrten sich die Bemühungen, Studenten und Ärzten Kommunikationstechniken zu vermitteln, die ihnen in solchen Gesprächen als eine Art Leitfaden dienen könnten. Die emotionale Grundlage für solche Gespräche bietet das Gefühl der Empathie. Mit dieser Wendung zur Empathie werden die eigenen Gefühle, der eigene Standpunkt des Arztes, die in dieser Geschichte lange eine große Rolle gespielt haben, aus dem Arzt-Patienten-Gespräch herausdefiniert zugunsten eines Gefühls, das im Prinzip einzig dazu dient, die Gefühle des Patienten wahrzunehmen und zu spiegeln. Zugleich gehen diese Leitfäden über die frühere Idee der „Gefühlsarbeit“ hinaus, indem sie konstatieren, dass sich die Gefühle des Gegenüber durch eine Kommunikationstechnik steuern ließen. Aus der „Gefühlsarbeit“ am Selbst wird damit – ansatzweise – ein Gefühlsmanagement durch andere.

#### **6.4 Die erfahrungshistorische Perspektive: Wie konstituierten Praktiken, Raumordnungen und Dinge unterschiedliche Erfahrungsräume für Gefühle?**

Im ausgehenden 19. Jahrhundert gab es nur eine einzige medizinisch anerkannte therapeutische Option für Krebserkrankungen: Das war die Operation. Wenn ein Tumor nicht operiert werden konnte, weil eine Operation an diesem Organ, etwa der Lunge, nicht möglich war oder weil der Tumor so weit in umliegende Gewebe verwachsen war, dass der Patient die Operation nicht überleben würde, war die Entscheidung gefallen: Die Krankheit galt als unheilbar. Je nach Lokalisation des Tumors war die Zahl derer, die demnach von vorneherein als „hoffnungslos“ galten, unterschiedlich hoch. Insgesamt war aber bei gut der Hälfte der Patienten bereits im Augenblick der Diagnose klar, dass es kein Mittel der Heilung mehr geben würde.

Für die anderen Patienten bestand noch Hoffnung. An dieser Hoffnung hielten insbesondere die Chirurgen selbst fest, die immer operierten, wenn der Tumor noch in Gänze herausgeschnitten werden konnte. Aber auch sie wussten, dass die Operation in den meisten Fällen keine Heilung bringen würde. Insbesondere bei Tumoren der inneren Organe, bei Darm-, Magen- und Gebärmutter(hals-)tumoren, war bereits die Operation selbst gefährlich und im Durchschnitt verstarben zwischen fünfzehn und dreißig Prozent der Patienten während oder unmittelbar nach einer solchen Operation. Die Chirurgen wussten auch – denn sie führten ja Statistiken über die Erfolge ihrer Operationen –, dass bei sehr vielen ihrer Patienten der Krebs wiederkommen würde: entweder als Rezidiv an der Stelle der Operation oder als Metastase an einem anderen Ort des Körpers. Drei Jahre oder fünf Jahre, so wie sie Heilung definierten, überlebten nur wenige. Dennoch operierten sie und schürten auch in den neuen Früherkennungskampagnen die Hoffnung auf Heilung ohne einschränkende Relativierung – einzig das „Frühzeitig erkannt“ sollte die Vorbedingung sein.

Denn die Hoffnung war ja erst jung und fragil und schien also keine Relativierung zu vertragen. Sie wollten die kleine Chance auf Heilung nutzen, weil Krebs sonst immer Tod bedeutete, weil das Sterben an Krebs oft grausam war. Dazu kam, dass die Chirurgen von den neuen Möglichkeiten fasziniert waren und mit forschender Neugier danach suchten, wie sich Chancen und Methoden verbessern ließen. Gegenüber den Patienten wurden deshalb Rezidive und Metastasen nicht erwähnt. Ebenso wenig deuteten die Operateure ihren Patienten an, auf welche Operationsfolgen sie sich gefasst machen müssten, zu welchen Komplikationen es wahrscheinlich kommen könnte. Würden die Patienten das alles wissen, so bekämen sie Angst vor der Operation,



vermuteten die Ärzte. Diese Operationsangst sollte um jeden Preis vermieden werden. Deshalb zeigten die Bilder auf den Früherkennungsplakaten nur konzentriert arbeitende Operateure oder den blitzsauberen OP-Saal. Denn die Angst konnte aus Sicht der Ärzte eine ganze Reihe von Fehlentscheidungen und Problemen nach sich ziehen: Viele Patienten würden sich womöglich gegen die Operation entscheiden. Ängstliche Patienten ließen sich schwerer narkotisieren; man benötigte mehr Narkosemittel und dementsprechend erhöhte sich das Risiko der Operation. Und schließlich würde die Angst den Organismus schwächen oder aus dem Gleichgewicht bringen und dadurch die Operationsbedingungen verschlechtern. Verschweigen und Schönfärben erschienen den Ärzten deshalb als einzig geeignete Mittel, um diese Angst zu beherrschen.

Der Preis für diese Form des „Angst-Managements“ war Schock und Verzweiflung, weil nicht wenige Patienten erst nach der Operation erkannten, was sie „verloren“ hatten, mit welchen Einschränkungen und Schmerzen sie künftig würden leben müssen. Gewogen gegen das Sterben an Krebs war die Mehrheit der Chirurgen überzeugt, dass kein Preis zu hoch sei, und viele empörten sich über solche Patienten, die ihnen im Nachhinein Vorwürfe machten, weil sie mit diesen Schmerzen, mit diesen körperlichen Verlusten nicht leben wollten.

Von den Operierten wurde erwartet, dass sie nach einer eher kurzen Übergangsphase der Genesung in ihr altes Leben zurückkehren und mit ihren Versehrungen sich abfinden und leben lernen würden. Abgesehen von kürzeren Genesungskuraufenthalten oder übergangsweise einer Hilfe im Haushalt war keine weitere Unterstützung vorgesehen. Die Krebstherapie wurde als eine Episode betrachtet, die mit der Heilung der Wunden und der Einübung der möglicherweise notwendig gewordenen neuen Benutzungsweisen des Körpers abgeschlossen war. Zwar forderten die Ärzte bereits in den 1920er Jahren ihre Patienten auf, sich regelmäßig nach-untersuchen zu lassen, aber sie gaben dieser Forderung in der Regel wenig Nachdruck, da das Auftreten von Rezidiven oder Metastasen nach ihrer Erfahrung in den meisten Fällen sowieso bedeutete, dass nur noch Palliativoperationen, jedoch keine Heilungen mehr möglich waren. Es gibt einige Hinweise darauf, dass die an Krebs operierten Menschen manchmal ahnten, dass sie an einem Krebstumor operiert worden waren und dass nach einer Operation „Rückfälle“ auftreten könnten. Doch ordneten auch diese Menschen sich so unauffällig wie möglich wieder in das „normale“ Leben ein, um nicht das Stigma des Krebskranken zu tragen, da nach wie vor viele Menschen eine Krebs-Ansteckung fürchteten und Ekel gegenüber Krebskranken empfanden.

Seit dem ersten Jahrzehnt des 20. Jahrhunderts gab es neue Hoffnung für manche „Inoperable“: Röntgen- und Radiumstrahlen ließen Tumoren in einigen Fällen so weit schrumpfen, dass sie operiert werden konnten. Auch die Wirksamkeit einer alleinigen Strahlentherapie probierten einige wenige Radiologen oder Gynäkologen aus. Röntgen- oder Radiumstrahlen brachten manchmal auch Rezidive zeitweise zum Verschwinden oder linderten Schmerzen dadurch, dass ein Tumor durch die Strahlen schrumpfte, der mit dem Skalpell nicht zu erreichen gewesen wäre. Radium oder das in Deutschland öfter noch verwandte Mesothorium verringerten die Geschwürbildung und Infektion von Tumorgewebe, so dass der sonst oft schwer erträgliche Geruch offener Tumore reduziert werden konnte.

Doch Radium war sehr teuer und auch der schließlich gefundene Ersatz, das Mesothorium, war kostspielig und musste zudem – anders als Radium – wegen der geringen Halbwertszeit regelmäßig ausgetauscht werden. Dadurch wurde die Hoffnung deutlich mehr als zuvor eine Frage des Geldes. Nur große Universitätskliniken verfügten über ausreichende Mengen Radium oder Mesothorium, so dass eine Strahlentherapie hohe Reise- und Unterbringungskosten verursachen konnte – was viele Patienten sich nicht leisten konnten. Die Strahlentherapie selbst wurde von den Krankenkassen bezahlt, allerdings nur, wenn es eine größere Chance auf Heilung gab. Diejenigen, die als Familienmitglieder nicht selbst krankenversichert waren, bekamen die Strahlentherapie oft nicht bezahlt. Auch zahlreiche Beamte und Selbstständige, die weder gesetzlich noch privat krankenversichert waren, konnten die Kosten nur mit Mühe bezahlen. Das führte dazu, dass Familien sich diesen „Luxus“ nur leisteten, wenn sie noch Hoffnung sahen.

Die Radium- oder Mesothoriumtherapie bedeutete für die Patienten Isolation. Da diese radioaktiven Stoffe so teuer waren, wurden die Patienten während der mehrtägigen Therapie in einem separaten Raum untergebracht, den sie nicht verlassen durften und den auch niemand als die für sie zuständige Schwester zu betreten berechtigt war. Dabei spielte auch der Strahlenschutz eine Rolle, der sie für andere zu einer Gefahr werden ließ, solange sie Radium- oder Mesothoriumeinlagen in ihrem Körper trugen. Auch die Strahlenpatienten bereitete niemand darauf vor, dass sie im Anschluss an die Therapie an einem „Strahlenkater“, tagelangen Durchfällen, Müdigkeit und Übelkeit leiden würden. Noch viel weniger erfuhren sie, dass die Strahlendosimetrie sich erst im Laufe der 1920er Jahre so weit entwickelte, dass schwer oder gar nicht heilende Gewebsnekrosen einigermaßen sicher vermieden werden konnten. Wenn

sie schwere Strahlenschäden erlitten, blieben sie unter Umständen lange arbeitsunfähig und in medizinischer Behandlung, da die nekrotisierten Stellen durch Hauttransplantationen abgedeckt werden mussten.

Spätestens seit den 1920er Jahren, als Krankenhausbetten immer knapper wurden, drängten die Verwaltungen darauf, nur noch solche Patienten aufzunehmen oder in der Klinik zu behalten, für die es eine Chance auf Heilung gab. Alle anderen sollten nach Hause oder in ein Hospital entlassen werden. Patienten mit fortgeschrittenen Krebserkrankungen traf diese Forderung besonders, da sie auf vielen chirurgischen, radiologischen, gynäkologischen oder internistischen Stationen nicht gern gesehen waren. Ihre Pflege war anspruchsvoll: Sie benötigten oft besonderes Essen, ihre Verbände mussten immer wieder gewechselt werden, sie hatten keine Kraft, bei der Pflege mitzuhelfen. Anstoß erregten sie aber vor allem, weil etliche unter so starken Schmerzen litten, dass kein bekanntes Schmerzmittel half und sie mit ihren Schmerzensschreien die Ruhe der anderen Patienten störten. Außerdem sonderten viele Tumoren einen von zahlreichen Zeitgenossen als ekelerregend beschriebenen Geruch ab. Manche waren durch ihre offenen Tumore äußerlich sichtbar entstellt. Aus diesem Grund beschwerten sich Mit-Patienten über sie, mussten Schwestern manchmal zu ihrer Pflege strafversetzt werden und versuchten einige um den Ruf ihrer Station besorgte Ärzte, diese Patienten loszuwerden.

Unzählige konnten jedoch nicht nach Hause entlassen werden, weil die häuslichen Verhältnisse zu beengt waren und die Familien schlicht keine Zeit oder Bereitschaft für die erforderliche intensive Pflege hatten. Als üblicher Ausweg blieben die alten Hospitäler und Siechenhäuser, von denen einige von den Stadtverwaltungen als Aufnahmestätten für die aus den Krankenhäusern zu entlassenden Krebskranken benannt wurden. Diese Siechenhäuser und Hospitäler verfügten allerdings kaum über das Personal für eine medizinisch profunde Pflege, lagen nicht selten am Stadtrand und damit weit weg von den Wohnorten der Verwandten, hatten sehr eingeschränkte Besuchszeiten, so dass sie eher Verwahr- und Isolationsort denn ein Heim für Sterbende waren.

In Heidelberg und Berlin gab es jedoch zwei spezielle Klinikstationen für Krebskranke, die insbesondere solche Patienten aufnahmen, bei denen die üblichen Heilungsversuche fehlgeschlagen waren. Die chronisch unterfinanzierten *Krebsbaracken* der Berliner Charité ebenso wie das Heidelberger *Samariterhaus* sollten Orte der letzten Hoffnung sein, ermöglicht durch eine medizinische Betreuung auf dem

neuesten Stand der Krebsforschung. Das bedeutete, dass die dortigen Patienten auch zum Forschungsobjekt werden konnten, an ihnen neuartige, vor allem innerlich wirksame Therapeutika ausprobiert werden sollten. Die Grenze zwischen einem rechtlich zulässigen und vom Patienten mit Hoffnung begrüßten Heilversuch und einem illegitimen Menschenexperiment wurde allerdings nicht immer klar gezogen – weniger in Heidelberg und Berlin selbst, als vielmehr an anderen Klinik-Orten im Deutschen Reich, an denen Sterbende zum Versuchsobjekt wurden. Dass manche Krebspatienten um diese Gefahr wussten und sie fürchteten, lässt sich einigen wenigen Dokumenten entnehmen.

Nach 1933 wurde die Lage der *Krebsbaracken* und des *Samariterhauses* immer prekärer. Viele der dort beschäftigten Ärzte wurden „als Juden“ entlassen oder zur Kündigung gedrängt. Die Institute gerieten aber auch deshalb unter Druck, weil ihr Konzept nicht in die nationalsozialistische Politik passte. Krebsforschung wurde zwar enorm gefördert, neue Kliniken für die „heilbaren“ Krebskranken geschaffen, so etwa das Berliner *Allgemeine Institut gegen die Geschwulstkrankheiten*. Die Situation der Schwerkrankenstationen wurde jedoch schon vor Kriegsbeginn, vollends aber während des Krieges immer katastrophaler.

Nach dem Krieg konzentrierten sich die Besatzungsmächte zunächst auf den Wiederaufbau von Krankenhäusern und auf die Bekämpfung der grassierenden Infektionskrankheiten wie Typhus und Tuberkulose. Im Verlauf der 1950er Jahre wurde allerdings in beiden deutschen Staaten ein neues Konzept auf die gesundheitspolitische Agenda gesetzt, das auch die Erfahrungen von Krebskranken verändern sollte: Rehabilitation erschien als moderner Leitbegriff, mit dem nach der nationalsozialistischen Behindertenpolitik ein Neuanfang gemacht werden sollte, der auch den „Kriegsversehrten“ eine Chance bot. Durch Rehabilitationsmaßnahmen sollten Behinderte und Versehrte in den Arbeitsmarkt re-integriert werden, zurück in ein „normales“, von körperlicher Leistungsfähigkeit bestimmtes Leben, das damit erneut zur normativen Orientierung wurde. Dass diese Rückkehr nur mit systematischer Unterstützung gelingen konnte, war auch im Hinblick auf die an Krebs erkrankten Menschen das Neuartige an diesem Paradigma.

Dass Krebskranke überhaupt in das Konzept der Rehabilitation einbezogen wurden, hatte damit zu tun, dass die Krebsforscher nach Möglichkeiten gesucht hatten, stagnierende Heilungsziffern zu verbessern und dabei entdeckten, dass besser gestellte Patienten, die sich eine Zeit der Schonung leisten und Hilfen für zuhause bezahlen

konnten, langfristig größere Überlebenschancen hatten als diejenigen, die umstandslos ihr altes Leben wieder aufnehmen mussten. Das an Krebskranke gerichtete Angebot der Rehabilitation war deshalb keineswegs nur eine soziale und arbeitsmarktpolitische, sondern auch eine medizinische Maßnahme, die auf der Annahme basierte, dass nach der Operation oder Bestrahlung einzelne Krebszellen im Körper geblieben sein könnten, die das Immunsystem des Körpers nur in Schach halten könne, wenn es durch Schonung und gezielte Stärkungsmaßnahmen dazu in die Lage versetzt worden sei.

Da also für die Rehabilitation von Krebspatienten spezielle medizinische und therapeutische Maßnahmen erforderlich schienen, wurden nun erstmals Kurheime eingerichtet, in denen ausschließlich oder zumindest überwiegend Menschen nach überstandener Krebstherapie betreut wurden. Die Befürchtung, dass die gemeinsame Anwesenheit vieler Krebskranker eine Atmosphäre der Hoffnungslosigkeit erzeugen müsse, galt nunmehr angesichts des erwarteten medizinischen Nutzens der Kur als zweitrangig. Dennoch wurde dieses Problem der möglichen Hoffnungslosigkeit und Verzweiflung nicht völlig außer Acht gelassen. Hausordnungen und Aushänge mahnten die Kurgäste, mit den anderen Genesenden nicht über ihre Krankheit zu sprechen, um nicht in der Vergangenheit der Krankheit stehenzubleiben. Das Pflegepersonal wurde angewiesen, das Wort „Krebs“ niemals zu benutzen und auch sonst alle Bemerkungen zu unterlassen, die die Kurgäste an körperliche Einschränkungen, Schwächen oder Verschlechterungen ihres Zustandes erinnern würden. Allerdings sollten die Kurheime den genesenden Krebskranken sehr wohl seelische Unterstützung bieten – nicht jedoch durch das Gespräch über die „großen“ Ängste, sondern durch die Beratung in den kleinen, auf die Bewältigung des Alltags gerichteten „Sorgen und Nöte“. Die konkreten, mit Unterstützung zu bewältigenden Ängste sollten von den problematischen, schwer lösbaren Ängsten ablenken, Gefühle von Unterstützung oder Solidarität aus dem Konkreten heraus erwachsen und Lebenshilfe bieten.

Trotz dieser von einer bestimmten Logik der Gefühle gesteuerten offiziellen Sprachpolitik der Heimleitungen in der DDR und der Bundesrepublik waren diese Kurheime Orte, an denen Menschen mehrere Wochen zusammen lebten, die ähnliche Therapien durchlitten hatten und vergleichbare Probleme vor sich sahen und die vielleicht doch ahnten, dass die herausoperierte oder bestrahlte „Geschwulst“ ein Krebstumor gewesen war. Postkarten, einzelne Briefe und erste Selbsterzählungen geben Hinweise darauf, dass viele während der hier verbrachten Wochen das Gefühl

bekamen, nicht mehr mit ihrer Krankheit allein dazustehen, hier wegen ihrer Erkrankung nicht mehr mit Vorbehalt betrachtet zu werden. Das Konzept der Rehabilitation trug damit dazu bei, dass sich einige ehemalige Krebspatienten als Teil einer Gruppe mit spezifischen Erfahrungen zu betrachten begannen und diese Zugehörigkeit als Grundlage solidarischer Gefühle und konkreter Unterstützung erfuhren. Die Nachkurheime sind insofern auch Vorläufer der Selbsthilfegruppen, die sich seit Mitte der 1970er Jahre zunächst in der Bundesrepublik, später und in kleinerem Maßstab auch in der DDR zusammenfanden.

Mit der Aufwertung des therapeutischen Gesprächs über Gefühle wurde schließlich vor allem in der Bundesrepublik seit etwa Mitte der 1960er Jahre das Sprechverbot „Angst“ schrittweise dadurch zurückgenommen, dass die Patienten nun zu den Gesprächsrunden unter Leitung der Kurärzte eingeladen und aufgefordert wurden, dort auch über ihre Gefühle von Angst oder Hoffnungslosigkeit zu sprechen. Das Ziel blieb es aber, die Patienten auf den hoffnungsvollen Blick nach vorn zu verpflichten, Angst im Gespräch in Mut oder Optimismus umzuwandeln.

Dass die solidarische Gemeinschaft der Patienten mehr Gewicht gewann, hatte vermutlich auch mit einem Wandel der therapeutischen Erfahrungen zu tun. Im Laufe der 1950er Jahre ersetzten immer mehr raumgroße Megavoltbestrahlungsanlagen wie das Beta- oder Gammatron die Vorkriegs-Röntgenbestrahlungsgeräte. Insbesondere das Gammatron, das radioaktives Kobalt-60 als Strahlungsquelle verwandte, war ein direktes Ergebnis militärischer Forschung und wurde stark mit Kampf und (Atom-)Krieg assoziiert. Die ungeheure Zerstörungskraft dieser Strahlung wurde in medizinischen, gesundheitsaufklärerischen und medialen Darstellungen zwar als positive, da dem zerstörerischen Krebs angemessene Kraft dargestellt. Aber, anders als das „friedliche Atom“ der Kernenergie, blieb das Gammatron als „Kobaltkanone“ oder „Kobaltbombe“ im Sprachbild der Waffe. Dass diese „Waffe“ nicht nur für die Krebszellen gefährlich werden konnte, blieb den Räumen eingeschrieben, in denen die Strahlentherapie stattfand: Dicke Betonmauern, bleiummantelte, schwere Türen, die Platzierung in Kellergeschossen oder ehemaligen Bunkern schützten nicht nur die „Gesunden“ vor der Strahlung, sondern schlossen auch die Krebskranken allein mit dem Gerät in diesem Raum der Gefahr, dem „Strahlenbunker“, wie er gemeinhin genannt wurde, ein. Dass die Strahlen unsichtbar und nicht fühlbar waren, außer einem Ticken kein Geräusch zu hören, kein Geruch zu riechen war, sich das Gerät nur wie ein „Tier“ über und um die Patienten bewegte, rief bei vielen Angst und Unbehagen hervor,

die in einem Gefühl des Ausgeliefertseins an die unsichtbar gesteuerte Technik kulminierten. In dem Maße, in dem diese Bilder durch Selbstberichte ehemaliger Patienten öffentlich zu kursieren begannen, die Skepsis gegenüber der Atomenergie wuchs und vorher nicht informierte Patienten im Nachhinein die Folgen der Bestrahlung an ihrem Körper erfuhren, wurde das Bestrahlungsgerät für viele Patienten, die sich in Selbsterfahrungsgruppen engagierten oder für mehr Patientenautonomie einsetzten, zum Symbol des technisierten, emotionslosen Medizinbetriebs, dem sie sich ausgeliefert fühlten.

Die seit den 1960er Jahren in beiden deutschen Staaten in die Krebsbehandlung integrierte Chemotherapie war ebenfalls aus dem Kontext militärischer Forschung hervorgegangen und hatte anfangs mit dem Derivat eines Kampfstoffes aus dem Ersten Weltkrieg, dem Schwefellost, gearbeitet. Die Metapher des „Gaskrieges gegen den Körper“ war allerdings weit weniger in der öffentlichen und autobiographischen Auseinandersetzung mit der Chemotherapie präsent als die Atomkriegsrhetorik im Umgang mit der Strahlentherapie. Stattdessen war Chemotherapie von ihren Anfängen in den späten 1940er Jahren an mit dem Bild des „An-die-Grenze-des-Erträglichen-Gehens“, mit dem Gedanken der maximal möglichen therapeutischen Radikalität, assoziiert. Denn die in der klinischen Forschung tätigen Ärzte waren überzeugt, dass die verwendeten Zytostatika in der höchsten, vom Körper des Patienten noch tolerierbaren Dosis am erfolgreichsten sein würden. Der Grat zwischen therapeutisch erwünschter und tödlicher Dosis wurde dadurch äußerst schmal. Während des Therapiezyklus mussten aus diesem Grund ständig eine Reihe körperlicher Parameter kontrolliert werden, um festzustellen, ob und wann die therapeutischen Effekte in den Graubereich des Lebensbedrohlichen glitten und Dosis oder Zytostatika-Zusammensetzung verändert beziehungsweise die Therapie abgebrochen werden musste. Dass es den Patienten unter und zunächst auch nach der Therapie deutlich schlechter als zuvor ging, wurde damit für die Patienten zu einem ambivalenten Körpergefühl: Die Symptome konnten zum einen ein Zeichen dafür sein, dass die Therapie anschluss, waren also durchaus mit Hoffnung verbunden, zum anderen aber konnte das eigene Elendsgefühl aber auch andeuten, dass die Grenze bald überschritten und die Therapie abgebrochen werden müsste. Hoffnung und Angst lagen hier im Körpergefühl sehr nah beieinander.

Das Chemotherapie-Protokoll, das ständige Neujustierungen implizieren konnte, unterschied sich vor allem in den ersten Jahrzehnten der Chemotherapie nur wenig vom experimentellen Protokoll. Die Wirkstoffkombination, die in diesem Jahr

noch im Rahmen eines experimentellen Protokolls geprüft wurde, konnte sich ein oder zwei Jahre später schon als Standard-Protokoll etabliert haben. Die der Chemotherapie eigene Variabilität von Dosisfindung, Wirkstoffzusammensetzung, Applikationsform und -dauer sowie die ständige Entdeckung neuer Stoffe machten aus der Chemotherapie in besonderer Weise eine Praxis der Hoffnung. Auch im Rahmen der etablierten Wirkstoffe wuchs die Zahl der Möglichkeiten, so dass die Erfolglosigkeit des einen Therapie-Protokolls in vielen Fällen nicht – wie zuvor bei Operation und Bestrahlung – das Ende der therapeutischen Mittel bedeutete.

Die Überzeugung, dass ein neuer Wirkstoff neue Chancen bringen konnte, teilten Ärzte und Patienten. Dementsprechend wurde die Teilnahme an einer klinischen Studie von vielen Patienten eher als Fortsetzung der bereits zuvor erprobten Praxis der Hoffnung gesehen. Der mittlerweile legalisierte „compassionate use“, die auf den Wunsch lebensbedrohlich erkrankter Patienten erfolgte Freigabe von noch nicht zugelassenen Medikamenten, verlängert diese Hoffnung ein Stück weiter in die eigene Zukunft. Diese Form der Hoffnung verspricht einigen wenigen Lebensverlängerung, vielleicht sogar Heilung. Für viele wird diese Möglichkeit der Hoffnung aber auch zur Last einer Entscheidung, die sie selbst irgendwann gegen diese Hoffnung treffen müssen, um dem ihnen verbliebenen Leben eine andere Gestalt zu geben als die von der Chemotherapie erzwungene.

Die Chemotherapie veränderte aber auch die Gestalt der Hoffnung, weil sie ihr stärker den Charakter eines Gefühls auf Abruf verlieh. Denn anders als Operation und Strahlentherapie war wirkliche Heilung durch Chemotherapie bis in die 1960er Jahre bei keiner Krebserkrankung möglich. Die damals verwendeten Zytostatika konnten zwar die Blutwerte eines Leukämiekranken deutlich verbessern oder die Größe mancher solider Tumoren verringern – dies war jedoch immer eine „Remission“ auf Zeit. Irgendwann würden die Tumoren unweigerlich wieder zu wachsen beginnen, die Zahl der Leukozyten steigen. Bis es in den späten 1960er Jahren gelang, erste leukämiekranken Kinder mit Chemotherapie zu heilen, konnte das einzige Ziel Lebenszeitgewinn lauten. Damit spitzte sich die Frage nach den Neben- und Nachwirkungen der Krebsbehandlung allerdings dramatisch zu: Waren aus Sicht der Patienten wenige Monate gewonnener Lebenszeit überhaupt etwas wert, wenn diese Monate von den gravierenden Nebenwirkungen der Therapie überschattet wurden? Das subjektive Befinden des Patienten, das angesichts der früheren Grundsatzfrage „vielleicht Leben“ oder „gewiss Sterben“ nur wenig gewogen hatte, gewann nun auch in den Augen der



Ärzte an Gewicht. Wenn die Therapie bis zum therapeutischen Maximum zu ertragen war, wenn die Remission überhaupt Bedeutung haben sollte, musste die gewonnene Zeit auch „Lebensqualität“ bieten, wie der Begriff lautete, der schließlich in den 1970er Jahren für dieses Problem erfunden und auch in anderen gesellschaftlichen Bereichen zum gesundheitspolitischen Leitwert wurde. Aus dieser Notwendigkeit heraus wuchs die Bereitschaft unter Ärzten, auch solche Methoden in den Therapieplan zu integrieren, die zuvor als alternativ gegolten hatten und belächelt worden waren. Psychoonkologische Betreuung, Gruppentherapie, Entspannungstechniken und Visualisierungsmethoden wurden nun in Broschüren und Ratgebern für Krebspatienten empfohlen und zum Teil von den Kliniken selbst angeboten.

Heute steigt die Zahl derjenigen, die sich selbst als Überlebende einer Krebserkrankung verstehen und von den Ärzten nach vielen Jahren der Symptomfreiheit als geheilt betrachtet werden. Aber auch heute leben viele Menschen, bei denen früher einmal eine Krebserkrankung diagnostiziert wurde, in einem Zustand der Remission, sei es, dass das Wachstum ihres Tumors für unbestimmte Zeit zum Stillstand gebracht worden ist, sei es, weil ihre Körper zwar keinerlei Symptome mehr zeigen, es aber doch in ihren oder den Augen ihrer Ärzte (noch) keine Gewissheit dafür geben kann, dass sie geheilt sind. In solchen Fällen, in denen die medizinische Klarheit und Sicherheit der Diagnose fehlt, kann Gesundheit zu einer Frage der eigenen Entscheidung und des eigenen Körpergefühls werden. In einem Anfang 2017 erschienenen Artikel der *Süddeutschen Zeitung* beschrieb eine junge Frau, die als Kind Leukämie hatte, dementsprechend ihren Körperzustand mit den Worten: „Ich bin gefühlt gesund.“<sup>2</sup>

### **6.5 Gefühlskonjunkturen?**

Gibt es Konjunkturen einzelner Gefühle? Kann man mit historisch-analytischem Blick feststellen, dass manche Emotionen verschwinden, während andere „entdeckt“ werden, dass eine bestimmte Emotion eine Zeit so sehr prägt und beherrscht, dass es legitim ist, etwa von einem „Zeitalter der Angst“ zu sprechen?

Die hier ausgebreitete Emotionsgeschichte der Krebskrankheit zeigt, wie schwierig und problematisch es ist, die Bedeutung einzelner Gefühle für eine bestimmte Epoche mit dem Begriff der Konjunktur zu fassen. Denn woran bemisst sich die Konjunktur eines Gefühls: daran, dass das jeweilige Gefühl in der öffentlichen Debatte

---

<sup>2</sup> Christiane Löll, Besser überleben, in: *Süddeutsche Zeitung* 47 (25./26.02.2017), S. 35.

besonders oft thematisiert würde und ihm dementsprechend Gewicht und Effekte zugeschrieben würden? Macht das aus Gefühlen, die in einer bestimmten Zeit nur selten öffentlich benannt werden, automatisch solche, die innerhalb der Ökonomie der Emotionen eine Baisse erleben? Können solche verschwiegenen Gefühle nicht aber unter Umständen in der Wahrnehmung der Menschen besonders präsent sein und Entscheidungen stärker beeinflussen, als manch öffentlich immer wieder beschworenes Gefühl – wie etwa die Auseinandersetzung mit dem Sprechtabu Krebs und den daran geknüpften Gefühlen gezeigt hat? Werden in manchen Fällen möglicherweise gerade solche Gefühle zur Erreichung von politischen – oder in diesem Fall eher gesundheitspolitischen – Zielen benutzt, die ausdrücklich gerade nicht erwähnt werden – wie etwa der Ekel in den Kampagnen der 1920er Jahre? Weiter verkompliziert wird die Frage nach den Gefühlskonjunkturen dadurch, dass die öffentlich feststellbaren Konjunkturen an wechselnde Vorstellungen darüber gebunden sind, wie die jeweiligen Gefühle „funktionieren“ und wie sie dementsprechend eingesetzt werden sollten, sprich: Wenn die Gestalter der Früherkennungskampagnen in den 1920er Jahren darüber diskutierten, wie sie das Gefühl der Angst für ihre Zwecke nutzbar machen konnten, meinten sie damit in gewisser Weise ein ganz anderes Gefühl als diejenigen, die in den 1950er und 1960er Jahren die Frage erörterten, warum es unangemessen oder gefährlich sein könne, an Gefühle der Angst zu appellieren.

So hat diese Krebsgeschichte gezeigt, dass nach Konjunkturen eines Gefühls verhältnismäßig unproblematisch nur auf der Ebene der öffentlichen Thematisierung gefragt werden kann, wenn auch auf dieser Ebene verschiedene Formen der Thematisierung miteinander konkurrierten. Die jeweils für eine Zeit spezifische *Bedeutung* eines Gefühls kann jedoch nur erfasst werden, wenn diese Thematisierungskonjunkturen zurückgebunden werden an die in diesem historischen Moment gültigen Definitionen und Funktionsmodelle dieses Gefühls sowie an die ausdrücklich nicht immer benannten, manchmal sogar bewusst verschwiegenen Resonanzräume des jeweiligen Gefühls. Genau diese Art von Zusammenschau soll nun im Blick auf die drei Gefühle erfolgen, die die Krebsgeschichte im 20. Jahrhundert in besonderer Weise geprägt haben: Angst, Hoffnung und Ekel.

### 6.5.1 *Angst*

In den um 1900 geführten Debatten über die ersten Früherkennungskampagnen war Angst bereits ein kontrovers diskutiertes Thema: Erzeugt das Wissen über die Gefährdungen des Körpers Angst? Und sollte man diese Angst sogar als Mittel einsetzen, um Menschen zu einem sorgsameren Umgang mit ihrem Körper zu bewegen? Einigkeit konnte in diesen Fragen nicht erzielt werden, aber es setzte sich doch schließlich eine bestimmte Ansicht bei den maßgeblichen Ärzten, Ausstellungskuratoren und Gesundheitspolitikern durch. Sie waren der Auffassung, dass die meisten gesunden Menschen nicht zu einem ängstlichen Umgang mit ihrem Körper neigen würden, dass überhaupt Angst in diesem Zusammenhang keine problematische Emotion sei. Denn wer psychisch gesund sei und eine normale Erziehung genossen habe, wisse mit Angst umzugehen. Ein angemessen gebildeter Charakter überwinde das momentane Empfinden von Angst dadurch, dass er (oder auch sie) den Impuls der Angst benutze, um eine mutige Handlungsentscheidung zu treffen. Angst – so die dominierende Ansicht – sei demnach ein starker, aber nur situativ wirkender Handlungsanreiz. In dieser Form nutzten die ersten Früherkennungskampagnen und Ausstellungen mit Bedacht visuelle und moralische Stimuli von Angst, für deren Überwindung sie zugleich das einfach zu befolgende Handlungsgebot der Früherkennungsuntersuchung empfahlen und deren Erfolg sie mit passenden Bildern und Geschichten der gelungenen Heilung „bewiesen“.

In einem anderen Zusammenhang stellte sich die starke situative Wirkung der Angst allerdings als problematisch heraus, so dass alle möglichen Anstrengungen unternommen wurden, um hier das Gefühl der Angst so weit wie möglich auszuschalten: Der in vielen zeitgenössischen Tierexperimenten demonstrierte starke physiologische Effekt von Angst galt als hinderlich, wenn es um eine Krebsoperation ging. Als Mittel gegen die Angst erschien nur die Täuschung empfehlenswert, da das mutige Handeln den Patienten im Fall einer Operation nur bedingt offenstand.

Auch im Blick auf die Krebsdiagnose und die Vorhersage des Sterbens wurde von den meisten Ärzten eine ähnliche Strategie der Angstvermeidung verfolgt, da sie dem Wissen über den nahe bevorstehenden Tod mehrheitlich keinen positiven Wert beimaßen, die durch dieses Wissen verursachte permanente Angst als nicht überwindbar und dementsprechend belastend für Körper und Psyche galt. Zusammenfassend lässt sich also feststellen, dass Angst um die Wende zum 20. Jahrhundert weder als rationales noch als irrationales Gefühl angesehen wurde. Angst erschien überwiegend

als evolutionär-physiologisch bestimmte Emotion, die dementsprechend einer spezifischen, biologisch vorgegebenen Logik der Überwindung durch Handlung folgte, deren Befolgung dem Menschen durch Erziehung und Charakterbildung erleichtert werden konnte.

Nach dem Ersten Weltkrieg wurden schließlich solche Meinungen lauter, die die Effekte der Angst auf den Körper für gravierender und langandauernder hielten und an der unkomplizierten Bewältigung von Angst durch charakterlich gefestigtes Handeln zu zweifeln begannen. In der psychoanalytischen Medizin rückte Angst in den Mittelpunkt der Diskussion um Körperneurosen, die manchen als „Angstkrankheiten“ per se erschienen – hervorgerufen durch nicht bewältigte Angstkonflikte, deren zunächst kurzzeitige physiologische Wirkung auf diese Weise chronisch geworden sei und dementsprechend funktionelle körperliche Störungen hervorgerufen habe, die am Ende auch unumkehrbare materielle Spuren am Körper hinterlassen konnten. Dass Früherkennungskampagnen also in der Bevölkerung Krebspsychosen verursachen könnten, erschien folglich nicht nur plausibler, sondern auch deutlich problematischer. Zwar benutzten auch die Ausstellungen und Kampagnen der 1920er Jahre noch Bilder und Geschichten der Angst, da sie auf diesen starken Handlungsstimulus nicht verzichten mochten und zudem stärker in Betracht zogen, dass gerade die körperlich spürbare Angst mit Gefühlen der Lust und Neugier gekoppelt sein konnte. Allerdings achteten die beteiligten Kuratoren und Ärzte nun stärker darauf, Angst maßvoll und nie ohne einen direkten Gegenspieler der Hoffnung einzusetzen.

Gegen Ende der 1920er Jahre sowie vollends im nationalsozialistischen Deutschland wurde Angst in gewisser Weise zu einem positiv besetzten Gefühl, während die vorher benannten problematischen Aspekte der Angst eindeutig der moralisch minderwertigen Feigheit zugeschrieben wurden. Der jetzt dominierenden, öffentlich thematisierten Gefühlslogik folgend konnte Angst nicht mehr nur durch Mut überwunden werden: Mut konnte überhaupt erst aus der offenen Konfrontation mit der eigenen Angst entstehen. Es ging hier also wie auch auf anderen Feldern der *Neuen Deutschen Heil- und Seelenkunde* um „Abhärtung“, emotionale Abhärtung gewissermaßen. Während der „feige“ Mensch die Angst vermied oder verdrängte, so dass sich der Angstkonflikt körperlich etwa in der Figur des „Kriegszitterers“ bemerkbar machte, begegnete der innerlich gefestigte, robuste „deutsche“ Mensch aufrecht seiner Angst und zog aus dieser Begegnung Stärke und Mut. Neben den Gedanken der Erziehung durch Eltern und andere Autoritäten trat damit die Idee der

Selbst-Erziehung als einer Frage des „richtigen“ Willens und der angemessenen inneren Haltung.

Diese Verschränkung von Innen und Außen wurde in den Vorstellungen über die Krankheit Krebs quasi verdoppelt: Denn Krebs blieb zwar wie zuvor eine Krankheit der Zellen und als solche im Innern des Körpers lokalisiert, zugleich aber wurden diese Krebszellen durch die immer öfter in Medizin und Politik verwandten Metaphern mit dem politischen oder „rassistischen“ äußeren Feind gleichgesetzt. Die Angst entwickelte sich damit zu einer Angst vor dem äußeren Feind im eigenen Innern, so dass das Innere zum Schauplatz eines Kampfes gegen den äußeren Feind wurde, der „Sieg“ durch die offene Auseinandersetzung demnach einem „gereinigten“ Selbst zum Durchbruch verhalf. Ambivalent und im Unbestimmten gelassen blieb dagegen, was die „Niederlage“, das Sterben an Krebs, nach dieser Logik bedeuten sollte. Aber auch dieser nun doppelt angstbesetzten Frage sollte niemand aus dem Weg gehen können, indem er oder sie über das Nahen des Todes getäuscht würde. Denn auch hier sollte die gleiche Logik von Angst, Mut und Feigheit gelten: Das angstvolle Wissen über den eigenen nahen Tod geriet so zur letzten Bewährungsprobe auf dem Weg zum Durchbruch des wahren Ich, das nichts für sich allein zählte, alles dagegen in der Gemeinschaft des „Wir“. Angst wurde also seit den späten 1920er Jahren und vor allem im Nationalsozialismus zunehmend von einer biologischen Emotion zu einem Gefühl der charakterlichen Bewährung in der Konfrontation mit Innen und Außen umgedeutet. Mut und Angst erschienen dementsprechend als logisch aufeinanderfolgende Gefühle, während Feigheit als eigentlicher Kontrahent der Angst erkannt wurde und sämtliche negative körperliche Effekte zugeschrieben bekam.

Während der Nachkriegszeit trennten sich zunächst die Wege der Angst in den beiden deutschen Staaten. In der DDR verlor Angst ihr positives öffentliches Gesicht. Optimismus wurde zur neuen offiziellen Staatsemotion. Angst und der mit ihr nun innig verbunden erscheinende Pessimismus galten als Gefühle, die der neuen sozialistischen Gegenwart ebenso wie dem handelnden Vertrauen auf eine gemeinsam zu gestaltende bessere Zukunft nicht angemessen waren. Dementsprechend verzichteten nun auch die überwiegend von Mitarbeitern des Dresdner *Hygiene-Museum* entworfenen Früherkennungskampagnen auf eine deutliche Indienstnahme von Angst. Stattdessen wurde auf eine positiv besetzte, von Kindheit an geübte Habitualisierung von Prophylaxe gesetzt, in deren Rahmen die Untersuchung mehr als Technik der Vorbeugung denn als Praxis der Früherkennung einer potentiell lebensbedrohlichen

Krankheit erschien. Die mögliche Angst vor einer solchen Untersuchung wurde ausdrücklich adressiert und als unnötig dargestellt, da weder die Therapie als belastend noch die Heilung als unwahrscheinlich vorgestellt wurden. Insofern knüpfte das *Hygiene-Museum* hier an ältere Umgangsweisen an. Allerdings lagen dem andere Vorstellungen darüber zugrunde, was Angst gefährlich mache: nicht so sehr nämlich die körperlichen Wirkungen der Angst, sondern vielmehr ihr machtkritischer Effekt, der die Grenzen der optimistischen Gegenwarts- und Zukunftsbeschreibung aufzeigte.

Auch in der frühen Bundesrepublik verlor die ausdrückliche Evokation von Angst in gesundheitspolitischen Kampagnen an Legitimität. Im Hintergrund dieser Entwicklung stand jedoch eher eine Form der Re-Dramatisierung von Angst, in deren Verlauf dieses Gefühl immer stärker als irrational erschien und von der psychologischen und psychiatrischen Forschung in die Nähe von Panik und psychischer Störung gerückt wurde. Angst konnte verheerende körperliche und seelische Effekte haben, wie mehrere Urteile des Bundesgerichtshofes sowie die daran anschließenden Diskussionen von Ärzten und Juristen deutlich machten. Aus diesem Grund sollten beängstigende Informationen über die Krebsdiagnose verschwiegen werden, galt in den Nachkurheimen das Verbot, über die eigene Erkrankung zu sprechen.

Das Empfinden von Angst konnte aber auch persönlichen und politischen Kontrollverlust zur Folge haben, wie die öffentlichen Debatten um die NS-Vergangenheit nahelegten. Insofern wurde Angst eine öffentlich mit größter Vorsicht zu nutzende Emotion. Die Früherkennungskampagnen denunzierten nun eher moralisierend die Angst derjenigen, die sich nicht untersuchen ließen, während die Untersuchungswilligen als Inbegriff des rationalen, einem Erwachsenen angemessenen Handelns gezeichnet wurden. Früherkennung wurde damit umgedeutet von einer Technik zur Angstabwehr hin zu einer Technik zur rationalen und kontrollierten Herstellung von Sicherheit. Dass die Angst dabei im verschatteten Hintergrund des Bildes ihren Platz fand, zeigt auch der Blick auf öffentliche Darstellungen der neuen Strahlentechnologie. Während hier der Aspekt der Kontrolle über die neuen Bestrahlungsgeräte betont wurde, funktionierte deren Inszenierung als machtvolle „Waffen“ im Kampf gegen Krebs nur, weil die gefürchtete Kehrseite der Vernichtung mehr oder weniger unausgesprochen mitgedacht wurde, damit aber auch die Vision der Kontrolle permanent zu destabilisieren drohte.

Im Laufe der 1960er Jahre wurden zunächst in der Bundesrepublik die „verdrängen“ und „unbewussten“ Gefühle zum wichtigen Thema in der psychologisch-

medizinischen Fachdiskussion ebenso wie in gesellschaftlichen Auseinandersetzungen größerer Reichweite. Angestoßen von überwiegend amerikanischen und britischen Debatten begannen psychoanalytisch orientierte Ärzte und Psychologen, Soziologen und auch Theologen die Effekte verdrängter Gefühle, insbesondere der Angst, auf den Körper und auf therapeutische Entscheidungen und Beziehungen zu erforschen. Damit wurde der Blick, der vorher fast ausschließlich der möglichen Gefühlswelt der Patienten gegolten hatte, erweitert. Nun galt die Aufmerksamkeit auch den uneingestanden Gefühlen des medizinischen Personals und damit der zuvor von der fachinternen und öffentlichen Debatte übersehenen Beziehungs- und Machtlogik der Gefühle, der Frage also, welche Gefühle Ärzte bewogen, ihre Patienten vor Angst schützen zu wollen, und welche Effekte diese Entscheidung gegen die Angst auf die Dynamik dieser Beziehung hatte. Dass die Todesangst der Ärzte dabei im Spiel war, dass dieses nicht-reflektierte Gefühl vom Patienten gespürt und bei diesem eine sprachlose Angst auslösen könne, dass die Angst der Ärzte ihre therapeutischen Entscheidungen ebenso wie ihre Begegnungen mit sterbenden Patienten unkontrolliert beeinflusse – diese Erkenntnisse der soziologischen, psychiatrischen und psychoanalytischen Forschung veränderten die Vorstellungen von und Umgangsweisen mit Angst grundlegend. Zugleich wurde Angst im alternativen Milieu der 1970er Jahre politisiert, verstanden als humanes und „authentisches“ Gefühl, das von der Sensibilität des Subjekts für verborgene und „schöngefärbte“ Gefahren zeugte.

Angst musste also aus therapeutischen und gesellschaftlichen Gründen zur Sprache kommen. Anders aber als im Modell der offenen Konfrontation und Leidenskrise, das während des Nationalsozialismus Geltung hatte, konnte dieser psychoanalytisch gewendeten Angst nicht allein und auch nicht durch handelnde Aktion begegnet werden. Angst musste ins Medium der Sprache übersetzt und kommuniziert werden, bevor eine Überwindung dieses Gefühls überhaupt möglich werden konnte. Dabei blieb der Wunsch nach Überwindung immer ambivalent, war doch die Artikulation der Angst ein Akt der Selbstfindung und politischen Machtkritik. Daraus folgte, dass Angst niemals für immer bezwungen werden konnte, sondern ständig neu durch „Gefühlsarbeit“ im therapeutischen Gespräch überwunden werden musste. Ein Gefühl, das so viel therapeutischen Aufwand erforderte, eignete sich wenig, um in gesundheitspolitischen Kampagnen eingesetzt zu werden. Dementsprechend versuchten die seit 1971 von den Krankenkassen und von der *Bundeszentrale für gesundheitliche*

*Aufklärung* entworfenen Kampagnen, die Früherkennung zu einer Technik umzudeuten, die den Konnex von Angst und Sicherheit verließ und in den Horizont des Glücks überwechselte, während die neuen Ratgeber für Krebspatienten nun Ängste ausdrücklich adressierten und deren therapeutische Bewältigung in Aussicht stellten.

Einzig die Kampagnen zur Rauchprävention benutzten noch in den 1970er Jahren Bilder der Angst – und das in Ost- wie in Westdeutschland. In diesem Bereich, in dem es um langfristige Lebensstiländerungen ging, schien die „starke“ Emotion Angst noch unverzichtbar. Doch psychologische Studien und Meinungsumfragen stellten die langfristige Wirkung von Angst zunehmend in Frage, so dass auch in diesem Bereich seit den 1980er Jahren beängstigende Bilder von Raucherbeinen und verteernten Lungen langsam dem Versuch wichen, dem Nicht-Rauchen ein positives Image zu verleihen – bis vor wenigen Jahren die Schock-Bilder und -Botschaften der Angst ihren Weg zurück auf die Zigarettenschachteln fanden.

Angst hatte also im 20. Jahrhundert immer Konjunktur als ein Gefühl, dem große Bedeutung insbesondere im Umgang mit Krankheiten zugemessen wurde. Doch unterhalb dieser anhaltenden Hochkonjunktur lassen sich verschiedene Ebenen der öffentlichen Thematisierung von Angst identifizieren, die sich nur schwer in die großen Thesen der Verinnerlichung von Angst oder der Multiplikation diffuser Ängste einordnen lassen. Eher noch lassen sich Entwicklungen ausmachen, die den Wandel der Konzepte und Umgangsweisen mit Angst beschreiben und zumeist in enger Beziehung zu wissenschaftlichen Diskussionen über Angst stehen.

### **6.5.2 Hoffnung**

Dem Gefühl der Hoffnung scheint eine ähnliche Temporalität eingeschrieben zu sein wie der Angst. Hoffnung richtet sich auf die Erwartung des Zukünftigen, das allerdings im Unterschied zu dem Befürchteten herbeigesehnt wird. Insofern umspannt die Hoffnung ebenso wie die Angst einen gedachten Raum der Zukunft, über die nichts sicher gewusst und die darum mit Vorstellungen und Wünschen gefüllt und eventuell durch eigene Handlungen herbeizuführen versucht wird. Trotz dieser strukturellen Ähnlichkeiten wurde Hoffnung bisher kaum in der Emotionsgeschichte thematisiert, so als sei die Hoffnung eine Form der passiven Erwartungshaltung, die wenig Auswirkungen auf Entscheidungen und Handlungen habe und sich weniger auf konkrete Objekte denn auf politische oder religiöse Visionen richte, mithin also eher Thema für



die Ideen- denn für die Emotionsgeschichte sein könne. Tatsächlich hat die Hoffnung in der Krebsgeschichte des 20. Jahrhundert jedoch eine wesentliche und der Angst durchaus vergleichbare Rolle gespielt, wenn sich auch Hoffnungs begriffe langsamer änderten und die Verbindung zu medizinischen und biologischen Konzepten deutlich geringer war.

Um die Wende zum 20. Jahrhundert waren zwei Lesarten der Hoffnung im Umgang mit der Krebskrankheit von Bedeutung. An die erste Form der konkreten Hoffnung auf Heilung wollten die gerade erst neu entworfenen Früherkennungskampagnen appellieren. Diese Hoffnung wurde von den hinter den Kampagnen stehenden Ärzten eng an eine einzige Handlungsoption geknüpft. Sie konnte nur „verdient“ werden, indem die Menschen zum Arzt gingen, sobald sie irgendein verdächtiges Symptom an ihrem Körper entdeckten. Da diese Heilungshoffnung aber ganz und gar neu war und nach wie vor selbst von vielen Ärzten bezweifelt wurde, meinten die Kampagnengestalter, dass sie keinerlei Einschränkungen oder Relativierungen duldet. So wurde jeder Hinweis auf die statistische Unwahrscheinlichkeit dieser Hoffnung in dem neu kreierte Motto der Früherkennung „Rechtzeitig erkannt, heilbar!“ verschwiegen. Um diese Hoffnung also groß erscheinen zu lassen, nahmen die für die Früherkennungskampagnen zuständigen Ärzte in Kauf, dass Patienten, die an ihrer Krebskrankheit sterben würden, möglicherweise glaubten, dass sie selbst dafür verantwortlich seien, weil sie zu spät den Arzt aufgesucht hätten.

Genau an dieser Stelle setzte die zweite Variante der Hoffnung an, auch hier ging es um Heilung oder zumindest Überleben. Die Mehrheit der Ärzte war zu diesem Zeitpunkt überzeugt davon, dass diese Hoffnung lebensnotwendig sei. Diese Vorstellung bezog sich keineswegs nur darauf, dass Menschen psychisch auf Hoffnung angewiesen seien, dass ein Leben ohne eine solche Hoffnung unerträglich sei. Diese Hoffnung hatte aus Sicht der Ärzte auch Auswirkungen auf den Körper. Diese Effekte wurden allerdings nicht biologisch-physiologisch verstanden – nicht umsonst spielte Hoffnung im Gegensatz zur Angst keine Rolle in den Laboren und Tierexperimenten der zeitgenössischen Physiologen, schien sie keine evolutionshistorische Rolle gespielt zu haben. Hoffnung wurde hier eher in Fortführung älterer vitalistischer Traditionen als innere Lebenskraft verstanden, als Grundbedingung eines Lebenswillens, ohne den auch der Körper aufgeben würde. Um diese Hoffnung nicht zu zerstören, erschien es den meisten Ärzten geboten, Patienten über eine Krebsdiagnose zu täuschen, da Krebs den beginnenden Früherkennungskampagnen zum Trotz in der Bevölkerung

überwiegend als unheilbare Krankheit angesehen wurde. Die so mühsam geschaffene Früherkennungshoffnung galt demnach auch den Ärzten im konkreten Fall der Krankheit nicht als belastbar – dieser Widerspruch zwischen beiden Formen der Hoffnung erzeugte eine paradoxe Spannung zwischen einem öffentlichen Reden über Krebs einerseits und einem privaten Schweigen oder Vertuschen andererseits.

Doch der Glaube an die Unverzichtbarkeit der Lebenshoffnung hatte noch einen anderen Effekt auf den Umgang mit Krebskranken: Es gab kein emotionales Konzept, wie mit solchen Patienten umgegangen werden sollte, die sterben würden und bei denen Täuschung immer schwieriger wurde. Da zudem die Hoffnungslosigkeit unter allen Umständen von den noch hoffenden Krebspatienten ferngehalten werden sollte, erregten die nicht mehr heilbaren Krebskranken Anstoß. Darum sollten die Sterbenden im Namen der Hoffnung vor den Augen der Anderen verborgen werden – durch Bettschirme in den Krankensälen oder in Hospitälern und Spezialinstituten wie den *Krebsbaracken*.

Der Ausschluss der Sterbenden als Schattenseite einer nicht relativierbaren Hoffnung setzte sich bis weit in die 1950er Jahre hinein fort. Im Verlauf des Ersten Weltkriegs mehrten sich jedoch die Stimmen, die dafür eintraten, die Hoffnung auf ein neues Objekt zu richten oder zumindest das Objekt der Hoffnung zu erweitern. Wie etwa der Psychiater und Medizinethiker Albert Moll argumentierte, sollte die Hoffnung nicht mehr primär auf das Überleben des eigenen Körpers gerichtet werden, sondern auf das über den eigenen Tod hinausreichende Überleben in etwas Größerem, möglicherweise im Sinne einer religiösen Transzendenz, aber auch im Blick auf die Gemeinschaft des Volkes. Mit dieser Konzeption, die während des Nationalsozialismus von einigen Ärzten und Psychologen radikalisiert wurde, erschien die Täuschung im Dienste der Hoffnung zwar überflüssig, zugleich wurde jedoch das individuelle Überleben entwertet. Aufgehoben in der völkischen oder rassischen Hoffnung hatte sich der „Unheilbare“ oder Sterbende mit der hoffnungslosen Verlorenheit seiner individuellen Existenz abzufinden und sollte bereit sein, dafür auf die eigene Lebenshoffnung zu verzichten. Für die an Krebs sterbenden Menschen bedeutete diese Umwertung, dass Institutionen, die sich zuvor um sie gekümmert hatten, unter Druck gerieten, dass Pflege und Versorgung in vielen Fällen eingeschränkt und im Verlauf des Krieges manchmal vermutlich ganz eingestellt wurden.

In der Nachkriegszeit setzte unter einigen Ärzten und Theologen in der Bundesrepublik ebenso wie in der DDR eine neue Diskussion über Hoffnung im Kontext

tödlicher Krankheiten ein, die erstmals grundlegend zwischen zwei verschiedenen Ebenen von Hoffnung unterschied und diese zudem in eine zeitliche Abfolge einreichte. Geschieden wurde zwischen einer auf das Überleben gerichteten Hoffnung, die eng an den Körper und dessen Kräfte gebunden erschien, und einer transzendenten, aber nicht notwendigerweise religiösen Hoffnung, die erst durch das Verlöschen der ersten Hoffnung „befreit“ werden konnte. Ob diese „Befreiung“ zur transzendenten Hoffnung Ergebnis eines Prozesses war, bei dem die ans Leben gebundene Hoffnung fast automatisch gemeinsam mit den schwindenden Körperkräften vergehen würde, oder ob die Lebenshoffnung als Illusion vorsichtig entlarvt werden müsse, um den Weg für den Durchbruch der großen Hoffnung zu bereiten, blieb unter Ärzten und Theologen allerdings umstritten. In beiden Variationen tauchte nun aber der Gedanke auf, dass Hoffnung nicht in jeder Form zu jeder Zeit gut und richtig sei, dass die Überlebenshoffnung nicht bis zum Ende um den Preis der Täuschung genährt werden müsse.

In der Bundesrepublik wurde genau dieser das authentische Selbst auf seinem Weg zu sich blockierende Illusionscharakter der Hoffnung aus psychoanalytischer Sicht zunehmend in Frage gestellt und diese Täuschung in einen mehrstufigen Prozess der Auseinandersetzung mit dem eigenen Sterben eingeordnet. In der DDR ging die Infragestellung dieser Hoffnung dagegen vom klinischen Alltag der Krebsbehandlung aus, der in seiner immer größeren Komplexität die Aufrechterhaltung der Täuschung zu einem heiklen, letztlich fast unmöglichen Unterfangen mache. In beiden Fällen stellte sich nun allerdings die Frage, was an die Stelle der Hoffnung treten sollte, die ohne die Täuschung in sich zusammenbrechen würde. Konnten Menschen ganz ohne diesseitige Hoffnung leben, so dass die Ärzte die Hoffnung in die Hände der Krankenhausseelsorger abgeben konnten? Insbesondere die Psychoonkologie, die in den 1970er Jahren in der Bundesrepublik ankam, deren Erkenntnisse aber durchaus auch von Ärzten und Psychologen in der DDR wahrgenommen wurden, bot eine andere Antwort: Die Mehrheit der Menschen sei, so lange sie lebten, auf Hoffnung angewiesen. Aber diese Hoffnung konnte sich auf Kleines und Naheliegendes richten: darauf, noch einmal an die See fahren zu können, den Beginn des Frühlings noch einmal zu erleben, keine unerträglichen Schmerzen erleiden zu müssen, am nächsten Tag noch einmal die Familie sehen zu können. Indem die große Hoffnung auf das Überleben in viele kleine Hoffnungen zerlegt würde, indem die Hoffnung von der fernen Zukunft auf das immer näherliegende Morgen gerichtet wurde, bis sie fast die Gegenwart berührte,

sollte Hoffnung bis zuletzt möglich bleiben. So konnte fast in Vergessenheit geraten, dass die „große“ Hoffnung verschwand und der eigene Zeithorizont immer kürzer wurde. Insofern könnte man in dieser Form des Hoffnungsmanagements eine Form der „Zerlegung“ des Nicht-Erreichbaren in viele kleine, realisierbare Hoffnungsfacetten erkennen, die das Sterben fast unsichtbar machen würden, so wie es der Soziologe Zygmunt Bauman im Hinblick auf die Angst vor der Sterblichkeit mit den Worten konstatierte:

„The big carcass of mortality has been sliced from head to tail into thin rashers of fearful, yet curable (or potentially curable) afflictions; they can be now fit neatly into every nook and cranny of life. [...] Fighting death is meaningless. But fighting the *causes* of dying turns into the meaning of life.”<sup>3</sup>

In dieses Konzept der kleinen Hoffnungen des Augenblicks passte sich die Chemotherapie als Praxis der auf lange Sicht immer wieder neu geschöpften Hoffnung auf den Gewinn von Lebenszeit ein. Seit den 1990er Jahren ist zudem die illusionäre Hoffnung erneut aufgewertet worden. In der positiven Psychologie ebenso wie etwa in den therapeutisch genutzten Visualisierungstechniken bekommen Hoffnungsbilder, die nun allerdings von der Person selbst bewusst „hergestellt“ werden, abermals Gewicht. Beiden Konzepten zugrunde liegt die Annahme, dass hoffnungsvolle Gedanken und innere Bilder der Heilung den Körper tatsächlich beeinflussen, insbesondere auf das Immunsystem wirken könnten. Hoffnung – so lässt sich also konstatieren – erscheint in diesem Kontext zu Beginn des 21. Jahrhunderts immer mehr als ein konkretes, fast auf das Gegenwärtige bezogene Gefühl, das Ergebnis einer Entscheidung und bewusst unternommenen Anstrengung der hoffenden Person selbst ist.

### 6.5.3 *Ekel*

Im Unterschied zur Angst und zur Hoffnung folgt das Reden über Ekel in der Krebsgeschichte des 20. Jahrhunderts einem deutlich erkennbaren konjunkturellen Verlauf: Ekel war ein Gefühl der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts, das verhältnismäßig abrupt in den 1950er Jahren in den Hintergrund trat. Dies hatte einerseits therapiehistorische Ursachen. Denn Gefühle des Ekels wurden überwiegend als Reaktion auf den übelriechenden Geruch geschildert, der von zerfallenden, mit Bakterien besiedelten Tumoren ausging. Besonders häufig wurde dieser Geruch mit fortgeschrittenen Formen

---

<sup>3</sup> Zygmunt Bauman, *Mortality, Immortality and Other Life Strategies*, Cambridge 1992, S. 140.

des verhältnismäßig oft auftretenden Gebärmutterhalskrebses assoziiert. Durch die Bestrahlung mit radioaktiven Substanzen konnten die Ursachen der Geruchsentstehung insbesondere bei dieser Erkrankung fast immer beseitigt werden, so dass schon in den 1950er Jahren das Problem des mit medizinischen oder pflegerischen Mitteln nicht zu beseitigenden, schwer erträglichen Geruchs nur noch selten auftrat. Doch ist dies nicht der einzige Grund dafür, dass über Ekel danach kaum noch öffentlich gesprochen wurde.

Denn vor 1945 galten spezifische Sagbarkeitsregeln, die danach keine allgemeine Gültigkeit mehr beanspruchen konnten. Der Blick auf Gesundheitsausstellungen und Früherkennungskampagnen zeigt, dass auch vorher das öffentliche Sprechen über Ekelgefühle heikel war. Es konnten zwar Bilder gezeigt werden, die sich aus damaliger Sicht im Grenzbereich des Ekelhaften bewegten, um einen starken körperlichen Effekt zu erreichen. Aber diese Evokationen des Ekels wurden bereits damals kritisiert und mussten dementsprechend vorsichtig eingesetzt und durch andere Gefühle wie die Hoffnung ausbalanciert werden. Die öffentliche Beschreibung des Ekelhaften erschien jedoch weiten Teilen der Öffentlichkeit skandalös, wie etwa Gottfried Benns Morgue-Gedichte zeigten. Konkrete Gefühle des Ekels konnten allerdings in halb-öffentlichen Räumen durchaus geäußert werden. So scheuten sich weder Ärzte noch Patienten oder Verwaltungsbeamte in Beschwerdebriefen, Behördenkommunikationen oder Fachveröffentlichungen über Ekelgefühle angesichts von Patienten mit fortgeschrittenen Tumoren zu berichten. Dieser Ekel, der sich an Geruch, Absonderungen und Anblick der Tumoren festmachte, galt als legitimes Empfinden, so wie auch Charles Darwin und später der Philosoph Aurel Kolnai Ekel als unwillkürliche Reaktion auf alles Organische beschrieben hatten, das mit Fäulnis, Verwesung, Ausscheidung oder beschmutzter Nahrung zu tun hatte.

Ekel wurde dementsprechend eine lebensnotwendige biologische Warnfunktion zugeschrieben, die weder überwunden werden konnte noch sollte. Dieses Ekelkonzept wurde umstandslos auf das Empfinden gegenüber Menschen mit fortgeschrittenen Krebserkrankungen übertragen, weil es durch andere Faktoren bestätigt wurde. Die anstößige Hoffnungslosigkeit dieser Kranken ließ sie emotional und moralisch suspekt erscheinen, ihre „Unheilbarkeit“ machte sie im Kontext eugenischer und rassebiologischer Tendenzen zu „minderwertigen“ Personen. Aus der Perspektive anderer Patienten trat noch die zwar wissenschaftlich als überholt geltende, dennoch weit verbreitete Furcht hinzu, sich bei den Krebskranken anstecken zu können. Diese

Faktoren legitimierten nicht nur das Empfinden von Ekel, sondern gaben ihm eine bestimmte Handlungsrichtung: Das Ekelhafte sollte vermieden und entfernt werden. Und so forderten zahlreiche Ärzte, Patienten und Krankenschwestern, die an fortgeschrittenen Tumoren leidenden Krebskranken aus den normalen klinischen Stationen zu entlassen, sie in für die Pflege unzureichend qualifizierten Hospitälern oder in den wenigen Spezialinstituten unterzubringen. Gefühle von Ekel sowie von moralischer und/oder „rassischer“ Inferiorität beglaubigten sich in diesem Kontext gegenseitig, so dass nur wenige dem Ausschluss der unheilbar Krebskranken entgegentraten und nach Mitteln suchten, den Ekel zu bändigen oder zu überwinden.

Diese Verknüpfung von Ausschluss, Moral, Eugenik und Ekel verlor nach 1945 ihre öffentliche Legitimität und dementsprechend lassen sich nur noch selten deutliche Schilderungen des Ekels und noch weniger klare Forderungen nach der Entfernung der „Ekelhaften“ finden. Ekelgefühle wurden stumm, aber sie existierten weiterhin. Denn es gab immer noch Tumoren, die an die Hautoberfläche durchbrachen und manchmal einen schwer erträglichen Geruch absonderten – wenn dies auch deutlich seltener auftrat. Doch wie Ärzte, Krankenschwestern und Seelsorger damit umgingen, wurde nun eher zum Stoff von persönlichen Gesprächen, in denen konkrete Ratschläge weitergegeben wurden, wie der Geruch überdeckt oder neutralisiert werden könnte. Ekelgefühle sind in den schriftlich hinterlassenen Dokumenten zur Krebsbehandlung nach 1945 nur noch selten zu fassen. In Zeitzeugengesprächen lassen sich dagegen einige Spuren dieses Gefühls wiederfinden, die deutlich machen, dass Ekelgefühle in der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts möglicherweise stärker die angenommenen Schamgefühle desjenigen mit-reflektierten, dessen Tumor den als ekelhaft empfundenen Geruch absonderte. In der heutigen palliativmedizinischen Ausbildung und Praxis kommen beide Seiten des Ekelgefühls zur Sprache. An oberster Stelle steht dort das Ziel, dass Ekel nicht zum Ausschluss führen und Nähe verhindern darf, selbst wenn manchmal ein Tier diese Nähe besser herstellen zu können scheint als das Wesen Mensch.<sup>4</sup>

---

<sup>4</sup> Vgl. etwa die Ausführungen des Palliativmediziners Sven Gottschling, der in einem Interview mit der Zeitschrift *chrismon* betonte: „Ich erwarte von allen meinen Mitarbeitern, dass sie auch zu diesen Menschen gehen. Das ist das Mindeste, dass wir auch das Unaushaltbare mittragen. [...] Da arbeiten wir gerne mit unseren Therapiebegleithunden. Die gehen schwanzwedelnd auf die Patienten zu und freuen sich über den Kontakt. Eine super Erfahrung für solche Schwerstverstümmelten: Da betritt ein Wesen den Raum, das sich nicht vor mir fürchtet oder ekelt.“ Christine Holch, Worauf es in der Palliativmedizin ankommt. Die Schrecken am Ende des Lebens. Interview mit Sven Gottschling, in: *Chrismon* 3 (2017), S. 12-18, hier S. 16.

### **6.6 *Wie funktioniert das Gefühl? Prozesse der Verwissenschaftlichung, Rationalisierung und Therapeutisierung des Emotionalen im 20. Jahrhundert***

Die hier skizzierte Krebsgeschichte hat drei Ebenen der Auseinandersetzung mit dem Emotionalen betrachtet: erstens die Genese wissenschaftlicher, vor allem medizinischer und psychologischer, Konzeptionen des Emotionalen, zweitens den Wandel unterschiedlicher Wissensbestände über Emotionen und Krebs und drittens die Rolle von Emotionen in klinischen, präventiven, pflegerischen und privaten Praktiken im Umgang mit der Krebskrankheit sowie in der Begegnung mit an Krebs erkrankten Menschen. Aus dieser Zusammenschau ergeben sich weitreichende Erkenntnisse über Prozesse der Rationalisierung, Verwissenschaftlichung und Therapeutisierung des Emotionalen – Prozesse, deren Rolle und Gestalt für eine Emotionsgeschichte des 20. Jahrhunderts in den vergangenen Jahren im Zentrum vieler Debatten stand.

Die „lange Jahrhundertwende“ von etwa 1890 bis in die 1930er Jahre erscheint dabei im Blick der Forschungsliteratur als erste Phase der Verwissenschaftlichung des Emotionalen, in der Gefühle als physiologisches Phänomen beschrieben und in Gestalt eines „hydraulischen Modells“ von Kontrolle, Zurückhaltung und potentieller Entladung gefasst wurden. Die hier im Zentrum stehende Emotionsgeschichte der Krebskrankheit enthüllt eine etwas andere, weniger eindeutige Form der Verwissenschaftlichung und Rationalisierung. Sie zeigt, dass an der Wende zum 20. Jahrhundert zwei unterschiedliche Gefühlsbegriffe nebeneinander standen, ohne jedoch zueinander in Konkurrenz zu treten. Je nach Situation und Kontext handelte es sich dabei entweder um einen wissenschaftlichen oder einen handlungsorientierten moralphilosophischen Begriff des Gefühls. Als wissenschaftliches Konzept dominierte eindeutig das physiologische Verständnis des Gefühls als nicht- intentionale und kognitiv nicht zu beeinflussende initiale Körperfunktion. Diese Auffassung kam dort zum Tragen, wo es um unmittelbare körperliche Gefühlsreaktionen ging, also etwa in den medizinischen Diskussionen um die Operationsvorbereitung, bei der das physiologische Gefühl der Angst durch Nicht-Information des Patienten tunlichst vermieden werden sollte.

Wenn die Debatten allerdings um die Rolle von Emotionen als Handlungsanreiz im Rahmen von Entscheidungsprozessen kreisten, spielte die physiologische Definition nur eine untergeordnete Rolle als erster Stimulus, der Aufmerksamkeit wecken und Dringlichkeit signalisieren konnte. Danach aber übernahm der in der Kindheit erzogene Charakter die rationale Steuerung, indem er den für die jeweilige Emotion als angemessen geltenden Handlungsregeln folgte: So wurde aus Angst handelnder Mut.

Dieser Prozess erschien jedoch weniger als Kontrolle und energetischer Druckstau im Sinne des oft zitierten „hydraulischen Modells“ als vielmehr als eine Form der energetischen Umwandlung mit Hilfe der anerzogenen emotionalen Handlungsmuster.

Diese gesellschaftlich erwartete Form der handelnden Gefühlssteuerung bedeutete, dass weder dem Reden über noch dem Zeigen von starken Gefühlen eine positive Bedeutung zugemessen wurde. Insofern entsprach der auf diese Weise erzeugte und erwünschte äußere Eindruck der Person tatsächlich eher einem der Abwesenheit von Emotion, der „Kälte“. Allerdings zeigt etwa die ärztliche Auseinandersetzung über die Hoffnung, dass dieses Ideal der äußeren, emotional nicht „lesbaren“ Erscheinung nicht mit einem Ideal der Emotionslosigkeit gleichzusetzen wäre, sondern eher die souveräne Beherrschung des Emotionalen zum Inbegriff des gebildeten Charakters erkoren hatte – ein Ideal, das mit anderen zeitgleich entwickelten gesellschaftlichen Vorstellungen rationaler Steuerbarkeit korrelierte.

Seit den 1920er Jahren lassen sich erste Anzeichen eines Wandlungsprozesses ausmachen. Die psychoanalytische Auseinandersetzung mit Gefühlen gewann an wissenschaftlicher, klinischer und gesellschaftlicher Sichtbarkeit. Angst, changierend zwischen den Polen Trieb und Gefühl, wurde hier zu einer paradigmatischen Emotion, an die erstmals die Kategorien pathologisch und normal angelegt wurden. In diesem Zusammenhang trat das „hydraulische Modell“ der Emotionen nun deutlicher als pathologische Ergänzung des handlungsorientierten Gefühlsmodells in Erscheinung. Es postulierte hier die Konversion solcher emotionaler Energien, die nicht durch Handlung umgewandelt werden konnten, von der psychischen in die körperliche Ebene. Zugleich wurde das Gefühl an den Rändern der akademischen Medizin, insbesondere in der *Neuen Deutschen Heilkunde*, als wissenschaftliches Objekt entdeckt, so dass auf dem Feld der medizinisch-psychologisch-biologischen Wissenschaften eindeutig von einer zunehmenden Verwissenschaftlichung des Emotionalen zu sprechen ist. Allerdings sparte die „Körpermedizin“ in ihrem Kernbereich Emotionen aus, weil sie den Emotionen keine Wirkung auf materielle körperliche Pathologien zutraute und sie auf den Bereich des Funktionellen, somit also auf die Neurologie, Psychiatrie und Psychologie begrenzte.

In den späten 1920er Jahren sowie im Nationalsozialismus gewann die Psychologie und Psychoanalyse in Gestalt der *Neuen Deutschen Seelenheilkunde* zunehmendes Gewicht als gesellschaftliche Leitwissenschaft des Emotionalen. Mit der Umdefinition der Psyche zur Seele wurde das rationale und moralische Moment der



emotionalen Steuerung ausgeweitet: Hier ging es nicht mehr nur um das Ergebnis der anezogenen Umwandlung von Emotionen in andere, erwünschte Emotionen durch angemessene Handlungen, sondern der Umwandlungsprozess selbst stand nun im Mittelpunkt. In dessen Ablauf sollte die Emotion zugelassen und dann durch den Willen und die bewusst eingenommene innere Haltung überwunden werden. Dieses Vorgehen erschien als ein zentrales Medium der Subjektivierung, durch den das nationalsozialistische Selbst sich immer wieder neu bewähren und „herstellen“ musste. Dieses Ideal ist nur unzureichend als Form der emotionalen Sachlichkeit beschrieben und sollte zutreffender als Stil der heroisch-sachlichen Emotionalität gefasst werden.

Das Jahr 1945 war eine emotionshistorische Zäsur, aber kein Bruch. Denn einerseits wurden Gefühle nun erstmals eindeutig als Gegensatz zum Rationalen verortet und insofern frühere Tendenzen der Rationalisierung des Gefühls vorübergehend aufgehoben. Angst etwa erschien nun der Panik nahe verwandt, so dass eine rationale Überwindung von Angst durch Handeln und Entscheiden fraglich wurde. Andererseits rückten Gefühle nun sehr nah an pathologische Störungen, so dass der Grat zwischen dem Normalen und dem Pathologischen gefährlich schmal wurde. Das war zwar in dieser Form in Deutschland neu und stellte wie die Irrationalisierung des Gefühls eine Reaktion auf bestimmte Lesarten der nationalsozialistischen Vergangenheit dar, die Gefühle als Mittel der „Verführung“ der Massen identifizierten. Doch setzte diese Pathologisierung des Gefühls auch frühere Tendenzen fort, die zum einen auf Entwicklungen der amerikanischen Psychoanalyse und Psychosomatik in den späten 1930er Jahren zurückgingen, zum anderen aber bis in die Weimarer Republik zurückreichten.

Aus dieser Neubestimmung des Emotionalen folgten zwei gegenläufige Trends auf dem Feld der Wissenschaften. Solche Wissenschaften, die wie die Psychiatrie, die klinische Psychologie, die Medizin oder die Rechtswissenschaften ausdrücklich Krankheiten oder Krankhaftes behandelten, erforschten nun intensiver als zuvor die Pathologien des Emotionalen. Andere Wissenschaften wie die Ökonomie, die Soziologie und die Politologie, die eher nach gesellschaftlichen Strukturen und Ordnungsmodellen suchten, zogen sich weitgehend aus der Emotionsforschung zurück und definierten Gefühle so weit wie möglich aus den von ihnen entworfenen Modellen heraus. Dementsprechend erschienen Emotionen im öffentlichen Raum als problematisch und wurden vor allem in den 1950er Jahren nur äußerst vorsichtig und versehen mit rationalen „Gegengewichten“ wie etwa dem ausdrücklichen Versprechen

von Sicherheit und Kontrolle im Rahmen von gesundheitspolitischen Kampagnen genutzt.

Einen deutlichen Verwissenschaftlichungs- und Rationalisierungsschub erfuhren die Emotionen seit Beginn der 1960er Jahren. Wegbereiter dafür waren die Psycho-Wissenschaften, die die psychischen Wirkungsweisen des Gefühls nun zum Gegenstand neuer Testmethoden machten und damit auch diese Dimension des Emotionalen als wissenschaftliche Kategorie etablierten. Diese Tatsache erklärt auch, warum dieser Wandel früher und deutlich umfassender in der Bundesrepublik einsetzte, während er in der DDR erst gegen Ende der 1960er Jahre begann und eine deutlich geringere gesellschaftliche Reichweite besaß.

Die Psycho-Wissenschaften trieben in ihren Modellen eine ambivalente Ent-/Pathologisierung der Emotionen voran. Nicht mehr die Emotionen als solche erschienen gefährlich und potentiell krankheitsverursachend, sondern der „falsche“ Umgang mit dem Emotionalen. Es ging also nunmehr um die fehlgeleiteten innerpsychischen Verarbeitungsstrategien des Emotionalen. Mit dieser Schwerpunktverlagerung wurde zugleich die Grenze zwischen dem Normalen und dem Pathologischen immer unschärfer. Damit gerieten auch die vorher lange gültigen emotionalen Topographien in Bewegung: Es waren nun nicht mehr Angst, Wut oder Zorn, die als potentiell problematisch angesehen wurden. Als gravierendste Pathologie wurde jetzt die aus der Verdrängung konflikthafter Emotionen resultierende Unfähigkeit, eigene Gefühle wahrzunehmen und adäquat auszudrücken, ausgemacht.

Diese Verschiebung barg, wie sich schnell zeigte, politische Sprengkraft, weil sie im Umkehrschluss ein emotionales Alternativmodell etablieren half: das des emotional authentischen und konfliktbereiten Menschen. Dieses Modell wurde im Verlauf der 1960er Jahre im linksalternativen Milieu aufgegriffen und verbreitete sich von dort in die Gesellschaft, so dass in den 1970er und 1980er Jahren der psychowissenschaftliche Begriff des Emotionalen eine vorher ungekannte gesellschaftliche Prägestärke entfalten konnte und wesentlich zum zeitgenössisch konstatierten „Wertewandel“ beitrug. Die Krebsgeschichte hatte an diesen bereits in den frühen 1960er Jahren innerwissenschaftlich vorbereiteten Wandlungsprozessen großen Anteil.

Der neue Fokus auf die momentane innerpsychische Verarbeitung des Emotionalen öffnete dieses Feld für eine Vielzahl unterschiedlicher psychotherapeutischer Methoden auch abseits der klassischen Psychoanalyse. Der „richtige“ Umgang mit den Emotionen konnte deshalb nicht mehr ein für alle Mal erzogen werden, auch die

charakterliche Selbst-Bildung erschien nicht mehr adäquat. Emotionale Umgangsweisen sollten nun gemeinsam mit dem Therapeuten aus dem eigenen Selbst heraus erarbeitet werden. Eigene Emotionen wahrzunehmen, über sie zu sprechen und sie zu zeigen wurde folglich zum fundamentalen Bestandteil der therapeutischen Arbeit am Selbst. Gefühle erschienen auf diese Weise als zentrales Verbindungsmedium, das die Grenze zwischen Innen und Außen ein Stück weit aufhob. Emotionen wurden damit zugleich zum wesentlichen Medium therapeutischer, privater und letztlich auch politischer Beziehungen.

Diese therapeutische Rationalisierung von Gefühlen führte zu einer größeren öffentlichen Sichtbarkeit von Emotionen ebenso wie zu ihrer wissenschaftlichen und politischen Aufwertung. Insofern lassen sich diese Entwicklungen auch als Vorgeschichte des sogenannten *emotional turn* lesen, den die meisten Historiker und Soziologen erst Anfang der 1990er Jahre verorteten. Nun gerieten auch Emotionen in den Blick der Wissenschaften, die zuvor wissenschaftlich eher ein Schattendasein fristeten, weil ihnen kaum physiologische oder konflikthafte Eigenschaften zugeschrieben wurden, so dass sie durch das Raster des Emotionalen gefallen waren. Dazu zählen viele „positive“ Emotionen wie etwa die Hoffnung, die in dieser Krebsgeschichte überwiegend als nicht-wissenschaftliche Gefühle aufgetreten sind. Nun, wo nicht nur das Rationale der Emotion, sondern auch ihre Nähe zur Kognition zunehmend betont wurde, erschienen solche Gefühle wissenschaftlich interessanter. Diese spezifische, zugespitzte Form der Rationalisierung hinterließ deutliche Spuren in der Krebsgeschichte: Neben der therapeutischen Arbeit an bestehenden Gefühlen empfahlen Selbsthilfe-Ratgeber seitdem auch Techniken, die versprachen, dass heilungsfördernde Gefühle durch kognitive Prozesse oder bewusst gesteuerte Körpertechniken „hergestellt“ werden könnten. Kommunikationstechniken stellen zudem die Vision einer rationalen, von Empathie geleiteten Steuerbarkeit von Gefühlen im Gespräch mit Krebspatienten in Aussicht.

Die Rationalisierung der Gefühle scheint damit auf einem kaum zu überbietenden Höhepunkt angekommen zu sein, an dem das Eigene der Gefühle ebenso wie das Eigene im Gefühl nur noch schwer zu erkennen ist. Es ist ein Ergebnis dieser weit vorangeschrittenen Rationalisierung, dass Gefühle heute öffentlich und wissenschaftlich so viel Geltung beanspruchen wie kaum jemals zuvor im 20. Jahrhundert.



## *Anhang*

### *Abkürzungsverzeichnis*

ACS	American Cancer Society
ADT	Accelerator Driven Transmutation
AMG	Arzneimittelgesetz
AOK	Allgemeine Ortskrankenkasse
APA	American Psychological Association
ARD	Arbeitsgemeinschaft der öffentlich-rechtlichen Rundfunkanstalten der Bundesrepublik Deutschland
Arge	Arbeitsgemeinschaft für Krebsbekämpfung der Träger der gesetzlichen Kranken- und Rentenversicherung im Lande Nordrhein-Westfalen
BArch	Bundesarchiv
BGB	Bürgerliches Gesetzbuch
BGH	Bundesgerichtshof
BZgA	Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
CCNSC	Cancer Chemotherapy National Service Center
Dapo	Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Psychosoziale Onkologie e. V.
DC	Deutsche Christen
DEFA	Deutsche Film AG
DFG	Deutsche Forschungsgemeinschaft
DGGG	Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e.V.
DGHO	Deutsche Gesellschaft für Hämatologie und Medizinische Onkologie e. V.
DHMD	Deutsches Hygiene-Museum Dresden
DKFZ	Deutsches Krebsforschungszentrum
DS	Die Diakonieschwester
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
DZA	Deutscher Zentralausschuss für Krebsbekämpfung
EKM	Evangelische Kirche in Mitteldeutschland
Ekü	Kulturfilmabteilung der Emelka
EBM	Evidenzbasierte Medizin
Emelka	Münchener Lichtspielkunst Konzern
EVKP	Evangelische Krankenpflege

EZA	Evangelisches Zentralarchiv in Berlin
FDGB	Freier Deutscher Gewerkschaftsbund
FPI	Freiburger Persönlichkeitsinventar
GMS	German Medical Science
GStA	Geheimes Staatsarchiv Preußischer Kulturbesitz
H.E.D.	Hauterythemdosis
HNO	Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde
HPLC	Hochleistungsflüssigkeitschromatographie
HSTAD	Hauptstaatsarchiv Dresden
HU Archiv	Universitätsarchiv Humboldt-Universität zu Berlin
IKK	Innungskrankenkassen
KWI	Kaiser-Wilhelm-Institut
LAB	Landesarchiv Berlin
LG	Landgericht
MeV	Megaelektronenvolt
M.L.K.	Münchner Lichtspielkunst Konzern
MPI	Maudsley Personality Inventory
MMPI	Minnesota Multiphasic Personality Inventory
MRT	Magnetresonanztomografie
NDB	Neue Deutsche Biografie
NBI	Neue Berliner Illustrierte
NDR	Norddeutscher Rundfunk
NSDAP	Nationalsozialistische Deutsche Arbeiterpartei
NURSE	Naming, Understanding, Respecting, Supporting, Exploring
OLG	Oberlandesgericht
ORSD	Office of Scientific Research and Development
Pap-Test	Papanicolaou Test
Pg.	Parteigenosse
PNIRS	Psychoneuroimmunology Research Society
PSA	Prostata-spezifisches Antigen
RG	Reichsgericht
RGSt	Entscheidungssammlung des Reichsgerichts in Strafsachen
SARS	Severe Acute Respiratory Syndrome
SBZ	Sowjetische Besatzungszone

SD	Sicherheitsdienst
SED	Sozialistische Einheitspartei Deutschlands
SFB	Sender Freies Berlin
SPIKES	Setting, Perception, Invitation, Knowledge, Empathy, Strategy and Summary
SS	Schutzstaffel
SV	Sozialversicherungsausweis
SWR	Südwestrundfunk
taz	die tageszeitung
TNF	Tumornekrosefaktor
TNM	Tumorgröße und -verhalten; Nodus (= Lymphknotenbefall); Metastasen (Klassifikationssystem)
TPN	<i>Total Parenteral Nutrition / Totale Parenterale Ernährung</i>
UB	Universitätsbibliothek
UFA	Universum Film AG
UNO	United Nations Organization
UICC	International Union Against Cancer / Union International Contre le Cancer
VA	Veterans Administration
VfZ	Vierteljahrshefte für Zeitgeschichte
WDR	Westdeutscher Rundfunk
WHO	World Health Organization
ZDF	Zweites Deutsches Fernsehen
ZK	Zentralkomitee

**Abbildungsverzeichnis**

- Abbildung 1:* Ferdinand Hodler, Porträt der Valentine Godé-Darel (Tête de femme française). Öl auf Leinwand, 43 x 33 cm. Kunsthau Zürich, Vereinigung Zürcher Kunstfreunde.
- Abbildung 2:* Ferdinand Hodler, Valentine Godé-Darel im Krankenbett, 1914. Öl auf Leinwand, 63 x 86 cm. Internetpräsenz Archiv für Kunst und Geschichte: <http://www.akg-images.de/archive/Valentine-Gode-Darel-im-Krankenbett-2UMDHUKWZ6DO.html> (letzter Zugriff: 31.03.2017)
- Abbildung 3:* Ferdinand Hodler, Die sterbende Valentine Godé-Darel, 24. Januar 1915. Halbfigur im Linksprofil, Öl auf Leinwand, 60,5 x 90,5 cm. Aus: Brüsweiler, Ferdinand Hodler, S. 157.
- Abbildung 4:* Ferdinand Hodler, Die tote Valentine Godé-Darel, 26. Januar 1915. Öl auf Leinwand, 60 x 124 cm. Aus: Brüsweiler, Ferdinand Hodler, S. 166.
- Abbildung 5:* Selbstporträt Wolfgang Herrndorfs, gepostet unter dem Eintrag vom 12.6.2012, 19:21 Uhr. Internetpräsenz Wolfgang Herrndorf, (<http://www.wolfgang-herrndorf.de/2012/06/achtundzwanzig/>) (letzter Zugriff: 31.03.2017).
- Abbildung 6:* Eingang der alten Universitätsfrauenklinik Bergheimer Straße, Heidelberg. Aus: Mirjam Moll, Alte Klinik mit neuer Nutzung, in: Mannheimer Morgen (28.04.2014): <http://www.morgenweb.de/region/mannheimer-morgen/heidelberg/alte-klinik-mit-neuer-nutzung-1.1673852> (letzter Zugriff: 20.02.2017).
- Abbildung 7:* 1. Tafel des Rorschach-Testes, aus: Hermann Rorschach, Psychodiagnostik. Methodik und Ergebnisse eines wahrnehmungsdiagnostischen Experiments [Deutenlassen von Zufallsformen], hg. von Walter Morgenthaler, 10. Auflage, Bern u.a. 1983.
- Abbildung 8:* Karikatur „Das wackelige Haus“. Aus: Deutsche Volksgesundheit aus Blut und Boden 1 (1934), S. 1.



- Abbildung 9:* Schaubild zur Komplementaritätshypothese von Claus Bahne Bahnsen. Aus: Bahne Bahnsen, Psychophysiological Complementarity in Malignancies, S. 326.
- Abbildung 10:* Titelbild des *Spiegels*. Ausgabe 45 vom 31. Oktober 1977.
- Abbildung 11:* Bildunterschrift: „Porzellan zerschlagen, Ärger abreagiert“. Aus: Die Bunte 42 (1968), S. 119.
- Abbildungen 12 und 13:* Illustrationen zum Artikel „Krebs durch Seelenschmerz und soziale Qual?“, aus: Der Spiegel 45 (31. Oktober 1977), S. 102-116, hier S. 102f.
- Abbildung 14:* Fragebogen „Wie gesund lebe ich? Eine Anleitung zur Überprüfung des Gesundheitsverhaltens?“ Aus: Frauke Teegen, Krankheit: Was will uns der Körper damit sagen?, in: Psychologie heute 10 (1983), S. 65-72, hier S. 68.
- Abbildung 15:* Schema: Hierarchie der Risikofaktoren für den Herzinfarkt nach Schaefer/Blohmke. Aus: Schaefer/Blohmke, Herzkrank, S. 176.
- Abbildung 16:* Werbekampagne der *Felix-Burda-Stiftung* (2009). Internetpräsenz der *Burda-Stiftung* und Historie der Vorsorgekampagnen: <https://www.felix-burda-stiftung.de/unsere-projekte/darmkrebsmonat/werbekampagne/historie> (letzter Zugriff 20.03.2017, 12:43).
- Abbildung 17:* Karikatur zur Wirkung der *Internationalen Hygiene-Ausstellung*. Aus: Martin Vogel, Wie veranstaltet man hygienische Ausstellungen?, S. 12.
- Abbildung 18:* Foto einer Moulage, Wanderausstellung „Kampf dem Krebs“ (1931). DHMD 2001/247.73.
- Abbildung 19:* Ausstellungstafel aus der Wanderausstellung „Kampf dem Krebs“ (1931). DHMD 2001/247.47.
- Abbildung 20:* Drehbühnenspiel „Tragödie der heilbaren Krebskranken“, 5. Akt. Still aus dem Film „Rundgang durch die II. Internationale Hygiene-Ausstellung“ (1930). DHMD 2007/680.
- Abbildung 21:* Plakat aus der Wanderausstellung „Kampf dem Krebs“ (1931). DHMD 2001/247.81.

- Abbildung 22:* Foto: Besucheransturm in der Ausstellung „Kampf dem Krebs“ im Berliner Europahaus (1932). DHMD 2006/514.111.
- Abbildung 23:* „Jede Frau, die über 35 ist, sollte alle 4 Wochen ihre Brust nach Knoten abtasten.“ Plakat aus der Wanderausstellung „Kampf dem Krebs“. DHMD 2001/247.70.
- Abbildung 24:* Regelkalender. Still aus dem Film „Krebs“ (1930).
- Abbildung 25:* Zwischentitel. Still aus dem Film „Krebs“ (1930).
- Abbildung 26:* Still aus dem Film „Krebs“ (1930).
- Abbildung 27:* Still aus dem Film „Rechtzeitig – eine Mahnung des Lebens“ (1956).
- Abbildung 28:* Still aus dem Film „Rechtzeitig – eine Mahnung des Lebens“ (1956).
- Abbildung 29:* Illustration zu: Bisch, Krebsprophylaxe der Frau, aus: Alles für Deine Gesundheit (1956). HSTA D 13658, Nr. Z 7.
- Abbildung 30:* Anleitung zur Brust-Selbstuntersuchung (1959). Dr. med. E. Geyer, Wie kann jede Frau zur Früherkennung von Brustgeschwülsten beitragen, in: Alles für Deine Gesundheit 1 (1959). HSTA D 13658, Nr. Z 7.
- Abbildung 31:* Still aus dem Film „Kampf dem Krebs“ / „Krebs ist heilbar“ (1945/53).
- Abbildung 32:* Titelblatt eines Merkblattes der *Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung* (1967). BArch B 142/4093, Bl. 209.
- Abbildung 33:* Illustration aus „Auch morgen willst Du leben“. Broschüre der *IKK* (1973), BArch B 149/34155.
- Abbildung 34:* Grafik zu den Thesen von Julius Hackethal, aus: Professor Julius Hackethal, „Keine Angst vor Krebs“ (III. Teil der *Spiegel*-Serie), S. 209.
- Abbildung 35:* Blick von Osten auf die Abteilung für Krebsforschung an der I. Med. Universitätsklinik zu Berlin. Aus: Von Leyden/Blumenthal, Die Abteilung für Krebsforschung, S. 39.
- Abbildung 36:* Bildunterschrift: „Sie klammern sich beide an ihre Liebe.“, aus: Anonym, Bis daß der Tod uns scheidet, S. 11.
- Abbildung 37:* Foto von Jacques Fath, aus: Thorwald: Der Tod in Samt und Seide, S. 38.

- Abbildung 38:* Zeichnung einer Frau nach Brustamputation, aus: Heile, Zur Operation und Nachbehandlung des Brustkrebses, S. 1584.
- Abbildung 39:* Hautkrebspatient vor und nach der Bestrahlung. Dia aus: Lichtbildreihe 70 „Der Krebs und seine Bekämpfung“. DHMD 1999/3251.
- Abbildung 40:* Ausschnitt aus einem Plakat der Wanderausstellung „Kampf dem Krebs“ (1933), DHMD 2001/247.49.
- Abbildung 41:* Blick auf das Operationsfeld. Still aus dem Film „Krebs“ (1930).
- Abbildung 42:* Grundriss des Operationshauses / Krankenhaus Moabit (1893-1896 gebaut). Aus: Berlin und seine Bauten, Bd. II und III: Der Hochbau, S. 440.
- Abbildung 43:* Operationszimmer des Berliner St. Hedwig Krankenhauses (1927) Aus: Eva Brinkschulte/Thomas Knuth, Das medizinische Berlin. Ein Stadtführer durch 300 Jahre Geschichte, Berlin 2010, S. 125.
- Abbildung 44:* Grundriss einer typischen Krankenbaracke (1896), Krankenhaus Moabit. Aus: Berlin und seine Bauten, Bd. II und III: Der Hochbau, S. 439.
- Abbildung 45:* Überschneidung der Bestrahlungsfelder bei Mehrfelderbestrahlung. Aus: Stoeckel, Lehrbuch (1928), S. 455.
- Abbildung 46:* Technik der Kreuzfeuerbestrahlung, Universitäts-Frauenklinik Berlin. Aus: Stoeckel, Lehrbuch (1928), S. 457.
- Abbildung 47:* Lageplan des Krankenhauses Moabit (Berlin) von 1896. Aus: Berlin und seine Bauten, Bd. II und III: Der Hochbau, S. 438.
- Abbildung 48:* Behandlungsraum des *Werner-Siemens-Instituts für Röntgenforschung* (Berlin). Aus: Stein, Das Werner-Siemens-Institut für Röntgenforschung, S. 244.
- Abbildung 49:* Behandlungsraum des *Werner-Siemens-Instituts für Röntgenforschung* (Berlin). Aus: Stein, Das Werner-Siemens-Institut für Röntgenforschung, S. 245.
- Abbildung 50:* Lageplan des *Friedrich-Wilhelm-Hospitals*, Berlin Prenzlauer Berg. Aus: Berlin und seine Bauten, Bd. II und III: Der Hochbau, S. 472.

- Abbildung 51:* Lageplan des Heidelberger *Samariterhauses* sowie der dazugehörigen wissenschaftlichen Abteilung, aus: Czerny, Das Heidelberger Institut, Anhang.
- Abbildung 52:* Lageplan der Berliner *Krebsbaracken* Aus: Scheibe, Zweihundert Jahre des Charité-Krankenhauses, S. 77.
- Abbildung 53:* Krankensaal 3. Klasse im *Samariterhaus* Heidelberg Aus: Julius Koch, Baubeschreibung, in: Czerny, Das Heidelberger Institut, S. 14-46, hier S. 32.
- Abbildung 54:* Blick in ein Privatzimmer des *Samariterhauses* Heidelberg. Aus: Koch, Baubeschreibung, S. 35.
- Abbildung 55:* Grundriss des Ostflügels des *Samariterhauses* mit Privatzimmern, 2. Obergeschoss, aus: Czerny, Das Heidelberger Institut, Anhang.
- Abbildung 56:* Westflügel des *Samariterhauses* mit Krankensaal und Isolier-Raum, 2. Obergeschoss. Aus: Czerny, Das Heidelberger Institut, Anhang.
- Abbildung 57:* Grundriss der *Krebsbaracken* der Charité. Aus: Von Leyden/Blumenthal, Die Abteilung für Krebsforschung, S. 37.
- Abbildung 58:* Blick in den Krankensaal einer der beiden *Krebsbaracken*. Aus: Von Leyden/Blumenthal, Die Abteilung für Krebsforschung, S. 40.
- Abbildung 59:* Ansichtskarte vom *Waldkrankenhaus* / Lychen (vor 1970), Privatbesitz Bettina Hitzer, gelaufen 09.02.1970.
- Abbildung 60:* Ansichtskarte vom *Genesungsheim* „*Georgij Dimitroff*“ in Bärenklau (vor 1971), Privatbesitz Bettina Hitzer, gelaufen 27.02.1971.
- Abbildung 61:* Ansichtskarte vom *Genesungsheim* „*Georgi Dimitroff*“ in Bärenklau (vor 1981), Privatbesitz Bettina Hitzer, gelaufen 27.01.1981.
- Abbildung 62:* Ansichtskarte vom *Onkologisches Zentralinstitut zu Berlin* (um 1970), Privatbesitz Bettina Hitzer, nicht gelaufen.
- Abbildung 63:* Bildunterschrift: „Krankenhaus für Geschwulstrekonvaleszenten in Lychen. Die Fürsorgerin erfährt im Gespräch mit Patienten bei der Kaffeetafel die Sorgen und Nöte der einzelnen Frauen.“ Aus: Jung, Das Waldkrankenhaus Lychen, S. 273.
- Abbildung 64:* Ansichtskarte vom Haus *Deisterhort* / Niedersachsen (vor 1971), Privatbesitz Bettina Hitzer, gelaufen am 16.04.1971.

- Abbildung 65:* Ansichtskarte von der *Gynäkologisch-onkologischen Klinik Bad Trissl* (1970er Jahre), Privatbesitz Bettina Hitzer, Karte gelaufen, Poststempel beschädigt, o.D.
- Abbildung 66:* Empfangshalle der *Schloßberg-Klinik*. Aus: Egon Klohn, *An Krebs operiert* (Rubrik: Gesundheitsmagazin), in: *HörZu* 13 (1970), S. 132-137, hier S. 137.
- Abbildung 67:* Still aus der Fernsehdokumentation „Ich hatte Krebs“ (Regie: Sigrid Schenkenberger), ausgestrahlt als Beitrag des „Gesundheitsmagazins Praxis“ am 13.04.1970.
- Abbildung 68:* Bildunterschrift: „Atomexplosion zerstört Gehirntumor“ (1951). Aus: Anonym, *Krebs endgültig heilbar!*, S. 25.
- Abbildung 69:* Grundriss der *Klinik für Medizinische Strahlenkunde der Medizinischen Akademie Düsseldorf*. Aus: Vieten, *Die neuerrichtete „Strahlen-Klinik“*, S. 164.
- Abbildung 70:* Betatron in der *Klinik für Medizinische Strahlenkunde der Medizinischen Akademie Düsseldorf*. Aus: Vieten, *Die neuerrichtete „Strahlen-Klinik“*, S. 165.
- Abbildung 71:* Ferdinand Hodler, *Porträt der Valentine Godé-Darel (Tête de femme française)*. Öl auf Leinwand, 43 x 33 cm. Kunsthaus Zürich, Vereinigung Zürcher Kunstfreunde.

***Quellen- und Literaturverzeichnis******A. Archive*****Bundesarchiv Berlin-Lichterfelde (BArch):****R 36**, Nr. 1337, 1389-1392, 1400**R 43**, Nr. 4093; R 43-II, Nr. 725**R 49**, Nr. 1259**R 55**, Nr. 1259**R 56-V**, Nr. 267, 354, 403**R 86**, Nr. 850, 2584, 2592, 2593, 2759, 2761-2764, 3650, 3667, 3724, 4052, 4136, 5823**R 901**, Nr. 58320**R 1501**, Nr. 3782, 111965-111968, 115972, 126318-126322, 212663**R 4901**, 1340, 1341, 14291**R 9361-V**, Nr. 4923**NS 18**, Nr. 349, 1347**NS 5-VI**, Nr. 17534**NS 19**, Nr. 1122**DF 4** Nr. 50257, 51681, 53162, 53231, 55331, 56007, 57240, 58055, 58975, 59953, 60990, 63296, 63361**DC 20-I/4**, Nr. 282**DQ 1**, Nr. 1918, 2106, 2277, 2385-2387, 2646, 2850, 3272, 3277, 3665, 4848, 4979, 5137, 5822, 6120, 6341, 6343, 13018, 13473, 13475, 13477, 22316, 22516, 22517, 23064, 23065, 24161**DQ 105**, Nr. 24, Bd. 1-3; Nr. 25, Bd. 2; Nr. 26, Bd. 2; Nr. 34, Bd. 1-2; Nr. 54, Bd. 1-2**DY 34**, Nr. 15383, 15512**Bundesarchiv Koblenz (BArch):****B 136**, Nr. 5246, 5276**B 138**, Nr. 25846**B 142**, Nr. 410-412, 703-708, 2026-2028, 2109-2111, 3430, 3433-3436, 3486, 4093, 4094**B 145**, Nr. 4719**B 149**, Nr. 3359, 3361, 3362, 7710, 13375, 13376, 13409, 13410, 16777, 34022-34024, 34148, 34155, 34156**B 269**, Nr. 2, 17

**B 310**, Nr. 5, 17, 18, 26, 30, 35, 51, 64, 65, 74, 113, 115-118, 129, 134, 154, 156, 157, 178, 180, 183, 200, 201, 215, 236, 238, 265-267, 272, 288, 289, 291, 292, 298, 300, 303-306, 310, 319, 323, 324, 436, 438, 764, 722-3, 820, 867

**N 1177** (Nachlass Elisabeth Schwarzhaupt), Nr. 20-22, 149, 150

**N 1336** (Nachlass Hans Harmsen), Nr. 239

Bundesbeauftragter für die Unterlagen des Staatssicherheitsdienstes der ehemaligen Deutschen Demokratischen Republik (BStU)

**MfS HA IX 11 RHE 25-87**, Bd. 2

Deutsche Dienststelle für die Benachrichtigung der nächsten Angehörigen von Gefallenen der ehemaligen deutschen Wehrmacht

Ermittlungsergebnis Wilhelm Küttemeyer, geb. 18.04.1904 in Milspe

Deutsches Hygiene-Museum Dresden (DHMD), Objektsammlung

**12/806**

**1999/3219** (Lichtbildreihe 70 „Der Krebs und seine Bekämpfung“, 40 LB, 1929)

**2001/204.55** „Kampf dem Krebs“, Schausammlung, 1930)

**2001/246.145-168** (Ausstellungsgruppe „Die Frau als Gattin und Mutter“, 1933)

**2001/247** (Wanderausstellung „Kampf dem Krebs“, um 1931)

**2001/248** (überarbeitete Wanderausstellung „Kampf dem Krebs“, ca. 1939)

**2001/249.80-119** (Ausstellung „Ewiges Volk“, 1937-1939)

**2006/293** (Ausstellung „Heilkräfte der Natur“, 1933)

**2006/514.111**

Sowie einzelne Objekte aus der Objektsammlung mit Einzelsignaturen

Evangelisches Landeskirchliches Archiv in Berlin (ELAB)

**29/649**

Evangelisches Zentralarchiv in Berlin (EZA)

**1/2899**

Geheimes Staatsarchiv Preußischer Kulturbesitz (GStA PK)

**I. HA Rep. 76 VIII B**, Nr. 3846-3853

**I. HA Rep. 76 Va**, Sek. 2, Tit. X, Nr. 37 adh A Bd. 2 und 3

Hauptstaatsarchiv Dresden (HStA D)

Bestand Deutsches Hygienemuseum e.V.

**13686**, Nr. 30, 47, 49, 52, 53, 59, 60/1, 61-63, 66, 67, 69.1, 69.3, 69.4, 69.5, 72, 75, 82-85, 95-98, 101-107

**Z/Bd.-3**, Bd. 6-9, Bd. 10c, Bd. 11a, Bd. 12a, Bd. 24

**Au** Nr. 4, Nr. 80-87, 89, 105, 107, 122, 124, 135.1, 142, 163/b, 167, 168.1, 282, 283

**Nr. IfU** 27.1, Bd. 15, K 68, C II, Teil 1-1

**K** 73

**F** Nr. 52/23, F IV; F V, F VIII

**Forschungsprojekt M 55** Anlage 4.2.5, Anlage 4.3.1, Anlage 4.3.2, Anlage 4.3.3/1

**Nr. 919**

Humboldt-Universität zu Berlin, Universitätsarchiv (HUB)

**Bestand Charité-Direktion**, Nr. 949-956, 1180, 1885, 1912, 1975, 2572-2577, 2585, 2699, 2724, 2730, 2747

**Bestand Medizinische Fakultät**, Nr. 269, 277, 279

Landesarchiv Berlin (LAB)

**A Rep. 003-03** Nr. 161, 252

**A Rep. 003-04-01** Nr. 23, 118, 22001

**A Rep. 003-04-03** Nr. 33, 45, 55, 60, 69, 88, 102, 104, 105, 114, 115, 116, 137, 143, 158-160, 166, 220

**A Rep. 003-04-08**, Nr. 5

**A Rep. 003-04-13**, Nr. 8, 33-35

Landeskirchenarchiv Eisenach (EKM)

**23-002**, Nr. DC 212, Bd. 1-3

Niedersächsisches Landesarchiv (NLA)

**HA, Hann. 180** Hannover f Nr. 389

Stadtarchiv München

**Standesamt München IV C** 1969/1021

**ZA-P-0267-22**

Stadtarchiv Oldenburg

**Best. 113** Nr. 83 (Personalakte Hans-Joachim Baltrusch)



Universitätsarchiv Heidelberg (UAH):

**Acc. 11/02** (Chirurgie), Best. 2: Haupt-Buch 1902, Krankenblätter 1927-1945, 1967;

Best. 1: 1968-1970

**L-V Acc. 30/01** (Neurologie), 1920-1941

**L-I Acc. 01/96** (Kreihl-Klinik), 1946-1949

**Acc. 13/02** (Kreihl-Klinik, Nervenabteilung), 1949/50; 1965

**Acc. 14/02** (vorläufige Signatur, Strahlenklinik), 1950-1961

**Acc. 14/02** (vorläufige Signatur, Strahlenambulanz), 1968-1971

**H-III** (Medizinische Fakultät), Nr. 051/2, 269/5, 557/1, 557/2, 557/3, 675, 680/1, 680/2, 932/16, 932/24

**Rep. 27**, Nr. 1427

**Personalakten Dr. Wilhelm Küttemeyer:** PA 4711, PA 10389

**Personalakten Paul Christian:** PA 864, 2620, 7669, 7670, 9069

Universitätsbibliothek Heidelberg, Handschriftenabteilung (UAB)

**Heid. Hs.** 1078, 1; 2610, 56; 3471, 20; 2689, 16; 3471, 21; 3617, 1; 3622; 3705, 1-2 und 4; 3716 III F; 3748, 8; 3769, 3-5; 3773, 13; 3923 (Ordner 75 + 76); 3986, 3; 4159, 42

**B. Durchgesehene Zeitschriften und Periodika**

Agnes Karll-Schwester 1951-1985

Berliner Illustrierte Zeitung 1920-1929

Bunte (von 1948-1954 als: Das Ufer) 1950-1990

Daheim 1920-1941

Das öffentliche Gesundheitswesen 1972-1984, 1986-1991

Der öffentliche Gesundheitsdienst 1935-1942, 1949-1959, 1965/1966

Der Weg zur Seele (ab 1954: Wege zum Menschen) 1949-1985

Deutsche Krankenpflege-Zeitung 1898, 1901-1915, 1917, 1929-1935

Deutsche Schwesternzeitung 1952-1985

Deutsche Volksgesundheit aus Blut und Boden 1933-1935

Deutsches Gesundheitswesen 1946-1968

Diakonieschwester 1950-1984

Evangelische Krankenpflege 1951-1970

Frau von heute 1946-1962

Für Dich 1962-1980

Gartenlaube 1920-1940

Hippokrates 1928-1955

Humanitas 1960-1993

Hygienischer Wegweiser 1926-1931

Krankendienst 1927, 1930-1935, 1937-1940, 1950-1987

Krebsarzt (ab 1970: Österreichische Zeitschrift für Erforschung und Bekämpfung der Krebskrankheit) 1946-1973

Monatsschrift für kirchliche Praxis 1902-1903

Monatsschrift für Krebsbekämpfung 1933-1944

Münchener Medizinische Wochenschrift (MMW) 1901-1984

Nervenarzt 1928-1955

Neue Berliner Illustrierte 1950-1980

Praktische Karzinomblätter 1933-1935

Praktische Onkologie, Beiheft zur MMW 1979-1984

Psyche 1947-1985

Psychologie heute 1975-1990

Spiegel 1947-1990

Stern 1947-1990

Strahlentherapie 1912-1967

Zeitschrift für Krebsforschung (ab 1971: Zeitschrift für Krebsforschung und klinische Onkologie; ab 1979: Journal of Cancer Research and Clinical Oncology) 1904-1980

Zeitschrift für psychosomatische Medizin und Psychoanalyse (bis 1966: Zeitschrift für psycho-somatische Medizin) 1954-2005

Zeitschrift für Psychotherapie und Medizinische Psychologie 1951-1985

### **C. Filme und Fernsehaufzeichnungen**

**Antiraucher**, 35 mm, 2,05 min., Farb- und Tonfilm, Puppentrickfilm. Regie: Kurt Weiler, Drehbuch: Kurt Weiler/Erich Günther, Kamera: Erich Günther/Hans-Joachim Konang, Dramaturgie: Irmgard Ritterbusch, Schnitt: Rita Blach; Produktionsleitung: Ingeborg Bissert, Auftraggeber: Deutsches Hygiene-Museum Dresden, Produzent: VEB DEFA-Studio für populärwissenschaftliche Filme, DDR 1964. DHMD 2001/1657.

**Früherkennung oft die Chance**, Folge 8: Herz-, Kreislauf- und Krebserkrankungen, 37 min., Regie: Sven Kluwe/Gerhard Henschel, Auftraggeber: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, BRD 1972. Bundesfilmarchiv.

**Ich hatte Krebs**, Dokumentation von Sigrid Schenkenberger, ausgestrahlt am 13.04.1970 im „Gesundheitsmagazin Praxis“ (ZDF). Produktionsarchiv des ZDF.

**Die Internationale Hygiene-Ausstellung Dresden 1930**. Dokumentation, 35 mm, s/w, stumm mit Zwischentiteln, Laufzeit: 12,3 min, Deutsches Reich 1930.

Regie: Kurt Otto Albert Engel, Produzent: Boehner-Film Dresden. DHMD 2007/680.

**Jeder Achte** (auch unter dem Titel: **Ein Film gegen die Volkskrankheit Krebs**), 17 min., s/w, Tonfilm, Zensur: 04.08.1941, B.55709: jugendfrei, ohne Spielhandlung, feiertagsfrei. Regie: Walther Ruttmann, Drehbuch: Walther Ruttmann/Ernst Dahle, Kamera: Gerhard Müller, Musik: Wolfgang Zeller, Produzent: Otto Nay/Universal Film AG (Ufa) Deutschland 1941. Bundesfilmarchiv, Rechte bei der *Murnau-Stiftung*.

**Jeder Fünfte... Ein Bericht über den Stand der Krebsforschung in der Bundesrepublik**, Regie: Marianne von Arnim, BRD 1965. Eine Kopie des Films konnte nicht ausfindig gemacht werden. Das Skript liegt im Bundesarchiv ebenso wie eine Rezension aus der *Stuttgarter Zeitung* 180 (06.08.1965), die belegt, dass der Film im Fernsehen ausgestrahlt wurde, ohne allerdings den Sender zu nennen. BArch B 145/4719.

**Kampf dem Krebs**, 35 mm, 37 min., s/w, Zensur: 22.2.1936, B. 41670 („Zugelassen nur in geschlossenen Veranstaltungen des Reichsausschusses für Krebsbekämpfung“), 29.08.1936, B.43197 (Jugendverbot), 19.10.1942, B. 56962 („Zugelassen nur in Veranstaltungen der Reichsarbeitsgemeinschaft

Schadenverhütung“). Produzent: Kifo, Regie: Helmut Bousset (Berlin), Deutschland 1935/1936. Verschollen.

**Kampf dem Krebs.** Krebs ist heilbar, s/w, Tonfilm, 1:06.36 min, Regie: Nathan Schänker, Produzent: Schweizerische Nationalliga für Krebsbekämpfung, Schweiz 1945/Deutschland 1953. DVD in: Kauz, Vom Tabu zum Thema.

**Kampf dem Krebs,** Farb- und Tonfilm, Realfilm, 27 min., Auftraggeber: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Produzent: Leonaris-Film, BRD 1970. Bundesfilmarchiv.

**Der Krebs,** 35 mm, 16 min., s/w, stumm mit Zwischentiteln, Zensur: 11.11.1930, B.27368, jugendfrei. Auftraggeber und Herausgeber: Deutsches Hygiene-Museum, Dresden, Produzent: Verlag wissenschaftlicher Filme GmbH, Deutsches Reich, Vertrieb: Deutsches Hygiene-Museum / Filmstelle, Deutsches Reich. DHMD 2001/1655.

**Krebs ist heilbar wenn ...** Beitrag der Sendung „Gesundheitsmagazin Praxis“, ausgestrahlt am 02.10.1964 im ZDF. Produktionsarchiv des ZDF.

**Die Krebskrankheit,** 3 Akte, 1038 m, s/w, stumm, Zensur: 11.02.1925, M.01654, jugendfrei. Kamera: Gustav Weiss; Wissenschaftliche Leitung: Dr. Julius Mayr, Dr. Paul Peter Gotthardt; Dr. Carl Moncorps, Produktion: Emelka-Kulturfilm GmbH, München, Deutschland 1924/1925. Verschollen.

**Rechtzeitig – eine Mahnung des Lebens,** 16 mm, s/w, Tonfilm, 17,35 min., Regie: Erich Barthel, Drehbuch: Kurt Bortfeldt, Schnitt: Elfriede Böttrich, Trickgestaltung: Hugo Cernik, Dramaturgie: Joachim Emuth, Kamera, Rudi Müller, Fachberatung: OA Dr. Rieck, Produzent: Kurt Schönbach / VEB DEFA-Studio für populärwissenschaftliche Filme, DDR 1956. DHMD 2001/1656.

**Der Siebente,** Farb- und Tonfilm, Flachfigurentrick, 35 mm, 13 min., Regie: Szenarium, Kamera, Animation: Walter Eckhold, Szenarium: Klaus Eberhardt/Hannelore Holz, Animation: Andre Schmidt, Dramaturgie: Hans Grümmer, Ton: Wolfgang Mammitzsch, Schnitt: Renate Richter, Musik: Karl.Ernst Sasse, Sprecher: Wolfgang Jacob, Idee: Heinz Becker, Auftraggeber: Deutsches Hygiene-Museum Dresden, Produktionsleitung: Sigrid Weidhaas; Produzent: VEB DEFA-Studio für Trickfilme, DDR 1985/1986. DHMD 2001/1669.

**Der Tod gibt eine Party**, Farb- und Tonfilm, Zentralinstitut für Gesundheitserziehung, Deutsches Gesundheits-Museum e.V., hergestellt im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheitswesen, Regie: Fr. Herbert Engler, Drehbuch: F. E. Gericke, medizinische Beratung: Dr. Christel Schultze-Rhonhof, Dr. Hans J. Goetz, BRD 1967. Bundesfilmarchiv.

**Wissen heißt Leben**, 35 mm. 16,25 min., Farb- und Tonfilm, Realfilm, Regie: Wolfgang Heyer/Ingrid Hinz, Kamera: Klaus Mühle, Schnitt: Hanna Kubin, Musik: Karl-Ernst Sasse, Fachberatung: MR Dr. Ahlendorf/a.o. Doz. Habil. Dr. Gibel, Produzent: VEB DEFA-Studio für Kurzfilme, DDR 1970. DHMD 2011/1658.

***D. Interviews (unveröffentlicht, Transkripte bei der Autorin)***

Gespräch mit Roland Jacob (4. November 2016).

Gespräch mit Stephan Tanneberger (11. Oktober 2016).

**E. Gedruckte Quellen**

- Anonym, Die neuesten Nachrichten über den Zustand des deutschen Kronprinzen, in: Schwäbischer Merkur 268 (12.11.1887), S. 1961f.
- , Amtlicher Bericht über die Krankheit Kaiser Friedrich's, in: Illustrierte Zeitung 2351 (1888).
- , The Crown Prince, in: The Lancet 131, 3364 (18.02.1888), S. 338, doi: 10.1016/S0140-6736(02)28022-8.
- , From Our Own Correspondent, Health of the Emperor, in: British Medical Journal 1, 1432 (09.06.1888), S. 1245.
- , Hofnachrichten, in: Illustrierte Zeitung 2346 (10. Juni 1888), S. 616.
- , The Illness of the Crown Prince, in: British Medical Journal 1410, 1 (07.01.1888), S. 31.
- , Die Krankheit Kaiser Friedrichs des Dritten. Dargestellt nach amtlichen Quellen und den im königl. Hausministerium niedergelegten Berichten der Aerzte, Berlin 1888.
- , Der Tod des Kaisers Friedrich, in: Illustrierte Zeitung 2347 (1888), S. 652.
- , Über das Befinden des Kaisers, in: Weser-Zeitung 14894 (04.06.1888).
- , Zu Kaiser Friedrichs Heimgang, in: Heidelberger Zeitung 140 (18.06.1888), S. 1.
- , Ein chirurgisches Verbrechen, in: Nationalzeitung (01.07.1891).
- , Medizinisches Verbrechen, in: Das Rhein-Journal (06.07.1891).
- , Eine eigenartige Körperverletzung, in: Hannoverscher Anzeiger (21.08.1902), S. 11.
- , Die hiesige Strafkammer, in: Frankfurter Zeitung 46, 231 (21.08.1902, Abendblatt), S. 2.
- , Röntgenstrahlen vor Gericht, in: Berliner Tageblatt 21 (21.08.1902, Abendausgabe), S. 3.
- , Das Deutsche Hygiene Museum in Gefahr, in: Dresdner Neueste Nachrichten 289 (10.12.1922).
- , Die Ausstellung „Der Mensch“, in: Chemnitzer Allgemeine Zeitung 5 (7.1.1923).
- , Die Eröffnung des Werner-Siemens-Instituts für Röntgenforschung im Städtischen Krankenhaus Moabit, Berlin, in: Klinische Wochenschrift 3, 19 (1924), S. 863.
- , Der Krebserreger entdeckt?, in: Volkszeitung Dresden 136 (13.6.1924).
- , Der Krebserreger entdeckt?, in: Dresdner Neueste Nachrichten 167 (19.7.1925).

- , Der Krebserreger - eine deutsche Entdeckung? Haben die Engländer deutsche Arbeiten benutzt? Ein Gelehrtenstreit, in: Berliner Tageblatt (Morgen) 362 (2.8.1925).
- , Die Krebskrankheit – eine Lustbarkeit, in: Kinematograph 946 (1925), S. 18.
- , Das Verleihprogramm der Bayerischen, in: Lichtbild-Bühne 174 (1925), S. 3f.
- , Erwin Liek, Arzt und Volksgesundheit, in: Münchener Medizinische Wochenschrift 73 (1926), S. 112-116.
- , Organisation der Krebsfürsorge. Bericht über die Sitzung eines zusammengesetzten Ausschusses des Landesgesundheitsrates am 31. Mai 1930, in: Veröffentlichungen aus dem Gebiete der Medizinalverwaltung 32, H. 6 (1930), S. 635-694.
- , Kleine Blicke in die große Ausstellung, in: Dresdner Anzeiger 243 (25.5.1930), S. 5f.
- , „Die Tragödie des Arztes“, Berlin, in: Münchener Medizinische Wochenschrift 11 (1930), S. 471.
- , „Die Tragödie des Arztes“. Uraufführung durch die „Bühne für Volkshygiene“ im Staatlichen Schauspielhaus, Berlin, in: Die Medizinische Welt 12 (1930), S. 422.
- , „Zu spät!“ Die Schallplatte im „Kampf dem Krebs“, in: Volkszeitung Berlin (23.2.1932).
- , Die „Erfassung“ des Kranken, in: Deutsche Volksgesundheit aus Blut und Boden 2, 11 (Juni 1934), S. 1-3.
- , Für die Beratung und Pflege Krebskranker, in: Zeitschrift für das Krankenpflege-, Bade- und Massagewesen 2, 5 (1934), S. 63.
- , Das neue Berliner Zentral-Krebsinstitut. Zusammenziehung von Universitätskliniken im Krankenhaus Moabit, in: Berliner Beobachter. Tägliches Beiblatt zum Völkischen Beobachter 44 (13. Februar 1935).
- , Verhandlungen der Deutschen Reichsarbeitsgemeinschaft für Krebsbekämpfung auf der Tagung in München am 12. und 13. Mai 1939, in: Monatsschrift für Krebsbekämpfung 7 (1939), S. 1-48
- , Verordnung zur Bekämpfung bösartiger Geschwulstkrankheiten, in: Monatsschrift für Krebsbekämpfung 7 (1939), S. 202-204.
- , Stoßkeile gegen den Krebs, in: Der Spiegel 51 (1948), S. 27.
- , Erste Atomexplosion im Innern des Menschen, in: Das Ufer 13 (1951), S. 25.
- , Krebs endgültig heilbar!, in: Das Ufer 13 (1951), S. 1-4.



- , Bis daß der Tod uns scheidet. Maria Stürzer will in ihrer bayerischen Heimat sterben, in: Der Stern 5, 7 (1952), S. 11.
- , Zur Aussprache: Darf der Arzt schweigen?, in: Die Evangelische Krankenpflege 3, 5 (1954), S. 133f.
- , Eine große, gute Sache, in: Der Spiegel 13 (24.03.1954), S. 39f.
- , Tod eines Mannes, in: Der Spiegel 40 (2. Oktober 1957), S. 57-59.
- , Cancer Victim Writes Book „Sealed Orders“, in: Sunday Chronicle. North Jersey's Only Weekly Pictorial Magazine 31, 42 (18. Oktober 1959).
- , Der Tod im Terminkalender, in: Der Spiegel 3 (1960), S. 48-57.
- , Krebs-Krimi, in: Der Spiegel 25 (14.06.1961), S. 30-33.
- , Mayo-Klinik. Fabrik der Ärzte, in: Der Spiegel 2 (1961), S. 40-48.
- , Programmhinweis zur Sendung Strahlenmedizin auf neuen Wegen, in: HörZu 14 (1961), S. 19.
- , Nachruf, in: Hippokrates 33 (1962), S. 941f.
- , Das Urteil des Bundesgerichtshofes in der Strafsache gegen Dr. Issels (03.05.1962), in: Bayerisches Ärzteblatt 7 (1962), S. 395-400.
- , Das Gespenst von Hollywood, in: Die Bunte 7 (1963), S. 14f.
- , Dass ich noch lebe..., in: Stern 33, 18 (1965), S. 17-20 und S. 76-79.
- , Gordischer Knoten, in: Der Spiegel, 45 (1966), S.182.
- , Band des Schicksals, in: Der Spiegel 25 (1968), S. 129-131.
- , Muß er sterben, weil er arm ist? Krebskranker Familienvater setzt letzte Hoffnung auf Issels-Klinik – Doch es fehlen 6000 Mark, in: Allgäuer Zeitung 48 (27.2.1968).
- , Vorsorgemedizin jetzt auch für den Mann, in: Deutsches Ärzteblatt - Ärztliche Mitteilungen 67, 29 (1970), S. 2255-2256.
- , Weniger Schmerz: in: Der Spiegel 50 (1970), S. 204.
- , „Bei Krebs hast Du nur einmal eine Chance“, in: Der Spiegel 41 (1972), S. 166-185.
- , Stress: „Neue Krankheit des Jahrhunderts“, in: Der Spiegel 7 (1976), S. 46-59.
- , Krebs durch Seelenschmerz und soziale Qual?, in: Der Spiegel 45 (1977), S. 102-116.
- , Test verschmäht, in: Der Spiegel 48 (1977), S. 254-257.

- , „Leider Gottes noch kein Durchbruch“. Röntgen-Ärztin Dr. Mildred Scheel, Präsidentin der Deutschen Krebshilfe, über Krebsvorsorge, in: *Der Spiegel* 41 (1978), S. 217-222.
- , Neue Richtung, in: *Der Spiegel* 9 (1978), S. 206-210.
- , „Schuster, bleib bei deinem Leisten“ (Gespräch mit dem amerikanischen Urologen Willard Goodwin), in: *Stern* 48 (1978), S. 266-269.
- , „Sie Schreibtischmörder! Medizinverbrecher!“ Streitgespräch der Professoren Julius Hackethal und Carl-Friedrich Rothauge über Prostata-Krebs, in: *Der Spiegel* 40 (1978), S. 139-155.
- , Virenschutz auch gegen Krebs?, in: *Der Spiegel* 45 (1978), S. 278.
- , Urteil. Julius Hackethal, in: *Der Spiegel* 14 (1979), S. 244.
- , Interferon: Hoffnung für Krebskranke?, in: *Der Spiegel* 24 (1980), S. 212-225.
- , „Das ist russisches Roulett“. Schmutzige Geschäfte mit westlichen Pharmakonzernen brachten dem SED-Regime Millionen, in: *Der Spiegel* 6 (1991), S. 80-90.
- „2. Krebs“, in: *Oekonomische Encyclopädie, oder allgemeines System der Staats- Stadt- Haus- und Landwirtschaft*, in alphabetischer Ordnung, hg. von Johann Georg Krünitz, Bd. 48, Berlin 1789, S. 355-423.
- II. Strafsenat, Urteil v. 29. Februar 1932, II 57/32, Inwieweit ist ein Heilbehandler verpflichtet, den sich ihm anvertrauenden Kranken, auch den gefährlich Erkrankten, über sein Leiden aufzuklären?, in: *Entscheidungen des Reichsgerichts in Strafsachen* 66 (1932), S. 181-185 (online: <http://www.rgz-rgst.degruyter.de>, letzter Zugriff: 27.03.2017).
- III. Zivilsenat, Urt. v. 1. März 1912 III. 231/11, 1. Ist der Arzt verpflichtet, den Kranken auf die nachteiligen Folgen aufmerksam zu machen, die möglicherweise bei einer beabsichtigten Operation entstehen können? 2. Zur Frage der Beweislast beim Eintritte schädlicher Folgen einer Operation, in: *Entscheidungen des Reichsgerichtes in Zivilsachen* 78 (1912), S. 432-436 (online: <http://www.rgz-rgst.degruyter.de>, letzter Zugriff: 27.03.2017).
- , Urteil vom 8. März 1940, III 117/39, 1. Zur Sorgfaltspflicht des Arztes vor einem schwerwiegenden Eingriff. 2. Wie ist die Rechtslage, wenn der Arzt bewußtermaßen einen schwerwiegenden Eingriff ohne die Einwilligung des Kranken vorgenommen hat, obwohl ihm deren Einholung möglich gewesen wäre, und

wenn sich der Eingriff später als nicht erforderlich herausstellt?, in: Entscheidungen des Reichsgerichtes in Zivilsachen, III 117/39, S. 129-139 (online: <http://www.rgz-rgst.degruyter.de>, letzter Zugriff: 27.03.2017).

Adam, Wilhelm, Zum Thema: „Die barmherzige Lüge“, in: Medizinische Welt 2 (1959), S. 1185-1189.

Ader, Robert/Nicholas Cohen, Behaviorally Conditioned Immunosuppression, in: Psychosomatic Medicine 37, 4 (1975), S. 333-340.

Ader, Robert/David L. Felten/Nicholas Cohen (Hg.), Psychoneuroimmunology, 2. überarbeitete Auflage, San Diego 1991.

Adler, L., Zur operativen und Strahlenbehandlung des Gebärmutterkrebses, in: Strahlentherapie 12 (1921), S. 109-116.

Ärztetkammer Nordrhein (Hg.), Kommunikation im medizinischen Alltag. Ein Leitfaden für die Praxis, Düsseldorf 2015.

Albers-Schönberg, Die Röntgentechnik. Handbuch für Ärzte und Studierende, Bd. 1, 5. Auflage, Hamburg 1919.

Alexander, Franz, Die Logik der Gefühle und ihre dynamische Grundlage, in: Internationale Zeitschrift für Psychoanalyse 21, 4 (1935), S. 471-485.

—, Psychological Aspects of Medicine, in: Psychosomatic Medicine 1, 1 (1939), S. 7-18.

—, Psychosomatic Medicine. Its Principles and Applications, New York 1950.

Alexander, Leo, Public Mental Health Practices in Germany. Sterilization and Execution of Patients Suffering from Nervous or Mental Disease (19.08.1945), Part VI, in: Stuart D., Web Genocide Documentation Centre, University of the West of England, <http://www.phdn.org/archives/www.ess.uwe.ac.uk/genocide/alexrep6.htm#Alfred> (letzter Zugriff: 27.03.2017).

Altwein, J.E./K.H. Kurth/R. Hohenfellner, Blasencarcinom: Therapeutisches Konzept der Urologischen Universitätsklinik Mainz, in: Urologe A 16 (1977), S. 180-182.

Amelang, Manfred, Tales From Crvenka and Heidelberg: What About the Empirical Basis?, in: Psychological Inquiry 2, 3 (1991), S. 233-236.

Andervont, Howard B., Influence of Environment on Mammary Cancer in Mice, in: Journal of the National Cancer Institute 4, 6 (1944), S. 579-581, doi: 10.1093/jnci/4.6.579.

- Anschütz, Wilhelm, Diagnose und Prognose bei der chirurgischen Behandlung des Magenkarzinoms, in: Münchener Medizinische Wochenschrift 72, 1 (1925), S. 1-4.
- Antonovsky, Aaron, Health, Stress and Coping, San Francisco 1979.
- , Unraveling the Mystery of Health. How People Manage Stress and Stay Well, San Francisco 1987.
- , Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit, Tübingen 1997.
- AOK, Mit neuem Lebensmut. Nachsorge bei Krebs, o.D. [vor 2001].
- Architekten-Verein zu Berlin und Vereinigung Berliner Architekten (Hg.), Berlin und seine Bauten, Bd. 2, Berlin 1896.
- Argelander, Hermann, Balint-Gruppen Arbeit mit Seelsorgern, in: Psyche 27, 2 (1973), S. 129-150.
- Aschaffenburg, Gustav, Albert Moll, Aertzliche Ethik, in: *Zeitschrift für Socialwissenschaft* 5 (1902), S. 751f.
- Auler, Hans, Über die Wartung und Behandlung Krebskranker, in: Monatschrift für Krebsbekämpfung 3 (1933), S. 101-105.
- Bacon, Catherine L./Richard Renneker/Max Cutler, A Psychosomatic Survey of Cancer of the Breast, in: *Psychosomatic Medicine* 14, 6 (1952), S. 453-460.
- Bässler, Paul, „Krebs (Cancer)“, in: Allgemeine Encyclopädie der Wissenschaften und Künste in alphabetischer Folge von genannten Schriftstellern bearbeitet und herausgegeben von J.S. Ersch und J.G. Gruber, Zweite Section: H-N, Theil 39: Köppen (Peter V.)-Kriegk, hg. von August Lestien, Leipzig 1886, S. 303f.
- Bahnon, Claus Bahne, Section of Biological and Medical Sciences and Division of Psychology. Second Conference on Psychophysiological Aspects of Cancer, in: *Transactions of the New York Academy of Sciences* 30, 8 (II) (1968), S. 1201-1207.
- , Psychophysiological Complementarity in Malignancies: Past Work and Future Vistas, in: ders. (Hg.), Second Conference on Psychophysiological Aspects of Cancer (*Annals of the New York Academy of Sciences* 164, 2 (1969), S. 307-634), S. 319-333.
- , Das Krebsproblem in psychosomatischer Dimension, in: Thure von Uexküll (Hg.), *Lehrbuch der psychosomatischen Medizin*, München 1979, S. 685-698.

- Bahnon, M.B., Development of a Psychological Questionnaire for Cancer, in: *Cancer Detection and Prevention*, Amsterdam 2 (1979), S. 295-305.
- Balint, Michael, *Angstlust und Regression*, Stuttgart 1959.
- , *Der Arzt, sein Patient und die Krankheit*, 10. Auflage, Stuttgart 2001.
- Baltrusch, Hans-Joachim, Eine besondere Eigenart in der Persönlichkeitsstruktur des Asthmakranken, in: *Münchener Medizinische Wochenschrift* 97 (1955), S. 896-898.
- , Persönlichkeitsstruktur und Erkrankung. Die Rolle emotionaler Faktoren im Krankheitsgeschehen, in: *Medizinische Klinik* 34, 3 (1956), S. 69-75, doi: 10.1007/BF01467162.
- , Leukämien und andere maligne Erkrankungen des haematopoetischen, lymphatischen und reticulo-endothelialen Systems in psycho-somatischer Hinsicht. Teil II (Schluß), in: *Zeitschrift für Psycho-somatische Medizin* 8, 1 (1962), S. 12-23.
- , Psychosomatik, Psychobiologie und Soziologie neoplastischer Erkrankungen. 1. und 2. Konferenz der International Psychosomatic Cancer Study Group, Amsterdam, 10. bis 13. August 1960 und Paris, 27. bis 29. August 1961, in: *Zeitschrift für Psycho-somatische Medizin* 9, 4 (1963), S. 295f.
- /Kristen Austarheim, Psyche – Nervensystem – Neoplastischer Prozess. Ein altes Problem mit neuer Aktualität, in: *Zeitschrift für Psycho-somatische Medizin* 9, 4 (1963), S. 229-245
- Bammer, Kurt, *Krebs und Psychosomatik*, Stuttgart 1981.
- /Jürgen Wagner, Von Mäusen und Menschen, in: *Psychologie heute* 6 (1978), S. 40-43.
- Bartens, Werner, *Vorsicht Vorsorge! Wenn Prävention nutzlos oder gefährlich wird*, Frankfurt a.M. 2008.
- , Grenzen der Aufklärung. Die Illusion vom mündigen Patienten: Warum das Arzt-Patienten-Gespräch über eine Krebs-Diagnose oft misslingt, in: *Süddeutsche Zeitung* 67, 255 (05./06.11.2011), S. 24.
- Batelle-Institut, *Krankheitsfrüherkennung Krebs. Frauen und Männer. Aufbereitung und Interpretation der Untersuchungsergebnisse aus den gesetzlichen Früherkennungsmaßnahmen 1972*. Bericht des Batelle-Instituts e.V., Frankfurt, Leiter des Vorhabens: Eckart Herwig, für das Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland, Köln 1975.

- Bauer, Karl Heinrich, Mutationstheorie der Geschwulst-Entstehung. Übergang von Körperzellen in Geschwulstzellen durch Gen-Änderung, Berlin 1928.
- , Der Prozeß gegen Dr. Josef Issels. Auszüge aus den Sachverständigen-Gutachten, in: Bayerisches Ärzteblatt 2 (1965), S. 98-114.
- , Wert der sogenannten „Krebsnachkur“ für radikaloperierte Kranke, in: Hessisches Ärzteblatt 30 (1969), S. 215-218.
- Bauman, Zygmunt, Mortality, Immortality and Other Life Strategies, Cambridge 1992.
- Baumgart, Winfried (Hg.), Kaiser Friedrich III. Tagebücher 1866-1888, Paderborn 2012.
- Bayer, Alfred/Kurt Winter (Hg.), Lehrbuch der Sozialhygiene, Berlin (DDR) 1953.
- Becker, Günter, Arzt und Patient im sozialistischen Recht, Berlin 1973.
- , Arzt und Patient im sozialistischen Recht, 2. überarbeitete Auflage, Berlin 1978.
- Becker, Hans, Lebensgeschichte und Krankheitsverlauf bei Mamma-Karzinom-Patientinnen. Arbeitstagung „Psychosoziale Einflüsse auf Entstehung und Verlauf von Krebserkrankungen“, Heidelberg 1981.
- Becker, Hans-Wolfgang/Hans-Lothar Kölling, „Schonendes Betrügen?“ Ermittlungen zur Frage der Aufklärung bei Geschwulstleiden, in: Nova Acta Leopoldina 28, 168 (1964), S. 3-18.
- Becker, Josef/K.E. Scheer, Einleitung, in: dies. (Hg.), Betatron und Telekobalttherapie. Internationales Symposium am Czerny-Krankenhaus für Strahlenbehandlung der Universität Heidelberg vom 1.-3. Juli 1957, Berlin/Heidelberg 1958, S. 1-4.
- Benn, Gottfried, Gesammelte Werke in acht Bänden, hg. von Dieter Wellershoff, Bd. 1: Gedichte, Wiesbaden 1960.
- Berdel, W.E./U. Fink, Internistische Tumorthherapie. Stand, Probleme, Perspektiven der Chemotherapie, in: Münchener Medizinische Wochenschrift 126, 41 (1984), S. 1166-1171.
- Berlakovich, G./R. Jakesz, Die operative Therapie des Mammakarzinoms mit besonderer Berücksichtigung des brusterhaltenden Eingriffs, in: Ch. Dittrich (Hg.), Angewandte Onkologie. Einführung in aktuelle diagnostische und therapeutische Konzepte. Mammakarzinom, Wien/New York 1992, S. 67-89.
- Berliner Krebsfürsorge, Die Bedeutung des Abkommens zwischen Kassen und Aerzten, in: Vorwärts (17. Februar 1931).
- Bernanos, Georges, Journal d'un curé de campagne, Paris 1936.

- Berndt, H., Neubildungen, in: Das Gesundheitswesen der Deutschen Demokratischen Republik 11 (1976), S. 58-81.
- /H. Gummel/G. P. Wildner, Zur Problematik und weiteren Entwicklung der Krebsbekämpfung in der Deutschen Demokratischen Republik, in: Das deutsche Gesundheitswesen 18 (1965), S. 786-797.
- Berven, Elis G. E., Die Entwicklung und Organisation des Radiumhemmet in Stockholm, in: Das öffentliche Gesundheitswesen 10, 46 (1931), S. 2134-2138.
- Beutler, Maja, Fuß fassen. Roman, 3. Auflage, Gümlingen 1986.
- Bier, August, Die Chirurgie des Magens, in: ders./Heinrich Braun/Hermann Kümmell (Hg.), Chirurgische Operationslehre, Bd. 3, Leipzig 1920, S. 64-246.
- Bisch, Dr. E., Görlitz, Krebsprophylaxe der Frau, in: Alles für Deine Gesundheit 7 (1956).
- Bismarck, Otto Fürst von, Gedanken und Erinnerungen, Bd. 2, Stuttgart 1898.
- Blohmke, Maria, Institut für Sozial-und Arbeitsmedizin, in: Gotthard Schettler (Hg.), Das Klinikum der Universität Heidelberg und seine Institute, Berlin/Heidelberg u.a. 1986, S. 220-223.
- /H. Schaefer, Erste Ergebnisse der Herzkreislaufstudie, in: Bernhard Schlegel (Hg.), Vierundsiebzigster Kongress, gehalten zu Wiesbaden vom 22. April - 25. April 1968, Berlin/Heidelberg 1968, S. 1004-1006.
- Blumenthal, Ferdinand, Krebsleiden. Ursachen, Verhütung und Bekämpfung, Dresden o.J. [1919].
- , Die Organisation des Kampfes gegen den Krebs in Deutschland. Vortrag, gehalten auf dem internationalen Symposium on Cancer Control, veranstaltet von der Society for Control of Cancer N.Y.U.S.A. in Lake-Mohonk am 22. September 1926, in: Zeitschrift für Krebsforschung 24, 5 (1927), S. 459-464, doi: 10.1007/BF02122486.
- , Die Bekämpfung des Krebses, in: Blätter des Deutschen Roten Kreuzes 7, 10 (1928), S. 3-9.
- , Gründung und Aufgaben der Krebs-Institute, in: Sonderdruck: Archiv für Soziale Hygiene und Demographie 3, 3 (1928).
- , Die Bekämpfung des Krebses, in: Krankenpflegezeitschrift 2 (1930), S. 13-16.
- , Krebskonferenz in Dresden vom 11.-13. Juni 1930, in: Zeitschrift für Krebsforschung 31, 1 (1930), S. 632-636, doi: 10.1007/BF01638921.

- , Krebsfilm, Krebsaufklärung, Krebsbekämpfung, in: Medizinische Klinik 1 (1931), S. 38f.
- , Die Organisation der Krebsbekämpfung, in: Strahlentherapie 42 (1931), S. 809-820.
- Blumenthal-Barby, Kay (Hg.) unter Mitarbeit von Horst Breidenbach, Betreuung Sterbender. Tendenzen, Fakten, Probleme, Berlin 1982.
- Boas, Ismar, Welche Aussichten bestehen für eine Frühdiagnose der Intestinalcarcinome, in: Mitteilungen aus den Grenzgebieten der Medizin und Chirurgie, Bd. 15, Jena 1906, S. 73-88.
- , Die Lehre von den okkulten Blutungen, Leipzig 1914.
- Bolduan, Charles F., Hygienische Volkserziehung, durchgesehen von Dr. Edward Marsh, übers. von Dr. Felix Tietze (Schluß), in: Hygienischer Wegweiser 5, 4 (1930), S. 111-120.
- Boveri, Margret, Körpergeschehen und Psychose. Eine Studie aus der Landschaft des Verrats, in: Merkur 8, 74 (1954), S. 371-378.
- , Der Verrat im 20. Jahrhundert, 4 Bände, Hamburg 1956-60.
- Bowlby, John, Maternal Care and Mental Health. A Report Prepared on Behalf of the World Health Organization as a Contribution to the United Nations Programme for the Welfare of Homeless Children (= Bulletin of the World Health Organization 3), Geneva 1951.
- Brack, Viktor, An den Reichsführer SS und Chef der Deutschen Polizei Heinrich Himmler. Berlin, dem 28. März 1941, NS-Archiv, <http://www.ns-archiv.de/medizin/kastration/viktor-brack.php> (letzter Zugriff: 27.03.2017).
- Brandt, Heinz/Susanne Hahn/Achim Thom, Probleme und Aufgaben der Betreuung Sterbender durch den Hausarzt, in: Uwe Körner/Karl Seidel/Achim Thom (Hg.), Grenzsituationen ärztlichen Handelns, Jena 1981, S. 211-232.
- Brandt, Heinz/H. Knoblauch, Möglichkeiten und Grenzen von Untersuchungen über die hausärztliche Betreuung infaust Kranker am Beispiel einer Analyse von 303 Todesfällen, in: Das Deutsche Gesundheitswesen 33, 12 (1978), S. 559-562.
- Braun, Barbara, Die Bedeutung der Krankheit für den kranken Menschen und die Schwester, in: Die Agnes-Karll-Schwester 7, 2 (1953), S. 55.
- Braun, Heinrich, Allgemeine Operationslehre, in: August Bier/Heinrich Braun/Hermann Kümmell (Hg.), Chirurgische Operationslehre, Bd. 1, Leipzig 1914, S. 1-150.



- Brednow, Walter, Der Mensch und die Hoffnung (nach einem am 5.3.53 im Rahmen der Ev. Studentengemeinde Jena gehaltenen Vortrag), in: Die Sammlung 9 (1954), S. 529-539 und S. 596-608.
- , Der Kranke und seine Krankheit, in: Nova Acta Leopoldina 24 (1961), S. 1-16.
- Breitbach, G.P./N. Marschner, Droloxifen beim metastasierenden Mammakarzinom: Dosierung und Pharmakokinetik, in: Archives of Gynecology and Obstetrics 254, 1 (1993), S. 903-905, doi: 10.1007/BF02266228.
- Bromberger, Mathis/Ursula Bromberger/Siegfried Granitzka/René Fischer/Leonhard Hilbert/Friedrich Markert/Emma Moersch/Rainer Rehberger/Caesar Rodriguez/Renate Rogosaroff-Fricke/Pramod M.Shah/Heinrich Uhl/Hildegard Uhl, Geschichte einer Balint-Gruppe anhand von Falldarstellungen, in: Psyche 27, 12 (1973), S. 1090-1105.
- Browne, Oswald, On the Care of the Dying. A Lecture to Nurses, London 1894.
- Brussel, Captain James A./Private Kenneth S. Hitch, The Rorschach Method and Its Uses in Military Psychiatry, in: Psychiatric Quarterly 16, 1 (1942), S. 3-29, doi: 10.1007/BF01561244.
- Buckman, Robert A., Breaking Bad News: the S-P-I-K-E-S Strategy, in: Community Oncology 2, 2 (2005), S. 138-142.
- Büchner, Tobias, Schwierige Arzt-Patienten-Gespräche. „Sie werden an dem Tumor sterben“, in: Spiegel Online (19.04.2012), <http://www.spiegel.de/karriere/schwierige-arzt-patienten-gespraech-sie-werden-an-dem-tumor-sterben-a-827909.html> (letzter Zugriff: 27.03.2017).
- Bundesärztekammer, Stellungnahme des Wissenschaftlichen Beirates der Bundesärztekammer, Das Prostatakarzinom. Vorsorge – Früherkennung – Diagnose – Therapie, in: Deutsches Ärzteblatt 75, 42 (1978), S. 2413-2416.
- Burlingham, Dorothy/Anna Freud, Young Children in War-Time in a Residential War Nursery, London 1942.
- Burnet, F.M., The Concept of Immunological Surveillance, in: Progress in Experimental Tumor Research 13 (1970), S. 1-27, doi: 10.1159/000386035.
- Burney, Fanny, The Journals and Letters of Fanny Burney (Madame D'Arblay), Bd. 6: France 1803-1812, Letters 550-631, hg. von Joyce Hemlow, Oxford 1975.
- Cannon, Walter B., Bodily Changes in Pain, Hunger, Fear and Rage, New York/London 1915.

- , Organization for Physiological Homeostasis, in: *Physiological Reviews* 9, 3 (1929), S. 399-431.
- , *The Wisdom of the Body*, New York 1932.
- Carnegie, Dale, *How to Win Friends and Influence People. A Self-Help Book About Interpersonal Relations*, New York 1937.
- Carter, Bayard/Kenneth Cuyler/Walter L. Thomas/Robert Creadick/Robert Alter, The Methods of Management of Carcinoma in Situ of the Cervix, in: *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 64, 4 (1952), S. 833-845, doi: 10.1016/S0002-9378(16)38799-3.
- Ciaramicoli, Arthur, *Der Empathie-Faktor*, München 2001.
- Claus, H.-D., Zu einigen praktischen Fragen der Metaphylaxe nach Strahlentherapie der Geschwulstleiden, in: *Das Deutsche Gesundheitswesen* 17, 35 (1962), S. 1489-1498.
- Comings, David E., A General Theory of Carcinogenesis, in: *Proceedings of the National Academy of Science USA* 70, 12, part 1 (1973), S. 3324-3328.
- Cramer, Heinrich, Das neue Röntgeninstitut im Rudolf-Virchow-Krankenhaus, Berlin, in: *Zeitschrift für das gesamte Krankenhauswesen* 31, 10 (1935), S. 221-226.
- Cramer, Irmgard/Maria Blohmke/C.B. Bahnson/M.B. Bahnson/H. Scherg/M. Weinhold, Psychosoziale Faktoren und Krebs. Untersuchung von 80 Frauen mit einem psychosozialen Fragebogen, in: *Münchener Medizinische Wochenschrift* 119, 43 (1977), S. 1387-1392.
- Cullen, J.W./B. H. Fox/R.N. Isom, *Cancer. The Behavioral Dimension*, Bethesda 1976.
- Curtius, Ernst, *Ein Lebensbild in Briefen*, hg. von Friedrich Curtius, Berlin 1903.
- Czerny, Vinzenz, Über die Pflege unheilbarer Krebskranker, in: *Die Krankenpflege* 1 (1901/1902), S. 289-304.
- , Antwort auf: Umfrage über die Aetiologie des Krebses, in: *Medizinische Klinik* 1, 20 (1905), S. 496-498.
- , Hygienische Zeitfragen. I. Krebsforschung, in: *Illustrierte Zeitung* (1911).
- (Hg.), *Das Heidelberger Institut für experimentelle Krebsforschung, I. Teil*, Tübingen 1912.
- , Aus meinem Leben, herausgegeben und mit Anmerkungen versehen von Wilfried Willer, in: *Ruperto Carola* 11, 14 (1967), S. 3-25.
- Darwin, Charles, *The Expression of Emotions in Man and Animals*, London 1872.

- David, Anni (= Elisabeth Keller), Trotz allem – Hoffnung. Tagebuch einer Krebskranken, Mödling bei Wien 1968.
- Dessauer, F./M. Brenzinger, Röntgenapparate und Röntgenröhren, in: Hans Meyer (Hg.), Die wissenschaftlichen Grundlagen der Strahlentherapie (= Lehrbuch der Strahlentherapie, Bd. 1), Berlin/Wien 1925.
- Deutsch, Felix, Psychoanalyse und Organkrankheiten, in: Internationale Zeitschrift für Psychoanalyse 8, 3 (1922), S. 290-306.
- , Der gesunde und der kranke Körper in psychoanalytischer Betrachtung, in: Internationale Zeitschrift für Psychoanalyse 12, 3 (1926), S. 493-503.
- , The Choice of Organs in Organ Neuroses, in: International Journal of Psychoanalysis 20 (1939), S. 252-262.
- Deutsche Krebsgesellschaft e.V., Diagnose Prostatakarzinom. Das geht den Mann an. Patientenratgeber, o.D. [vor 2001].
- Deutsche Krebshilfe, Workshop „Psychoneuroimmunology in Relation to Cancer“ vom 3.-7. Juni 1990 in Tutzing, in: Onkologie 13, 5 (1990), S. 393, doi: 10.1159/000216803.
- Deutscher Reichs-Anzeiger und Königlich Preußischer Staats-Anzeiger 266 (12.11.1887).
- Deutscher Reichs-Anzeiger und Königlich Preußischer Staats-Anzeiger 268 (15.11.1887).
- Deutscher Reichs-Anzeiger und Königlich Preußischer Staats-Anzeiger 7 (09.01.1888, abends).
- Deutscher Reichs-Anzeiger und königlich Preußischer Staats-Anzeiger 36 (10.02.1888).
- Deutscher Reichs-Anzeiger und königlich Preußischer Staats-Anzeiger 61 (06.03.1888).
- Deutsches Krebsforschungszentrum, Krebsstatistiken (erstellt 17.12.2013, zuletzt überprüft 05.10.2016), <https://www.krebsinformationsdienst.de/grundlagen/krebsstatistiken.php> (letzter Zugriff: 27.03.2017).
- Dewitz, Gertrud, Krankenpflegerin in Potsdam, Zur Pflege Krebskranker, in: Deutsche Krankenpflege-Zeitung 6, 16 (1903), S. 243-245.
- Dietel, F.G., Die Strahlenbehandlung der Uteruskarzinome an der Universitäts-Frauenklinik Heidelberg (mit einer Statistik der Jahre 1913-1924), in: Strahlentherapie 46 (1933), S. 201-272.

- Diller, Alfred, Hamburg, Krebsbekämpfungswünsche zur Neugestaltung der Krankenversicherung, in: Die Ersatzkasse 5 (1959).
- Döderlein, A., Röntgenstrahlen und Mesothorium in der gynäkologischen Therapie, insbesondere auch bei Uteruskarzinom, in: Monatsschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie 37, 5 (1913), S. 553-593, doi: 10.1159/000290814.
- Doetz, Susanne, Alltag und Praxis der Zwangssterilisation. Die Berliner Universitätsfrauenklinik unter Walter Stoeckel 1942-1944, Med. Diss., Charité Berlin 2010.
- Domagk, Gerhard, Grundlagen zu einer Chemotherapie der bösartigen Geschwülste, in: Kampf dem Krebs 1 (1960), S. 12-26.
- Drescher, Angela, (Hg.), Dokumentation zu Christa Wolf „Nachdenken über Christa T.“, Berlin 1993.
- Drings, P./R. Allner/N. Brock/H. Burkert/M. Fischer/E. Fölsch/H. Gerhartz/P. Götzky/I. Hoppe/G. Kanzler/H.O. Klein/K. Mainzer/H. Martin/P. Obrecht/G. Palme/H. Paulisch/H. Riegg/J.C.F. Schubert/U. Treske/W. Weise/D. Willems/ H. Wilmanns/S. Witte/H. Wohlenberg, Erfahrungen mit neuartigen N-Lost-Phosphamidestern, in: Deutsche Medizinische Wochenschrift 95, 10 (1970), S. 491-497, doi: 10.1055/s-002-14389.
- Druckrey, Hermann/Siegfried Raabe, Organspezifische Chemotherapie des Krebs (Prostata-Karzinom), in: Klinische Wochenschrift 30 (1952), S. 882-887, doi: 10.1007/BF01471475.
- Dunbar, Helen Flanders, Emotions and Bodily Changes, New York 1935.
- Duncan, J. Matthews, Concerning Medical Education. An Address Delivered at the Opening of the Session of the Abernethian Society, October 14th, 1886, London 1886.
- Dunn Jr., John E., The Relationships between Carcinoma in Situ and Invasive Cervical Carcinoma: A Consideration of the Contribution to the Problem to be Made from General Population Data, in: Cancer 6, 5 (1953), S. 873-886, doi: 10.1002/1097-0142(195309)6:5<873::AID-CNCR2820060506>3.0.CO;2-Q.
- Ebeling, K./H. Spitzbart, Zur Erfassung zytostatischer Effekte an Zellkulturen in vitro und deren gegenwärtige Bedeutung für eine individualisierte Tumorthherapie des fortgeschrittenen Ovarialkarzinoms, in: Zentralblatt für Gynäkologie 99 (1977), S. 1041-1054.

- Ehrenreich, Barbara, *Bright-Sided: How the Relentless Promotion of Positive Thinking Has Undermined America*, New York 2009.
- , *Smile Or Die. How Positive Thinking Fooled America & the World*, London 2009.
- Ehrhardt, Hans, Chemotherapie maligner Geschwülste, in: *Münchener Medizinische Wochenschrift* 115, 18 (1973), S. 814-832.
- Elias, Norbert, *Über die Einsamkeit der Sterbenden in unseren Tagen*, Frankfurt a.M. 1982.
- Eliasberg, Wladimir (Hg.), *Bericht über den I. Allgemeinen ärztlichen Kongreß für Psychotherapie in Baden-Baden, 17.-19. April 1926*, Halle 1927.
- Elten-Krause, Elisabeth/Walter Lewerenz (Hg.), *Brigitte Reimann in ihren Tagebüchern und Briefen. Eine Auswahl*, Berlin 1983.
- Ernst, Heiko, Machen Sie sich ruhig Illusionen, in: *Psychologie heute*, 9 (1989), S. 20-28.
- Evans, Elida, *A Psychological Study of Cancer*, New York 1926.
- Eysenck, Hans J., *Smoking, Health and Personality*, New Brunswick 1965.
- , *The Causes and Effects of Smoking*, Beverly Hills 1980.
- , Personality as a Predictor of Cancer and Cardiovascular Disease, and the Application of Behaviour Therapy in Prophylaxis, in: *European Journal of Psychiatry* 1 (1987), S. 29-41.
- Fabian, Dr. med. (= W.E.J. Schneiderzik), Neue Waffe gegen den Krebs. Die Kobaltbombe, in: *Die Bunte* 14 (1961), S. 61
- , Der Arzt als Messerstecher, in: *Die Bunte* 42 (1962), S. 71.
- , Zum Teufel mit dem Ärger! Wer seine Wut in sich hineinfrißt, kann krank werden, in: *Die Bunte* 42 (1968), S. 119.
- Farber, Sydney, Some Observations on the Effect of Folic Acid Antagonists on Acute Leukemia and other Forms of Incurable Cancer, in: *Blood* 4, 2 (1949), S. 160-167.
- Feifel, Herman, Death, in: Norman L. Farberow (Hg.), *Taboo Topics*, New York 1963, S. 8-21.
- Feinberg, B./R. Kurzrock/M. Talpaz/M. Blick/S. Saks/J.U. Gutterman, A Phase I Trial of Intravenously-Administered Recombinant Tumor Necrosis Factor-Alpha in Cancer Patients, in: *Journal of Clinical Oncology* 6, 8 (1988), S. 1328-1334, doi: 10.1200/JCO.1988.6.8.1328.

- Fischer-Wasels, Bernhard, Die Bedeutung der besonderen Allgemeindisposition des Körpers für die Entstehung der Krebskrankheit und die Möglichkeiten ihrer Bekämpfung, in: *Strahlentherapie* 50 (1934), S. 5-78.
- Foerster, Otfried, *Der Schmerz und seine operative Bekämpfung*, Halle/Saale 1935.
- Forschungsstelle Universitätsgeschichte, Arthur Jores, *Catalogus Professorum Rostochiensium*, Universität Rostock (06.10.2015), <http://purl.uni-rostock.de/cpr/00003358> (letzter Zugriff: 27.03.2017).
- Fox, Bernard H., Psychogenic Factors in Cancer, Especially Its Incidence, in: Stan Maes/Charles D. Spielberger/Peter B. Defares/Irwin G. Sarason (Hg.) *Topics in Health Psychology*, Chichester 1988, S. 37-55.
- Fraenkel, Bernhard, Die intralaryngeale Behandlung des Kehlkopfkrebsses, in: *Archiv für Laryngologie und Rhinologie* 6 (1897), S. 361-374.
- Fraenkel, L.. Zum Hauptthema des XV. Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie, in: *Monatsschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie* 37, 5 (1913), S. 663-667, doi: 10.1159/000290821.
- Frank, Arthur W., *At the Will of the Body: Reflections on Illness*, Boston 1991.
- , *Mit dem Willen des Körpers. Krankheit als existenzielle Erfahrung*, 2. Auflage, München 1993.
- , The Rhetoric of Self-Change: Illness Experience as Narrative, in: *Sociological Quarterly* 34 (1993), S. 41-45.
- , *The Wounded Storyteller. Body, Illness & Ethics*, 2. Auflage, Chicago/London 2013.
- Frank, Lawrence K., Projective Methods for the Study of Personality, in: *Journal of Psychology* 8, 2 (1939), S. 389-413, doi: 10.1080/00223980.1939.9917671.
- Frankl, Victor, Psychotherapie und Weltanschauung. Zur grundsätzlichen Kritik ihrer Beziehungen, in: *Internationale Zeitschrift für Individualpsychologie* 3 (1925), S. 250-252.
- Franqué, Otto von, Wie soll man den Uteruskrebs behandeln?, in: *Münchener Medizinische Wochenschrift* 70, 21 (1923), S. 676-687.
- Frauenselbsthilfe nach Krebs Bundesverband e.V. (Hg.), *Dokumente der Erinnerung. Der Anfang prägte unseren Weg*, Heidelberg 2006.
- Frentzel-Beyme, Rainer, Levels of Interest in an Epidemiological Approach of Identifying Psychomental Risk Factors for Cancer, in: *Psychological Inquiry* 2, 3 (1991), S. 290-293.

- Freud, Sigmund, Das Ich und das Es, Leipzig 1923.
- , Hemmung, Symptom und Angst, Leipzig/Wien/Zürich 1926.
- Freund, Wilhelm Alexander, Eine neue Methode der Exstirpation des ganzen Uterus, in: Berliner Klinische Wochenschrift (1878), S. 417f.
- , Eine neue Methode der Exstirpation des ganzen Uterus, in: Sammlung klinischer Vorträge in Verbindung mit deutschen Klinikern 133, Gynäkologie H. 41 (1878), S. 911-924.
- , Zur Naturgeschichte der Krebskrankheit nach klinischen Erfahrungen, in: Zeitschrift für Krebsforschung 3, 1 (1905), S. 1-33, doi: 10.1007/BF02032922.
- Frey, Direktor Dr., Reichsgesundheitsamt, Hygienische Volksbelehrung, in: Vossische Zeitung 456 (Morgenausgabe, 27.9.1929), S. 10.
- Freytag, Gustav, Briefe an seine Gattin, 3. und 4. Auflage, Berlin 1912.
- Frick, Hans, Die blaue Stunde, Berlin/Weimar 1978.
- Friedeberg, V./O. Käser/K.G. Ober/K. Thomsen/J. Zander, Behandlung der Uteruskarzinome, in: Gynäkologie und Geburtshilfe (Bd. 3 = Spezielle Gynäkologie), Stuttgart 1972, S. 523-571.
- Fritz, Heinrich, Die Kobaltkanone gegen Geschwulstkrankheiten, in: Frau von heute 13, 42 (1958), S. 24f.
- Fröhlich, Elke (Hg.), Die Tagebücher von Joseph Goebbels. Sämtliche Fragmente, Teil I, Bd. 4, München u.a. 1987.
- Fromm-Reichmann, Frieda, Notes on the Development of Treatment of Schizophrenics by Psychoanalytic Theory, in: Psychiatry 11, 3 (1948), S. 263-273.
- Frommolt, G., Die Behandlung des Kollumkarzinoms im kleinen Krankenhaus (aus der geburtshilflich-gynäkologischen Abteilung des Ev. Diakonissenhauses Halle a.S.), in: Münchener Medizinische Wochenschrift 85, 7 (1938), S. 241f.
- Galen, Bischof Clemens August Graf von, Akten, Briefe und Predigten 1933-1946, Bd. 2: 1939-1946, bearb. von Ludwig Löffler, Mainz 1988.
- Ganse, Robert, Die hauptsächlichen Krebserkrankungen der Frau (= Schriftenreihe des Deutschen Hygiene-Museums Dresden, Heft 1), Dresden o.J. [1956/1957].
- Gaupp, R., Psychotherapie, in: A. Géronne (Hg.), Verhandlungen der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin. 39. Kongress, gehalten zu Wiesbaden vom 25.-28. April 1927, Berlin/Heidelberg 1927, S. 11-35.

- Gauß, C.J. (Hg.), Lehrbuch der Strahlentherapie, Bd. 4, Teil 1 und 2: Die Strahlentherapie in der Gynäkologie, Berlin/Wien 1929.
- Gebhard, Bruno, Der Krebs und seine Bekämpfung. Eine Sonderschau des Deutschen Hygiene-Museums, in: Hygienischer Wegweiser 12 (1929), S. 307-309.
- , Kampf dem Krebs, Dresden 1933.
- Gerhardt, C., Bericht des Dr. C. Gerhardt, Königlichen Universitäts-Professors und Geheimen Medizinalrathes in Berlin, in: Die Krankheit Kaiser Friedrich des Dritten, Berlin 1888, S. 1-17.
- Gesellschaft zur Bekämpfung der Krebskrankheiten Nordrhein-Westfalen e.V., Diagnose Krebs ... und nun? 100 Fragen – 100 Antworten. Ein Informationsblatt zur Krebsfrüherkennung und Behandlung, 2000.
- Gesetz über den Verkehr mit Arzneimitteln (Arzneimittelgesetz – AMG) (24.08.1976), in: Bundesministerium für Justiz und für Verbraucherschutz, Gesetze im Internet, [https://www.gesetze-im-internet.de/bundesrecht/amg\\_1976/gesamt.pdf](https://www.gesetze-im-internet.de/bundesrecht/amg_1976/gesamt.pdf) (letzter Zugriff: 27.03.2017).
- Gesetz zur Verbesserung der Rechte von Patientinnen und Patienten, Bundesgesetzblatt Teil I Nr. 9 (2013), ausgegeben zu Bonn am 25.03.2013, [http://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user\\_upload/downloads/Patientenrechtegesetz\\_BGBI.pdf](http://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/Patientenrechtegesetz_BGBI.pdf) (letzter Zugriff: 27.03.2017).
- Geyer, Dr. med. E., Wie kann jede Frau zur Früherkennung von Brustgeschwülsten beitragen, in: Alles für Deine Gesundheit 1 (1959).
- Glaser, Barney C./Anselm L. Strauss, Awareness of Dying, Chicago 1965.
- , The Discovery of Grounded Theory. Strategies for Qualitative Research, Chicago 1967.
- , Interaktion mit Sterbenden. Beobachtungen für Ärzte, Schwestern, Seelsorger und Angehörige, Göttingen 1974.
- Gleßmer-Junike, Simone, X-Strahlen, Radiometer und Hauteinheitdosis. Die Entwicklung der Messverfahren und Maßeinheiten für Röntgenstrahlung in der medizinischen Physik von den Anfängen bis zur internationalen Standardisierung, Ph.D. Diss., Universität Hamburg 2015 (online zugänglich: <http://ediss.sub.uni-hamburg.de/volltexte/2015/7181/pdf/Dissertation.pdf>, letzter Zugriff: 27.03.2017).
- Gögler, H., Fürsorge für Krebskranke [Auszug aus dem Medizin. Korrespondenzblatt für Württemberg vom 18. Februar 1933, 103, Nr. 7].



- Göring, Matthias H. (Hg.), Deutsche Seelenheilkunde, Leipzig 1934.
- , Die nationalsozialistische Idee in der Psychotherapie, in: M.H. Göring (Hg.), Deutsche Seelenheilkunde, Leipzig 1934, S. 11-16.
- Goffman, Erving, Stigma. Über Techniken der Bewältigung beschädigter Identität, Frankfurt a.M. 1967.
- Goldammer, Schw. H. (Schwesternhochschule der Diakonie), Die Schwester in der Begegnung mit Sterbenden, in: Die Diakonieschwester 58, 7 (1962), S. 135-137 und 58, 8 (1962), S. 169-173.
- Goleman, Daniel, Emotional Intelligence: Why It Can Matter More Than IQ, New York 1995.
- , EQ. Emotionale Intelligenz, übers. von Friedrich Griesse, München/Wien 1996.
- , Die heilende Kraft der Gefühle: Gespräche mit dem Dalai Lama über Achtsamkeit, Emotion und Gesundheit, München 1998.
- Gollwitzer, Helmut, ... und führen, wohin du nicht willst. Bericht einer Gefangenschaft, München 1951.
- Goodman, Louis S./Maxwell W. Wintrobe/William Dameshek/Morton J. Goodman/Alfred Gilman/Margaret T. McLennan, Nitrogen Mustard Therapy: Use of Methyl-Bis(Beta-Chloroethyl)amine Hydrochloride and Tris(Beta-Chloroethyl)amine Hydrochloride for Hodgkin's Disease, Lymphosarcoma, Leukemia and Certain Allied and Miscellaneous Disorders, in: Journal of the American Medical Association 132, 3 (1946), S. 126-132, doi: 10.1001/jama.1946.02870380008004.
- Greene, Jr., William A., Psychological Factors and Reticuloendothelial Disease: Preliminary Observations on a Group of Males with Lymphomas and Leukemias, in: Psychosomatic Medicine 16, 3 (1954), S. 220-230.
- /Lawrence E. Young/Scott N. Swisher, Psychological Factors and Reticuloendothelial Disease: Observations on a Group of Women with Lymphomas and Leukemias, in: Psychosomatic Medicine 18, 4 (1956), S. 284-303.
- Grinker, Sr., Roy R., Psychosomatic Aspects of the Cancer Problem, in: Annals of the New York Academy of Science 125 (1966), S. 876-882, doi: 10.1111/j.1749-6632.1966.tb45439.x.
- Grinker, Roy R./Fred P. Robbins, Psychosomatic Case Book, New York 1954.
- Grinker, Roy R./John P. Spiegel, Men Under Stress, Philadelphia 1945.

- Groddeck, Georg, Die psychische Bedingtheit und psychoanalytische Behandlung organischer Leiden, Leipzig 1917.
- , Das Buch vom Es. Psychoanalytische Briefe an eine Freundin, Leipzig/Wien/Zürich 1923.
- , Von der psychischen Bedingtheit der Krebskrankheit, in: Psychoanalytische Schriften zur Psychosomatik, hg. von Günter Clauser, Wiesbaden 1966, S. 380-385.
- Grossarth-Maticsek, R. Wer sich exponiert, ist gefährdet, in: Psychologie heute 6 (1978), S. 32-39.
- Grünwald, Gerald, Die Aufklärungspflicht des Arztes (Vortrag gehalten auf Einladung der niedersächsischen Röntgengesellschaft anlässlich der Jahrestagung 1960 in Bad Pyrmont am 1.10.1960), in: Strahlentherapie 114 (1961), S. 165-178.
- Gruppe Krebs, Sonder-Katalog der Gruppe Krebs der wissenschaftlichen Abteilung der Internationalen Hygiene-Ausstellung in Dresden 1911, Dresden 1911.
- Gryphius, Tränen in schwerer Krankheit, in: Sophie Leiss (Hg.), Tod. Tränen. Trost. Gedichte, die uns Trauern und Sterben lehren – Die bewegendsten Gedichte über unser Leben und dessen Endlichkeit, Kindle Edition.
- Gudzent, F./H. Holthusen (Hg.), Lehrbuch der Strahlentherapie, Bd. 3: Die Strahlentherapie in der Inneren Medizin, Berlin/Wien 1926.
- Günther, O., Aufgaben und Probleme des Internisten bei der Aufklärung, in: Gerhard Burkhardt/Wolfgang Reimann (Hg.), Aufklärungs- und Schweigepflicht des Arztes und seiner Mitarbeiter. Medizinisch-juristische Grundlagen, Dresden 1975, S. 38-42.
- Hackethal, Julius, Auf Messers Schneide. Kunst und Fehler der Chirurgen, Reinbek bei Hamburg 1976.
- , Nachoperation. Noteingriff zur Korrektur eines patientenfeindlichen Gesundheitssystems, Wien u.a. 1977.
- , „Keine Angst vor Krebs“. Gefahren der Vorsorgeuntersuchung – Modellfall Prostata (III), in: Der Spiegel 43 (1978), S. 204-218.
- , „Keine Angst vor Krebs“. Gefahren der Vorsorgeuntersuchung – Modellfall Prostata (IV), in: Der Spiegel 44 (1978), S. 206-217.
- Haeberlin, Carl, Vom Beruf des Arztes, 2. neu durchgesehene Auflage, München 1925.
- Häublein, Hans-Günther, Rehabilitation schafft Gesundheit und besseres Leben, in: Arbeit und Sozialfürsorge 13 (1958), S. 612-615.

- Haffner, Sebastian, Woran sind die Deutschen krank?, in: Der Stern 48 (1964), S. 174f.
- Hahn, Otto, Cobalt 60. Gefahr oder Segen für die Menschheit, 3. Auflage, Göttingen/Berlin/Frankfurt 1956.
- Hansen, G./H. Vetterlein, Arzt und Recht in der Deutschen Demokratischen Republik, Leipzig 1959.
- , Ärztliches Handeln – Rechtliche Pflichten in der Deutschen Demokratischen Republik, 2. verbesserte Auflage, Leipzig 1962.
- , Ärztliches Handeln – Rechtliche Pflichten in der Deutschen Demokratischen Republik, 5. überarbeitete Auflage, Leipzig 1973.
- Harms, Bruno, Sechzig Jahre Krankenhaus Moabit: Entwicklungsgeschichte des ersten Berliner städtischen Krankenhauses, in: Zeitschrift für das gesamte Krankenhauswesen 28 (1932), S. 197-201.
- Hartkopf, Sanitätsrat Dr., Köln, Alte und neue Wege zur Bekämpfung der Krebskrankheit, in: Kölnische Zeitung 467 (04.07.1924).
- Hauri, Dora, Ich habe den Herbst gesehen, hg. von Walter Graber/Ruedi Passavant, Basel 1982.
- Hayes, A. Wallace, Brief an Hans J. Eysenck, 28. Januar 1988: <http://tobaccodocuments.org/rjr/509882911-2911.html> (letzter Zugriff: 27.03.2017).
- Heile, Bernhard, Zur Operation und Nachbehandlung des Brustkrebses, in: Münchener Medizinische Wochenschrift 55, 30 (1908), S. 1584f.
- Helmholtz, Anna von, Ein Lebensbild in Briefen, hg. von Ellen von Siemens-Helmholtz, Bd. 1, Berlin 1929.
- Henius, Leopold, Albert Moll, Ärztliche Ethik, in: Deutsche Medizinische Wochenschrift 28, 29 (1902), S. 528f., doi: 10.1055/s-0028-1138831.
- Henle, Magda, Ist Krebs eine weibliche Krankheit?, in: Psychologie heute 4 (1982), S. 54-60.
- Herberger, Winfried, Behandlung und Pflege inoperabler Geschwulstkranker einschließlich Nachbehandlung von Krebsoperierten und Bestrahlten, Dresden/Leipzig 1960.
- , Die Rolle psychosozialer Faktoren im Rahmen der Rehabilitation Geschwulstkranker, in: Zeitschrift für die gesamte Hygiene und ihre Grenzgebiete 15 (1969), S. 67-72.
- Herrndorf, Wolfgang, Arbeit und Struktur [blog], <http://www.wolfgang-herrndorf.de/> (letzter Zugriff: 27.03.2017).

- , Arbeit und Struktur, Berlin 2013.
- Hession, Brian, Determined to Live, London 1956.
- Heyst, Ilse van, Das Schlimmste war die Angst. Geschichte einer Krebserkrankung und ihrer Heilung. Mit einem Begleitwort von Mildred Scheel, Frankfurt a.M. 1982.
- Higgins, Marguerite, How Secretary Dulles Faced Death, Part 1: Battled Disease as Job Intruder, in: New York Herald Tribune (26.07.1959), S. A1.
- , How Secretary Dulles Faced Death, Part 2: Dulles' Strong Will Helped battle Disease, in: New York Herald Tribune (27.07.1959), S. 7.
- , How Secretary Dulles Faced Death, Part 3: Dulles Fought for Comeback, in: New York Herald Tribune (28.07.1959), S. A4.
- , Der Mann, der nicht aufgeben wollte. Das Ende des John Foster Dulles, in: Der Spiegel 34 (19. August 1959), S. 32-34.
- Hinselmann, Hans, Die Ätiologie, Symptomatologie und Diagnostik des Uteruscarcinoms, in: Otto von Franqué/Hans Hinselmann/Robert Meyer, Anatomie und Diagnostik der Carcinome, der Bindegewebsgeschwülste und Mischgeschwülste des Uterus, der Blasenmole und des Chorionepithelioma malignum (= W. Stoeckel (Hg.), Handbuch der Gynäkologie, Bd. 6, 1. Hälfte), 3. völlig neubearbeitete und erweiterte Auflage, München 1930, S. 854-953.
- Hintze, Arthur, Unsere Erfahrungen in der Krebsbekämpfung und unsere Erfolge in der Krebsbehandlung in 20jähriger Tätigkeit, o.O. 1932.
- , Die Prognose des Karzinoms nach den Erfahrungen der Bierschen Klinik, in: Münchener Medizinische Wochenschrift 82, 5 (1935), S. 163-166.
- , Wider den Pessimismus in der Krebsbehandlung, in Münchener Medizinische Wochenschrift 82, 6 (1935), S. 210-213.
- Hirschfeld, J., Ist Krebs übertragbar?, in: Deutsche Zeitschrift für Krankenpflege und Gesundheitsfürsorge 21 (1902), S. 322f.
- Hirschfeld, Hans, Euguform, ein neues Desodorans, in: Berliner Klinische Wochenschrift 56 (1919), S. 1189.
- Höck, Kurt/Manfred Vorweg (Hg.), Psychosomatik, Teil 1 (= Psychotherapie und Grenzgebiete, Bd. 7), Leipzig 1986.
- (Hg.), Psychosomatik, Teil 2 (= Psychotherapie und Grenzgebiete, Bd. 8), Leipzig 1987.
- Hoffmann, Hermann F., Über Ärzte und Patienten, Stuttgart 1935.

- Hofstätter, M. (Zürich), Kann der Krebs auch seelisch bedingt sein?, in: *Ars Medici* 38, 4 (1948), S. 231-238.
- Holch, Christine, Worauf es in der Palliativmedizin ankommt. Die Schrecken am Ende des Lebens. Interview mit Sven Gottschling, in: *Chrismon* 3 (2017), S. 12-18.
- Holland, Jimmie C./Natalie Geary/Anthony Marchini/Susan Tross, Psychological Issues. An International Survey of Physician Attitudes and Practice in Revealing the Diagnosis of Cancer, in: *Cancer Investigation* 5, 2 (1987), S. 151-154, doi: 10.3109/07357908709018468.
- Holland, Jimmie C./Julia H. Rowland (Hg.), *Handbook of Psycho-Oncology. Psychological Care of the Patient With Cancer*, New York/Oxford 1989.
- Holm-Hadulla, Michael, *Psychologische Aspekte der Krebserkrankung*, Göttingen 1982.
- Holzknacht, Guido, Die forensische Beurteilung der sogenannten Röntgenverbrennungen, in: *Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen* 6, 3 (1902/1903), S. 145-152.
- Hufeland, Christoph Martin, *Enchiridion medicum oder Anleitung zur medicinischen Praxis: Vermächtniß einer fünfzigjährigen Erfahrung*, Herisau 1837 (online zugänglich: <http://www.mdz-nbn-resolving.de/urn/resolver.pl?urn=urn:nbn:de:bvb:12-bsb10472683-1>, letzter Zugriff: 27.03.2017).
- H.V., Schw., Soll man Kranke belügen?, in: *Die Diakonieschwester* 48 (1952), S. 173.
- Jacob, Roland, Die psychische Führung des Krebspatienten, in: *Zeitschrift für die gesamte innere Medizin und ihre Grenzgebiete* 33, 14 (1978), S. 455-458.
- Jaffé, Karl, Albert Moll, Ärztliche Ethik, in: *Münchener Medizinische Wochenschrift* 49 (1902), S. 287.
- Jahn, Ernst, Geschichte und Problematik der Arbeit, in: 40 Jahre Berliner Arbeitsgemeinschaft Arzt und Seelsorger (= Berliner Hefte zur Förderung der evangelischen Krankenseelsorge, H. 18), hg. von Evangelischen Konsistorium Berlin-Brandenburg, Berlin 1965, S. 13-31.
- Jaschke, Rudolf Th. von, Allgemeine gynäkologische Therapie, in: Rudolf Th. von Jaschke/Otto Pankow, *Lehrbuch der Gynäkologie*, 5. Auflage, Berlin 1933, S. 171-237.
- Jaspers, Karl, *Die Schuldfrage*, Heidelberg 1946.
- Jennrich, Peter, Umstrittener Stich ins Gewebenest, in: *Die Zeit* 29 (11.07.1980).

- John, Ernst, Das Wunder, das wir selber sind. Ein Gang durch die „Internationale Hygiene-Ausstellung“ Dresden 1930, in: Grüne Post 24 (15.6.1930).
- Jonas, Hans, Das Prinzip Verantwortung. Versuch einer Ethik für die technologische Zivilisation, Frankfurt a.M. 1979.
- Jores, Arthur, Der Mensch und seine Krankheit. Grundlagen der anthropologischen Medizin, Stuttgart 1956.
- , Der Tod des Menschen in psychologischer Sicht, in: Medizinische Klinik 54, 7 (1959), S. 237-241.
- , Wann darf ein Mensch sterben?, in: Stern 47 (1970), S. 140-142.
- /Hans-Georg Puchta, Der Pensionierungstod: Untersuchungen an Hamburger Beamten, in: Medizinische Klinik 54, 25 (1959), S. 1158-1164.
- Jung, H.-D., Das Waldkrankenhaus Lychen – ein neuartiges Rehabilitationszentrum für Geschwulstrekonvaleszenten, in: Internationale Arbeitstagung über Fragen der Rehabilitation, Dispensairebetreuung und Prämorbidität, Leipzig 1958, S. 267-278.
- Kaehele, Edna, Living With Cancer, New York 1952.
- , Wie ich den Krebs bezwang. Die wahre Geschichte einer Frau, die nicht sterben wollte, Stuttgart 1954.
- , Sealed Orders, Englewood Cliffs, N.J. 1959.
- Kaelin, Werner, Versuche zu einer Frühdiagnose des Krebses aus dem Blut nach capillar-dynamischer Methode, in: Zeitschrift für Krebsforschung 34, 1 (1931), S. 457-72, doi: 10.1007/BF01625390.
- Kaminer, Albert Moll, Aertzliche Ethik, in: Deutsche Aerzte-Zeitung 5 (1903), S. 11.
- Kant, Immanuel, Über ein vermeintes Recht aus Menschenliebe zu lügen, in ders., Werke in zwölf Bänden. Bd. 8: Schriften zur Ethik und Religionsphilosophie 2, Frankfurt am Main 1977 [Erstdruck in: Berlinische Blätter, 1. Jg., 1797, S. 301-314] (online zugänglich: <http://www.zeno.org/nid/20009192123>, letzter Zugriff: 27.03.2017).
- Karasek, Hellmuth, „Mars“: Ein dreißigjähriger Krieg im Frieden, in: Der Spiegel 15 (1977), S. 219.
- Karnofsky, D. A./W. H. Abelmann/L. F. Craver/Joseph H. Burchenal, The Use of the Nitrogen Mustards in the Palliative Treatment of Carcinoma. With Particular Reference to Bronchogenic Carcinoma, in: Cancer 1, 4 (1948), S. 634-656, doi: 10.1002/1097-0142(194811)1:4<634::AID-CNCR2820010410>3.0.CO;2-L.

- Kasper, August M., *The Doctor and Death*, in: Herman Feifel (Hg.), *The Meaning of Death*, New York 1959, S. 259-270.
- Keller, Elisabeth, *Ich habe den Krebs überwunden. Aus dem Tagebuch einer Mutter*, München 1969.
- Kepp, Richard Kurt, *Die Behandlung unerträglicher, durch Genitalcarcinome hervorgerufener Schmerzen mit paravertebralen und präasacralen Alcoholinjektionen*, in: *Archiv für Gynäkologie* 174, 3 (1942), S. 620-666, doi: 10.1007/BF01961 038.
- Keppler, Paul Wilhelm von, *Leidenschule*, Freiburg i.Br. 1914.
- Kerst, Donald, *Shall New Machine Be Named Betatron or Rheotron*, in: *Chemistry Leaflet* 15, 10 (1942), S. 7-12.
- Kiebish, Michael A./Xianlin Han/Hua Cheng/Jeffrey H. Chuang/Thomas N. Seyfried, *Cardiolipin and Electron Transport Chain Abnormalities in Mouse Brain Tumor Mitochondria: Lipidomic Evidence Supporting the Warburg Theory of Cancer*, in: *Journal of Lipid Research* 49, 12 (2008), S. 2545–2556, doi: 10.1194/jlr.M800319-JLR200.
- Kierkegaard, Sören, *Der Begriff der Ironie: Mit ständiger Rücksicht auf Sokrates*, hg. von Chr. Kaiser, übers. von Wilhelm Kütemeyer, München 1929.
- , *Christliche Reden*, übers. von Wilhelm Kütemeyer/Christoph Schrempf, Jena 1929.
- , *Der Einzelne und die Kirche. Über Luther und den Protestantismus*, übers. und Vorwort von Wilhelm Kütemeyer, Berlin 1934.
- , *Der Begriff der Angst*, in: ders., *Der Begriff der Angst. Philosophische Schriften 2*, übers. von Christoph Schrempf/Wolfgang Pfeleiderer/H. Gottsched, Frankfurt a.M. 2009, S. 175-296.
- , *Die Krankheit zum Tode*, in: ders., *Der Begriff der Angst. Philosophische Schriften 2*, übers. von Christoph Schrempf/Wolfgang Pfeleiderer/H. Gottsched, Frankfurt a.M. 2009, S. 661-754.
- Kirchhoff, Heinz, *Der Einfluß sozialer Faktoren auf Ablauf und Heilung des Genital-Karzinoms der Frau*, in: *Deutsche Medizinische Wochenschrift* 79, 31/32 (1954), S. 1153-1155, doi: 10.1055/s-0028-1119330.
- Kirchner, Prof. Dr., *Ziele und Zwecke des Deutschen Zentralkomitees für Krebsforschung*, in: *Zeitschrift für Krebsforschung* 10, 1 (1910), 3-7, doi: 10.1007/BF02218322.
- Kissen, David M./Hans J. Eysenck, *Personality and Lung Cancer*, in: *British Medical Journal* 15, 1 (1961), S. 1107.

- , Personality in Male Lung Cancer Patients, in: *Journal of Psychosomatic Research* 6, 2 (1962), S. 123-127, doi: 10.1016/0022-3999(62)90062-4.
- Klein, Gustav, Die operative Behandlung des Gebärmutterkrebses, in: *Münchener Medizinische Wochenschrift* 50, 11 (1903), S. 472-474.
- , Die operative Behandlung des Gebärmutterkrebses (Schluss), in: *Münchener Medizinische Wochenschrift* 50, 12 (1903), S. 513-515.
- Kleinman, Arthur, *The Illness Narratives. Suffering, Healing & the Human Condition*, New York 1988.
- Klohn, Egon, An Krebs operiert (Rubrik: Gesundheitsmagazin), in: *HörZu* 13 (1970), S. 132-137.
- Klose, Dr., Bekämpfung der bösartigen Geschwülste. Carcinom und Fürsorge, in: Sonderdruck: *Deutsche Zeitschrift für öffentliche Gesundheitspflege* 5-12 (1929), S. 229-237.
- Klosterhalfen, Herbert, „Hackethal ist ein leichtfertiger Schwätzer“. Der Hamburger Urologie-Professor Herbert Klosterhalfen zur Kontroverse um Professor Hackethal, in: *Der Spiegel* 44 (1978), S. 220-223.
- Knef, Hildegard, *Das Urteil oder der Gegenmensch*, Wien/München/Zürich 1975.
- , Das Urteil, in: *Der Stern* 19 (1975), S. 73f, 76, 78, 80.
- , Das Urteil II, in: *Der Stern* 20 (1975), S. 72-74, 76, 78, 80.
- , Das Urteil III, in: *Der Stern* 21 (1975), S. 84-86, 88, 90, 92.
- , Das Urteil IV, in: *Der Stern* 22 (1975), S. 80, 82f, 85, 87-89.
- , Das Urteil V, in: *Der Stern* 23 (1975), S. 74, 76, 78, 80, 82.
- , „Das Urteil VI“, in: *Der Stern* 24 (1975), S. 66, 68, 70, 72.
- , „Das Urteil VII“, in: *Der Stern* 25 (1975), S. 105f., 108, 110-112.
- , Das Urteil VIII, in: *Der Stern* 26 (1975), S. 98, 100, 102, 107f.
- , Das Urteil IX, in: *Der Stern* 27 (1975), S. 62, 64, 66, 86-70.
- Koblanck, Alfred, Über die Wirkung von Röntgen- und Radiumstrahlen auf den menschlichen Körper (Teil 2), in: *Krankenpflegezeitschrift* 18, 12 (1915), S. 157-160.
- Koch, Julius, Baubeschreibung, in: Vinzenz Czerny (Hg.), *Das Heidelberger Institut für experimentelle Krebsforschung, I. Teil*, Tübingen 1912, S. 14-46.
- Koch, Robert, Die Ätiologie der Tuberkulose (1882), in: ders., *Die Ätiologie und die Bekämpfung der Tuberkulose*, Leipzig 1912, S. 10-38.



- Köhler, Theodor, Beitrag zur Operation des Mastdarmkrebses, in: Münchener Medizinische Wochenschrift 69, 20 (1922), S. 738f.
- Köhn-Behrens, Charlotte (Hg.), Was ist Rasse? Gespräche mit den größten deutschen Forschern der Gegenwart, München 1934.
- , Du bist Dein Schicksal. Gespräche mit führenden Vertretern der psychotherapeutischen Wissenschaft, München 1937.
- , Das Kapitel von der Angst, in: Die Gartenlaube 17 (1940), S. 246.
- , Du bist Dein Schicksal. Wege zum Erfolg in Leben und Liebe, München 1953.
- König, Uta, Ein Haus, das Mut macht, in: Der Stern 37 (1980), S. 256.
- Körbler, Juraj, Der behandelte Krebskranke außerhalb des Krankenhauses, in: Monatschrift für Krebsbekämpfung 4, 9 (1936), S. 257-278.
- Körner, Uwe, Interdisziplinäres Kolloquium zum Thema „Leben und Sterben“, in: Deutsche Zeitschrift für Philosophie 32, 6 (1984), S. 575-580, doi: 10.1524/dzph.1984.32.6.575.
- Kötschau, Karl, Der Einfluß des Christentums auf Stellung und Einstellung des Kranken (= Schriften des Vereins Deutsche Volksheilkunde e.V., Nürnberg, Bd. 15), Nürnberg 1938.
- Kolle, Oswald/Peter Schmidberger, Millionen werden nicht an Krebs sterben, wenn..., in: Die Bunte 32 (1966), S. 28f., 53f.; Die Bunte 33 (1966), S. 56-58, 60-62; Die Bunte 34 (1966), S. 44-47; Die Bunte 35 (1966), S. 28-30, 32, 62; Die Bunte 36 (1966), S. 62-68; Die Bunte 37 (1966), S. 66f, 69f, 72f; Die Bunte 38 (1966), S. 90-95, 97; Die Bunte 39 (1966), S. 92-96, 98.
- Kolnai, Aurel, Der Ekel, in: Jahrbuch für Philosophie und phänomenologische Forschung 10 (1929), S. 515-569.
- , On Disgust, edited and with an Introduction by Barry Smith and Carloyn Korsmeyer, Chicago/La Salle 2004.
- , Der Ekel, in: ders., Ekel. Hochmut. Haß, mit einem Nachwort von Axel Honneth, Frankfurt a.M. 2007, S. 7-65.
- Konsalik, Heinz G., Der Arzt von Stalingrad, München 1956.
- , Diagnose Krebs, Bayreuth 1961.
- , Diagnose Krebs. Der Roman eines Arztes und seiner Patienten, in: Revue 15 (1961), S. 18-24; Revue 16 (1961), S. 22-27; Revue 17 (1961), S. 20-28; Revue 18 (1961), S. 24-30; Revue 19 (1961), S. 24-32; Revue 20 (1961), S. 58-66; Revue 21 (1961), S. 28-32; Revue 22 (1961), S. 30-34; Revue 23 (1961), S. 28-34;

Revue 24 (1961); Revue 25 (1961); Revue 26 (1961), S. 42-47; Revue 27 (1961), S. 50-55; Revue 28 (1961); Revue 29 (1961); Revue 30 (1961); Revue 31 (1961), S. 32-37; Revue 32 (1961); Revue 33 (1961), S. 28-33; Revue 34 (1961), S. 30-33.

—, Diagnose Krebs, München 1964.

Korn, Albert Moll, Die Pflichten des Arztes in allen Beziehungen seiner Thätigkeit, in: *Die ärztliche Praxis* 15, 10 (1902), S. 152f.

Kowal, Samuel J., Emotions as a Cause of Cancer. 18th and 19th Century Contributions, in: *Psychoanalytic Review* 42, 3 (1955), S. 217-227.

Krannhals, Paul, Das organische Weltbild. Grundlagen einer neuentstehenden deutschen Kultur, München 1928.

Kraus, Friedrich, Die Abhängigkeitsbeziehungen zwischen Seele und Körper in Fragen der inneren Medizin, in: *Ergebnisse der Inneren Medizin und Kinderheilkunde* 1 (1911), S. 1-46.

Kraus-Weysser, Folker, Nur jeder zweite deutsche Arzt sagt Krebskranken die Wahrheit, in: *Welt am Sonntag* 28 (1980), S. 16.

„Krebs“, in: Meyers Konversations-Lexikon. Eine Encyclopädie des allgemeinen Wissens, Bd. 10: Kirschbaum-Luzy, 3. gänzlich umgearbeitete Auflage, Leipzig 1877, S. 329f.

„Krebs“, in: Pierers Konversations-Lexikon. Mit Universal-Sprachen-Lexikon nach Prof. Joseph Kürschners Systems, hg. von Joseph Kürschner, 7. Auflage, Bd. 8, Berlin/Stuttgart 1891, Sp. 804-806.

„Krebs“, in: Brockhaus' Konversations-Lexikon, 14. vollständig neu bearbeitete Auflage, Bd. 10, Leipzig/Berlin/Wien 1894, S. 701f.

„Krebs“, in: Meyers Konversations-Lexikon. Ein Nachschlagewerk des allgemeinen Wissens, 5. gänzlich neu bearbeitete Auflage, Bd. 10, Leipzig/Wien 1895, S. 665f.

„Krebs“, in: Brockhaus-Enzyklopädie, 19. völlig neu bearbeitete Aufl., Mannheim 1990, S. 453-456.

Krebs-Merkblatt zur Aufklärung des Volkes über die Krebskrankheit, bearbeitet von Dr. Alfred Pinkuß, Berlin, hg. vom Deutschen Zentralkomitee zur Erforschung und Bekämpfung der Krebskrankheit e.V., Berlin 1911.

- Krebs-Merkblatt zur Aufklärung des Volkes über die Krebskrankheit, hg. vom Deutschen Zentralkomitee zur Erforschung und Bekämpfung der Krebskrankheit e.V., Berlin 1921.
- Krecke, Albert, Über die seelische Schädigung des chirurgischen Kranken, in: Münchener Medizinische Wochenschrift 74, 5 (1927), S. 197-201.
- , Über die seelische Behandlung der Krebskranken und über die Krebsangst, in: Ärztliche Rundschau 16 (1931), S. 219-224.
- , Vom Arzt und seinen Kranken, München 1932.
- , The Doctor and His Patients, London 1934.
- Krehl, Ludolf, Die Behandlung innerer Krankheiten, 2. unveränderte Auflage, Berlin 1934.
- Kretz, Johannes, Das Krebsleiden als Allgemeinerkrankung, in: Zeitschrift für Krebsforschung 51, 1 (1941), S. 6-35, doi: 10.1007/BF01635743.
- , Die gegenwärtigen Aufgaben der Krebsbekämpfung, in: Der Krebsarzt 10, 1 (1955), S. 209-217.
- /O. Pötzl, Die Psyche des Krebskranken (Wien), in: Der Krebsarzt 1 (1946), S. 19-29.
- Krimmenau, Dr. med., Frauenklinik der Medizinischen Akademie Dresden, Die Zellabstrichuntersuchungen in der Frauenheilkunde, in: Alles für deine Gesundheit 2 (1960).
- Krokowski, Ernst, „Mit zweierlei Maß gemessen“. Professor Ernst Krokowski über den Streit um die SPIEGEL-Serie zur Krebsvorsorge, in: Der Spiegel 46 (1978), S. 271-273.
- Kübler-Ross, Elisabeth, On Death and Dying. What the Dying Have to Teach Doctors, Nurses, Clergy and Their Own Families, New York 1969.
- Künkel, Fritz, Angewandte Charakterkunde, 6 Bände, Leipzig 1928-1935.
- , Die Arbeit am Charakter. Die neuere Psychotherapie in ihrer Anwendung auf Erziehung, Selbsterziehung und Seelenführung, Schwerin 1929.
- , Grundzüge der politischen Charakterkunde, Berlin 1931.
- , Charakter, Krisis und Weltanschauung. Die vitale Dialektik als Grundlage der angewandten Charakterkunde, 3. Auflage, Stuttgart 1976.
- Kütemeyer, Wilhelm, Deutschland schuldig oder krank?, in: Die Zeit 4 (23.01.1947), S. 3.
- , Deutschland – schuldig oder krank?, in: Die Wandlung 2 (1948), S. 106-119.

- , Die Krankheit Europas. Beiträge zu einer Morphologie, Berlin/Frankfurt a.M. 1951.
- , Wandlungen medizinischer Anthropologie. Ein Vortrag 1946, in: Die Krankheit Europas. Beiträge zu einer Morphologie, Berlin/Frankfurt a.M. 1951, S. 139-186.
- , Körpergeschehen und Psychose, Stuttgart 1953.
- , Anthropologische Medizin in der inneren Klinik, in: Paul Vogel (Hg.), Viktor von Weizsäcker: Arzt im Irrsinn der Zeit. Eine Freundesgabe zum 70. Geburtstag, Göttingen 1956, S. 243-265.
- , Die Krankheit in ihrer Menschlichkeit, Göttingen 1963.
- , Psychosocial Aspects of Cancer. Paper presented at the Fourth International Conference on Psychosomatic Aspects of Neoplastic Disease 4 (1965).
- , Psychoanalyse der Geschichte? Zu Alexander Mitscherlichs Ideen über den Frieden, in: Evangelische Kommentare 11 (1969), S. 662-664.
- Küttner, Hermann, Die Operationen am Brustkorb, in: August Bier/Heinrich Braun/Hermann Kümmell (Hg.), Chirurgische Operationslehre, Bd. 2, 5. Auflage, Leipzig 1923, S. 394-780.
- /Ferdinand Sauerbruch/Victor Schmieden, Die Chirurgie des Krebses und die neuen organisatorischen Bestrebungen zur Krebsbekämpfung, in: Die Medizinische Welt. Ärztliche Wochenschrift 28 (1931), S. 14.
- Kuhl, Johannes, Schach dem Krebs. Verhütung und erfolgreiche Behandlung der Krebserkrankung durch das Kuhlsche Kostsystem, Zürich 1954.
- Kulenkampff, Diedrich, Über die Krebskrankheit, in: Hippokrates 3 (1929), S. 271-286.
- Kurz, Felix, Akademisches Schattenreich, in: Der Spiegel 37 (09.10.2002), S. 166.
- Läwen, A., Propaganda, Laienaufklärung und Reihenuntersuchungen im Kampfe gegen den Krebs in Ostpreußen, in: Monatsschrift für Krebsbekämpfung 7 (1939), S. 7-20.
- Lamers, William M., Classics Revisited: Herman Feifel, The Meaning of Death, in: Mortality 17, 1 (2012), S. 64-78, doi: 10.1080/13576275.2012.654709.
- Leber, Hugo, Der Zorn des Fritz Zorn, in: Die Zeit 23 (03.06.1977).
- Leidig, Eugen, Brief von Dr. Eugen Leidig an die Redaktion, in: Nationalzeitung (05.07.1891).
- Lakoff, George/Mark Johnson, Metaphors We Live By, Chicago 1980.

- Lenk, Helgard, Tumornekrosefaktor in der Behandlung maligner Tumoren – Stand und Perspektiven aus klinischer Sicht. Med. Diss., Akademie der Wissenschaften der DDR 1990.
- Lenker, Christiane, Krebs kann auch eine Chance sein. Zwischenbilanz oder Antwort an Fritz Zorn, Frankfurt a.M. 1984.
- Leonhardt, A., Die klinische Nachbehandlung der operierten oder bestrahlten Genital- und Mammakarzinom-Patientin. Konzeption und Erfahrungen einer gynäkologisch-onkologischen Nachbehandlungsklinik, in: Monatskurse für ärztliche Fortbildung 6 (1974), S. 239-243.
- LeShan, Lawrence, Psychological States as Factors in the Development of Malignant Disease: A Critical Review, in: Journal of the National Cancer Institute 22, 1 (1959), S. 1-18, doi: 10.1093/jnci/22.1.1.
- , Some Methodological Problems in the Study of the Psychosomatic Aspects of Cancer, in: Journal of General Psychology 63 (1960), S. 309-317.
- , Psychotherapie gegen den Krebs: über die Bedeutung emotionaler Faktoren bei der Entstehung und Heilung von Krebs, Stuttgart 1982.
- , Diagnose Krebs. Wendepunkt und Neubeginn. Ein Handbuch für Menschen, die an Krebs leiden, für ihre Familien und für ihre Ärzte und Therapeuten, übers. von Annegrete Lösch, Stuttgart 1993.
- /Marvin Reznikoff, Letter to the Editor, in: Psychosomatic Medicine 23, 3 (1961), S. 259.
- Levi, Lennart, Stress. Körper, Seele und Krankheit. Eine Einführung in die psychosomatische Medizin, Göttingen 1964.
- Leyden, Ernst von (Hg.), Bericht über die vom Komitee für Krebsforschung am 15. Oktober 1900 erhobene Sammelforschung, Jena 1902.
- /Ferdinand Blumenthal, Die Abteilung für Krebsforschung an der I. Med. Universitätsklinik, in: Charité-Annalen 28 (1904), S. 36-44.
- LG Frankfurt/M., BGB §§ 276, 631ff., 823. Urteil vom 22.05.1958 (2/4 O 232/57), in: Versicherungsrecht (1958), S. 868f.
- Lickint, Fritz, Tabak und Tabakrauch als ätiologischer Faktor des Carcinoms, in: Zeitschrift für Krebsforschung 30, 1 (1929), S. 349-365, doi: 10.1007/BF01636077.
- , Die Krebsfrage im Lichte der modernen Forschung, Berlin 1935.
- , Tabak und Organismus, Stuttgart 1939.
- Liek, Erwin, Der Kampf gegen den Krebs, München 1924.

- , *Der Arzt und seine Sendung*, München 1925.
- , Gedanken über den Krebs; in: *Hippokrates* 3 (1929), S. 287-305.
- , *Krebsverbreitung, Krebsbekämpfung, Krebsverhütung*, München 1932.
- , Stand und Zukunft der Krebsbekämpfung, in: *Praktische Karzinomblätter* 1 (1934), S. 1-7.
- Liertz, Werner/Hans Paffrath, *Handbuch des Arztrechtes*, Düsseldorf 1938.
- Linde, Irmgard, Krebsfürsorge im Rahmen der Krankenhausfürsorge, in: *Strahlentherapie* 97 (1955), S. 633-642
- Link, Charlotte, *Sechs Jahre. Der Abschied von meiner Schwester*, München 2014.
- Linser, K./H. Kleinsorge, *Die Hochseeklimakur. Grundlagen, Probleme sowie klinische und psychologische Ergebnisse bei endogenem Ekzem und Asthma bronchiale*, Leipzig 1969.
- Loch, Wolfgang/Michael Balint, The Doctor, His Patient and the Illness, in: *Psyche* 10, 12 (1957), S. 932f.
- , Der Arzt, sein Patient und die Krankheit, in: *Psyche* 11, 12 (1958), S. 922.
- Löll, Christiane, Besser überleben, in: *Süddeutsche Zeitung* 47 (25./26.02.2017), S. 35.
- Lorey, Alexander, Der Röntgenstrahlenschutz, in: Hans Meyer (Hg.), *Die wissenschaftlichen Grundlagen der Strahlentherapie (= Lehrbuch der Strahlentherapie, Bd. 1)*, Berlin/Wien 1925, S. 1101-1122.
- Louwen, Frank, DGGG-Vorstandsbeschluss aus Anlass der Diskussion um Hans Hinselmann, in: *Frauenarzt* 56 (2015), S. 302.
- Lüning, August, Die Laryngo- und Tracheostenosen im Verlaufe des Abdominaltyphus und ihre chirurgische Behandlung, in: *Archiv für klinische Chirurgie* 30, 2 (1884), S. 225-340.
- Lutterbach, Johannes/Christian Weissenberger/Klaus Hitzer/Almut Helmes, Qui nescit simulare nescit curare – Wer nicht täuschen kann, kann nicht heilen. Anmerkungen zur Aufklärung von Patienten in der (Radio-)Onkologie, in: *Strahlentherapie und Onkologie* 180, 8 (2004), S. 469-477, doi: 10.1007/s00066-004-1253-y.
- M., BGB §§ 276, 823 (Aufklärungspflicht des Arztes bei Krebs). Auch bei Krebserkrankungen ist der Arzt in der Regel nicht davon befreit, den Patienten über die besonderen Gefahren einer Strahlenbehandlung aufzuklären. BGH, Urt. v.

- 16.1.1959 – VI ZR 179/57 (Düsseldorf), in: *Neue Juristische Wochenschrift* 12, 18 (1959), S. 814f.
- M., Dr., Eröffnung des Laboratoriums für Krebsforschung, in: *Berliner Lokalanzeiger* (08.06.1903), Abendausgabe, S. 1.
- Machover, Karen, *Personality Projection in the Drawing of the Human Figure: A Method of Personality Investigation*, Springfield 1949.
- Mackenzie, Morell, *A Manual of Diseases of the Throat and Nose*, New York 1880 (online zugänglich: <https://archive.org/details/manualofdiseases00mack>, letzter Zugriff: 27.03.2017).
- , The Case of His Imperial Highness the Crown Prince of Germany, in: *The Lancet* 131, 3364 (18.02.1888), S. 339f., doi: 10.1016/S0140-6736(02)28032-0.
- , The Fatal Illness of Frederick the Noble, London 1888 (online zugänglich: <https://archive.org/details/fatalillnessfre00sirgoog>, letzter Zugriff: 27.03.2017).
- , Die Krankheit Sr. Kaiserlichen Hoheit des deutschen Kronprinzen, in: *Deutsche Medicinische Wochenschrift* 14, 8 (23.02.1888), S. 159f., doi: 10.1055/s-0029-1207780.
- Mann, Ernst, *Die Erlösung der Menschheit vom Elend*, Weimar 1922.
- , *Die Wohltätigkeit als aristokratische und rassenhygienische Forderung*, Weimar 1924.
- Mann, Thomas, *Gesammelte Werke*, Bd. 9, 2. Auflage, Frankfurt a.M. 1974.
- March, H., Von der christlichen Verantwortung des Arztes, in: *Die Evangelische Krankenpflege* 6, 6 (1957), S. 122-132.
- Marczikowski, Roman, Jeder 5. stirbt an Krebs, in: *Neue Berliner Illustrierte* 35 (1964), S. 8-13 und S. 33.
- Martin, H./J.C.F. Schubert, Behandlung der Lymphgranulomatose mit Vincalco-blastin, in: *Blut* 16 (1967), S. 157-160.
- Martius, Heinrich, Hans Hinselmann, in: *Deutsche Medizinische Wochenschrift* 84, 32 (1959), S. 1423f.
- Matthes, Theodor H., Experimental Contribution to the Question of Emotional Stress Reactions on the Growth of Tumors in Animals, in: *Acta/Unio Internationalis Contra Cancrum* 20 (1964), S. 1608-1610.
- Mayer, August, Über psychogene Entstehung gynäkologischer Symptome, in: Wladimir Eliasberg (Hg.), *Bericht über den I. Allgemeinen ärztlichen Kongreß für Psychotherapie in Baden-Baden, 17.-19. April 1926*, Halle 1927, S. 85-98.

- , Die Entwicklung unserer Therapie beim Uterus-Kollumkarzinom, in: Strahlentherapie 69 (1941), S. 17-28.
- , Wahrheit am Krankenbett, in: Die Kirche in der Welt 4, 9 (1951), S. 59-66 und 4, 29 (1951), S. 209-216.
- M'Bride, Mary Margaret, They've Survived Death, in: Los Angeles Times (07.03.1955), S. B6.
- McKay, Judith/Nancee Hirano, Chemotherapie: Informationen und Hilfen, übers. von Ulrike Ziegra, Reinbek bei Hamburg 1995.
- Mechtel, Angelika, Jeden Tag will ich leben. Ein Krebstagebuch, Frankfurt a.M. 1990.
- Meerwein, Fritz/S. Kauf/G. Schneider, Bemerkungen zur Arzt-Patientenbeziehung bei Krebskranken, in: Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychoanalyse 22, 3 (1976), S. 278-300.
- Meisner, Heinrich Otto (Hg.), Aus dem Briefwechsel des Generalfeldmarschalls Alfred Grafen von Waldersee, Bd. 1: Die Berliner Jahre 1886-1891, Stuttgart/Berlin/Leipzig 1928, S. 152.
- Meyer, Hans (Hg.), Lehrbuch der Strahlentherapie, 5 Bände, Berlin/Wien 1925-1929.
- (Hg.), Lehrbuch der Strahlentherapie. Bd. 1: Die wissenschaftlichen Grundlagen der Strahlentherapie, Berlin/Wien 1925.
- Mikorey, Max, Der Arzt und die letzten Dinge, in: Medizinische Klinik 50, 22 (1955), S. 954-961.
- Mißriegler, Anton, Krebsbehandlung durch den Hausarzt, in: Hippokrates 25 (1936), S. 661-664.
- , Die Krebsangst, in: Hippokrates 18 (1938), S. 469-471.
- Mitscherlich, Alexander, Über die Reichweite Psychosomatischen Denkens in der Medizin, in: Psyche 3, 5 (1949), S. 342-358.
- , Contribution à la théorie psychanalytique des maladies psychosomatiques, in: Evolution psychiatrique 3 (1953), S. 529-546.
- , Zur psychoanalytischen Auffassung psychosomatischer Krankheitsentstehung, in: Psyche 7, 10 (1954), S. 561-578.
- , Anmerkungen über die Chronifizierung psychosomatischen Geschehens, in: Psyche 15, 1 (1962), S. 1-25.
- , Über die Behandlung psychosomatischer Krankheiten, in: Psyche 18, 11 (1965), S. 643-663.



- /Fred Mielke, Das Diktat der Menschenverachtung. Eine Dokumentation. Der Nürnberger Ärzteprozeß und seine Quellen, Heidelberg 1947.
- , Wissenschaft ohne Menschlichkeit. Medizinische und eugenische Irrwege unter Diktatur, Bürokratie und Krieg, Heidelberg 1949.
- , Medizin ohne Menschlichkeit. Dokumente des Nürnberger Ärzteprozesses, Frankfurt a.M. 1960.
- Mitscherlich, Alexander/Margarete Mitscherlich, Die Unfähigkeit zu trauern. Grundlagen kollektiven Verhaltens, München 1967.
- Mitscherlich-Nielsen, Margarete, Die Notwendigkeit zu trauern, in: *Psyche* 33, 11 (1979), S. 981-990.
- M.L.M., Schw., Darf man Kranke belügen?, in: *Die Diakonieschwester* 50, 1 (1954), S. 6f.
- Mohl, Hans, Gesundheit für Millionen, in: ders. (Hg.), *Gesundheitsmagazin Praxis*. Eine Auswahl aus den Sendungen des ZDF, Reinbek bei Hamburg 1971, S. 7-11.
- Moll, Albert, *Der Hypnotismus*, Berlin 1889.
- , *Der Hypnotismus*, 2. vermehrte und umgearbeitete Auflage, Berlin 1890.
- , *Der Hypnotismus*, 3. vermehrte Auflage, Berlin 1895.
- , *Hypnotism*, New York 1890.
- , *Hypnotism*, London 1890.
- , *Hypnotism*, 2. Auflage, London 1890.
- , *Hypnotism*, 3. Auflage, London 1894.
- , *Ärztliche Ethik. Die Pflichten des Arztes in allen Beziehungen seiner Thätigkeit*, Stuttgart 1902.
- , Das Recht des Kranken auf Wahrheit, in: *Berliner Tageblatt und Handels-Zeitung* 45, 272 (28.05.1916), 2. Beiblatt.
- Moreck, Curt, *Sittengeschichte des Kinos*, Dresden 1926.
- Mühsam, Richard, Die Krebskrankheit, in: *Deutsche Zeitschrift für Krankenpflege und Gesundheitsfürsorge* 25, 11 (1931), S. 113-116.
- Müller, Franz Hermann, Tabakmißbrauch und Lungencarcinom, in: *Zeitschrift für Krebsforschung* 49, 1 (1940), S. 57-85, doi: 10.1007/BF01633114.
- Müller, Hans, Zur Allgemeinbehandlung röntgen- und radiumbestrahlter Patienten, in: *Strahlentherapie* 69, 1 (1941), S. 175-178.

Muschg, Adolf, Geschichte eines Manuskripts, in: Fritz Zorn, Mars. „Ich bin jung und reich und gebildet; und ich bin unglücklich, neurotisch und allein...“, München 1977, S. 7- 22.

M.Z., Edna Kaehle, in: Die Agnes Karll-Schwester 8, 11 (1954), S. 303.

Natanson v. Kline, Irma Natanson, Appellant, v. John R. Kline and St. Francis Hospital and School of Nursing, Inc., Appellees. No. 41, 476. Supreme Court of Kansas. Opinion Filed April 9, 1960, in: Justia US Law, <http://law.justia.com/cases/kansas/supreme-court/1960/41-476-2.html> (letzter Zugriff: 27.03.2017).

Natanson v. Kline, Irma Natanson, Appellant, v. John R. Kline and St. Francis Hospital and School of Nursing, Inc., Appellees. No. 41, 476. Supreme Court of Kansas. Opinion denying a rehearing filed August 5, 1960, in Justia US Law, <http://law.justia.com/cases/kansas/supreme-court/1960/41-476-1.html> (letzter Zugriff: 27.03.2017).

Nemy, Enid, Lael Tucker Wertebaker, 87, Author Who Wrote of Husband's Death, in: New York Times (29.03.1997), <http://www.nytimes.com/1997/03/29/arts/lael-wertenbaker-87-author-who-wrote-of-husband-s-death.html> (letzter Zugriff: 27.03.2017).

Neubert, Rudolf, Der erste Film aus der Produktion des Gesundheitsdienstes, in: Hygienischer Wegweiser 5, 11 (1930), S. 292.

Neumann, Alfred, Erwin Lieks Krebsbuch, in: Praktische Karzinomblätter 3 (1933), S. 42-45.

Neumann, Charlotte, Psychische Besonderheiten bei Krebs-Patientinnen, in: Zeitschrift für Psycho-somatische Medizin 5, 2 (1959), S. 91-101.

Neumann, G., Das Problem der Krebserkrankungen in der Vorstellung der Bevölkerung, in: Deutsche Medizinische Wochenschrift 94, 31 (1969), S. 1581f.

Neumann, Johannes, Über den IV. allg. ärztlichen Kongreß für Psychotherapie in Bad Nauheim 12.-14. April, in: Internationale Zeitschrift für Individualpsychologie 7 (1929), S. 303-305.

Nicolai, Georg, Erforschung der Tierpsyche, Leipzig 1907.

Noll, Peter, Diktate über Sterben und Tod, Zürich 1984.

Nopitsch, Dr., Diskussionsbeitrag, im Anschluss an Karl Gemsjäger, Die Krebsbekämpfung in Hamburg, in: Strahlentherapie 96 (1955), S. 325-344, hier S. 341.

- Novack, D. H./R. Plumer/R. L. Smith/H. Ochitill/G. R. Morrow/J. M. Bennett, Changes in Physicians' Attitudes Toward Telling the Cancer Patient, in: JAMA. Journal of the American Medical Association 241, 9 (1979), S. 897-900, doi: 10.1001/jama.1979.03290350017012.
- Oehme, Johannes, Die Therapie der Leukämien im Kindesalter, in: Blut 9 (1963), S. 471-480.
- Österreichische Krebshilfe (Hg.), 100 Jahre Österreichische Krebshilfe 1910-2010, Wien 2010, [https://www.krebshilfe-wien.at/uploads/tx\\_brochure/Broschuere\\_100\\_Jahre\\_Krebshilfe.pdf](https://www.krebshilfe-wien.at/uploads/tx_brochure/Broschuere_100_Jahre_Krebshilfe.pdf) (letzter Zugriff: 27.03.2017).
- OLG Düsseldorf, Rechtsweg gegen ehrverletzende Äußerungen eines Behördenvertreters, in: Archiv für Presserecht 17, 1 (1980), S. 46-49.
- OLG Hamburg, BGB §§ 823, 276. Beschluß vom 24.02.1958 (1 W 8/58), in: Versicherungsrecht (1958), S. 388.
- Oppenheim, Lassa Francis Lawrence, Das ärztliche Recht zu körperlichen Eingriffen an Kranken und Gesunden, Basel 1892.
- Orda, K.-H., Die wirtschaftliche Betreuung der Krebskranken in der Bundesrepublik Deutschland (Festvortrag auf der Jahreshauptversammlung der Österreichischen Krebsgesellschaft am 9.3.1971), in: Der Krebsarzt 26 (1971), S. 153-169.
- Pankow, Otto, Strahlentherapie, in: Rudolf Th. von Jaschke/Otto Pankow (Hg.), Lehrbuch der Gynäkologie, 5. Auflage, Berlin 1933, S. 196-237.
- Paul, Rainer, Nicht mit Gold aufzuwiegen, in: Der Stern 16 (1979), S. 270-272.
- Peiper, Erich, Der Arzt. Einführung in die ärztlichen Berufs- und Standesfragen in XVI Vorlesungen, Wiesbaden 1906.
- Pelosi, A.J./L. Appleby, Psychological Influences on Cancer and Ischaemic Heart Disease, in: British Medical Journal 304, 6837 (1992), S. 1295-1298.
- Perret, Wolfgang, Über das Ausmaß der Aufklärungspflicht des Arztes bei Krebserkrankung, in: Medizinische Klinik 4 (1959), S. 138-140.
- Perrin, George M./Irene R. Pierce, Psychosomatic Aspects of Cancer, in: Psychosomatic Medicine 21, 5 (1959), S. 397-412.
- , Letter to the Editor, in: Psychosomatic Medicine 23, 3 (1961), S. 262.
- Petersen, Olaf, Precancerous Changes of the Cervical Epithelium, Kopenhagen 1955.
- Petri, Horst, Balint-Gruppen mit Klinikärzten, in: Psyche 36, 9 (1982), S. 830-847.

- Petschke, H., Psycho-somatische Faktoren und Neoplasien, in: *Zeitschrift für Psycho-somatische Medizin* 3, 1 (1956/1957), S. 41-45.
- Philipp, E./P. Gornick, Die Behandlung des Gebärmutter- und Scheidenkrebses an der Universitäts-Frauenklinik Berlin (Geh.-Rat Bumm †), in: *Münchener Medizinische Wochenschrift* 73, 7 (1926), S. 272-275.
- Philippides, Demetrius, Über die Chordotomie bei Karzinomkranken, in: *Monatsschrift für Krebsbekämpfung* 12 (1944), S. 66-70.
- Plügge, Herbert, Über suizidale Kranke, in: *Psyche* 5,7 (1951), S. 433-450.
- , Über die Hoffnung, in: *Situation* 1 (1954), S. 54-67.
- Ponsonby, Frederick (Hg.), *Briefe der Kaiserin Friedrich*, Berlin 1928.
- Ponsonby, Mary, *A Memoir, Some Letters and a Journal*, hg. von Magdalen Ponsonby, London 1927.
- Popitz, Dr., *Der Mensch* (Ausstellung des Deutschen Hygiene-Museums), in: *Leipziger Volkszeitung* 225 (26.9.1922).
- Poschinger, Margaretha von, *Kaiser Friedrich. In neuer quellenmäßiger Darstellung*, Bd. 3, Berlin 1899.
- Pulvermacher, Else, Über Einflüsse der Umwelt auf die Entstehung und den Ablauf der Krebskrankheit, in: *Strahlentherapie* 76, 4 (1947), S. 556-561.
- Quervain, Fritz de, Ist Krebsfurcht schlimmer als Krebs?, in: *Hygienischer Wegweiser* 12 (1929), S. 303f.
- R., Albert Moll, Ärztliche Ethik, in: *Deutsche Medizinal-Zeitung* 23 (1902), S. 121-125.
- Randow, Thomas von, Psychotreff im Fernsehen, in: *zeit-online* (22.09.1978), <http://www.zeit.de/1978/39/psychotreff-im-fernsehen> (letzter Zugriff: 27.03.2017).
- Reich, Wilhelm, *The Cancer Biopathy*, übers. von Theodore P. Wolfe, New York 1948.
- , *Der Krebs*, Köln 1974.
- Reich-Ranicki, Marcel, Christa Wolfs unruhige Elegie, in: *Die Zeit* (23.05.1969), <http://www.zeit.de/1969/21/christa-wolfs-unruhige-elegie/komplettansicht> (letzter Zugriff: 27.03.2017).
- Reichsausschuss für Krebsbekämpfung (Hg.), Leitfaden „Für die Beratung und Pflege Krebskranker“, in: *Deutsche Zeitschrift für Krankenpflege und Gesundheitsfürsorge* 5 (1934), S. 63.

- , Mitteilungen des Reichsausschusses für Krebsbekämpfung. Bericht über eine außerordentliche Tagung der Reichsarbeitsgemeinschaft und des Reichsausschusses für Krebsbekämpfung in Berlin, in: Zeitschrift für Krebsforschung 46, 1 (1937), S. 306-312, doi: 10.1007/BF01634348.
- Reimann, Brigitte, Ich bedaure nichts, Tagebücher 1955-1963, hg. von Angela Drescher, Berlin/Weimar 1997.
- , Alles schmeckt nach Abschied. Tagebücher 1964-1970, Berlin 1998.
- Reinartz, Hubert, Wahrheit und Lüge am Krankenbett, in: Krankendienst 23, 7 (1950), S. 159-161
- Reznikoff, Marvin, Psychological Factors in Breast Cancer. A Preliminary Study of Some Personality Trends in Patients with Cancer of the Breast, in: Psychosomatic Medicine 17, 2 (1955), S. 96-108
- Ribbert, Hugo, Über die parasitäre Natur des Carcinoms, in: Deutsche Medizinische Wochenschrift 27, 47 (1901), S. 811-813, doi: 10.1055/s-0029-1187182.
- Richter, Horst-Eberhard, Die Gruppe. Hoffnung auf einen Weg, sich selbst und andere zu befreien, Reinbek bei Hamburg 1972.
- Rieder, W., Vermeidung der Allgemeinerscheinungen nach Röntgentiefenbestrahlung (Röntgenkater), in: Strahlentherapie 12 (1921), S. 573-584.
- Rieff, David, Swimming in a Sea of Death: A Son's Memoir, 2. Auflage, New York u.a. 2009.
- Rilke, Rainer Maria, Die Aufzeichnungen des Malte Laurids Brigge, Frankfurt a.M./Leipzig 1999.
- Robach, Amy, Better. How I Let Go of Control, Held on to Hope, and Found Joy in My Darkest Hour, Ballantine Books 2015.
- Robert-Koch-Institut, Gebärmutterhalskrebs (Zervixkarzinom), in: Zentrum für Krebsregisterdaten (Stand: 17.12.2015), [http://www.krebsdaten.de/Krebs/DE/Content/Krebsarten/Gebaermutterhalskrebs/gebauerhalskrebs\\_node.html](http://www.krebsdaten.de/Krebs/DE/Content/Krebsarten/Gebaermutterhalskrebs/gebauerhalskrebs_node.html) (letzter Zugriff: 27.03.2017).
- Römer, Hans/Ernst Steindorff, Zur Aufklärungspflicht des Arztes gegenüber Krebskranken, in: Juristenzeitung 15, 5/6 (1960), S. 137-142.
- Roques, K.R. von, Diät gegen Tumoren, in: Deutsches Ärzteblatt 26, 42/3 (1941), S. 371-373.

- Rorschach, Hermann, Psychodiagnostik. Methodik und Ergebnisse eines wahrnehmungs-diagnostischen Experiments (Deutenlassen von Zufallsformen), Bern 1921.
- , Psychodiagnostik. Methodik und Ergebnisse eines wahrnehmungsdiagnostischen Experiments (Deutenlassen von Zufallsformen), hg. von Walter Morgenthaler, 10. unveränderte Auflage, Bern/Stuttgart/Wien 1983.
- Rous, Peyton, Transmission of a Malignant Growth by Means of a Cell-Free-Filtrate [Wiederabdruck des Artikels von 1911], in: JAMA: Journal of the American Medical Association 250, 11 (1983), S. 1445f., doi: 10.1001/jama.1983.03340110059037.
- Sägmüller, Oberreg.-Rat, Karlsruhe, Die Krebsbekämpfung in Baden, in: Monatsschrift für Krebsbekämpfung 3 (März 1933), S. 109-119.
- Sauerbruch, Ferdinand, Gastroskopie mit tödlichem Ausgang, in: Zentralblatt für Chirurgie 51, 38 (1924), S. 2071f.
- , Das war mein Leben, Bad Wörishofen 1951.
- Sch., 2. §242 BGB- Der Arzt ist verpflichtet, dem Patienten mitzuteilen, daß eine vorzunehmende Operation nicht unbedingt den gewünschten Erfolg verspreche oder daß sie gewisse Nebenwirkungen nicht ausschließe, in: Juristische Wochenschrift 61, 3 (1932), S. 3329.
- Schadendorf, Dr., Die Bühne im Dienste der Volkshygiene, in: Hygienischer Wegweiser 5, 2 (1930), S. 50-52.
- Schaefer, Hans/Maria Blohmke, Herzkrank durch psychosozialen Stress, Heidelberg 1977.
- Schaeffer, Max, Larynxcarcinom, in: Deutsche Medicinische Wochenschrift 16, 28 (1890), S. 608-610, doi: 10.1055/s-0029-1207315.
- Schaeffer, W., Bericht über die englischen Cancer-Hospitäler, in: Verhandlungen der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie, Bd. 2, Berlin 1900, S. 17-22.
- Schaerff, Elisabeth, Krebsfürsorge im Rahmen der Krankenhausfürsorge, in: Klinische Wochenschrift 9, 2 (1930), S. 79-81, doi: 10.1007/BF01739420.
- Schärtl, W., Interne Karzinombehandlung mit dem Zytostatikum Proresid®. Vorläufige Mitteilung, in: Münchener Medizinische Wochenschrift 108, 2 (1966), S. 112-114.
- Scheff, Thomas, Being Mentally Ill: A Sociological Theory, Chicago 1966.

- Schellbach, Oscar, *Mein Erfolgssystem: Das positive Leben in Theorie und Praxis*, Hamburg 1929.
- Schenck, Ernst G., Probleme der Krebsbehandlung, in: *Hippokrates* 25 (1936), S. 653-661.
- Schilling, H., Spezielle Fragestellungen in Gynäkologie und Geburtshilfe, in: Gerhard Burkhardt/Wolfgang Reimann (Hg.), *Aufklärungs- und Schweigepflicht des Arztes und seiner Mitarbeiter. Medizinisch-juristische Grundlagen*, Dresden 1975, S. 63-72.
- Schimmelbusch, Curt, Die Durchführung der Asepsis in der Klinik des Geheimrath von Bergmann in Berlin, in: *Archiv für Klinische Chirurgie* 42 (1891), S. 123-171.
- Schindler, Rudolf, *Lehrbuch und Atlas der Gastroskopie*, München 1923.
- Schinz, Hans R., Krebsverbreitung und Krebsbekämpfung, in: *Strahlentherapie* 53 (1935), S. 363-416.
- Schippke, Ulrich, Der kleinste Feind, der größte Killer – Viren, in: *Der Stern* 46 (1976), S. 114-122.
- Schläger, Gustav, Aufklärung und Verschwiegenheit bei Krebsverdacht, in: *Monatsschrift für Krebsbekämpfung* 10 (1943), S. 150-155.
- Schlatter, Carl, Über Ernährung und Verdauung nach vollständiger Entfernung des Magens beim Menschen, in: *Brunns' Beiträge zur Klinischen Chirurgie* 19 (1897), S. 757-776.
- Schmale, Arthur M./Howard P. Iker, The Affect of Hopelessness and the Development of Cancer. I. Identification of Uterine Cervical Cancer in Women with Atypical Cytology, in: *Psychosomatic Medicine* 28, 5 (1966), S. 714-721.
- Schmerler, R., Todesahnung und Sterbeinformation zu Hause betreuter unheilbar Kranker, in: *Das Deutsche Gesundheitswesen* 33, 22 (1978), S. 1045f.
- Schmid, C.G./S. Seeber, Neue Perspektiven für eine adjuvante Chemotherapie bei soliden Tumoren, in: *Deutsche Medizinische Wochenschrift* 100, 45 (1975), S. 2342-2348, doi: 10.1055/s-0028-1106547.
- Schmidsberger, Peter, Ein Urteil wie ein Paukenschlag, in: *Die Bunte* 3 (1980), S. 84f.
- Schnitzler, Arthur, *Sterben*, 11. und 12. Auflage, Berlin: Fischer, (online zugänglich <http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:101:2-2010020354>, letzter Zugriff: 27.03.2017).
- Schnurre, Wolfdietrich, *Der Schattenfotograf*, München 1978.

- Scholz, Friedrich, Von Aerzten und Patienten. Lustige und unlustige Plaudereien, hg. von Erwin Liek, 5. Auflage, München 1927.
- Schrötter, Professor, in: Anonym, Die Krankheit Kaiser Friedrichs des Dritten. Dargestellt nach amtlichen Quellen und den im königl. Hausministerium niedergelegten Berichten der Aerzte, Berlin 1888, S. 37-44.
- Schürmayer, Bruno C., Röntgentechnik und fahrlässige Körperverletzung, in: Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen 6, 1 (1902/1903), S. 24-43.
- Schulte, Gustav, Erfahrungen bei der ambulanten und stationären Krebsbehandlung, in: Strahlentherapie 60 (1937), S. 323-329.
- Schultz-Hencke, Harald, Die Tüchtigkeit als psychotherapeutisches Ziel, in: M.H. Göring (Hg.), Deutsche Seelenheilkunde, Leipzig 1934, S. 84-97.
- Schumacher, Willy, Inwieweit darf der Arzt den Kranken über eine gefährliche Erkrankung wahrheitsgemäß aufklären, in: Monatsschrift für Krebsbekämpfung 3 (1933), S. 135f.
- Schumpelick, V./H.W. Schreiber, Entwicklung der Chirurgie des Magenkarzinoms, in: H. Bünte/P. Langhans/H. J. Meyer/R. Pichlmayr (Hg.), Aktuelle Therapie des Magenkarzinoms, Berlin 1985, S. 33-46.
- Schwarberg, Günther, Ich gebe meinen Körper zur Inspektion, in: Der Stern 18 (1970), S. 49-52.
- Schweisheimer, Waldemar, Die Bedeutung des Films für soziale Hygiene und Medizin, München 1920.
- Sebastian, Peter (= W.E.J. Schneiderzik), Kaserne Krankenhaus, München 1956.
- , Der Chefarzt, München 1959.
- Seitz, Ludwig/Hermann Wintz, Unsere Methode der Röntgen-Tiefentherapie und ihre Erfolge, Berlin 1920.
- Seligman, Martin, Learned Optimism, New York 1990.
- Seyfarth, Carly, Der „Ärzte-Knigge“. Über den Umgang mit Kranken und über Pflichten, Kunst und Dienst der Krankenhausärzte, Leipzig 1935.
- Selye, Hans, The Physiology and Pathology of Exposure to Stress, Montreal 1950.
- Seuffert, Ernst von, Heutiger Stand, Probleme und Grenzen der Strahlenbehandlung des Krebses, in: Strahlentherapie 4 (1914), S. 740-784.
- Shuster, Alvin, Dulles' Surgery Removed Cancer, in: New York Times (5. November 1956), S. 1.



- Siebeck, Richard, Innere Medizin, in: Deutsche Wissenschaft. Arbeit und Aufgabe, Leipzig 1939, S. 112f.
- , Medizin in Bewegung. Klinische Erkenntnisse und ärztliche Aufgabe, Stuttgart 1949.
- Silber, E., Magenkrebs, in: Deutsche Volksgesundheit aus Blut und Boden 5 (1934), S. 5-7.
- Simmel, Ernst, Über die Psychogenese von Organstörungen und ihre psychoanalytische Behandlung [1931], in: Psychoanalyse und ihre Anwendungen, hg. von Ludger M. Hermanns/Ulrich Schultz-Venrath, Frankfurt a.M. 1993, S. 139-150.
- Simonton, O. Carl/Stephanie Matthews-Simonton/James Creighton, Wieder gesund werden. Eine Anleitung zur Aktivierung der Selbstheilungskräfte für Krebspatienten und ihre Angehörigen, Reinbek bei Hamburg 1982.
- Smuts, Jan Christiaan, Holism and Evolution, London 1926 [Deutsche Übersetzung: Die holistische Welt, übers. von Helmut Minkowski, Berlin 1938].
- Snow, Herbert, Clinical Notes on Cancer, London 1883.
- , The Proclivity of Women to Cancerous Diseases, London 1891.
- Solomon, George Freeman, From Psyche to Soma and Back. Tales of Biopsychosocial Medicine, Bloomington 2000.
- /R.H. Moos, Emotions, Immunity, and Disease. A Speculative Theoretical Integration, in: Archives of General Psychiatry 11, 6 (1964), S. 657-674, doi: 10.1001/archpsyc.1964.01720300087011.
- Solschenizyn, Alexander, Krebsstation, Bd. 1. Mit einem Vorwort von Heinrich Böll, übers. von Christiane Auras/Agathe Jais/Ingrid Tinzmann, Neuwied/Berlin 1968.
- , Krebsstation, Bd. 2, übers. von Christiane Auras/Agathe Jais, Neuwied/Berlin 1969.
- Sontag, Susan, Krankheit als Metapher, Frankfurt a.M. 1981.
- , Illness as Metaphor and Aids and Its Metaphors, London 1991.
- Sp., Die Krebskrankheit, in: Münchener Uraufführungen, Reichsfilmblatt 14 (1925), S. 37.
- Spitz, René A., The Role of Ecological Factors in Emotional Development in Infancy, in: Child Development 20, 3 (1949), S. 145-155.
- Steffens, Günter, Die Annäherung an das Glück, Köln 1976.
- Stein, Carl, Das Werner-Siemens-Institut für Röntgenforschung, in: Polytechnisches Journal 339 (1924), S. 243-245 (online zugänglich: <http://dingler.culture.hu-berlin.de/article/pj339/ar339063>, letzter Zugriff: 27.03.2017).

- Steinthal, Karl, Zur Dauerheilung des Brustkrebses, in: Bruns' Beiträge zur klinischen Chirurgie 47 (1905), S. 226-239.
- Stenbeck, Thor, Über die Beständigkeit der Radioheilung maligner Tumoren, in: Paul Lazarus (Hg.), Handbuch der gesamten Strahlenheilkunde, Biologie, Pathologie und Therapie, Bd. 2, München 1931, S. 457-520.
- Stephan, Lydia, Du hättest so gern noch ein bißchen gelebt, Frankfurt a.M. 1986.
- Stephenson, James H./William J. Grace, Life Stress and Cancer of the Cervix, in: Psychosomatic Medicine 16, 4 (1954), S. 287-294.
- Stierlin, Helm/Ronald Grossarth-Maticsek, Krebsrisiken – Überlebenschancen. Wie Körper, Seele und soziale Umwelt zusammenwirken, Heidelberg 1998.
- Stoeckel, Walter, Lehrbuch der Gynäkologie, 2. völlig neubearbeitete Auflage, Leipzig 1928.
- , Die vaginale Radikaloperation des Collumkarzinoms, in: Zentralblatt für Gynäkologie 1 (1928), S. 39-63.
- , Lehrbuch der Gynäkologie, 11. Auflage, Leipzig 1947.
- , Erinnerungen eines Frauenarztes, 2. Auflage, Leipzig 1980.
- Stoedten, Hellmuth Lucius von (Hg.), Bismarck-Erinnerungen des Staatsministers Freiherrn Lucius von Ballhausen, Stuttgart/Berlin 1920.
- Storm, Theodor, Ein Bekenntnis. Novella Medici. Kommentierte Novellenedition mit Quellenmaterialien, Briefdokumenten, Reiseskizzen, Zeittafel, Bibliographie und zahlreichen Abbildungen, hg. von Walter Zimorski, Hamburg 2017.
- Strauß, O., Schädigungen durch Röntgen- und Radiumstrahlen, in: Hans Meyer (Hg.), Die wissenschaftlichen Grundlagen der Strahlentherapie (= Lehrbuch der Strahlentherapie, Bd. 1), Berlin/Wien 1925, S. 979-1060.
- Strobell, C.W., The Problem in Local Recurrent Breast Cancer (Reprinted from the New York Medical Journal for June 7 1913), New York 1913.
- Suchantke, Gerhard, Zum Problem der Krebspsyche, in: Natura 4 (1929/30), S. 365-368.
- , Wert und Unwert des Begriffs der Krebspsyche, in: Beiträge zu einer Erweiterung der Heilkunst nach geisteswissenschaftlichen Erkenntnissen 4 (1951), S. 145-156.

- Talley, Colin/Howard I. Kushner/Claire E. Sterk, Lung Cancer, Chronic Disease Epidemiology, and Medicine, 1948-1964, in: *Journal of the History of Medicine and Allied Sciences* 59, 3 (2004), S. 329-374, doi: 10.1093/jhmas/jrh088.
- Tanneberger, Stephan/Giavonni Bacigalupo, Einige Erfahrungen mit der individuellen zytostatischen Behandlung maligner Tumoren nach prätherapeutischer Zytostatika-Sensibilitätsprüfung in vitro (Onkobiogramm), in: *Archiv für Geschwulstforschung* 35, 1 (1970), S. 44-53.
- Tanneberger, Stephan/R. Gürtler/B. Tschiersch/B. Heise, Klinisch gebräuchliche antineoplastische Pharmaka und deren Charakteristika, in: Stephan Tanneberger (Hg.), *Experimentelle und klinische Tumorchemotherapie. Spezielle Tumorchemotherapie*, Stuttgart/New York 1980, S. 317-343.
- Tanneberger, Stephan/A. Mohr, Biological Characterization of Human Tumours by Means of Organ Culture and Individualized Cytostatic Cancer Treatment, in: *Archiv für Geschwulstforschung* 42, 4 (1973), S. 307-315.
- Tarlau, Milton/Irwin Smalheiser, Personality Patterns in Patients with Malignant Tumors of the Breast and Cervix. An Exploratory Study, in: *Psychosomatic Medicine* 13, 2 (1951), S. 117-121.
- Tausch, Anne-Marie, *Gespräche gegen die Angst. Krankheit als ein Weg zum Leben*, Reinbek bei Hamburg 1981.
- Tautfest, Peter, Ich habe Krebs, in: *taz* 6461 (02.06.2001), S. 1001-1002, <http://www.taz.de/1/archiv/?dig=2001/06/02/a0274> (letzter Zugriff: 27.03.2017).
- Teegen, Frauke, *Ganzheitliche Gesundheit – Der sanfte Umgang mit uns selbst*, Reinbek bei Hamburg 1983.
- Temoshok, Lydia, Assessing the Assessment of Psychosocial Factors, in: *Psychological Inquiry* 2, 3 (1991), S. 276-280.
- , *The Type C Connection: The Behavioral Links to Cancer and Your Health*, New York 1992.
- Teufel, G./A. Pfeleiderer, Ifosfamid im Vergleich zu Endoxan bei fortgeschrittenen Ovarialkarzinomen, in: *Geburtshilfe und Frauenheilkunde* 36, 3 (1976), S. 274-279
- Thielicke, Helmut, Der Konflikt zwischen Wahrheit und Liebe, in: *Theologie als Glaubenswagnis: Festschrift zum 80. Geburtstag von Karl Heim*, Hamburg 1954, S. 137-154.

- Thomalla, Curt, Hygiene und soziale Medizin im Volksbelehrungsfilm, in: Zeitschrift für Medizinalbeamte 35 (1922), S. 589-610.
- Thorwald, Jürgen, Aller Ruhm auf Erden – Der Fall Dulles, in: Quick 12, 45 (1959), S. 32-45; 12, 46 (1959), S. 26-37; 12, 47 (1959), S. 40-49.
- , Aller Ruhm auf Erden – Stärker als Schönheit, in: Quick 13, 3 (1960), S. 26-30.
- , Aller Ruhm auf Erden – Der Tod in Samt und Seide, in: Quick 13, 12 (1960), S. 42-51; 13, 13 (1960), S. 48-55; 13, 14 (1960), S. 38-45; 13, 15 (1960), S. 47-53.
- , Aller Ruhm auf Erden – Die Macht der Liebe, in: Quick 13, 38 (1960), S. 23-28; 13, 39 (1960), S. 28-34; 13, 40 (1960), S. 34-41; 13, 41 (1960), S. 36-43; 13, 42 (1960), S. 36-43; 13, 43 (1960), S. 36-42; 13, 44 (1960), S. 71-78; 13, 45 (1960), S. 58-65; 13, 46 (1960), S. 63-71; 13, 47 (1960), S. 73-80.
- , Die Entlassung. Das Ende des Chirurgen Ferdinand Sauerbruch, München/Zürich 1960.
- Tiegel, Werner, Was ist Krankheit? Ein Gang durch die Jahrhunderte, in: Deutsche Volksgesundheit aus Blut und Boden 2 (1934), S. 12f.
- Tolstoi, Leo, Der Tod des Iwan Iljitsch, in: ders. Gesammelte Werke. Die Erzählungen, Köln 2016, S. 410-483.
- Travis, Kate, Bernard Fisher Reflects on a Half-Century's Worth of Breast Cancer Research, in: Journal of the National Cancer Institute 97, 22 (2005), S. 1636f., doi: 10.1093/jnci/dji419.
- Treeck, A. Schulz van, Krebs und körpereigene Abwehr, in: Zeitschrift für Laryngologie-Rhinologie-Otologie und ihre Grenzgebiete 33, 7/8 (1954), S. 385-396.
- Treitschke, Heinrich von, Zwei Kaiser, in: ders., Deutsche Kämpfe. Neue Folge. Schriften zur Tagespolitik, Leipzig 1896, S. 369-384.
- Trüb, Carl Ludwig Paul/Carl Humperdinck, Ergebnisse einer Repräsentativstatistik über die Nachkuren bei Geschwulstkrankheiten vom 1. April 1960 bis 30. Juni 1961 in den Nachkurkliniken, Nachkursanatorien und Nachkurheimen der Arbeitsgemeinschaft für Krebsbekämpfung im Lande Nordrhein-Westfalen, in: 7 Jahre Kampf dem Krebs 1956-1962, hg. von der Arbeitsgemeinschaft für Krebsbekämpfung im Lande Nordrhein-Westfalen (Arbeitsgemeinschaft der Träger der gesetzlichen Kranken- und Rentenversicherung im Lande Nordrhein-Westfalen), Bochum 1964.

- Tucholsky, Kurt, Briefe aus dem Schweigen 1932-1935, hg. von Mary Gerold-Tucholsky und Gustav Huonker, Reinbek bei Hamburg 1977.
- U.W., Schw., Von rechter Hilfe am Sterbebett, in: Die Diakonieschwester 52, 1 (1956), S. 10f.
- Ulrich, Helmut, Verknotet. Tagebuch einer Krebstherapie, Kiel 2000.
- Universitätsklinikum Tübingen. Medizinische Klinik, Abteilung Innere Medizin VI, Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Materialien zum Praktikum Psychosomatische Medizin und Psychotherapie: Leitfaden zur Mitteilung schwerwiegender Diagnosen (online zugänglich: [https://www.medizin.uni-tuebingen.de/uktmedia/EINRICHTUNGEN/Kliniken/Medizinische+Klinik/Innere+Medizin+IV/PDF\\_Archiv/LeitfadenDiagnosemitteilung.pdf](https://www.medizin.uni-tuebingen.de/uktmedia/EINRICHTUNGEN/Kliniken/Medizinische+Klinik/Innere+Medizin+IV/PDF_Archiv/LeitfadenDiagnosemitteilung.pdf), letzter Zugriff: 27.03.2017)
- UPI, Der 52 Jahre alte britische Pfarrer Brian Hession, in: Frankfurter Allgemeine Zeitung (10.10.1961), S. 5.
- Veit, I., Epilog auf die Hallenser Tagung der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie 1913, in: Monatsschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie 37, 6 (1913), S. 850f., doi: 10.1159/000290833.
- V.E.M., Mitteilungen. Europa. Deutschland, in: Monatsschrift für Krebsbekämpfung 1, 5 (1933), S. 236f.
- Verres, Rolf, Psychosoziale Faktoren der mangelnden Inanspruchnahme von Krebsfrüherkennungsuntersuchungen. Eine Interviewstudie mit 115 männlichen Patienten einer allgemeinärztlichen Praxis, Frankfurt/Bern 1977.
- , Krebs und Angst, Subjektive Theorien von Laien über Entstehung, Vorsorge, Früherkennung, Behandlung und die psychosozialen Folgen von Krebserkrankungen, Berlin/Heidelberg 1986.
- , Die Kunst zu leben. Krebsrisiko und Psyche, München 1991.
- , Ursache verschluckte Tränen?, in: Der Spiegel 3 (1991), S. 86-90.
- /Henning Fricke, Die standardisierte Krebs-Früherkennungsuntersuchung für Männer aus der Sicht der Patienten, in: Der Urologe, Ausgabe B, 4 (1977), S. 175-177.
- Verres, Rolf/Monika Hasenbring (Hg.), Psychosoziale Onkologie, Berlin 1989.

- Vetter, Hermann, Some Observations on Grossarth-Maticcek's Data Base, in: Psychological Inquiry 2, 3 (1991), S. 286-287.
- Vieten, Heinz, Die neuerrichtete „Strahlen-Klinik“ in Düsseldorf; zugleich ein Beitrag zur Stellung der Radiologie an der Medizinischen Akademie, in: Strahlentherapie 109 (1959), S. 161-168.
- Virchow, Rudolf, Die Cellularpathologie in ihrer Begründung auf physiologische und pathologische Gewebelehre, 4. Auflage, Berlin 1871.
- , Der Kampf der Zellen und der Bakterien, in: Archiv für pathologische Anatomie und Physiologie und für klinische Medizin (Berlin) 101 (1885), S. 1-13.
- , XII. Gutachten über ein aus dem Kehlkopfe Sr. K. K. Hoheit des Kronprinzen entleertes Gewebstück, in: Deutsches Medicinisches Wochenblatt 14, 8 (23.02.1888), S. 159.
- Voelcker, Prof. Dr., Zur Eröffnung des Institutes für experimentelle Krebsforschung in Heidelberg, in: Münchener Medizinische Wochenschrift 39 (1906), S. 1919-1921.
- Vogel, Martin, Das Experiment von Framingham, in: Hygienischer Wegweiser 1, 2 (1926), S. 21-25.
- , Hygienische Filme, in: Hygienischer Wegweiser 1, 4 (1926), S. 4-95.
- , Wie veranstaltet man hygienische Ausstellungen?, in: Hygienischer Wegweiser 1, 1 (1926), S. 1-36.
- Vogt, E., Über die Diagnose und Therapie des Karzinoms des Gebärmutterkörpers (aus der Universitäts-Frauenklinik Tübingen, Direktor: Prof. Dr. A. Mayer), in: Münchener Medizinische Wochenschrift 72, 11 (1925), S. 437-439.
- Wagner, Gerhard, Gesundes Leben – Frohes Schaffen, in: Ziel und Weg 8 (1938), S. 549-555.
- Wander, Maxie, Leben wär' eine prima Alternative. Tagebücher und Briefe, hg. von Fred Wander, München 1994.
- Watson, John B., Psychological Care of Infant and Child, New York 1928.
- , Behaviorism, Chicago 1930.
- Watson, T.A., Co<sup>60</sup> Telecurietherapy – After Five Years, in: Journal of the Canadian Association of Radiologists 8 (Juni 1957), S. 22-26.
- Weber, Hermann, Behandlung inoperabler bösartiger Geschwülste durch den Hausarzt, in: Zeitschrift für ärztliche Fortbildung 36, 10 (1939), S. 289-294.

- Wehner, Wolfgang, Sachverständige für und wider Issels, in: Süddeutsche Zeitung 289 (02.12.1964), S. 12.
- Weizsäcker, Viktor von, Klinische Vorstellungen, in: Hippokrates 10 (1939), S. 222-224.
- , Über seelische Einflüsse auf den Ablauf von Kreislaufkrankheiten, in: Richard Siebeck/Harald Schultz/Viktor von Weizsäcker, Über seelische Krankheitsentstehung. Drei Vorträge, Leipzig 1939, S. 42-56.
- , Der Gestaltkreis. Theorie der Einheit von Wahrnehmen und Bewegen, Leipzig 1940.
- , Der Gestaltkreis. Theorie der Einheit von Wahrnehmen und Bewegen, 2. Auflage, Leipzig 1943.
- , Der Gestaltkreis. Theorie der Einheit von Wahrnehmen und Bewegen, 3. Auflage, Leipzig 1947.
- , Klinische Vorstellungen I-VI, in: Psyche 1, 2 (1947), S. 258-293.
- , Der Gestaltkreis. Theorie der Einheit von Wahrnehmen und Bewegen, 4. Auflage, Leipzig 1950.
- , Körpergeschehen und Neurose. Analytische Studie über somatische Symptombildungen, in: Gesammelte Schriften, Bd. 6: Körpergeschehen und Neurose, Psychosomatische Medizin, bearb. von Peter Achilles, Frankfurt a.M. 1986, S. 119-238.
- Wellershoff, Dieter, Blick auf einen fernen Berg, Gütersloh 1991.
- Werner, Anton von, Erlebnisse und Eindrücke 1870-1890, Berlin 1913.
- Werner, R., Bericht über die Tätigkeit im Samariterhause vom 1. Oktober 1906 bis 1. Januar 1912, in: Vinzenz Czerny (Hg.), Das Heidelberger Institut für experimentelle Krebsforschung, I. Teil, Tübingen 1912, S. 59-67.
- , Carcinome und Sarkome, in: ders. (Hg.), Die Strahlentherapie in der Chirurgie (= Lehrbuch der Strahlentherapie, Bd. 2), Berlin/Wien 1925, S. 171-252.
- (Hg.), Lehrbuch der Strahlentherapie. Bd. 2: Die Strahlentherapie in der Chirurgie, Berlin/Wien 1925.
- Wertenbaker, Lael Tucker, Tod eines Mannes, übers. von Karin von Schab, Hamburg 1957.
- Wertheim, Ernst, Die operative Behandlung des Prolapses mittelst Interposition und Suspension des Uterus, Berlin 1919.

- Wewetzer, Hartmut, Schilddrüsenkrebs. Die Ultraschall-Epidemie, in: Der Tagesspiegel (24.02.2016), <http://www.tagesspiegel.de/wissen/schilddruesen-krebs-die-ultraschall-epidemie/13006716.html> (letzter Zugriff: 27.03.2017).
- Wheeler, John I./Bettye McDonald Caldwell, Psychological Evaluation of Women with Cancer of the Breast and of the Cervix, in: Psychosomatic Medicine 17, 4 (1955), S. 256-268.
- Whitmore Jr., Willet F., The Rationale and Results of Ablative Surgery for Prostatic Cancer, in: Cancer 16, 9 (1963), S. 1119-1132, doi: 10.1002/1097-0142 (196309)16:9<1119::AID-CNCR2820160906>3.0.CO;2-2.
- Wilber, Ken, Mut und Gnade. In einer Krankheit zum Tode bewährt sich eine große Liebe – das Leben und Sterben der Treya Wilber, München 1992.
- Windmüller, Eva, „Ich will mich nicht bedauern“. Eva Windmüller interviewt Hildegard Knepf, in: Der Stern 19 (1975), S. 67-72.
- Windstosser, K., Die nachsorgende Behandlung des Krebskranken. Begründung, Wesen und Wirksamkeit derselben. Gutachten in Sachen Bauer/Dr. Pauli, Bad Salzuflen im März 1976 (online zugänglich: <http://windstosser-museum.info/museum/veroeffentlichungen/1976.pdf>, letzter Zugriff: 27.03.2017).
- Winnicott, Donald Woods, The Theory of Parent-Infant Relationship, in: International Journal of Psychoanalysis 41, 6 (1960), S. 585-95.
- Winter, Georg, Die Bekämpfung des Krebses im Königreich Preussen, in: Zeitschrift für Krebsforschung 10, 3 (1911), S. 343-364, doi: 10.1007/BF02365516.
- Winternitz, H., Ueber morphinfreies Pantopon und die Wirkung der Nebenalkaloide des Opiums beim Menschen, in: Münchener Medizinische Wochenschrift 59, 16 (1912), S. 853f.
- Wintz, H./W. Rump, Die physikalischen und technischen Grundlagen der Röntgenstrahlentherapie, in: C.J. Gauß (Hg.), Lehrbuch der Strahlentherapie, Bd. 4, 1: Die Strahlentherapie in der Gynäkologie, Berlin/Wien 1929, S. 167-272.
- Wirsching, Michael, Zur Psychosomatik des Brustkrebses – Stand der Forschung und neuere Entwicklungen, in: Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychoanalyse 25, 3 (1979), S. 240-250.
- , Krebs im Kontext. Patient – Familie und Behandlungssystem, Stuttgart 1988.
- /Helm Stierlin, Krankheit und Familie. Konzepte, Forschungsergebnisse, Therapie, Stuttgart 1982.
- Wolf, Christa, Nachdenken über Christa T., Halle/S. 1968.



- , Nachdenken über Christa T., 2. Auflage, Halle/S. 1972.
- , Störfall. Nachrichten eines Tages, Berlin 1987.
- , Krebs und Gesellschaft, in: Auf dem Weg nach Tabou: Texte 1990-1994, München 1994, S. 115-139.
- Wolff, Georg, Das Verhalten der Krebssterblichkeit in Berlin, in: Deutsche Medizinische Wochenschrift 58, 30 (1932), S. 1173-1175, doi: 10.1055/s-0028-1123557.
- /Alfred Jahn, Die Sterblichkeit an Tuberkulose und an Krebs in Beziehung zur sozialen Struktur der Berliner Bevölkerung, in: Archiv für soziale Hygiene und Demographie 7, 6 (1932), S. 461-477.
- Wolff, Jacob, Die Lehre von der Krebskrankheit. Von den ältesten Zeiten bis zur Gegenwart, Jena 1907-1928, Bd. 3 (1913).
- WZ, Staatssekretär Wolters: Verwerfliches Spiel mit der Krebsangst, in: Deutsches Ärzteblatt 45 (9. November 1978), S. 2637.
- Yglesias, Rafael, Happy Marriage. A Novel, 2. Auflage, New York u.a. 2010.
- Zentrale für private Fürsorge (Hg.), Die Wohlfahrtseinrichtungen von Groß-Berlin nebst einem Wegweiser für die praktische Ausübung der Armenpflege in Berlin. Ein Auskunfts – und Handbuch, 4. neu bearbeitete und vermehrte Auflage, Berlin/Heidelberg 1910, S. 62.
- Zorn, Fritz, Mars. „Ich bin jung und reich und gebildet; und ich bin unglücklich, neurotisch und allein...“, München 1977.

**F. Sekundärliteratur**

- Abel, Emily K., *The Inevitable Hour. A History of Caring for Dying Patients in America*, Baltimore 2013.
- Ackerknecht, Erwin H., Zur Geschichte der Krebsbehandlung, in: *Gesnerus* 37, 3/4 (1980), S. 189-195.
- Ahmed, Sara, *The Promise of Happiness*, Durham/London 2010.
- Alberti, Fay Bound (Hg.), *Medicine, Emotion and Disease, 1700-1850*, Houndsmill/New York 2006.
- , Angina Pectoris and the Arnolds, in: *Medical History*, 52, 2 (2008), S. 221-236.
- (Hg.), *Matters of the Heart. History, Medicine and Emotion*, Oxford/New York 2010.
- Allison, Kirk, *Gottfried Benn's Medical Exotics: Proximities in Literature, the Body, and Ethos*, Bd. 1, Ph.D. Diss., University of Minnesota 2000.
- Aly, Götz (Hg.), *Aktion T4: 1939–1945. Die „Euthanasie“-Zentrale in der Tiergartenstraße 4*, Berlin 1989.
- Anz, Thomas, Aids, Krebs, Schizophrenie – Krankheit und Moral in der Gegenwartsliteratur, in: Manfred Moser (Hg.), *Krankheitsbilder – Lebenszeichen*, Wien 1987, S. 19-42.
- , *Gesund oder krank? Medizin, Moral und Ästhetik in der deutschen Gegenwartsliteratur*, Stuttgart 1989.
- Arikha, Noga, *Passions and Tempers: A History of the Humours*, New York 2007.
- Arkes, Hal R./Wolfgang Gaissmaier, Psychological Research and the Prostate Cancer Screening Controversy, in: *Psychological Science* 23, 6 (2012), S. 547-553. doi: 10.1177/0956797612437428.
- Armstrong-Coster, Angela, In Morte Media Jubilate [1]: An Empirical Study of Cancer-related Documentary Film, in: *Mortality* 6, 3 (2001), S. 287-305, doi: 10.1080/13576270120082943.
- , In Morte Media Jubilate [2]: A Study of Cancer-related Pathographies, in: *Mortality* 10, 2 (2005), S. 97-112, doi: 10.1080/13576270500102880.
- Arndt, Agnes/Joachim C. Häberlen/Christiane Reinecke, Europäische Geschichtsschreibung zwischen Theorie und Praxis, in: dies. (Hg.), *Vergleichen, Verflechten, Verwirren? Europäische Geschichtsschreibung zwischen Theorie und Praxis*, Göttingen 2011, S. 11-32.

- Arndt, Melanie, *Gesundheitspolitik im geteilten Berlin 1948-1961*, Köln/Weimar/Wien 2009.
- Arnold, Magda B., *Emotion and Personality*, Bd. 1: Psychological Aspects, New York 1960.
- Aronowitz, Robert A., *Making Sense of Illness. Science, Society, and Disease*, Cambridge 1998.
- , *The Rise and Fall of the Psychosomatic Hypothesis in Ulcerative Colitis*, in: ders., *Making Sense of Illness. Science, Society, and Disease*, Cambridge 1998, S. 39-56.
- , *Unnatural History. Breast Cancer and American Society*, Cambridge 2007.
- Atzl, Isabel (Hg.), *Who Cares? Geschichte und Alltag in der Krankenpflege*, Frankfurt a.M. 2011.
- /Roland Helms, *Die Geschichte der Deutschen Krebsgesellschaft*, Germering/München 2012.
- Auden, Wystan H., *The Age of Anxiety: A Baroque Eclogue*, Princeton 2011.
- Austoker, Joan, *A History of the Imperial Cancer Research Fund, 1902-1986*, Oxford 1988.
- Bähr, Andreas, *Furcht und Furchtlosigkeit. Göttliche Gewalt und Selbstkonstitution im 17. Jahrhundert*, Göttingen 2013.
- Baier, Petra, *Der Basistarif der privaten Krankenversicherung*, Karlsruhe 2012.
- Baines, Joanna, *Three Stories: Generations of Breast Cancer*, in: Carsten Timmermann/Elizabeth Toon (Hg.), *Cancer Patients, Cancer Pathways. Historical and Sociological Perspectives*, Houndsmill/Basingstoke 2012, S. 13-35.
- Bakker, Nelleke, *The Meaning of Fear. Emotional Standards for Children in the Netherlands, 1850-1950: Was There A Western Transformation?*, in: *Journal of Social History* 34, 2 (2000), S. 369-391.
- Bauer, Jo-Hannes, „Nicht vergnügungssteuerpflichtig“. *Der Gebrauchsfilm, Dokumentar- und Kulturfilm im Kinoprogramm der Heidelberger Kinos 1910-1970*, in: Philipp Osten/Gabriele Moser/Christian Bonah/Alexandre Sumpf/Tricia Close-Koenig/Joël Danet (Hg.), *Das Vorprogramm. Lehrfilm, Gebrauchsfilm, Propagandafilm, unveröffentlichter Film in Kinos und Archiven am Oberrhein, 1900-1970*, Heidelberg/Straßburg 2015, S. 205-222.

- Becker, Nikolaus, Epidemiological Aspects of Cancer Screening in Germany, in: *Journal of Cancer Research and Clinical Oncology* 129, 12 (2003), S. 691-702, doi: 10.1007/s00432-003-0494-y.
- Beddies, Thomas, „Du hast die Pflicht, gesund zu sein!“ Der Gesundheitsdienst der Hitler-Jugend 1933-1945, Berlin 2010.
- Behrends, Jan C., Freundschaft zur Sowjetunion, Liebe zu Stalin. Zur Anthropomorphisierung des Politischen im Stalinismus, in: Frank Bösch/Manuel Borutta (Hg.), *Die Massen bewegen. Medien und Emotionen in der Moderne*, Frankfurt/New York 2006, S. 172-192.
- Benzenhöfer, Udo, *Der Arztphilosoph Viktor von Weizsäcker. Leben und Werk im Überblick*, Göttingen 2007
- Berger, Silvia, *Bakterien in Krieg und Frieden. Eine Geschichte der medizinischen Bakteriologie in Deutschland 1890-1933*, Göttingen 2009.
- Berlant, Lauren, *Cruel Optimism*, Durham, NC 2011.
- Berndt, Hans/Nikolaus Becker, Europäische Krebsatlasprojekte, in: *Deutsches Ärzteblatt* 93, 9 (1996), A551-A552.
- Berola, Umrechnungstabelle für Filmabtastung, <http://www.berola-film.de/filmabtastung/umrechnung> (letzter Zugriff: 27.03.2017).
- Bessel, Richard, Hatred after War. Emotion and Postwar History of East Germany, in: *History and Memory* 17, 1/2 (2005), S. 195-216, doi: 10.1353/ham.2005.0010.
- Bielka, Heinz, *Geschichte der Medizinisch-Biologischen Institute Berlin-Buch*, 2. überarbeitete und erweiterte Auflage, Berlin/Heidelberg 2002.
- Biess, Frank, Die Sensibilisierung des Subjekts: Angst und „neue Subjektivität“ in den 1970er Jahren, in: *Werkstatt Geschichte* 49 (2008), S. 51-72.
- , “Everybody Has a Chance”. Civil Defense, Nuclear Angst, and the History of Emotions in Postwar Germany, in: *German History* 27, 2 (2009), S. 215-243, doi: 10.1093/gerhis/ghp003.
- , Discussion Forum „History of Emotions“ (with Alon Confino, Ute Frevert, Uffa Jensen, Lyndal Roper, Daniela Saxer), in: *German History* 28, 1 (2010), S. 67-80, doi: 10.1093/gerhis/ghp108.
- , Feelings in the Aftermath: Toward a History of Postwar Emotions, in: Frank Biess/Robert Moeller (Hg.), *Histories of the Aftermath. The Legacies of the Second World War in Europe*, New York 2010, S. 30-48.

- , The Concept of Panic in Postwar Germany: Military Psychiatry and Emotional Preparation for Nuclear War in the West German Army, in: Frank Biess/Daniel Gross (Hg.), *A Transatlantic Perspective*, Chicago 2014, S. 181-208.
- /Daniel M. Gross (Hg.), *Science & Emotions After 1945. A Transatlantic Perspective*, Chicago 2014.
- , Emotional Returns, in: dies. (Hg.), *Science & Emotions After 1945. A Transatlantic Perspective*, Chicago 2014, S. 1-38.
- Biro, David, *The Language of Pain. Finding Words, Compassion, and Relief*, New York 2000.
- , Psychological Pain. Metaphor or Reality, in: Rob Boddice (Hg.), *Pain and Emotion in Modern History*, Basingstoke 2014, 53-65.
- Bleif, Martin, *Krebs. Die unsterbliche Krankheit*, Stuttgart 2013.
- Boddice, Rob, Introduction. Hurt Feelings, in: ders. (Hg.), *Pain and Emotion in Modern History*, Basingstoke 2014, S. 1-15.
- (Hg.), *Pain and Emotion in Modern History*, Basingstoke 2014.
- Bode, Sabine, *Die deutsche Krankheit – German Angst*, Stuttgart 2006.
- Bösch, Frank, Geteilte Geschichte. Plädoyer für eine deutsch-deutsche Perspektive auf die jüngere Zeitgeschichte, in: *Zeithistorische Forschungen/Studies in Contemporary History* 12, 1 (2015), S. 98-114.
- /Manuel Borutta (Hg.), *Die Massen bewegen. Medien und Emotionen in der Moderne*, Frankfurt/New York 2006.
- Bösl, Elsbeth, *Politiken der Normalisierung. Zur Geschichte der Behindertenpolitik in der Bundesrepublik Deutschland*, Bielefeld 2009.
- , Die Geschichte der Behindertenpolitik in der Bundesrepublik aus der Sicht der Disability History, in: *Aus Politik und Zeitgeschichte* 23 (2010), S. 6-12.
- , Bundesdeutsche Behindertenpolitik im „Jahrzehnt der Rehabilitation“ – Umbrüche und Kontinuitäten um 1970, in: Gabriele Lingelbach/Anne Kleinschmidt (Hg.), *Kontinuitäten, Zäsuren, Brüche? Lebenslagen von Menschen mit Behinderungen in der deutschen Zeitgeschichte*, Frankfurt a.M. 2016, S. 82-115.
- Boldorf, Marcel, Rehabilitation und Hilfen für Behinderte, in: Christoph Kleßmann (Hg.), *1961-1971 Deutsche Demokratische Republik. Politische Stabilisierung und wirtschaftliche Mobilisierung (= Geschichte der Sozialpolitik in Deutschland seit 1945, Bd. 9)*, Baden-Baden 2006, S. 451-469.

- Boldt, Claudia, *Die ihren Mörder kennen: zur deutschsprachigen literarischen Krebsdarstellung der Gegenwart*, Diss., Universität Freiburg 1989.
- Borck, Cornelius, *Medizinphilosophie zur Einführung*, Hamburg 2016.
- Bormann, Patrick/Thomas Freiberger/Judith Michel (Hg.), *Angst in den Internationalen Beziehungen*, Göttingen 2010.
- Borutta, Manuel/Nina Verheyen, (Hg.), *Die Präsenz der Gefühle. Männlichkeit und Emotion in der Moderne*, Bielefeld 2010.
- , *Vulkanier und Choleriker? Männlichkeit und Emotion in der deutschen Geschichte 1800-2000*, in: dies. (Hg.), *Die Präsenz der Gefühle. Männlichkeit und Emotion in der Moderne*, Bielefeld 2010, S. 11-39.
- Bothe, Detlef, *Neue Deutsche Heilkunde 1933-1945*, Husum 1991.
- Bourke, Joanna, *Fear. A Cultural History*, London 2006.
- , *What It Means to Be Human: Reflections From 1791 to the Present*, London 2011.
- , *The Story of Pain. From Prayer to Painkillers*, Oxford 2014.
- Brandt, Christina, *Metapher*, in: Roland Borgards/Harald Neumeyer/Nicolas Pethes/Yvonne Wübben (Hg.), *Literatur und Wissen: Ein interdisziplinäres Handbuch*, Stuttgart 2013, S. 21-28.
- Brandt, Ludwig (Hg.), *Illustrierte Geschichte der Anästhesie* (unter Mitarbeit von Karl-Hans Bräutigam, Michael Goering, Csaba Nemes, Hans Nolte), Stuttgart 1997.
- Brauchle, Alfred, Dr. med. Erwin Liek, in: *Geschichte der Naturheilkunde in Lebensbildern*, Stuttgart 1951, S. 327-330.
- Brauer, Juliane, *„Mit neuem Fühlen und neuem Geist“: Heimatliebe und Patriotismus in Kinder- und Jugendliedern der frühen DDR*, in: David Eugster/Sybille Marti (Hg.), *Das Imaginäre des Kalten Krieges. Beiträge zu einer Kulturgeschichte des Ost-West-Konfliktes in Europa*, Essen 2015, S. 163-186.
- Brauerhoch, Annette, *Fräuleins und GIs*, Frankfurt a.M./Basel 2006.
- , *„Sentimental Re-Education“? Das „Fräulein“ und der G.I. im Nachkriegsfilm – Samuel Fullers Verboten! (1958/59)*, in: Harro Segeberg (Hg.), *Mediale Mobilmachung, Bd. 2: Hollywood, Exil und Nachkrieg*, Paderborn/München 2006, S. 324-348.
- Braun, Christina von, *Metapher und Experiment. Von der Virusforschung zum genetischen Code*, Göttingen 2004.
- Braunschweig, Sabine (Hg.), *Pflege – Räume, Macht und Alltag*, Zürich 2006.

- Brink, Cornelia, (Anti-)Psychiatrie und Politik. Über das Sozialistische Patientenkollektiv Heidelberg, in: Richard Faber/Erhard Stölting (Hg.), Die Phantasie an die Macht? 1968 – Versuch einer Bilanz, Berlin 2002, S. 125-156.
- Brinkschulte, Eva/Thomas Knuth, Das medizinische Berlin. Ein Stadtführer durch 300 Jahre Geschichte, Berlin 2010.
- Bröckling, Ulrich, Dispositive der Vorbeugung: Gefahrenabwehr, Resilienz, Precaution, in: Christopher Daase/Philipp Offermann/Valentin Rauer (Hg.), Sicherheitskultur. Soziale und politische Praktiken der Gefahrenabwehr, Frankfurt a.M./New York 2012, S. 93-108.
- Bröer, Ralf, Das Mammakarzinom als Systemkrankheit. Die Entstehung eines neuen tumorbiologischen Konzeptes und seine Beziehungen zur Therapie, in: Wolfgang U. Eckart (Hg.), 100 Years of Organized Cancer Research. 100 Jahre organisierte Krebsforschung, Stuttgart/New York 2000, S. 107-111.
- Brown, Theodore M., The Rise and Fall of American Psychosomatic Medicine, paper presented to the New York Academy of Medicine, New York, 29. November 2000, <http://human-nature.com/free-associations/riseandfall.html> (letzter Zugriff: 27.03.2017).
- Brüschweiler, Jura, Ferdinand Hodler. Ein Maler vor Liebe und Tod. Ferdinand Hodler und Valentine Godé-Darel, ein Werkzyklus 1908-1915, Zürich/Genf 1976.
- Brunner, Jürgen/Florian Steger, Johannes Heinrich Schultz (1884-1970). Begründer des Autogenen Trainings. Ein biographischer Rekonstruktionsversuch im Spannungsfeld von Wissenschaft und Politik, in: BIOS: Zeitschrift für Biographieforschung und Oral History 19, 1 (2006), S. 16-25.
- Buchanan, Roderick D., Playing With Fire. The Controversial Career of Hans J. Eysenck, Oxford 2010.
- Budde, Gunilla-Friederike, Einleitung: Zwei Welten? Frauenerwerbsarbeit im deutsch-deutschen Vergleich, in: dies. (Hg.), Frauen arbeiten: weibliche Erwerbstätigkeit in Ost- und Westdeutschland nach 1945, Göttingen 1997, S. 7-18.
- Burleigh, Michael, Tod und Erlösung. Euthanasie in Deutschland 1900-1945, Zürich/München 2002.
- Busse, Stefan, „Von der Sowjetwissenschaft lernen“: Pawlowismus und Psychologie, in: Psychologie und Geschichte 8, 1/2 (1998), S. 150-173

- Callard, Felicity, *The Intimate Geographies of Panic Disorder: Parsing Anxiety Through Psychopharmacological Dissection*, in: *Osiris* 31 (2016), S. 203-226, doi: 10.1086/688503.
- Canguilhem, Georges, *Neue Überlegungen zum Normalen und Pathologischen*, in: ders. (Hg.), *Das Normale und das Pathologische*, Frankfurt a.M. 1977, S. 157-202.
- Cantor, David, *Cancer*, in: W.F. Bynum/Roy Porter (Hg.), *Companion Encyclopedia of the History of Medicine*, Bd. 1, New York 1993, S. 537-561.
- , *Representing “the Public“: Medicine, Charity and Emotion in Twentieth Century Britain*, in: Steve Sturdy (Hg.), *Medicine, Health and the Public Sphere in Britain, 1600-2000*, London 2002, S. 145-168.
- (Hg.), *Cancer in the Twentieth Century*, Baltimore 2008.
- , *Introduction*, in: ders. (Hg.), *Cancer in the Twentieth Century*, Baltimore 2008, S. 1-38.
- , *Uncertain Enthusiasm: The American Cancer Society, Public Education, and the Problems of the Movie, 1921-1960*, in: ders. (Hg.), *Cancer in the Twentieth Century*, Baltimore 2008, S. 46-48.
- , *Choosing to Live: Cancer Education, Movies, and the Conversion Narrative in America, 1921-1960*, in: *Literature and Medicine* 28, 2 (2009), S. 278-332.
- , *The Reward of Courage (1921). A Rediscovered Cancer Film of the Silent Era*, Bethesda 2013.
- , *Before Survivorship: The Moment of Recovery in Twentieth-Century American Cancer Campaigns*, in: *Social History of Medicine* 27, 3 (2014), S. 440-465, doi: 10.1093/shm/hkt100.
- /Edmund Ramsden (Hg.), *Stress, Shock, and Adaptation in the Twentieth Century*, Rochester, N.Y. 2012.
- Carrera, Elena (Hg.), *Emotions and Health, 1200-1700*, Brill 2013.
- Chen, Chaona/Oliver G.B. Garrod/Philippe G. Schyns/Rachael E. Jack, *The Face is the Mirror of the Cultural Mind*, in: *Journal of Vision* 15, 12 (2015), S. 928, doi: 10.1167/15.12.928.
- Christian, Paul, *Der „Gestaltkreis“ von Viktor von Weizsäcker*, in: P. Hahn/W. Jacob (Hg.), *Viktor von Weizsäcker zum 100. Geburtstag. Schriften zur anthropologischen und interdisziplinären Forschung in der Medizin*, Berlin/Heidelberg 1987, S. 72-79.



- Clarissa, Clarissas Krambude. Autoren erzählen von ihren Pseudonymen, Neckenmarkt 2011.
- Clark, Christopher, Die Schlafwandler. Wie Europa in den Ersten Weltkrieg zog, München 2013.
- Clark, David, A Special Relationship: Cicely Saunders, the United States and the Early Foundations of the Modern Hospice Movement, in: *Illness, Crisis and Loss* 9, 1 (2001), S. 15-31.
- Cocks, Geoffrey, Sick Heil. Self and Illness in Nazi Germany, in: *Osiris* 22, 1 (2007), S. 93-115, doi: 10.1086/521744.
- , *Psychotherapy in the Third Reich. The Göring Institute*, 2. erweiterte Auflage, Piscataway 1997.
- , *The State of Health. Illness in Nazi Germany*, Oxford 2012.
- Cohen, Esther/Leona Toker/Manuela Consonni/Otniel E. Dror (Hg.), *Knowledge and Pain*, Amsterdam/New York 2012.
- Cohen, Noam, A Rorschach Cheat Sheet on Wikipedia?, in: *New York Times* (28.07.2009), [http://www.nytimes.com/2009/07/29/technology/internet/29ink-blot.html?scp=1&sq=Heilman%20&st=cse&\\_r=0](http://www.nytimes.com/2009/07/29/technology/internet/29ink-blot.html?scp=1&sq=Heilman%20&st=cse&_r=0) (letzter Zugriff: 27.03.2017).
- Connolly, William E., *Neuropolitics. Thinking, Culture, Speed*, Minneapolis 2002.
- Conze, Eckart, Sicherheit als Kultur. Überlegungen zu einer „modernen Politikgeschichte“ der Bundesrepublik Deutschland, in: *VfZ: Vierteljahrshefte für Zeitgeschichte* 53, 3 (2005), S. 357-380.
- , *Die Suche nach Sicherheit. Eine Geschichte der Bundesrepublik von 1949 bis zur Gegenwart*, München 2009.
- , Securitization. Gegenwartsdiagnose oder historischer Analyseansatz, in: *Geschichte und Gesellschaft* 38, 3 (2012), S. 453-467, doi: 10.13109/gege.2012.38.3.453.
- Cook, Timothy E./David C. Colby, The Mass-Mediated Epidemic: The Politics of AIDS on the Nightly Network News, in: Elizabeth Fee/Daniel M. Fox (Hg.), *AIDS: The Making of a Chronic Disease*, Berkeley/Los Angeles 1992, S. 84-124.
- Cooper, Steven J., From Claude Bernard to Walter Cannon. Emergence of the Concept of Homeostasis, in: *Appetite* 51, 3 (2008), S. 419-427, doi: 10.1016/j.appet.2008.06.005.
- Creager, Angela N.H., Atomic Transfiguration, in: *Lancet* 372, 9651 (2008), S. 1726f., doi: 10.1016/S0140-6736(08)61721-3.
- Cvetkovich, Ann, *Depression: A Public Feeling*, Durham, NC 2012.

- Dakhli, Leyla/Bernard Maris/Roger Sue/Goerges Vigarello, *Gouverner par la peur*, Paris 2007.
- Darmon, Pierre, *Les cellules folles. L'homme face au cancer de l'antiquité à nos jours*, Paris 1993.
- Daston, Lorraine/Peter Galison, *Objektivität*, Frankfurt a.M. 2007.
- Daston, Lorraine/Katherine Park, *Wonders and the Order of Nature, 1150-1750*, New York 1998.
- Davies, William, *The Happiness Industry: How the Government and Big Business Sold us Well-Being*, London 2015.
- Dehli, Martin, *Leben als Konflikt. Zur Biographie Alexander Mitscherlichs*, Göttingen 2007.
- Dekker, Jeroen J.H., *Children at Risk in History: a Story of Expansion*, in: *Paedagogica Historica* 45, 1/2 (2009), S. 17-36, doi: 10.1080/00309230902746206.
- Demmerling, Christoph, *Philosophie der Angst*, in: Lars Koch (Hg.), *Angst. Ein interdisziplinäres Handbuch*, Stuttgart/Weimar 2013, S. 31-41.
- Derix, Simone/Benno Gammerl/Christiane Reinecke/Nina Verheyen, *Der Wert der Dinge. Zur Wirtschafts- und Sozialgeschichte der Materialitäten*, in: *Zeithistorische Forschungen/Studies in Contemporary History* 13, 3 (2016), S. 387-403
- Dewey, Marc/Udo Schagen/Wolfgang U. Eckart/E. Schönenberger, *Ernst Ferdinand Sauerbruch and His Ambiguous Role in the Period of National Socialism*, in: *Annals of Surgery* 244, 2 (2006), S. 315-321, doi: 10.1097/01.sla.0000218191.68016.cf.
- Dietz, Simone, *Immanuel Kants Begründungen des Lügenverbots*, in: Rochus Leonhardt/Martin Rösel (Hg.), *Dürfen wir lügen? Beiträge zu einem aktuellen Thema*, Neukirchen-Vluyn 2002, S. 91-115.
- Dietzel, Thomas/Hans-Otto Hügel, *Deutsche literarische Zeitschriften 1880-1945. Ein Repertorium*, München u.a. 1988.
- Dinçkal, Noyan, *„Lebensproben“: Eignungs- und Leistungsmessung im Sport, 1900-1930*, in: Sybilla Nikolow (Hg.), *„Erkenne Dich selbst!“ Strategien der Sichtbarmachung im 20. Jahrhundert*, Weimar 2015, S. 215-226.
- Dirmeier, Artur (Hg.), *Organisierte Barmherzigkeit. Armenpflege und Hospitalwesen in Mittelalter und Früher Neuzeit*, Regensburg 2010.

- Dixon, Thomas, *From Passions to Emotions. The Creation of a Secular Psychological Category*, Cambridge 2003.
- Dörfel, Günter, Julius Edgar Lilienfeld und William David Coolidge – ihre Röntgenrohre und ihre Konflikte. Preprint 315 des Max-Planck-Instituts für Wissenschaftsgeschichte, Berlin 2006 (online zugänglich: <https://www.mpiwg-berlin.mpg.de/Preprints/P315.PDF>, letzter Zugriff: 27.03.2017].
- Domeier, Norman, *Der Eulenburg-Skandal. Eine politische Kulturgeschichte des Kaiserreichs*, Frankfurt a.M./New York 2010.
- Dommann, Monika, *Durchsicht, Einsicht, Vorsicht. Eine Geschichte der Röntgenstrahlen 1896-1963*, Zürich 2003.
- Donauer, Sabine, *Faktor Freude: Wie die Wirtschaft Arbeitsgefühle erzeugt*, Hamburg 2015.
- Doneith, Thorsten, *August Mayer – Direktor der Universitäts-Frauenklinik Tübingen 1917-1949*, Med. Diss., Tübingen 2007, S. 85-157.
- Dreikurs, Rudolf, *Grundbegriffe der Individualpsychologie* (mit einem Vorwort von Alfred Adler), 14. Auflage, Stuttgart 2014.
- Dror, Otniel E., *From Primitive Fear to Civilized Stress. Sudden Unexpected Death*, in: David Cantor/Edmund Ramsden (Hg.), *Stress, Shock, and Adaptation in Twentieth Century*, Rochester 2014, S. 96-118.
- /Bettina Hitzer/Anja Laukötter/Pilar León-Sanz (Hg.), *History of Science and the Emotions* (= *Osiris* 31, 1), Chicago 2016.
- , *An Introduction to History of Science and the Emotions*, in: *Osiris* 31, 1 (2016), S. 1-18, doi: 10.1086/687590.
- Dünkel, Vera, *Röntgenblick und Schattenbild*, Emsdetten/Berlin 2016.
- Duttweiler, Stefanie, *Sein Glück machen. Arbeit am Glück als neoliberale Regierungstechnologie*, Konstanz 2007.
- Eckart, Wolfgang U. (Hg.), *100 Years of Organized Cancer Research. 100 Jahre organisierte Krebsforschung*, Stuttgart/New York 2000.
- , *Tumorvirologie – Linien der Forschungsgeschichte*, in: ders. (Hg.), *100 Years of Organized Cancer Research. 100 Jahre organisierte Krebsforschung*, Stuttgart/New York 2000, S. 101-106.
- , *Krebs*, in: Bettina von Jagow/Florian Steger (Hg.), *Literatur und Medizin. Ein Lexikon*, Göttingen 2005, S. 447-451.

- , *Illustrierte Geschichte der Medizin*, Berlin/Heidelberg 2011.
- , *Medizin in der NS-Diktatur. Ideologie, Praxis, Folgen*, Wien/Köln/Weimar 2012.
- , „Der König der Krankheiten“ – Wie entstand die besondere Aufmerksamkeit für Krebskranke? Ein Essay, in: *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen* 107, 2 (2013), S. 105-115, doi: 10.1016/j.zefq.2013.03.003.
- /Alexander Neumann/Bernd Wegner (Hg.), *Medizin im Zweiten Weltkrieg: militärmedizinische Praxis und medizinische Wissenschaft im „Totalen Krieg“*, Stuttgart u.a. 2006.
- Eckart, Wolfgang U./Volker Sellin/Eike Wolgast (Hg.), *Die Universität Heidelberg im Nationalsozialismus*, Heidelberg 2006.
- Eitler, Pascal, „Selbsteilung“. Zur Somatisierung und Sakralisierung von Selbstverhältnissen im New Age, in: Sabine Maasen/Jens Elberfeld/Pascal Eitler/Maik Tändler (Hg.), *Das beratene Selbst. Zur Genealogie der Therapeutisierung in den „langen“ Siebzigern*, Bielefeld 2011, S. 161-181.
- , Der „Ursprung“ der Gefühle. Reizbare Menschen, reizbare Tiere, in: Ute Frevert/Monique Scheer/Anne Schmidt/Pascal Eitler/Bettina Hitzer/Nina Verheyen/Benno Gammerl/Christian Bailey/Margrit Pernau, *Gefühlswissen. Eine lexikalische Spurensuche in der Moderne*, Frankfurt a.M. 2011, S. 93-119.
- , „Weil sie fühlen, was wir fühlen“: Menschen, Tiere und die Genealogie der Emotionen im 19. Jahrhundert, in: *Historische Anthropologie* 19, 2 (2011), S. 211-228, doi: 10.7788/ha.2011.19.2.211.
- , Angst ist eine Lüge. Emotion und Religion im „New Age“, in: *Geschichte der Gefühle – Einblicke in die Forschung* (Oktober 2013), doi: 10.14280/08241.3.
- , Tiere und Gefühle: Eine genealogische Perspektive auf das 19. und 20. Jahrhundert, in: Gesine Krüger/Aline Steinbrecher/Clemens Wischermann (Hg.), *Tiere und Geschichte. Konturen einer „Animate History“*, Stuttgart 2014, S. 59-78.
- /Jens Elberfeld, Von der Gesellschaftsgeschichte zur Zeitgeschichte des Selbst – und zurück, in: dies. (Hg.), *Zeitgeschichte des Selbst: Therapeutisierung, Politisierung, Emotionalisierung*, Bielefeld 2015, S. 7-30.
- (Hg.), *Zeitgeschichte des Selbst: Therapeutisierung, Politisierung, Emotionalisierung*, Bielefeld 2015.
- Eitler, Pascal/Stephanie Olsen/Uffa Jensen, Introduction, in: Ute Frevert/Pascal Eitler/Stephanie Olsen/Uffa Jensen/Margrit Pernau/Daniel Brückenhuis/Magdalena Beljan/Benno Gammerl/Anja Laukötter/Bettina Hitzer/Jan Plamper/Juliane

- Brauer/Joachim C. Häberlen, *Learning How to Feel. Children's Literature and Emotional Socialization, 1870-1970*, Oxford 2014, S. 1-20.
- Eitler, Pascal/Monique Scheer, *Emotionengeschichte als Körpergeschichte. Eine heuristische Perspektive auf religiöse Konversionen im 19. und 20. Jahrhundert*, in: *Geschichte und Gesellschaft* 35, 2 (2009), S. 282-313, doi: 10.13109/gege.2009.35.2.282.
- Ekman, Paul, *Universals and Cultural Differences in Facial Expressions of Emotion*, in: J. Cole (Hg.), *Nebraska Symposium on Motivation 1971*, Lincoln 1972, S. 207-283.
- , *An Argument for Basic Emotions*, in: *Cognition and Emotion* 6, 3/4 (1992), S. 169-200, doi: 10.1080/02699939208411068.
- , *Preface to New Edition*, in: Paul Ekman (Hg.), *Darwin and Facial Expression. A Century of Research in Review*, Los Altos 2006, S. VII-IX.
- /E. Richard Sorenson/Wallace V. Friesen, *Pan-Cultural Elements in Facial Displays of Emotion*, in: *Science* 164, 3875 (1969), S. 86-88.
- Elkeles, Barbara, *Die schweigsame Welt von Arzt und Patient. Einwilligung und Aufklärung in der Arzt-Patienten-Beziehung des 19. und 20. Jahrhunderts*, in: *Medizin, Gesellschaft und Geschichte* 8 (1989), S. 63-91.
- , *Der moralische Diskurs über das medizinische Menschenexperiment im 19. Jahrhundert*, Stuttgart/Jena/New York 1996.
- , *Wissenschaft, Medizinethik und gesellschaftliches Umfeld: Die Diskussion um den Heilversuch um 1900*, in: Andreas Frewer/Josef N. Neumann (Hg.), *Medizingeschichte und Medizinethik. Kontroversen und Begründungsansätze 1900-1950*, Frankfurt a.M. 2001, S. 21-43.
- Ellerbrock, Dagmar, *Healing Democracy. Demokratie als Heilmittel. Gesundheit, Krankheit und Politik in der amerikanischen Besatzungszone 1945-1949*, Braunschweig/Bonn 2004.
- Elsaghe, Yahya, *Krankheit und Matriarchat. Thomas Manns Betrogene im Kontext*, Berlin/New York 2010.
- , *„Die Krankheit unserer Marschen“*. Zur Verdrängung der Krebsangst in Theodor Storms Novelle „Ein Bekenntnis“, in: *Zeitschrift für Germanistik. Neue Folge* 20, 3 (2010), S. 508-521, doi: 10.3726/92130\_508.
- Elsner, Gine, *Heilkräuter, „Volksernährung“, Menschenversuche. Ernst Günther Schenck (1904–1998). Eine deutsche Arztkarriere*, Hamburg 2010.

- Elster, R., *Der Agnes Karll-Verband und sein Einfluß auf die Entwicklung der Krankenpflege in Deutschland*, Frankfurt a.M. 2000.
- Engelhardt, Dietrich von, *Wahrheit am Krankenbett im geschichtlichen Überblick*, in: *Schweizerische Rundschau für Medizin* 85 (1996), S. 432-439.
- , *Arzt-Patienten-Beziehung in Medizin und Literatur*, in: *Jahrbuch Literatur und Medizin* 5 (2012), S. 91-118.
- Entralgo, Pedro Laín, *Viktor von Weizsäcker und die ärztliche Praxis*, in: Peter Hahn/Wolfgang Jacob (Hg.), *Viktor von Weizsäcker zum 100. Geburtstag*, Bd. 1, Berlin/Heidelberg 1987, S. 23-44.
- Erickson, Paul/Judy L. Klein/Lorraine Daston/Rebecca Lemov/Thomas Sturm/Michael D. Gordin, *How Reason Almost Lost Its Mind. The Strange Career of Cold War Rationality*, Chicago/London 2013.
- Eschenbruch, Nicholas/Dagmar Hänel/Alois Unterkircher (Hg.), *Medikale Räume. Zur Interdependenz von Raum, Körper, Krankheit und Gesundheit*, Bielefeld 2010.
- Espagne, Michel, *Comparison and Transfer: A Question of Method*, in: Matthias Middell/Louis Roura (Hg.), *Transnational Challenges to National History Writing*, Basingstoke 2013, S. 36-53.
- Etzemüller, Thomas, *Social Engineering, Version: 1.0*, in: *Docupedia-Zeitgeschichte*, (11.02.2010), [http://docupedia.de/zg/Social\\_engineering](http://docupedia.de/zg/Social_engineering) (letzter Zugriff: 27.03.2017).
- Faden, Ruth R./Tom L. Beauchamp, *A History and Theory of Informed Consent*, New York 1986.
- Fahrenbach, Sabine, *Vom renommierten Forschungszentrum zur universitären Versorgungsanstalt – das Institut für experimentelle Krebsforschung in Heidelberg in den Jahren 1933 bis 1945*, in: Wolfgang U. Eckart (Hg.), *100 Years of Organized Cancer Research. 100 Jahre organisierte Krebsforschung*, Stuttgart/New York 2000, S. 47-50.
- Figge, Maja, *Deutschsein (wieder-) herstellen. Weißsein und Männlichkeit im bundesdeutschen Kino der fünfziger Jahre*, Bielefeld 2015.
- Fitzgerald, Patrick J., *From Demons and Evil Spirits to Cancer Genes*, Washington 2000.

- Flam, Helena, The Transatlantic Element in the Sociology of Emotions, in: Frank Biess/Daniel M. Gross (Hg.), Science and Emotions after 1945. A Transatlantic Perspective, Chicago 2014, S. 318-341.
- Fleck, Ludwik, Genesis and Development of a Scientific Fact, hg. von Thaddeus J. Trenn/Robert K. Merton, übers. von Fred Bradley/Thaddeus J. Trenn, Chicago 1979.
- , Entstehung und Entwicklung einer wissenschaftlichen Tatsache. Einführung in die Lehre vom Denkstil und Denkkollektiv, Frankfurt a.M. 1980.
- Fleischhacker, Jochen, Menschen- und Güterökonomie. Anmerkungen zu Rudolf Goldscheids demoökonomischen Gesellschaftsentwurf, in: Mitchell G. Ash/Christian H. Stifter (Hg.), Wissenschaft, Politik und Öffentlichkeit. Von der Wiener Moderne bis zur Gegenwart, Wien 2002, S. 207-229.
- Freimüller, Tobias, Der versäumte Abschied von der Volksgemeinschaft. Psychoanalyse und „Vergangenheitsbewältigung“, in: Jürgen Danyel/Jan Holger Kirsch/Martin Sabrow (Hg.), 50 Klassiker der Zeitgeschichte, Göttingen 2007, S. 66-70.
- , Alexander Mitscherlich. Gesellschaftsdiagnosen und Psychoanalyse nach Hitler, Göttingen 2007.
- Freund, Michael, Das Drama der 99 Tage. Krankheit und Tod Friedrichs III., Köln/Berlin 1966.
- Frevert, Ute, Krankheit als politisches Problem, Göttingen 1984.
- , Was haben Gefühle in der Geschichte zu suchen?, in: Geschichte und Gesellschaft 35, 2 (2009), S. 183-208, doi: 10.13109/gege.2009.35.2.183.
- , Gefühle definieren: Begriffe und Debatten aus drei Jahrhunderten, in: Ute Frevert/Monique Scheer/Anne Schmidt/Pascal Eitler/Bettina Hitzer/Nina Verheyen/Benno Gammerl/Christian Bailey/Margrit Pernau, Gefühlswissen. Eine lexikalische Spurensuche in der Moderne, Frankfurt a.M. 2011, S. 9-39.
- , Vergängliche Gefühle, Göttingen 2013.
- , Vertrauensfragen. Eine Obsession der Moderne, München 2013.
- , Passions, Preferences, and Animal Spirits: How Does Homo Oeconomicus Cope With Emotions?, in: Frank Biess/Daniel M. Gross (Hg.), Science and Emotions after 1945. A Transatlantic Perspective, Chicago 2014, S. 300-317.

- , Rationalität und Emotionalität im Jahrhundert der Extreme, in: Martin Sabrow/Peter Ulrich Weiß (Hg.), *Das 20. Jahrhundert vermessen. Signaturen eines vergangenen Zeitalters*, Göttingen 2017, S. 115-140.
- /Pascal Eitler/Stephanie Olsen/Uffa Jensen/Margrit Pernau/Daniel Brückenhaus/Magdalena Beljan/Benno Gammerl/Anja Laukötter/Bettina Hitzer/Jan Plamper/Juliane Brauer/Joachim C. Häberlen, *Learning How to Feel. Children's Literature and Emotional Socialization, 1870-1970*, Oxford 2014.
- Frevert, Ute/Monique Scheer/Anne Schmidt/Pascal Eitler/Bettina Hitzer/Nina Verheyen/Benno Gammerl/Christian Bailey/Margrit Pernau, *Gefühlswissen. Eine lexikalische Spurensuche in der Moderne*, Frankfurt a.M. 2011.
- Frey, M., Prävention und Propaganda. Gesundheitsaufklärung im Deutschen Hygiene-Museum zwischen 1933 und 1939, in: *Ärzteblatt Sachsen* 4 (2005), S. 160-162.
- Frobenius, Wolfgang, *Röntgenstrahlen statt Skalpell*, Erlangen 2003.
- , „Gestern habe ich zum letzten Mal ein Messer angefasst!“ Die Strahlentherapie auf den BGGF-Tagungen von 1912 bis 1939, in: Christoph Anthuber/Matthias W. Beckmann/Johannes Dietl/Fritz Dross/Wolfgang Frobenius (Hg.), *Herausforderungen. 100 Jahre Bayerische Gesellschaft für Geburtshilfe und Frauenheilkunde*, Stuttgart/New York 2012, S. 60-86.
- Fuchs, Anne/Sabine Strümper-Krobb (Hg.), *Sentimente, Gefühle, Empfindungen. Zur Geschichte und Literatur des Affektiven von 1770 bis heute*, Würzburg 2003.
- Fuechtner, Veronika, *Berlin Psychoanalytic. Psychoanalysis and Culture in Weimar Republic Germany and Beyond*, Berkeley/Los Angeles/London 2011.
- Füssel, Marian/Rebekka Habermas, Editorial (Themenschwerpunkt: Materielle Kultur), in: *Historische Anthropologie* 23, 3 (2015), S. 331-335, doi: 10.7788/ha-2015-0302.
- Furedi, Frank, *Culture of Fear. Risk-Taking and the Morality of Low Expectation*, Revised Edition, London/New York 2003.
- Galison, Peter, Image of Self, in: Lorraine Daston (Hg.), *Things That Talk: Object Lessons from Art and Science*, New York 2004, S. 257-294.
- Gammerl, Benno, Emotional Styles. Concepts and Challenges, in: *Rethinking History* 16, 2 (2012), S. 161-175, doi: 10.1080/13642529.2012.681189.



- /Bettina Hitzer, Wohin mit den Gefühlen? Vergangenheit und Zukunft des Emotional Turn in den Geschichtswissenschaften, in: Berliner Debatte Initial 24, 3 (2013), S. 31-40.
- Gardner, Kirsten E., *Early Detection: Women, Cancer, and Awareness Campaigns in the Twentieth-Century United States*, Chapel Hill 2006.
- Gassert, Philipp, Popularität der Apokalypse: Zur Nuklearangst seit 1945, in: *Aus Politik und Zeitgeschichte* 46/47 (2011), S. 48-54
- , *Transnationale Geschichte*, in: Frank Bösch/Jürgen Danyel (Hg.), *Zeitgeschichte: Konzepte und Methoden*, Göttingen 2012, S. 447-464.
- Gaudillière, Jean-Paul, *Oncogenes as Metaphors for Human Cancer: Articulating Laboratory Practices and Medical Demand*, in: Ilana Löwy/Olga Amsterdamska/John Pickstone/Patrice Pinell (Hg.), *Medicine and Change: Historical and Sociological Studies of Medical Innovation*, Paris 1993, S. 213-247.
- Gebhardt, Miriam, *Die Angst vor dem kindlichen Tyrannen. Eine Geschichte der Erziehung im 20. Jahrhundert*, München 2009.
- Geißler, Erhard, *Kartoffelkäfer und Magenkrebs – Was Krebsforschung mit biologischer Kriegführung zu tun hatte*, in: Wolfgang U. Eckart (Hg.), *100 Years of Organized Cancer Research. 100 Jahre organisierte Krebsforschung*, Stuttgart/New York 2000, S. 75-81.
- Geisthövel, Alexa, *Intelligenz und Rasse: Franz Boas' psychologischer Antirassismus zwischen Amerika und Deutschland, 1920-1942*, Bielefeld 2013.
- , *Aktenführung und Autorschaft. Ärztliches Schreiben in der Subjektmedizin Viktor von Weizsäckers (1920er bis 1950er Jahre)*, in: *Medizinhistorisches Journal* 51, 3 (2016), S. 180-208.
- , *Regaining Sufficiency. Work Therapy in 1930s German Internal Medicine*, in: Peter-Paul Bänziger/Mischa Suter (Hg.), *Histories of Productivity. Genealogical Perspectives on the Body and the Modern Economy*, New York/London 2017, S. 136-155.
- Gertiser, Anita, *Falsche Scham: Strategien der Überzeugung in Aufklärungsfilmern*, Göttingen 2015.
- Geyer, Michael, *Psychosoziale Merkmale bei Herzinfarktgefährdeten – Untersuchung in einer großstädtischen Population 49- bis 59jähriger Männer*. Med. Habilitationsschrift, Medizinische Akademie Erfurt 1978 (unveröffentlicht).

- , Ostdeutsche Psychotherapiechronik 1970-1979, in: Michael Geyer (Hg.), Psychotherapie in Ostdeutschland. Geschichte und Geschichten 1945-1995, Göttingen 2011, S. 245-256.
- (Hg.), Psychotherapie in Ostdeutschland. Geschichte und Geschichten 1945 bis 1995, Göttingen 2011.
- /Werner König/Sigmar Scheerer, Die Arbeit der Regionalgesellschaften – Der Aufbau der Psychosomatischen Grundbetreuung und der regionalen Balint-Arbeit, in: Michael Geyer (Hg.), Psychotherapie in Ostdeutschland. Geschichte und Geschichten 1945-1995, Göttingen 2011, S. 345-349.
- Giefer, Michael (Hg.), Briefwechsel Georg Groddeck – Sigmund Freud, Frankfurt a.M./Basel 2008.
- Gigerenzer, Gerd, Towards a Paradigm Shift in Cancer Screening: Informed Citizens Instead of Greater Participation. Germany Aims to Stop Nudging the Public on Screening, in: British Medical Journal 350, 2175 (2015), doi: 10.1136/bmj.h2175.
- Glassner, Barry, The Culture of Fear. Why Americans Are Afraid of the Wrong Things, New York 1999.
- Goltermann, Svenja, Angst in der Nachkriegszeit, in: Martin Sabrow (Hg.), Zeiträume: Potsdamer Almanach des Zentrums für Zeithistorische Forschungen 2006, Göttingen 2007, S. 29-37.
- , Die Gesellschaft der Überlebenden. Deutsche Kriegsheimkehrer und ihre Gewalterfahrungen im Zweiten Weltkrieg, München 2009.
- Gottgetreu, Sabine, Der Arztfilm: Untersuchung eines filmischen Genres, Bielefeld 2001.
- , Lebenszeichen. Im Krankenhaus des deutschen Arztfilms, in: Harro Segeberg (Hg.), Mediale Mobilmachung, Bd. 3: Das Kino in der Bundesrepublik Deutschland als Kulturindustrie, Paderborn/München 2009, S. 149-176.
- Götzsche, P.C./K.J. Jørgensen, Screening for Breast Cancer with Mammography, in: Cochrane Database of Systematic Reviews 6 (2013), doi: 10.1002/14651858.CD001877.pub5.
- Gouk, Penelope/Helen Hills (Hg.), Representing Emotions. New Connections in the Histories of Art, Music, and Medicine, Hants 2005.
- Gradmann, Christoph, Krankheit im Labor. Robert Koch und die medizinische Bakteriologie, Göttingen 2005.

- , Alles eine Frage der Methode. Zur Historizität der Kochschen Postulate 1840-2000, in: *Medizinhistorisches Journal* 43, 2 (2008), S. 121-148.
- /Thomas Schlich, Strategien der Kausalität. Konzepte der Krankheitsverursachung im 19. und 20. Jahrhundert, Pfaffenweiler 1999.
- Greco, Monica, Homo Vacuus. Alexithymie und das neoliberale Gebot des Selbstseins, in: Ulrich Bröckling/Susanne Krasemann/Thomas Lemke (Hg.), *Gouvernementalität der Gegenwart. Studien zur Ökonomisierung des Sozialen*, Frankfurt a.M. 2000, S. 265-285.
- Greiner, Bernd/Christian Th. Müller/Dierk Walter (Hg.), *Angst im Kalten Krieg*, Hamburg 2009.
- Gross, Raphael, *Anständig geblieben: Nationalsozialistische Moral*, Frankfurt a.M. 2010.
- Gstöttner, Jörg, *Der Schutz von Patientenrechten durch verfahrensmäßige und institutionelle Vorkehrungen sowie den Erlass einer Charta der Patientenrechte*, Frankfurt a.M. u.a. 2005.
- Günther, Ernst, Das Arztrecht in der DDR und seine Beziehung zur ärztlichen Ethik: Erfahrungen aus dem Umgang mit ärztlichen Fehlleistungen, in: Hartmut Bettin/Mariacarla Gadebusch Bondio (Hg.), *Medizinische Ethik in der DDR. Erfahrungswert oder Altlast?*, Lengerich 2010, S. 86-93.
- Haberland, Jörg/Ute Wolf, Trendanalysen zur Inzidenz und Mortalität an Krebs in Deutschland seit 1970, in: *GMS Medizinische Informatik, Biometrie und Epidemiologie* 11, 1 (2015), S. 1-10, doi: 10.3205/mibe000159.
- Häberlen, Joachim/Jake Smith, Struggling for Feelings: The Politics of Emotions in the Radical New Left in West Germany, c. 1968-84, in: *Contemporary European History* 23, 4 (2014), S. 615-637, doi: 10.1017/S0960777314000344.
- Hähner-Rombach, Sylvelyn (Hg.), *Alltag in der Krankenpflege: Geschichte und Gegenwart. Everyday Nursing Life: Past and Present*, Stuttgart 2009.
- Hänel, Dagmar/Alois Unterkircher, Die Verräumlichung des Medikalen. Zur Einführung in den Band, in: Nicholas Eschenbruch/Dagmar Hänel/Alois Unterkircher (Hg.), *Medikale Räume. Zur Interdependenz von Raum, Körper, Krankheit und Gesundheit*, Bielefeld 2010, S. 7-20.

- Hagner, Michael, Values and the Body. Sketches for a History of Psychosomatics in Germany, in: Sternwarten-Buch. Jahrbuch des Collegium Helveticum, hg. von Gerd Folkers/Helga Nowotny, Zürich 1997, S. 68-80.
- , Naturphilosophie, Sinnesphysiologie, Allgemeine Medizin, in: ders./D. Laubbichler (Hg.), Der Hochsitz des Wissens, Zürich 2006, S. 315-336.
- , Vom Aufstieg und Fall der Kybernetik als Universalwissenschaft, in: ders./Erich Hörl (Hg.), Die Transformation des Humanen. Beiträge zur Kulturgeschichte der Kybernetik, Frankfurt 2008, S. 38-71.
- /Erich Hörl (Hg.), Die Transformation des Humanen. Beiträge zur Kulturgeschichte der Kybernetik, Frankfurt a.M. 2008.
- Hahn, Susanne, Moulagen in der Gesundheitsaufklärung, in: dies./Dimitrios Ambatielos (Hg.), Wachs – Moulagen und Modelle, Dresden 1994, S. 39-46.
- , Ethische Fragen und Problemlösungen des Schwesternberufes im DDR-Gesundheitswesen, in: Hartmut Bettin/Mariacarla Gadebusch Bondio (Hg.), Medizinische Ethik in der DDR. Erfahrungswert oder Altlast?, Lengerich 2010, S. 73-85.
- Hail, Stacey L./Daniel C. Keyes, Vesicating Agents Including Mustard and Lewisite, in: Daniel C. Keyes/Jonathan L. Burstein/Richard B. Schwartz/Raymond E. Swienton (Hg.), Medical Response to Terrorism: Preparedness and Clinical Practice, Philadelphia 2005, S. 16-25.
- Haller, Lea/Sabine Höhler/Heiko Stoff, Stress – Konjunkturen eines Konzepts, in: Zeithistorische Forschungen/Studies in Contemporary History 11, 3 (2014), S. 359-381.
- Hallig, Thorsten/Julia Schäfer/Jörg Vögele, Volk, Volkskörper, Volkswirtschaft – Bevölkerungsfragen in Forschung und Lehre von Nationalökonomie und Medizin, in: Rainer Mackensen/Jürgen Reulecke (Hg.), Das Konstrukt „Bevölkerung“ vor, im und nach dem „Dritten Reich“, Wiesbaden 2005, S. 388-428.
- Hanna, Christian M./Frederike Reents (Hg.), Benn-Handbuch: Leben – Werk – Wirkung, Stuttgart 2016.
- Harder, Matthias, Erfahrung Krieg. Zur Darstellung des Zweiten Weltkrieges in den Romanen von Heinz G. Konsalik, Würzburg 1999.
- Harré, Rom (Hg.), The Social Construction of Emotion, Oxford 1986.
- Harrington, Anne, Kurt Goldstein's Neurology of Healing and Wholeness: A Weimar Story, in: Christopher Lawrence/George Weisz (Hg.), Greater than the Parts. Holism in Biomedicine, 1920-1950, New York/Oxford 1998, S. 25-45.

- , *Reenchanted Science. Holism in German Culture from Wilhelm II to Hitler*, Princeton 1999.
- , *The Cure Within. A History of Mind-Body Medicine*, New York/London 2008.
- , *Die Suche nach Ganzheit. Die Geschichte biologisch-psychologischer Ganzheitslehren vom Kaiserreich bis zur New-Age-Bewegung*, Reinbek 2012.
- , *Mother Love and Mental Illness: An Emotional History*, in: *Osiris* 31, 1 (2016), S. 94-115, doi: 10.1086/687559.
- Hayter, Charles, *Element of Hope: Radium and the Response to Cancer in Canada, 1900-1940*, Montreal 2005.
- Hayward, Rhodri, *Enduring Emotions: James Halliday and the Invention of the Psychosocial*, in: *Isis* 100, 4 (2009), S. 827-838, doi: 10.1086/652022.
- Hefner, J./H. Csef, *Psychoneuroimmunologie und Krebs. Neue Ergebnisse zu psychosozialen Einflüssen auf Tumorerkrankungen*, in: *Best Practice Onkologie* 7, 1 (2012), S. 18-33, doi: 10.1007/s11654-011-0374-x.
- Heller, Andreas/Sabine Pleschberger/Michaela Fink/Reimer Gronemeyer, *Die Geschichte der Hospizbewegung in Deutschland*, 2. überarbeitete Auflage, Ludwigsburg 2013.
- Heller, Michael C., *Body Psychotherapy: History, Concepts, and Methods*, New York 2012.
- Hellmann-Mersch, Birgit, *Institutionen zur Krebsforschung und Krebsbekämpfung in Deutschland. Historischer Überblick und Analyse*, Med. Diss., RWTH Aachen 1994.
- Helvoort, Ton van, *Viren als Krebserreger: Peyton Rous, das ‚infektiöse Prinzip‘ und die Krebsforschung*, in: Christoph Gradmann/Thomas Schlich, *Strategien der Kausalität. Konzepte der Krankheitsverursachung im 19. und 20. Jahrhundert*, Pfaffenweiler 1999, S. 185-226.
- , *Scalpel or Rays? Radiotherapy and the Struggle for the Cancer Patient in Pre-Second World War Germany*, in: *Medical History* 45, 1 (2001), S. 33-60.
- Herbert, Ulrich, *Geschichte Deutschlands im 20. Jahrhundert*, München 2014.
- Hering, Sabine/Gudrun Meierhof, *Die unpässliche Frau. Sozialgeschichte der Menstruation und Hygiene*, 2. Auflage, Frankfurt a.M. 2002.
- Herman, Ellen, *The Romance of American Psychology. Political Culture in the Age of Experts*, Berkeley/Los Angeles/Oxford 1995.

- Hermendorf, Daniel, *Filmbild und Körperwelt. Anthropomorphismus in Naturphilosophie, Ästhetik und Medientheorie der Moderne*, Würzburg 2011.
- Hernandez-Brotons, Fanny, *The Experience of Spanish Cancer Sufferers in the Second Half of the Nineteenth Century*, Diss., Universität Madrid (unveröffentlicht).
- Herndl, Diane Price, *Our Breasts, Our Selves: Identity, Community, and Ethics in Cancer Autobiographies*, in: *Signs: A Journal of Women in Culture and Society*, 32, 1 (2006), S. 221-245, doi: 10.1086/505542.
- Heschel, Susannah, *Die zwei Karrieren des Theologen Walter Grundmann. Der Neutestamentler als Nazi-Propagandist und Stasi-Informant*, in: Manfred Gailus (Hg.), *Täter und Komplizen in Theologie und Kirchen 1933-1945*, Göttingen 2015, S. 171-196.
- Hess, Volker/Laura Hottenrott/Peter Steinkamp, *Testen im Osten. DDR-Arzneimittelstudien im Auftrag westlicher Pharmaindustrie, 1964-1990*, Berlin/Brandenburg 2016.
- Hitzer, Bettina, *Im Netz der Liebe. Die protestantische Kirche und ihre Zuwanderer in der Metropole Berlin (1849-1914)*, Köln/Weimar/Wien 2006.
- , *Arbeiter- und Frauenkolonien für die Reichshauptstadt Berlin? Protestantische Obdachlosenfürsorge im Kontext urbaner Sozialpolitik um 1900*, in: Beate Althammer (Hg.), *Bettler in der europäischen Stadt der Moderne*, Frankfurt a.M. 2007, S. 193-225.
- , *Prostitution in Berlin 1869: Eine Spurensuche*, in: Michael Häusler/dies. (Hg.), *Zwischen Tanzboden und Bordell. Lebensbilder Berliner Prostituiertes aus dem Jahr 1869*, Berlin 2010, S. 7-64.
- , *Emotionsgeschichte – ein Anfang mit Folgen. Forschungsbericht*, in: hsozkult.de, [www.hsozkult.de/literaturereview/id/forschungsberichte-1221](http://www.hsozkult.de/literaturereview/id/forschungsberichte-1221) (veröffentlicht: 23.11.2011; letzter Zugriff: 27.03.2017).
- , *Gefühle heilen*, in: Ute Frevert/Monique Scheer/Anne Schmidt/Pascal Eitler/Bettina Hitzer/Nina Verheyen/Benno Gammerl/Christian Bailey/Margrit Pernau, *Gefühlswissen. Eine lexikalische Spurensuche in der Moderne*, Frankfurt a.M. 2011, S. 121-156.
- , *Die Therapeutisierung der Gefühle. Eine Geschichte aus dem 20. Jahrhundert*, in: *Der Mensch. Zeitschrift für Salutogenese* 42/43, 1/2 (2011), S. 17-20.
- , *Körper-Sorge(n). Gesundheitspolitik mit Gefühl*, in: Claudia Jarzebowski/Anne Kwaschik (Hg.), *Performing Emotions. Interdisziplinäre Perspektiven auf das*

- Verhältnis von Politik und Emotion in der Frühen Neuzeit und in der Moderne, Göttingen 2013, S. 43-68.
- , Angst, Panik?! Eine vergleichende Gefühlsgeschichte von Grippe und Krebs in der Bundesrepublik, in: Malte Thießen (Hg.), *Infiziertes Europa. Seuchen im langen 20. Jahrhundert* (Beihefte der Historischen Zeitschrift 64), München 2014, S. 137-156.
- , Jim Button's Fear, in: Ute Frevert/Pascal Eitler/Stephanie Olsen/Uffa Jensen/Margrit Pernau/Daniel Brückenhaus/Magdalena Beljan/Benno Gammerl/Anja Laukötter/Bettina Hitzer/Jan Plamper/Juliane Brauer/Joachim C. Häberlen, *Learning How to Feel. Children's Literature and Emotional Socialization, 1870-1970*, Oxford 2014, S. 173-190.
- , *Oncomotions. Experiences and Debates in West Germany and the United States after 1945*, in: Frank Biess/Daniel M. Gross (Hg.), *Science and Emotions after 1945. A Transatlantic Perspective*, Chicago 2014, S. 157-178.
- , How to Detect Emotions? The Cancer Taboo and Its Challenge to a History of Emotions, in: Helena Flam/Jochen Kleres (Hg.), *Methods of Exploring Emotions*, London 2015, S. 259-267.
- /Pilar León-Sanz, The Feeling Body and Its Diseases: How Cancer Went Psychosomatic in Twentieth-Century Germany, in: *Osiris* 31, 1 (2016), S. 67-93, doi: 10.1086/687591.
- Hitzer, Bettina/Thomas Welskopp, Die „Bielefelder Schule“ der westdeutschen Sozialgeschichte. Karriere eines geplanten Paradigmas?, in: dies. (Hg.), *Die Bielefelder Sozialgeschichte. Klassische Texte zu einem geschichtswissenschaftlichen Programm und seinen Kontroversen*, Bielefeld 2010, S. 13-31.
- Hobson, Rolf, *Maritimer Imperialismus. Seemachtideologie, seestrategisches Denken und der Tirpitzplan 1875 bis 1914*, München 2004.
- Hoepfner-Salazar, Evelyn, *Krebsforschung und Krebsbekämpfung in Berlin bis zum Jahre 1945*, Med. Diss., FU Berlin 1986.
- Hofer, Hans-Georg, Labor, Klinik und Gesellschaft. Stress und die westdeutsche Universitätsmedizin (1950-1980), in: *Zeithistorische Forschungen/Studies in Contemporary History* 11, 3 (2014), S. 382-405.
- Hoffmann, Susanne, *Gesunder Alltag im 20. Jahrhundert? Geschlechterspezifische Diskurse und gesundheitsrelevante Verhaltensstile in deutschsprachigen Ländern*, Stuttgart 2010.

- Hohendorf, Gerrit, Die psychosomatische Theoriebildung bei Felix Deutsch (1884-1964). Ein Beitrag zur Geschichte der Psychoanalyse des Körpers, Husum 2004.
- Holland, Jimmie C., History of Psycho-Oncology: Overcoming Attitudinal and Conceptual Barriers, in: Psychosomatic Medicine 64, 2 (2002), S. 206-221.
- Holmberg, Christine, Diagnose Brustkrebs. Eine ethnografische Studie über Krankheit und Krankheitserleben, Frankfurt/New York 2005.
- Holtz-Eakin, Eleanor/Ida Sue Baron, Human Figure Drawing Tests, in: Jeffrey Kreutzer/John De Luca/Bruce Caplan (Hg.), Encyclopedia of Clinical Neuropsychology, New York 2011, S. 1269-1271.
- Horst, Frank C.P. van der/René van der Veer, The Ontogeny of an Idea: John Bowlby and Contemporaries on Mother-Child Separation, in: History of Psychology 13, 1 (2010), S. 25-45, doi: 10.1037/a0017660.
- Hübner, Jutta, Kolposkopie ohne Menschlichkeit, in: Hamburger Ärzteblatt 66, 4 (2012), S. 34f.
- Huebschmann, Heinrich, „Wissen Sie noch einen Ausweg?“ Gespräche mit Eduard Spranger, Carl Friedrich von Weizsäcker, Gustav von Bergmann, Wilhelm Westphal, Wilhelm Bitter, Viktor von Weizsäcker, Theodor Litt und Werner Leibbrand (1942), in: Sinn und Form 2 (2012), S. 213-253.
- Hüntelmann, Axel C., Hygiene im Namen des Staates. Das Reichsgesundheitsamt 1876-1933, Göttingen 2008.
- , Transformation eines Arzneistoffes – vom 606 zum Salvarsan, in: Ulrike Klöppel/Marion Hulverscheidt (Hg.), Arzneimittel des 20. Jahrhunderts. Historische Skizzen von Lebertran bis Contergan, Bielefeld 2010, S. 17-51.
- , Paul Ehrlich. Leben, Forschung, Ökonomien, Netzwerke, Göttingen 2011.
- Huerkamp, Claudia, Der Aufstieg der Ärzte, Göttingen 1985.
- Hugelshofer, Walter, Hodler, Ferdinand, in: Historische Kommission bei der Bayerischen Akademie der Wissenschaften (Hg.), Neue Deutsche Biographie, Bd. 9: Hess – Hüttig, Berlin 1972, S. 299-300 [Onlinefassung: <https://www.deutsche-biographie.de/gnd13332415X.html> (letzter Zugriff: 27.03.2017)].
- Igl, Gerhard, Sicherung im Pflegefall – Rechtsentwicklung, in: Michael Ruck/Marcel Boldorf (Hg.), 1957-1966 Bundesrepublik Deutschland. Sozialpolitik im Zeichen des erreichten Wohlstandes, (= Geschichte der Sozialpolitik in Deutschland seit 1945, Bd. 4), Baden-Baden 2007, S. 426-432.



- Illouz, Eva, *Der Konsum der Romantik: Liebe und die kulturellen Widersprüche des Kapitalismus*, übers. von Andreas Wirthensohn, Frankfurt a.M. 2007.
- , *Die Errettung der modernen Seele: Therapien, Gefühle und die Kultur der Selbsthilfe*, übers. von Michael Adrian, Frankfurt a.M. 2009.
- Jack, Rachael E., Culture and Facial Expressions of Emotion, in: *Visual Cognition* 21, 9/10 (2013), S. 1248-1286, doi: 10.1080/13506285.2013.835367.
- /Oliver G.B. Garrod/Hui Yu/Roberto Caldara/Philippe G. Schyns, Facial Expression of Emotion Are Not Culturally Universal, in: *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America* 109, 19 (2012), S. 7241-7244, doi: 10.1073/pnas.1200155109.
- Jackson, Mark, *The Age of Stress*, Oxford 2013.
- Jacoby, Susan, *Never Say Die: The Myth and Marketing of the New Old Age*, New York 2011.
- Jahr, Christoph, Die nationalsozialistische Machtübernahme und ihre Folgen, in: Michael Grüttner (Hg.), *Die Berliner Universität zwischen den Weltkriegen (= Geschichte der Universität Unter den Linden, hg. von Heinz-Elmar Tenorth, Bd. 2)*, Berlin 2012, S. 295-324.
- Jakoby, Barbara, *Das Hospital und Siechenheim Fröbelstraße (1889-1934)*, in: Berlin-Brandenburgische Geschichtswerkstatt (Hg.), *Prenzlauer, Ecke Fröbelstraße. Hospital der Reichshauptstadt, Haftort der Geheimdienste, Bezirksamt Prenzlauer Berg 1889-1989*, Berlin 2006, S. 25-49.
- Jarzebowski, Claudia/Anne Kwaschik (Hg.), *Performing Emotions. Interdisziplinäre Perspektiven auf das Verhältnis von Politik und Emotion in der Frühen Neuzeit und in der Moderne*, Göttingen 2013.
- Jasen, Patricia, Breast Cancer and the Language of Risk, 1750-1950, in: *Social History of Medicine* 15, 1 (2002), S. 17-43, doi: 10.1093/shm/15.1.17.
- , Malignant Histories: Psychosomatic Medicine and the Female Cancer Patient in the Postwar Era, in: *Bulletin canadien d'histoire de la médecine = Canadian Bulletin of Medical History* 20, 2 (2003), S. 265-297.
- Jensen, Uffa, Mrs Gaskell's Anxiety, in: Ute Frevert/Pascal Eitler/Stephanie Olsen/Uffa Jensen/Margrit Pernau/Daniel Brückenhaus/Magdalena Beljan/ Benno Gammerl/Anja Laukötter/Bettina Hitzer/Jan Plamper/Juliane Brauer/ Joachim C.

- Häberlen, Learning How to Feel. Children's Literature and Emotional Socialization, 1870-1970, Oxford 2014, S. 21-39.
- , Zuviel der Liebe: Die Weltgeschichte der Psychoanalyse in Berlin, London und Kalkutta 1910-1940, Habilitationsschrift, FU Berlin 2016.
- /Daniel Morat (Hg.), Rationalisierungen des Gefühls: Zum Verhältnis von Wissenschaft und Emotionen 1880-1930, München 2008.
- Jensen, Uffa/Maik Tändler, Psychowissen, Politik und das Selbst: Eine neue Forschungsperspektive auf die Geschichte des Politischen im 20. Jahrhundert, in: dies. (Hg.), Das Selbst zwischen Anpassung und Befreiung: Psychowissen und Politik im 20. Jahrhundert, Göttingen 2012, S. 9-35.
- , (Hg.), Das Selbst zwischen Anpassung und Befreiung: Psychowissen und Politik im 20. Jahrhundert, Göttingen 2012.
- Jenss, Harro, Ismar Boas, 1858-1938, in: GeDenkOrt Charité – Wissenschaft in Verantwortung, [https://gedenkort.charite.de/menschen/ismar\\_boas/](https://gedenkort.charite.de/menschen/ismar_boas/) (letzter Zugriff: 27.03.2017).
- /Peter Reinicke, Ferdinand Blumenthal. Kämpfer für eine fortschrittliche Krebsmedizin und Krebsfürsorge, Berlin 2012.
- Johach, Eva, Krebszelle und Zellenstaat. Zur medizinischen und politischen Metaphorik in der Zellulärpathologie Rudolf Virchows. Freiburg i.Br 2008.
- Johnson, Judith Bond/Susan B. Baird/Laura J. Hilderley, It Took Courage, Compassion, and Curiosity. Recollections and Writings of Leaders in Cancer Nursing 1890-1970, Pittsburgh 2001.
- Johnstone, Emm Barnes/Joanna Baines, The Changing Faces of Childhood Cancer. Clinical and Cultural Vision since 1940, Houndsmill/Basingstoke 2014.
- Jordan, Isabella, Hospizbewegung in Deutschland und den Niederlanden. Palliativversorgung und Selbstbestimmung, Frankfurt a.M./New York 2007.
- , Endlichkeit und Hospizbetreuung. Zur institutionellen Bewältigung der Sterblichkeit seit den 1970er Jahren, in: Annette Hilt/Isabella Jordan/Andreas Frewer (Hg.), Endlichkeit, Medizin und Unsterblichkeit. Geschichte – Theorie – Ethik, Stuttgart 2010, S. 271-284.
- Jordanova, Ludmilla, Objects of Knowledge. A Historical Perspective on Museums, in: Peter Vergo (Hg.), The New Museology, London 1989, S. 22-40.

- Jütte, Robert, (in Verbindung mit Wolfgang U. Eckart/Hans-Walter Schmuhl/ Winfried Süß), *Medizin und Nationalsozialismus. Bilanz und Perspektiven der Forschung*, 2. Auflage, Göttingen 2011.
- Kaartinen, Marjo, „Pray, Dr., is there Reason to Fear a Cancer?“ *Fear of Breast Cancer in Early Modern Britain*, in: Jonas Liliequist (Hg.), *A History of Emotions, 1200-1800*, London/Vermont 2012, S. 153-166.
- Kaartinen, Marjo, *Breast Cancer in the Eighteenth Century*, London/Vermont 2013.
- Käser, Rudolf, *Metaphern der Krankheit: Krebs*, in: Gerhard Neumann/Sigrid Weigel (Hg.), *Lesbarkeit der Kultur. Literaturwissenschaft zwischen Kulturtechnik und Ethnographie*, München 2000, S. 323-342.
- Kagan, Jerome, *What is Emotion? History, Measures, and Meanings*, New Haven 2007.
- Kaiser, Matthias, *Zur Geschichte des Deutschen Zentralkomitees zur Erforschung und Bekämpfung der Krebskrankheit (1900-1933)*, Greifswald 1988.
- Kalsch, Rainer/Zbynek Zeman, *Urangeheimnisse. Das Erzgebirge im Brennpunkt der Weltpolitik 1933-1960*, Berlin 2013.
- Kapczynski, Jennifer M., *The German Patient. Crisis and Recovery in Postwar Culture*, Ann Arbor 2008.
- Karpenstein-Eßbach, Christa, *Krebs – Literatur – Wissen. Von der Krebspersönlichkeit zur totalen Kommunikation*, in: Frank Degler/Christian Kohlroß (Hg.), *Epochen/Krankheiten*, St. Ingbert 2006, S. 233-264.
- Kasper, Anne S./Susan J. Ferguson, *Breast Cancer. Society Shapes an Epidemic*, Palgrave 2000.
- Kasten, Ingrid, *Einleitung*, in: C. Stephen Jaeger/Ingrid Kasten (Hg.), *Codierungen von Emotionen im Mittelalter/Emotions and Sensibilities in the Middle Ages*, Berlin 2003, S. XIII-XXVIII.
- Kasten, Jürgen, *Dramatische Instinkte und das Spektakel der Aufklärung. Richard Oswalds Filme der 20er Jahre*, in: ders./Armin Loacker (Hg.), *Richard Oswald. Kino zwischen Spektakel, Aufklärung und Unterhaltung*, Wien 2005, S. 15-140.
- , *Friedrich Wilhelm Walter Ruttmann*, in: *Neue Deutsche Biographie*, Bd. 22: Rohmer – Schinkel, Berlin 2005, S. 306 [Onlinefassung: <https://www.deutsche-biographie.de/sfz109271.html> (letzter Zugriff: 27.03.2017)].
- Kater, Michael H., *Die Medizin im nationalsozialistischen Deutschland und Erwin Liek*, in: *Geschichte und Gesellschaft* 16, 4 (1990), S. 440-463.

- Katz, Jay, *The Silent World of Doctor and Patient*, Baltimore/London 1984.
- Kauders, Anthony, *Der Freud-Komplex: Eine Geschichte der Psychoanalyse in Deutschland*, Berlin 2014.
- Kauz, Daniel, *Vom Tabu zum Thema? 100 Jahre Krebsbekämpfung in der Schweiz 1910-2010*, Bern/Basel 2010.
- Keating, Peter/Alberto Cambrosio, *Cancer Clinical Trials. The Emergence and Development of a New Style of Practice*, in: David Cantor (Hg.), *Cancer in the Twentieth Century*, Baltimore 2008, S. 197-223.
- , *Cancer on Trial. Oncology as a New Style of Practice*, Chicago/London 2012.
- , *Cancer Research and Protocol Patients: From Clinical Material to Committee Advisors*, in: Carsten Timmermann/Elizabeth Toon (Hg.), *Cancer Patients, Cancer Pathways. Historical and Sociological Perspectives*, Houndsmill/Basingstoke 2012, S. 161-185.
- Kinsella, James, *Covering the Plague: Aids and the American Media*, New Brunswick/London 1989.
- Kirkpatrick, Matthew D., *The Teleological Suspension of the Ethical*, in: Adam Clark/Michael Mawson (Hg.), *Ontology and Ethics. Bonhoeffer and Contemporary Scholarship*, Eugene 2013, S. 86-101.
- Klawitter, Maren, *The Biopolitics of Breast Cancer. Changing Cultures of Disease and Activism*, Minneapolis/London 2008.
- Klee, Ernst, *Das Personenlexikon zum Dritten Reich. Wer war was vor und nach 1945*, 2. durchgesehene Auflage, Frankfurt a.M. 2003.
- , *„Euthanasie“ im NS-Staat. Die „Vernichtung lebensunwerten Lebens“*, 2. überarbeitete Auflage, Frankfurt a.M. 2010.
- Kleiner, Stephanie/Robert Suter, *Konzepte von Glück und Erfolg in der Ratgeberliteratur. Eine Einleitung*, in: dies. (Hg.), *Guter Rat. Glück und Erfolg in der Ratgeberliteratur 1900-1940*, Berlin 2015, S. 9-40.
- Kleinman, Arthur, *The Illness Narratives. Suffering, Healing & The Human Condition*, New York 1988.
- Klocke, Sonja E., *Inscription and Rebellion. Illness and the Symptomatic Body in East German Literature*, Rochester/New York 2015.
- Klotz, Katharina, *Zur Bildsprache der Krebsaufklärung*, in: Stiftung Deutsches Hygiene-Museum (Hg.), *„Rechtzeitig erkannt – heilbar“*. Krebsaufklärung im 20. Jahrhundert, Dresden 2002, S. 33-44.

- Kment, Axel, Die Geschichte der Gastroskopie, München 1973.
- Knieps, Franz/Hartmut Reiners, Gesundheitsreformen in Deutschland. Geschichte – Intentionen – Kontroversen, Bern 2015.
- Koch, Lars (Hg.), Angst. Ein interdisziplinäres Handbuch, Stuttgart 2013.
- Koch, Sabine, Leben und Werk der Zellforscherin Rhoda Erdmann (1870-1935), Med. Diss., Marburg 1985.
- Koch, Uwe/Joachim Weis, Vorwort und Einführung: Psychoonkologie – eine Disziplin in ihrer Entwicklung, in: dies. (Hg.), Psychoonkologie. Eine Disziplin in der Entwicklung, Göttingen u.a. 2009, S. 9-11.
- Kocka, Jürgen, Sozialgeschichte in Deutschland seit 1945. Aufstieg, Krise und Perspektiven (= Gesprächskreis Geschichte, Bd. 47), Bonn 2002.
- Kölch, Michael Gregor, Theorie und Praxis der Kinder- und Jugendpsychiatrie in Berlin 1920–1935. Die Diagnose „Psychopathie“ im Spannungsfeld von Psychiatrie, Individualpsychologie und Politik, Med. Diss., FU Berlin 2006 (online zugänglich: [http://www.diss.fu-berlin.de/diss/receive/FUDISS\\_thesis\\_000000002422](http://www.diss.fu-berlin.de/diss/receive/FUDISS_thesis_000000002422), letzter Zugriff: 27.03.2017).
- Kolata, Gina, Influenza: Die Jagd nach dem Virus, Frankfurt a.M. 2006.
- Kopke, Christoph, Der „Ernährungsinspekteur der Waffen-SS“. Zur Rolle des Mediziners Ernst-Günther Schenck im Nationalsozialismus., in: ders. (Hg.), Medizin und Verbrechen. Festschrift zum 60. Geburtstag von Walter Wuttke, Ulm 2001, S. 208-220.
- Koselleck, Reinhart, „Erfahrungsraum“ und „Erwartungshorizont“, in: ders., Vergangene Zukunft. Zur Semantik geschichtlicher Zeiten, Frankfurt a.M. 1989, S. 349-373.
- Kraus, Elisabeth, Von der Uranspaltung zur Göttinger Erklärung. Otto Hahn, Werner Heisenberg, Carl Friedrich von Weizsäcker und die Verantwortung des Wissenschaftlers, Würzburg 2001.
- Kreutzer, Susanne (Hg.), Transformationen pflegerischen Handelns. Institutionelle Kontexte und soziale Praxis vom 19. und 21. Jahrhundert, Göttingen 2010.
- Krueger, Gretchen, Hope and Suffering. Children, Cancer, and the Paradox of Experimental Medicine, Baltimore 2008.
- Kümmell, Werner F., Krebs – die „Leitkrankheit“ unserer Zeit im Licht der Geschichte, in: Acta Historica Leopoldina 39 (2004), S. 41-58.

- Künstlerhaus Bethanien (Hg.), Wohnsitz: Nirgendwo: Vom Leben und Überleben auf der Straße, Berlin 1982.
- Kütemeyer, Mechthilde, Die Sprache der Psychosomatik im Nationalsozialismus, in: Gift, das du unbewußt eintrinkst: der Nationalsozialismus und die deutsche Sprache, Bielefeld 1994, S. 61-82.
- , Neurologie und Psychosomatik. Erinnerungen an die Janz'sche Klinik, in: Rainer-M. E. Jacobi/Peter C. Claussen/Peter Wolf, Die Wahrheit der Begegnung: anthropologische Perspektiven der Neurologie, Würzburg 2001, S. 191-214.
- Kury, Patrick, Der überforderte Mensch: Eine Wissensgeschichte vom Stress zum Burnout, Frankfurt a.M. 2012.
- , Vom physiologischen Stress zum Prinzip „Lebensqualität“: Lennart Levi und der Wandel des Stresskonzepts um 1970, in: Body Politics 1, 1 (2013), S. 119-137
- Kutcher, Gerald, Contested Medicine. Cancer Research and the Military, Chicago/London 2009.
- , A Case Study in Human Experimentation: The Patient as Subject, Object and Victim, in: Carsten Timmermann/Elizabeth Toon (Hg.), Cancer Patients, Cancer Pathways. Historical and Sociological Perspectives, Houndsmill/Basingstoke 2012, S. 57-77.
- Laffan, Michael/Max Weiss (Hg.), Facing Fear. The History of an Emotion in Global Perspective, Princeton 2012.
- Lambert, Christophe, La Société de la peur, Paris 2005.
- Lang, Hans-Joachim, Die Frauen von Block 10. Medizinische Versuche in Auschwitz, Hamburg 2011.
- Langewitz, Wolf, Patientenzentrierte Kommunikation, in: Rolf H. Adler/Wolfgang Herzog/Peter Joraschky/Karl Köhle/Wolf Langewitz/Wolfgang Söllner/Wolfgang Wesiack (Hg.), Uexküll. Psychosomatische Medizin. Theoretische Modelle und klinische Praxis, 7. Auflage, München 2011, S. 338-347.
- Laukötter, Anja, „Anarchie der Zellen“. Geschichte und Medien der Krebsaufklärung in der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts, in: Zeithistorische Forschungen/ Studies in Contemporary History 7, 1 (2010), S. 55-74.
- , (Film-)Bilder und medizinische Aufklärung im beginnenden 20. Jahrhundert: Evidenz und Emotionen, in: K. Friedrich/S. Stollfuß (Hg.), Blickwechsel: Bildpraxen zwischen Wissenschafts- und Populärkultur, Marburg 2011, S. 24-38.

- , Medien der Sexualaufklärung: Forschungsstand und Forschungsperspektiven, in: NTM: Zeitschrift für Geschichte der Wissenschaften, Technik und Medizin 20, 3 (2012), S. 225-232, doi: 10.1007/s00048-012-0075-8.
- , Wissen als Animation. Zur Transformation der Anschaulichkeit im Gesundheitsaufklärungsfilm, in: Montage AV 22, 2 (2013), S. 79-96.
- , Vom Ekel zur Empathie: Strategien der Wissensvermittlung im Sexualaufklärungsfilm im 20. Jahrhundert, in: Sybilla Nikolow (Hg.), „Erkenne Dich selbst!“ Strategien der Sichtbarmachung im 20. Jahrhundert, Weimar 2015, S. 305-319.
- , Measuring Knowledge and Emotions: American Audience Research on Educational Films in the Beginning of the 20<sup>th</sup> Century, in: Anja Laukötter/Christian Bonah/David Cantor (Hg.), Communicating Good Health: Movies, Medicine, and the Cultures of Risk in the Twentieth Century, Rochester (im Druck).
- /Christian Bonah (Hg.), Theme Issue: Screening Sex Hygiene Films in the First Half of the 20th Century, in: Gesnerus. Swiss Journal of the History of Medicine and Sciences 72, 1 (2015).
- Lawrence, Christopher/George Weisz (Hg.), Greater than the Parts. Holism in Biomedicine, 1920-1950, New York/Oxford 1998.
- Lederberg, Joshua/Robert E. Shope/Stanley C. Oaks, Jr. (Hg.), Emerging Infections: Microbial Threats to Health in the United States, Washington 1992.
- Lederer, Susan E., Dark Victory: Cancer and Popular Hollywood Film, in: Bulletin of the History of Medicine 81, 1 (2007), S. 94-115, doi: 10.1353/bhm.2007.0005.
- Lengwiler, Martin/Jeannette Madarász (Hg.), Das präventive Selbst. Eine Kulturgeschichte modernen Gesundheitspolitik, Bielefeld 2010.
- , Präventionsgeschichte als Kulturgeschichte der Gesundheitspolitik, in: dies. (Hg.), Das präventive Selbst. Eine Kulturgeschichte moderner Gesundheitspolitik, Bielefeld 2010, S. 11-28.
- Leo, Per, Der Wille zum Wesen. Weltanschauungskultur, charakterologisches Denken und Judenfeindschaft in Deutschland 1890-1940, Berlin 2013.
- León-Sanz, Pilar, Resentment in Psychosomatic Pathology (1939-1960), in: Bernardino Fantini/Dolores Martín Moruno/Javier Moscoso (Hg.), On Resentment: Past and Present. Newcastle upon Tyne 2013, S. 131-164.
- Leopold, Ellen, Breast Cancer, Women, and Their Doctors in the Twentieth Century, Boston 1999.

- , *Under the Radar. Cancer and the Cold War*, New Brunswick/New Jersey/London 2009.
- Lerner, Barron H., *The Breast Cancer Wars. Hope, Fear, and the Pursuit of a Cure in Twentieth-Century America*, Oxford 2001.
- , *Politician as Patient. John Foster Dulles Battles Cancer*, in: ders., *When Illness Goes Public. Celebrity Patients and How We Look at Medicine*, Baltimore 2006, S. 81-99.
- , *When Illness Goes Public. Celebrity Patients and How We Look at Medicine*, Baltimore 2006.
- Lesterhuis, Joost/Eddy S. Houwaart, *Bringing the Inbred-Mouse to Europe. The Netherlands Cancer Institute Within the Context of International Cancer Research*, in: Wolfgang U. Eckart (Hg.), *100 Years of Organized Cancer Research. 100 Jahre organisierte Krebsforschung*, Stuttgart/New York 2000, S. 89-94.
- Lethen, Helmut, *Verhaltenslehren der Kälte. Lebensversuche zwischen den Kriegen*, Frankfurt a.M. 1997.
- Leven, Karl-Heinz, *Krankheiten – historische Deutung versus retrospektive Diagnose*, in: Paul Norbert/Thomas Schlich (Hg.), *Medizingeschichte – Aufgaben, Probleme, Perspektiven*, Frankfurt a.M./New York 1998, S. 153-185.
- Levenson, Dorothy, *Mind, Body, and Medicine. A History of the American Psychosomatic Society*, Baltimore 1994.
- Ley, Barbara L., *From Pink to Green. Disease Prevention and the Environmental Breast Cancer Movement*, New Brunswick/New Jersey/London 2009.
- Leys, Ruth, *From Guilt to Shame: Auschwitz and After*, Princeton 2007.
- , *The Turn to Affect: A Critique*, in: *Critical Inquiry* 37, 3 (2011), S. 434-472, doi: 10.1086/659353.
- Lindner, Cornelia, *Vinzenz Czerny (1842-1916). Leben und Wirken des Heidelberger Chirurgen und Krebsforschers im zeitgeschichtlichen Kontext*, Med. Diss., Universität Heidelberg 2007.
- , *Vinzenz Czerny. Pionier der Chirurgie, chirurgischen Onkologie und integrierten Krebsforschung*, Freiburg 2009.
- Lindner, Ulrike, *Gesundheitspolitik in der Nachkriegszeit. Großbritannien und die Bundesrepublik Deutschland im Vergleich*, München 2004.



- Linek, Jenny, *Gesundheitsvorsorge in der DDR zwischen Propaganda und Praxis*, Stuttgart 2016.
- Lingelbach, Gabriele/Anne Kleinschmidt, *Kontinuitäten, Zäsuren, Brüche in der deutschen Disability History nach 1945*, in: dies. (Hg.), *Kontinuitäten, Zäsuren, Brüche? Lebenslagen von Menschen mit Behinderungen in der deutschen Zeitgeschichte*, Frankfurt am Main 2016, S. 7-27.
- Löttel, Holger, „Des Emotionalen Herr werden“: Konrad Adenauer und die „Angst vor der Atombombe“ im Jahr 1957, in: Patrick Bormann/Thomas Freiburger/ Judith Michel (Hg.), *Angst in den Internationalen Beziehungen*, Göttingen 2010, S. 205-225.
- Lövdén, Martin/Elisabeth Wenger/Johan Mårtensson/Ulman Lindenberger/Lars Bäckman, *Structural Brain Plasticity in Adult Learning and Development*, in: *Neuroscience & Biobehavioral Reviews* 37, 9B (2013), S. 2296-2310, doi: 10.1016/j.neubiorev.2013.02.014.
- Löwy, Ilana, *Unschärfe Begriffe und föderative Experimentalstrategien*, in: Hans Jörg Rheinberger/Michael Hagner, *Die Experimentalisierung des Lebens. Experimentalsysteme in den biologischen Wissenschaften 1850-1950*, Berlin 1993, S. 188-206.
- , *La standardisation de l'inconnu: les protocoles thérapeutiques en cancérologie*, in: *Techniques & Culture* 25/26 (1996), S. 73-108, doi: 10.4000/tc.507.
- , *Between Bench and Bedside: Science, Healing, and Interleukin-2 in a Cancer Ward*, Cambridge, Mass. 1996.
- , *Cancer. The Century of the Transformed Cell*, in: John Krige/Dominique Pestre (Hg.), *Science in the Twentieth Century*, Amsterdam 1997, S. 461-477.
- , *Preventive Strikes: Women, Precancer, and Prophylactic Surgery*, Baltimore 2010.
- , „Because of their Praiseworthy Modesty, they Consult too Late“. *Regime of Hope and Cancer of the Womb, 1800–1910*, in: *Bulletin of the History of Medicine* 85, 3 (2011), S. 356–383, doi: 10.1353/bhm.2011.0058.
- , *Labelled Bodies: Classification of Diseases and Way of Knowing*, in: *History of Science* 49, 3 (2011), S. 299-315.
- , *A Woman's Disease. The History of Cervical Cancer*, Oxford 2011.
- Lombardo, Giovanni Pietro/Renato Foschi, *The Concept of Personality in 19th-Century France and 20th-Century American Psychology*, in: *History of Psychology* 6, 2 (2003), S. 123-142, doi: 10.1037/1093-4510.6.2.123.

- Lüdtke, Karlheinz, *Wissenschaftliche Kontroversen und die Entwicklung neuen Wissens in der Geschichte der Krebsforschung*, Berlin 2007.
- Lundberg, Ingvar, *Zeitgeist, Ortgeist, and Personalities in the Development of Scandinavian Psychology*, in: *International Journal of Psychology* 36, 6 (2001), S. 356-362, doi: 10.1080/00207590143000.
- Lupton, Deborah, *Moral Threats and Dangerous Desires*, London/Bristol 1994.
- Maasen, Sabine/Jens Elberfeld/Pascal Eitler/Maik Tändler (Hg.), *Das beratene Selbst. Zur Genealogie der Therapeutisierung in den „langen“ Siebzigern*, Bielefeld 2011.
- Maaz, Hans-Joachim, *Zur Geschichte der Psychotherapie in der DDR*, in: *European Journal of Mental Health* 6, 2 (2011), S. 213-238.
- Macho, Thomas, *Was tun? Skizzen zur Wissensgeschichte der Beratung*, in: Thomas Brandstetter/Claus Pias/Sebastian Vehlken (Hg.), *Think Tanks. Die Beratung der Gesellschaft*, Zürich/Berlin 2010, S. 59-85.
- Madarász, Jeannette, *Die Pflicht zur Gesundheit: Chronische Krankheiten des Herzkreislaufsystems zwischen Wissenschaft, Populärwissenschaft und Öffentlichkeit*, in: Martin Lengwiler/Jeannette Madarász (Hg.), *Das präventive Selbst. Eine Kulturgeschichte moderner Gesundheitspolitik*, Bielefeld 2010, S. 137-67.
- , *Prävention chronischer Herz-Kreislauf-Krankheiten. BRD, DDR und Großbritannien im Vergleich, 1945-1990*, in: *Prävention und Gesundheitsförderung* 5,4 (2010), S. 313-318, doi: 10.1007/s11553-010-0259-9.
- Maehle, Andreas-Holger, *Professional Ethics and Discipline: The Prussian Medical Courts of Honour, 1899–1920*, in: *Medizinhistorisches Journal* 34, 3/4 (1999), S. 309–338.
- , *Assault and Battery, or Legitimate Treatment? German Legal Debates on the Status of Medical Interventions Without Consent, c. 1890-1914*, in: *Gesnerus* 57, 3/4 (2000), S. 206-221.
- , *Zwischen medizinischem Paternalismus und Patientenautonomie: Albert Molls „Ärztliche Ethik“ (1902) im historischen Kontext*, in: Andreas Frewer/Josef N. Neumann (Hg.), *Medizingeschichte und Medizinethik. Kontroversen und Begründungsansätze 1900-1950*, Frankfurt/New York 2001, S. 44-56.
- , *Doctors, Honour and the Law: Medical Ethics in Imperial Germany*, Basingstoke 2009.

- , „God’s Ethicist“: Albert Moll and His Medical Ethics in Theory and Practice, in: *Medical History* 56, 2 (2012), S. 217-236, doi: 10.1017/mdh.2011.34.
- Maio, Giovanni, Und wo bleibt die Zuwendung? Zur Entpersonalisierung der Arzt-Patient-Beziehung in der modernen Medizin, in: *Der Onkologe* 15, 10 (2009), S. 972-979, doi: 10.1007/s00761-009-1693-1.
- Martschukat, Jürgen/Olaf Stieglitz, *Geschichte der Männlichkeiten*, Frankfurt/New York 2008.
- Massumi, Brian, *Parables for the Virtual*, Durham 2002.
- Matt, Susan J., Current Emotion Research in History. Or, Doing History from the Inside Out, in: *Emotion Review* 3, 1 (2011), S. 117–124, doi: 10.1177/1754073910384416.
- May, W./J.H. Park/J.P. Lee, A Ten-Year-Review of the Literature on the Use of Standardized Patients in Teaching and Learning: 1996-2005, in: *Medical Teacher* 31, 6 (2009), S. 487-492, doi: 10.1080/01421590802530898.
- McCloskey, Deirdre, *Happyism: The Creepy New Economics of Pleasure*, in: *New Republic* 08.06.2012.
- McGrath, Rita Gunther, Das Zeitalter der Empathie, in: *Harvard Business Manager* (15. September 2014), <http://www.harvardbusinessmanager.de/blogs/manager-brauchen-neuen-fuehrungsstil-a-987288.html> (letzter Zugriff: 27.03.2017).
- McIntosh, Anthony Randal, From Location to Integration. How Neural Interactions Form the Basis for Human Cognition, in: Endel Tulving (Hg.), *Memory, Consciousness, and the Brain*, Philadelphia 2000, S. 346-362.
- Meier, Thomas/Volker Taenzer, Das Werner-Siemens-Institut für Röntgenforschung im Krankenhaus in Moabit, in: *Städtisches Krankenhaus Moabit (Hg.), 125 Jahre Krankenhaus Moabit 1872-1997*, Berlin 1997, S. 119-122.
- Michel, Judith, „Die Angst kann lehren, sich zu wehren“ – Der Angstdiskurs der westdeutschen Friedensbewegung in den 1980er Jahren, in: José Brunner (Hg.), *Politische Leidenschaften. Zur Verknüpfung von Macht, Emotion und Vernunft in Deutschland (= Tel Aviver Jahrbuch für deutsche Geschichte 38)*, Göttingen 2010, S. 246-269.
- Michl, Susanne, Erster Weltkrieg 1914-1918: Gefühlswelten – Konzepte von Angst in der Kriegspsychiatrie, in: *Deutsches Ärzteblatt* 111, 33-34 (2014), A1414-A1416.

- /Jan Plamper, Soldatische Angst im Ersten Weltkrieg. Die Karriere eines Gefühls in der Kriegspsychiatrie Deutschlands, Frankreichs und Russlands, in: *Geschichte und Gesellschaft* 35, 2 (2009), S. 209-248, doi: 10.13109/gege.2009.35.2.209.
- Middell, Matthias/Llouis Roura, The Various Forms of Transcending the Horizon of National History Writing, in: dies. (Hg.), *Transnational Challenges to National History Writing*, Basingstoke 2013, S. 1-35.
- Mihura, Joni L./Gregory J. Meyer, Rorschach Inkblot Test, in: Robert L. Cautin/Scott O. Lilienfeld (Hg.), *Encyclopedia of Clinical Psychology*, Chichester 2015, S. 2491-2496.
- Mizrachi, Nissim, From Causation to Correlation: The Story of Psychosomatic Medicine 1939-1979, in: *Culture, Medicine, and Psychiatry* 25, 3 (2001), S. 317-43, doi: 10.1023/A:1011817010797.
- Moamai, Marion, *Krebs schreiben. Deutschsprachige Literatur der siebziger und achtziger Jahre*, St. Ingbert 1997.
- Moll, Friedrich/Thorsten Halling, *Etablierung urologischer Lehrstühle und Herausbildung urologischer Krankenabteilungen in Westdeutschland 1945-1980*, Berlin/Heidelberg 2015.
- Mollo, Andrew, *The Armed Forces of World War II. Uniforms, Insignia and Organization*, London 2002.
- Moltke, Johannes von, *No Place Like Home. Locations of Heimat in German Cinema*, Berkeley 2005.
- Mommsen, Wolfgang J., Sozialpolitik im Deutschen Reich, in: Wolfgang Woelk/Jörg Vögele (Hg.), *Geschichte der Gesundheitspolitik in Deutschland*, Berlin 2002, S. 51-66.
- Morat, Daniel, Kalte Männlichkeit? Weimarer Verhaltenslehren im Spannungsfeld von Emotionen- und Geschlechtergeschichte, in: Manuel Borutta/Nina Verheyen (Hg.), *Die Präsenz der Gefühle. Männlichkeit und Emotion in der Moderne*, Bielefeld 2010, S. 153-177.
- Morange, Michel, From the Regulatory Vision to the Oncogene Paradigm, 1975-1985, in: *Journal of the History of Biology* 30, 1 (1997), S. 1-29, doi: 10.1023/A:1004255309721.
- Moscoso, Javier, *Pain. A Cultural History*, Basingstoke 2012.
- , Exquisite and Lingering Pains. Facing Cancer in Early Modern Europe, in: Rob Boddice (Hg.), *Pain and Emotion in Modern History*, London 2014, S. 16-35.

- , From the History of Emotions to the History of Experience. A Republican Sailor's Sketchbook in the Civil War, in: Luisa Elena Delgado/Pura Fernández/Jo Labanyi (Hg.), *Engaging the Emotions in Spanish Culture and History*, Nashville 2016, S. 176-191.
- Moscucci, Ornella, The British Fight Against Cancer: Publicity and Education, 1900-1948, in: *Social History of Medicine* 23, 2 (2010), S. 356-373, doi: 10.1093/shm/hkp050.
- Moser, Gabriele, „Im Interesse der Volksgesundheit...“ Sozialhygiene und öffentliches Gesundheitswesen in der Weimarer Republik und der frühen SBZ/DDR. Ein Beitrag zur Sozialgeschichte des deutschen Gesundheitswesens im 20. Jahrhundert, Frankfurt a.M. 2002.
- , „Musterbeispiel forscherscher Gemeinschaftsarbeit“? Krebsforschung und die Förderungsstrategien von Deutscher Forschungsgemeinschaft und Reichsforschungsrat im NS-Staat, in: *Medizinhistorisches Journal* 40, 2 (2005), S. 113-139.
- , „Forschungen für die Abwehr biologischer Kriegsmethoden“ und Krebsforschung im Zweiten Weltkrieg. Die Forschungsarbeiten beim „Reichsbevollmächtigten für Krebsforschung“, Kurt Blome, 1943-1945, in: Wolfgang U. Eckart/Alexander Neumann/Bernd Wegner (Hg.), *Medizin im Zweiten Weltkrieg: militärmedizinische Praxis und medizinische Wissenschaft im „Totalen Krieg“*, Stuttgart u.a. 2006, S. 131-150.
- , Kurt Blome und das „Zentralinstitut für Krebserforschung“ in Posen/Nesselstedt, 1941-1945. Ein Beispiel deutscher Gesundheits- und Forschungspolitik im Zweiten Weltkrieg, in: Michael Sachs/Bożena Płonka-Syroka/Fritz Dross (Hg.), *Wspolpraca na polu medycyny między Niemcami i Polakami/Austausch in der Medizin zwischen Deutschen und Polen*, Wrocław 2008, S. 401-419.
- , *Deutsche Forschungsgemeinschaft und Krebsforschung 1920-1970*, Stuttgart 2011.
- Müller, Frank Lorenz, *Der 99-Tage-Kaiser: Friedrich III. von Preußen – Prinz, Monarch, Mythos*, München 2013.
- Mukherjee, Siddharta, *The Emperor of All Maladies. A Biography of Cancer*, London 2011.
- , *Der König aller Krankheiten. Krebs – eine Biografie*, Köln 2012.
- Murphy, Caroline Claire Scanlan, *A History of Radiotherapy to 1950. Cancer and Radiotherapy in Britain 1850-1950*, Med. Diss., University of Manchester 1986.

- , From Friedenheim to Hospice: A Century of Cancer Hospitals, in: Lindsay Granshaw/Roy Porter (Hg.), *The Hospital in History*, London/New York 1989, S. 221-241.
- Neubert, Rahel, Das Institut für experimentelle Krebsforschung, in: Wolfgang U. Eckart/Volker Sellin/Eike Wolgast (Hg.), *Die Universität Heidelberg im Nationalsozialismus*, Heidelberg 2006, S. 959-974.
- Nikolow, Sybilla (Hg.), „Erkenne Dich selbst!“ Strategien der Sichtbarmachung im 20. Jahrhundert, Weimar 2015.
- , „Wissenschaftliche Stilleben“ des Körpers im 20. Jahrhundert, in: dies. (Hg.), *Erkenne Dich selbst! Strategien der Sichtbarmachung des Körpers im 20. Jahrhundert*, Köln/Weimar/Wien 2015, S. 11-43.
- /Arne Schirmmacher (Hg.), *Wissenschaft und Öffentlichkeit als Ressource füreinander. Studien zur Wissenschaftsgeschichte im 20. Jahrhundert*. Frankfurt a.M. 2007.
- Noack, Thorsten, *Eingriffe in das Selbstbestimmungsrecht des Patienten. Juristische Entscheidungen, Politik und ärztliche Positionen 1890-1960*, Frankfurt a.M. 2004.
- Nolte, Karen, Vom Umgang mit Tod und Sterben in der klinischen und häuslichen Krankenpflege des 19. Jahrhunderts, in: Sabine Braunschweig (hg.), *Pflege – Räume – Macht und Alltag. Beiträge zur Geschichte der Pflege*, Zürich 2006, S. 165-174.
- , Zeitalter des ärztlichen Paternalismus: Überlegungen zu Aufklärung und Einwilligung von Patienten im 19. Jahrhundert, in: *Medizin, Gesellschaft und Geschichte* 25 (2006), S. 59-89.
- , „Telling the Painful Truth“ – Nurses and Physicians in the Nineteenth Century, in: *Nursing History Review* 16, 1 (2008), S. 115-134, doi: 10.1891/1062-8061.16.115.
- , *Todkrank. Sterbebegleitung im 19. Jahrhundert: Medizin, Krankenpflege und Religion*, Göttingen 2016.
- Noll, Richard, Historical Review: Autointoxication and Focal Infection Theories of Dementia Praecox, in: *World Journal of Biological Psychiatry* 5, 2 (2004), S. 66-72, doi: 10.1080/15622970410029914.

- Nyström, Lennarth/Ingvar Andersson/Nils Bjurstam/Jan Frisell/Bo Nordenskjöld/Lars Erik Rutqvist, Long-Term Effects of Mammography Screening: Updated Overview of the Swedish Randomised Trials, in: *Lancet* 359, 9310 (2002), S. 909-919, doi: 10.1016/S0140-6736(02)08020-0.
- Oels, David, „Dieses Buch ist kein Roman“. Jürgen Thorwalds „Die große Flucht“ zwischen Zeitgeschichte und Erinnerungspolitik, in: *Zeithistorische Forschungen/Studies in Contemporary History* 6, 3 (2009), S. 367-390.
- Olson, James S., *Bathsheba's Breast. Women, Cancer & History*, Baltimore 2002.
- Olszewski, Margaret, Concepts of Cancer from Antiquity to the Nineteenth-Century, in: *University of Toronto Medical Journal* 87, 3 (2010), S.181-186.
- Oppenheimer, Gerald M., Becoming the Framingham Study 1947-1950, in: *American Journal of Public Health* 95, 4 (2005), S. 602-610, doi: 10.2105/AJPH.2003.026419.
- Parkinson, Anna M., *An Emotional State. The Politics of Emotion in Postwar West German Culture*, Ann Arbor 2015.
- Patterson, James T., *The Dread Disease. Cancer and Modern American Culture*, Cambridge, Mass./London 1987.
- Paul, Gerhard, „Mushroom Clouds“. Bilder des atomaren Holocaust, in: ders. (Hg.), *Das Jahrhundert der Bilder, Bd. 1: 1900 bis 1949*, Bonn 2009, S. 723-729.
- Paul, Norbert, Die molekulargenetische Interpretation des Krebs: Ein Paradigma, seine Entwicklung und einige Konsequenzen, in: Wolfgang U. Eckart (Hg.), *100 Years of Organized Cancer Research. 100 Jahre organisierte Krebsforschung*, Stuttgart/New York 2000, S. 95- 100.
- Paul, Rainer, Gesund wie die Heiligen der Letzten Tage, in: *Der Stern* 6 (1975), S. 117-123.
- Pedretti, Erica, *Valerie oder das unerzogene Auge*, Frankfurt a.M. 2000.
- Pernau, Margrit, Whither Conceptual History? From National to Entangled Histories, in: *Contributions to the History of Concepts* 7, 1, (2012), S. 1-11, doi: 10.3167/choc.2012.070101 .
- , Epilogue. Translating Books, Translating Emotions, in: Ute Frevert/Pascal Eitler/Stephanie Olsen/Uffa Jensen/Margrit Pernau/Daniel Brückenhaus/ Magdalena Beljan/Benno Gammerl/Anja Laukötter/Bettina Hitzer/Jan Plamper/ Juliane

- Brauer/Joachim C. Häberlen, *Learning How to Feel. Children's Literature and Emotional Socialization, 1870-1970*, Oxford 2014, S. 245-258.
- , *Space and Emotion. Building to Feel*, in: *History Compass* 12, 7 (2014), S. 541-549, doi: 10.1111/hic3.12170.
- , *What Object is Fear? Review Essay*, in: *History and Theory* 54, 1 (2015), S. 86-95, doi: 10.1111/hith.10742.
- /Imke Rajamani, *Emotional Translations: Conceptual History beyond Language*, in: *History and Theory* 55, 1 (2016), S. 46-65, doi: 10.1111/hith.10787.
- Peschke, Franz, *SCHRECK's Abteilung – Die Wieslocher „Kinderfachabteilung“ im Zweiten Weltkrieg*, in: *Schriftenreihe des Arbeitskreises „Die Heil- und Pflegeanstalt Wiesloch in der Zeit des Nationalsozialismus“*, H. 2, Wiesloch 1993, S. 19-41.
- , *Ökonomie, Mord und Planwirtschaft. Die Heil- und Pflegeanstalt Wiesloch im Dritten Reich (= Aspekte der Medizinphilosophie, Bd. 10)*, Bochum/Freiburg 2012.
- Pestalozzi, Bernard C., *Looking at the Dying Patient. The Ferdinand Hodler Paintings of Valentine Godé-Darel*, in: *Journal of Clinical Oncology* 20, 7 (2002), S. 1948-1950, doi: 10.1200/JCO.2002.20.7.1948.
- Petzina, Dietmar/Werner Abelshäuser/Anselm Faust, *Sozialgeschichtliches Arbeitsbuch, Bd. 3: Materialien zur Statistik des Deutschen Reiches 1914-1945*, München 1978.
- Pickstone, John V., *Contested Cumulations: Configurations of Cancer Treatment through the Twentieth Century*, in: David Cantor (Hg.), *Cancer in the Twentieth Century*, Baltimore 2008, S. 164-196.
- Pieters, Toine, *The Biography of a Wonder Drug: The Interferon*, in: Wolfgang U. Eckart (Hg.), *100 Years of Organized Cancer Research. 100 Jahre organisierte Krebsforschung*, Stuttgart/New York 2000, S. 149-155.
- Pilzweiger, Stefanie, *Männlichkeit zwischen Gefühl und Revolution. Eine Emotionsgeschichte der bundesdeutschen 68er Bewegung*, Bielefeld 2015.
- Pinell, Patrice, *Naissance d'un fléau. Histoire de la lutte contre le cancer en France (1890-1940)*, Paris 1992.
- , *Cancer*, in: Roger Cooter/John Pickstone (Hg.), *Medicine in the Twentieth Century*, Amsterdam 2000, S. 671-686.



- , *The Fight Against Cancer. France 1890-1940*, übers. von David Madell, London 2002.
- Plamper, Jan, *Wie schreibt man die Geschichte der Gefühle?* William Reddy, Barbara Rosenwein und Peter Stearns im Gespräch mit Jan Plamper, in: *Werkstatt Geschichte* 54 (2010), S. 39-69.
- , *Geschichte und Gefühl. Grundlagen der Emotionsgeschichte*, München 2012.
- /Benjamin Lazier (Hg.), *Fear Across the Disciplines*, Pittsburgh 2012.
- Porter, Theodore M., *The Rise of Statistical Thinking, 1820-1900*, Princeton 1986.
- , *Trust in Numbers. The Pursuit of Objectivity in Science and Public Life*, Princeton 1995.
- Powers, Rod, *U.S. Military Beret History*, in *The Balance* (08.09.2016), <http://usmilitary.about.com/cs/generalinfo/a/berethistory.htm> (letzter Zugriff: 27.03.2017).
- Proctor, Robert N., *The Nazi War on Cancer*, Princeton 1999.
- , *Adolf Butenandt (1903-1995). Nobelpreisträger, Nationalsozialist und MPG-Präsident. Ein erster Blick in den Nachlass (Vorabdruck aus dem Forschungsprogramm „Geschichte der Kaiser-Wilhelm-Gesellschaft im Nationalsozialismus“, Stand 2000)*, <http://www.mpiwg-berlin.mpg.de/KWG/Ergebnisse/Ergebnisse2.pdf> (letzter Zugriff: 27.03.2017).
- , *Blitzkrieg gegen den Krebs. Gesundheit und Propaganda im Dritten Reich*, übers. von Alexandra Böhm/Katharina Wehrli, Stuttgart 2002.
- Przyrembel, Andrea, *Verbote und Geheimnisse. Das Tabu und die Genese der europäischen Moderne*, Frankfurt/New York 2011.
- Puschner, Uwe, *Die völkische Bewegung im wilhelminischen Kaiserreich. Sprache – Rasse – Religion*, Darmstadt 2001, S. 119-123.
- Putz, Petra, *Waterloo in Geiseltal. Die Geschichte des Münchner Filmkonzerns Emelka (1919-1933) im Antagonismus zwischen Bayern und dem Reich*, Trier 1996.
- Quitze, Andrea, *Staat, Macht, Moral. Die medizinische Ethik in der DDR*, Berlin 2015.
- Rabi, Barbara, *Ärztliche Ethik – Eine Frage der Ehre? Die Prozesse und Urteile der ärztlichen Ehrengerichte in Preußen und Sachsen 1918-1933*, Frankfurt a.M. 2002.

- Rabinbach, Anson, *Motor Mensch. Energie, Ermüdung und die Ursprünge der Modernität*, Wien 2001.
- Raphael, Lutz, Die Verwissenschaftlichung des Sozialen als Herausforderung für eine Sozialgeschichte des 20. Jahrhunderts, in: *Geschichte und Gesellschaft* 22, 2 (1996), S. 165-193.
- Rastetter, Pia, Die Anfänge der Strahlentherapie des Uteruskarzinoms in Deutschland (1895-1920), in: Wolfgang U. Eckart (Hg.), *100 Years of Organized Cancer Research. 100 Jahre organisierte Krebsforschung*, Stuttgart/New York 2000, S. 131-136.
- Reckwitz, Andreas, Affective Spaces: a Praxeological Outlook, in: *Rethinking History* 16, 2 (2012), S. 241–258, doi: 10.1080/13642529.2012.681193.
- Reddy, William M., *The Navigation of Feeling*, New York 2001.
- Reed, Bruce Cameron, *The History and Science of the Manhattan Project*, Berlin/Heidelberg 2014.
- Reichardt, Sven, „Wärme“ als Modus sozialen Verhaltens? Vorüberlegungen zu einer Kulturgeschichte des linksalternativen Milieus vom Ende der sechziger bis Anfang der achtziger Jahre, in: *Vorgänge* 44, 171/172 (2005), S. 175-187.
- , Authentizität als Selbstbeschreibungskategorie im linksalternativen Milieu, in: Heike Kempe (Hg.), *Die „andere“ Provinz. Kulturelle Auf- und Ausbrüche im Bodenseeraum seit den 1960er Jahren*, Konstanz 2014, S. 11-20.
- , *Authentizität und Gemeinschaft. Linksalternatives Leben in den siebziger und frühen achtziger Jahren*, Berlin 2014.
- Reitzenstein, Julien, *Himmlers Forscher. Wehrwissenschaft und Medizinverbrechen im „Ahnenerbe“ der SS*, Paderborn 2014.
- Reufsteck, Michael/Stefan Niggemeier, Gesundheitsmagazin Praxis, in: dies., *Das Fernsehlexikon. Alles über 7000 Sendungen von Ally McBeal bis zur ZDF-Hitparade*, München 2005, S. 461f.
- Rheinberger, Hans-Jörg, Zur Frage der Gleichrangigkeit von humanen und nicht-humanen Aktanten: Bruno Latour, *Eine neue Soziologie für eine neue Gesellschaft. Einführung in die Akteur-Netzwerk-Theorie*, Frankfurt a.M. 2007.
- Rhomberg, Hans-Peter, *Das Hospital. Heil- und Pflegestätten im Wandel der Zeit*, Lindenberg 2015.
- Röhrborn, Helmut, Psychotherapie im peripheren Versorgungskrankenhaus – Die Erlabrunner Psychosomatik, in: Michael Geyer (Hg.), *Psychotherapie in*

- Ostdeutschland. Geschichte und Geschichten 1945-1995, Göttingen 2011, S. 815-818.
- Roelcke, Volker, „Zivilisationsschäden am Menschen“ und ihre Behandlung. Das Projekt einer „seelischen Gesundheitsführung“ im Nationalsozialismus, in: *Medizinhistorisches Journal* 31, 1/2 (1996), S. 3-48.
- , Prävention in Hygiene und Psychiatrie zu Beginn des 20. Jahrhunderts. Krankheit, Gesellschaft, Vererbung und Eugenik bei Robert Sommer und Emil Gottschlich, in: Ulrike Enke (Hg.), *Die Medizinische Fakultät der Universität Gießen. Institutionen, Akteure und Ereignisse von der Gründung 1607 bis ins 20. Jahrhundert*, Stuttgart 2007, S. 395-416.
- Röseler, Julia Annette Friederike, *Die ärztliche Seelsorge nach Edgar Michaelis*, Ph.D. Diss., Universität Zürich 2012, doi: 10.5167/uzh-67136.
- Roßiger, Susanne, *Bewegte Bilder. Filme*, in: Stiftung Deutsches Hygiene-Museum (Hg.), „Rechtzeitig erkannt – heilbar“. *Krebsaufklärung im 20. Jahrhundert*, Dresden 2002, S. 131-136.
- , *Bildappell und schnelle Botschaft. Plakate*, in: Stiftung Deutsches Hygiene-Museum (Hg.), „Rechtzeitig erkannt – heilbar“. *Krebsaufklärung im 20. Jahrhundert*, Dresden 2002, S. 91-122.
- , *Informationen für alle. Broschüren und Merkblätter*, in: Stiftung Deutsches Hygiene-Museum (Hg.), „Rechtzeitig erkannt – heilbar“. *Krebsaufklärung im 20. Jahrhundert*, Dresden 2002, S. 75-90.
- , *Krankheitsbilder in Wachs. Moulagen*, in: Stiftung Deutsches Hygiene-Museum (Hg.), „Rechtzeitig erkannt – heilbar“. *Krebsaufklärung im 20. Jahrhundert*, Dresden 2002, S. 61-74.
- , *Die Krebskampagnen des Deutschen Hygiene-Museums*, in: Stiftung Deutsches Hygiene-Museum (Hg.), „Rechtzeitig erkannt – heilbar“. *Krebsaufklärung im 20. Jahrhundert*, Dresden 2002, S. 21-31.
- , *Wissenspräsentationen an jedem Ort. Ausstellungen*, in: Stiftung Deutsches Hygiene-Museum (Hg.), „Rechtzeitig erkannt – heilbar“. *Krebsaufklärung im 20. Jahrhundert*, Dresden 2002, S. 45-60.
- /Heidrun Merk (Hg.), *Hauptsache gesund! Gesundheitsaufklärung zwischen Disziplinierung und Emanzipation*, Marburg 1998.

- Roper, Michael, *Between Manliness and Masculinity: The "War Generation" and the Psychology of Fear in Britain, 1914-1950*, in: *Journal of British Studies* 44, 2 (2005), S. 343-362, doi: 10.1086/427130.
- Rosenberg, Charles, *Holism in Twentieth-Century Medicine*, in: Christopher Lawrence/George Weisz (Hg.), *Holism in Biomedicine, 1920-1950*, New York/Oxford 1998, S. 335-355.
- /Janet Golden (Hg.), *Framing Disease. Studies in Cultural History*, 2. Auflage, New Brunswick, NJ 1997.
- Rosenwein, Barbara, Review of „The Navigation of Feeling“. A Framework for the History of Emotions by William M. Reddy, in: *American Historical Review* 107, 4 (2002), S. 1181f.
- , *Worrying About Emotions in History*, in: *American Historical Review* 107, 3 (2002), S. 821-845.
- Rost, Karl Ludwig, „Ich klage an“ – ein historischer Film?, in: Udo Benzenhöfer/Wolfgang U. Eckart (Hg.), *Medizin im Spielfilm des Nationalsozialismus*, Tecklenburg 1990, S. 34-51.
- Roth, Karl Heinz, *Psychosomatische Medizin und „Euthanasie“*, in: 1999. *Zeitschrift für Sozialgeschichte des 20. und 21. Jahrhunderts* 1 (1986), S. 65-99.
- Roth, Martin, *Menschenökonomie oder der Mensch als technisches und künstlerisches Meisterwerk*, in: Rosmarie Beier/Martin Roth (Hg.), *Der Gläserne Mensch – Eine Sensation. Zur Kulturgeschichte eines Ausstellungsobjekts*, Stuttgart 1990, S. 39-67.
- Rothman, D.J./S. Marcus/S.A. Kiceluk (Hg.), *Medicine and Western Civilization*, New Brunswick, NJ 1995.
- Rothstein, William G., *Public Health and the Risk Factor: A History of an Uneven Medical Revolution*, Rochester 2003.
- Rouessé, Jacques, *Une histoire du cancer du sein en Occident: enseignements et réflexions*, Paris 2011.
- Rowan, Terry, *World War II Goes to the Movies & Television Guide*, Band 2, 2012.
- Ruault, Franco, *Tödliche Maskeraden. Julius Streicher und die „Lösung der Judenfrage“*, Frankfurt a.M. u.a. 2009.
- Rudloff, Wilfried, *Rehabilitation und Hilfen für Behinderte*, in: Günther Schulz (Hg.), 1949-1957. *Bundesrepublik Deutschland. Bewältigung der Kriegsfolgen*,

- Rückkehr zur sozialpolitischen Normalität (= Geschichte der Sozialpolitik in Deutschland seit 1945, Bd. 3), Baden-Baden 2005, S. 517-557.
- Rudolf, Gerd/Ulrich Rüger, 50 Jahre Zeitschrift für Psychosomatische Medizin, in: Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie 50, 1 (2004), S. 7-21.
- Sabisch, Katja, Das Weib als Versuchsperson: medizinische Menschenexperimente im 19. Jahrhundert am Beispiel der Syphilisforschung, Bielefeld 2007.
- Sarasin, Philipp, Was ist Wissensgeschichte?, in: Internationales Archiv für Sozialgeschichte der deutschen Literatur 36, 1 (2011), S. 159-172, doi: 10.1515/iasl.2011.010.
- /Silvia Berger/Marianne Hänseler/Myriam Spörri (Hg.), Bakteriologie und Moderne. Studien zur Biopolitik des Unsichtbaren 1870-1920, Frankfurt a.M. 2007.
- Sauerteig, Lutz, Lust und Abschreckung: Moulagen in der Geschlechtskrankheiten-aufklärung, in: Susanne Hahn/Dimitrios Ambatielos (Hg.), Wachs – Moulagen und Modelle, Dresden 1994, S. 47-68.
- , Krankheit, Sexualität, Gesellschaft. Geschlechtskrankheiten und Gesundheitspolitik im 19. und frühen 20. Jahrhundert, Stuttgart 1999.
- , Geschlechtskrankheiten, Gesundheitspolitik und Medizin im 20. Jahrhundert: Europäische Entwicklungen im Überblick, in: Sexologie. Zeitschrift für Sexualmedizin, Sexualtherapie und Sexualwissenschaft 19, 3/4 (2012), S. 111-118.
- Saupe, Achim, Authentizität, Version: 3.0, in: Docupedia-Zeitgeschichte, 25.08.2015: [http://docupedia.de/zg/saupe\\_authentizitaet\\_v3\\_de\\_2015](http://docupedia.de/zg/saupe_authentizitaet_v3_de_2015) (letzter Zugriff: 27.03.2017).
- Scarry, Elaine, The Body in Pain, Oxford 1987.
- Schagen, Udo, Aufbau einer neuen Versorgungsstruktur: Gesundheitsschutz als Leitkonzept. Historische Grundlagen für das Präventionskonzept der Sowjetischen Besatzungszone und der frühen DDR, in: Sigrid Stöckel/Ulla Walter (Hg.), Prävention im 20. Jahrhundert. Historische Grundlagen und aktuelle Entwicklungen in Deutschland, Weinheim/München 2002, S. 165-177.
- , Die Gesundheitspolitik in der Sowjetischen Besatzungszone – Umsetzung sozialdemokratischer Forderungen, in: ders./Sabine Schleiermacher (Hg.), „Gesundheitsschutz für alle“ und die Ausgrenzung von Minderheiten, Berlin 2006, S. 63-72.

- /Sabine Schleiermacher, Gesundheitswesen und Sicherung bei Krankheit, in: Dierk Hoffmann/Michael Schwartz (Hg.), 1949-1961 Deutsche Demokratische Republik. Im Zeichen des Aufbaus des Sozialismus (= Geschichte der Sozialpolitik in Deutschland seit 1945, Bd. 8), Baden-Baden 2004, S. 387-433.
- Scheer, Monique, Topografien des Gefühls, in: Ute Frevert/Monique Scheer/Anne Schmidt/Pascal Eitler/Bettina Hitzer/Nina Verheyen/Benno Gammerl/Christian Bailey/Margrit Pernau, Gefühlswissen. Eine lexikalische Spurensuche in der Moderne, Frankfurt a.M. 2011, S. 41-64.
- , Are Emotions a Kind of Practice (and Is That What Makes Them Have a History)? A Bourdieuan Approach to Understanding Emotion, in: *History and Theory* 51, 2 (2012), S. 193-220.
- Schewe, Christian von, Die emotionale Struktur sozialer Interaktion. Emotions-expression und soziale Ordnungsbildung, in: *Zeitschrift für Soziologie* 39, 5 (2010), S. 346-362.
- Scheybal, Ulrike, Krebsforschung in der Zeit des Nationalsozialismus unter besonderer Berücksichtigung des Allgemeinen Instituts gegen die Geschwulstkrankheiten, Med. Diss., Universität Leipzig 2000.
- Schildt, Axel/Detlef Siegfried, Deutsche Kulturgeschichte. Die Bundesrepublik – 1945 bis zur Gegenwart, München 2009.
- Schirmacher, Arne, Nach der Popularisierung. Zur Relation von Wissenschaft und Öffentlichkeit im 20. Jahrhundert, in: *Geschichte und Gesellschaft* 34, 1 (2008), S. 73-95, doi: 10.13109/gege.2008.34.1.73.
- Schlager, Claudia, Kult und Krieg. Herz Jesu – Sacré Cœur – Christus Rex im deutsch-französischen Vergleich (1914-1925), Tübingen 2011.
- Schleiermacher, Sabine, Prävention und Prophylaxe in BRD und DDR. Eine gesundheitspolitische Leitidee im Kontext verschiedener Systeme, in: Udo Schagen/Sabine Schleiermacher (Hg.), 100 Jahre Sozialhygiene, Sozialmedizin und Public Health in Deutschland, Berlin 2005, S. 1-7.
- , Die Rockefeller Foundation und ihr Engagement bei einer Neuorientierung von Medizin und Public Health in Deutschland in den 1950er Jahren, in: *Medizin-historisches Journal* 45, 1 (2010), S. 43-65.
- Schlich, Thomas, Asepsis and Bacteriology: A Realignment of Surgery and Laboratory Science, in: *Medical History* 56, 3 (2012), S. 308-334, doi: 10.1017/mdh.2012.22.

- , Negotiating Technologies in Surgery: The Controversy about Surgical Gloves in the 1890s, in: *Bulletin of the History of Medicine* 87, 2 (2013), S. 170-197, doi: 10.1353/bhm.2013.0026.
- Schmähl, Dietrich, Lettré, Hans, in: *Historische Kommission bei der Bayerischen Akademie der Wissenschaften (Hg.), Neue Deutsche Biographie, Bd. 14: Laverrenz – Locher-Freuler*, Berlin 1985, S. 360 [Onlinefassung: <https://www.deutsche-biographie.de/gnd125524439.html> (letzter Zugriff: 27.03.2017)].
- Schmaltz, Florian, *Kampfstoff-Forschung im Nationalsozialismus. Zur Kooperation von Kaiser-Wilhelm-Instituten, Militär und Industrie*, Göttingen 2005.
- Schmid, Wilhelm, *Unglücklich sein: Eine Ermutigung*, Berlin 2012.
- Schmiedebach, Michael, *Geschichte der operativen Chirurgie, Bd. 1*, Heidelberg 2000.
- Schmidt, M./D. Groß, Hans Holfelder und der Röntgensturmbann der Waffen-SS, in: *Der Radiologe* 53, 7 (2013), S. 620-621, doi: 10.1007/s00117-013-2529-y.
- Schmidt, Mathias/Tina Winzen/Dominik Groß, The SS X-Ray Unit As an Instrument for „Total Registration“ and „Race Selection“, in: *Strahlentherapie und Onkologie* 191, 5 (2015), S. 437-441, doi: 10.1007/s00066-014-0804-0.
- Schmied, Gerhard, *Sterben und Trauern in der modernen Gesellschaft*, Opladen 1985.
- Schmorrte, Stefan, *Alter und Medizin. Die Anfänge der Geriatrie in Deutschland*, in: *Archiv für Sozialgeschichte* 30 (1990), S. 15-41.
- Schmuhl, Hans-Walter, *Rassenhygiene, Nationalsozialismus, Euthanasie. Von der Verhütung zur Vernichtung „lebensunwerten Lebens“, 1890-1945*, 2. Auflage, Göttingen 1992.
- Schnalke, Thomas, *Die Medizinische Moulage – ein historischer Überblick*, in: *Susanne Hahn/Dimitrios Ambatielos (Hg.), Wachs – Moulagen und Modelle*, Dresden 1994, S. 13-28.
- , *Diseases in Wax – The History of the Medical Moulage*, Berlin 1995.
- Schneck, Peter, *Das Deutsche Zentralkomitee zur Erforschung und Bekämpfung der Krebskrankheit und seine Leistungen (1900-1933)*, in: *Wolfgang U. Eckart (Hg.), 100 Years of Organized Cancer Research. 100 Jahre organisierte Krebsforschung*, Stuttgart/New York 2000, S. 23-29.
- Schneider, Michael C., *Wissensproduktion im Staat. Das königlich preußische statistische Bureau 1860–1914*, Frankfurt a.M. 2013.
- Schnell, Rüdiger, *Historische Emotionsforschung*, in: *Frühmittelalterliche Studien* 38, 1 (2004), S. 173-276, doi: 10.1515/9783110182293.173.

- Schönbauer, Leopold, Christian Albert Theodor Billroth, in: *Neue Deutsche Biographie*, Bd. 2, Berlin 1955, S. 239 f.
- Scholtz, Doreen/Holger Steinberg, Die Theorie und Praxis der Pawlow'schen Schlaftherapie in der DDR, in: *Psychiatrische Praxis* 38, 7 (2011), S. 323-328, doi: 10.1055/s-0031-1276851.
- Scholz, Albert, Eugen Galewsky (1864-1935), in: *Dermatologische Monatsschrift* 158 (1972), S. 53-68.
- Schregel, Susanne, Konjunktur der Angst. „Politik der Subjektivität“ und „neue Friedensbewegung“, 1979-1983, in: Bernd Greiner/Christian Th. Müller/Dierk Walter (Hg.), *Angst im Kalten Krieg*, Hamburg 2009, S. 495-520.
- Schröder, Hartmut, Tabu, in: Alois Wierlacher/Andrea Bogner (Hg.), *Handbuch Interkulturelle Germanistik*, Stuttgart/Weimar 2003, S. 307-315.
- Schröter, Michael, „Hier läuft alles zur Zufriedenheit, abgesehen von den Verlusten...“ Die Deutsche Psychoanalytische Gesellschaft 1933-1936, in: *Psyche* 63, 11 (2009), S. 1085-1130.
- Schultz-Venrath, Ulrich/Ludger M. Hermanns, Gleichschaltung zur Ganzheit. Gab es eine Psychosomatik im Nationalsozialismus?, in: Horst Eberhard Richter/Michael Wirsching (Hg.), *Neues Denken in der Psychosomatik*, Frankfurt a.M. 1992, S. 83-103.
- Schulze-Wegener, Guntram, Wilhelm I.: Deutscher Kaiser – König von Preußen – Nationaler Mythos, Hamburg/Bonn 2015.
- Schwerin, Alexander von, Prekäre Stoffe. Radiumökonomie, Risikoepisteme und die Etablierung der Radioindikatortechnik in der Zeit des Nationalsozialismus, in: *NTM: Zeitschrift für Geschichte der Wissenschaften, Technik und Medizin* 17, 1 (2009), S. 5-33, doi: 10.1007/s00048-008-0324-z.
- , *Strahlenforschung: Bio- und Risikopolitik der DFG, 1920 bis 1970*, Stuttgart 2015.
- Seebacher, Felicitas, „Der operierte Chirurg“. Theodor Billroths Deutschnationalismus und akademischer Antisemitismus, in: *Zeitschrift für Geschichtswissenschaft* 54, 4 (2006), S. 317-338.
- Segeberg, Harro, „Grün ist die Heide“. Zur Mentalitätsgeschichte des Heimatfilms, in: ders. (Hg.), *Mediale Mobilmachung III. Das Kino in der Bundesrepublik Deutschland von 1950 bis 1963*, Paderborn 2009, S. 121-147.



- Seidler, Eduard, Die medizinische Fakultät der Albert-Ludwig-Fakultät Freiburg im Breisgau. Grundlagen und Entwicklungen, korrigierter Nachdruck, Berlin u.a. 1993.
- Seitz, Oliver/Dieter Seitz, Die moderne Hospizbewegung in Deutschland auf dem Weg ins öffentliche Bewusstsein. Ursprünge, kontroverse Diskussionen, Perspektiven, Herbolzheim 2002.
- Shapin, Steven, The House of Experiment in Seventeenth-Century England, in: *Isis* 79, 3 (1988), S. 373-404.
- Shorter, Edward, *Bedside Manners. The Troubled History of Doctors and Patients*, New York 1985.
- , *From Paralysis to Fatigue: A History of Psychosomatic Illness in the Modern Era*, New York u.a. 1992.
- Siegfried, Detlef, Authentizität und politische Moral in linken Subkulturen, in: Habbo Knoch (Hg.), *Bürgersinn mit Weltgefühl. Politische Moral und solidarischer Protest in den sechziger und siebziger Jahren*, Göttingen 2007, S. 251-268.
- Skloot, Rebecca, *Die Unsterblichkeit der Henrietta Lacks*, München 2012.
- Snelders, Stephen/Frans J. Meijman/Toine Pieters, Cancer Health Communication in the Netherlands 1910-1950. Paternalistic Control or Popularization of Knowledge?, in: *Medizinhistorisches Journal* 41, 3 (2006), S. 271-289.
- Snozzi, Romana/Tania Singer, Empathie aus der Sicht der sozialen Neurowissenschaften, in: Johannes Fehr/Gerd Folkers (Hg.), *Gefühle zeigen. Manifestationsformen emotionaler Prozesse*, Zürich 2009, S. 91-113.
- Sommer, Karin, Fürsorge oder Auslese? Erziehungsberatung von der Weimarer Republik bis 1945, in: Maria Kurz-Adam/Ingrid Post (Hg.), *Erziehungsberatung und Wandel der Familie*, Wiesbaden 1995, S. 15-31.
- Sonnenmoser, Marion, Psychotherapie in der DDR: Versunkene Welt, in: *Deutsches Ärzteblatt PP* 3 (2009), S. 115f.
- Springer, Anne/Bernhard Janta/Karsten Münch (Hg.), *Angst*, Gießen 2011.
- Stacey, Jackie, *Teratologies. A Cultural Study of Cancer*, London/New York 1997.
- Städtisches Krankenhaus Moabit (Hg.), *125 Jahre Krankenhaus Moabit 1872-1997*, Berlin 1997.
- Stalfort, Jutta, *Die Erfindung der Gefühle. Eine Studie über den historischen Wandel menschlicher Emotionalität (1750-1850)*, Bielefeld 2013.

- Staub, Michael E., *Madness Is Civilization. When the Diagnosis Was Social, 1948-1980*, Chicago 2011.
- Stearns, Peter N., *American Cool: Constructing a Twentieth-Century Emotional Style*, New York 1994.
- , *American Fear: The Causes and Consequences of High Anxiety*, New York/ Milton Park 2006.
- /Timothy Haggerty, *The Role of Fear. Transitions in American Emotional Standards for Children, 1850-1950*, in: *American Historical Review* 96, 1 (1991), S. 63-94.
- Stearns, Peter N./Carol Z. Stearns, *Emotionology. Clarifying the History of Emotions and Emotional Standards*, in: *American Historical Review* 90, 4 (1985), S. 813-830.
- Steller, Thomas, *Das Neue Wissen vom Menschen – Entstehung und Entwicklung des Deutschen Hygiene-Museums in Dresden 1900-1931. Zur Popularisierung eines neuen Menschenbildes*, Norderstedt 2008.
- Stiftung Deutsches Hygiene-Museum (Hg.), *„Rechtzeitig erkannt – heilbar“. Krebsaufklärung im 20. Jahrhundert*, Dresden 2002.
- Stöver, Bernd, *Geschichte des Koreakriegs. Schlachtfeld der Supermächte und ungelöster Konflikt*, München 2013.
- Stoff, Heiko, *Ewige Jugend. Konzepte der Verjüngung vom späten 19. Jahrhundert bis ins Dritte Reich*, Köln/Weimar/Wien 2004, S. 210f.
- , Franz Klose, Kiel: *„Auch Glück ist kein Ersatz für Arbeit!“ Das Projekt der Gesundheitsvorsorge als Pflicht zur Selbstoptimierung, 1930-1970*, in: Christine Wolters/Christian Becker (Hg.), *Rehabilitation und Prävention in Sport- und Medizingeschichte*, Berlin 2004, S. 169-188
- , *Wirkstoffe. Eine Wissenschaftsgeschichte der Hormone, Vitamine und Enzyme, 1920-1970*, Stuttgart 2012, S. 226-308.
- Stoffels, Hans, *Medizin und Naturwissenschaft in geschichtlicher Entscheidung. Wilhelm Küttemeyer zum Gedächtnis*, in: *Scheidewege* 3 (1973), S. 403-422.
- , *Gelebtes und ungeliebtes Leben. Zum 100. Geburtstag von Wilhelm Küttemeyer (1904-1972)*, in: *Viktor von Weizsäcker Gesellschaft (24.03.2005)*, [http:// viktor-von-weizsaecker-gesellschaft.de/texte\\_mehr.php?id=13&sID=1](http://viktor-von-weizsaecker-gesellschaft.de/texte_mehr.php?id=13&sID=1) (letzter Zugriff: 27.03.2017).
- , *Psychiatrie und Psychosomatik – Auf der Suche nach der Seelen-Medizin*, in: *Sozialpsychiatrische Informationen* 41, 3 (2011), S. 25-29.

- Stolberg, Michael, Europas ältestes Sterbehospiz? Das Nürnberger Krankenhaus „Hundertsuppe“, 1770-1813, in: *Medizin, Geschichte und Gesellschaft* 28 (2009), S. 153-178.
- , *Die Geschichte der Palliativmedizin. Medizinische Sterbebegleitung von 1500 bis heute*, 2. Auflage, Frankfurt a.M. 2013.
- Strack, Stephen, Herman Feifel, in: *Encyclopedia of Death and Dying*, <http://www.deathreference.com/En-Gh/Feifel-Herman.html> (letzter Zugriff: 27.03.2017).
- Strick, James E., Wilhelm Reich, Biologist, Cambridge, Mass./London 2015.
- Süß, Sonja, *Politisch mißbraucht? Psychiatrie und Staatssicherheit in der DDR*, Berlin 1998.
- Süß, Winfried, *Gesundheitspolitik*, in: Hans Günter Hockerts (Hg.), *Drei Wege deutscher Sozialstaatlichkeit. NS-Diktatur, Bundesrepublik und DDR im Vergleich*, München 1998, S. 55-100.
- , *Der „Volkskörper“ im Krieg. Gesundheitspolitik, Gesundheitsverhältnisse und Krankenmord im nationalsozialistischen Deutschland 1939-1945*, München 2003.
- Sunstein, Cass R., *Gesetze der Angst*, Frankfurt a.M. 2007.
- Szabo, Jason, *Incurable and Intolerable. Chronic Disease and Slow Death in Nineteenth-Century France*, New Brunswick u.a. 2009.
- Szöllösi-Janze, Margit, *Wissensgesellschaft in Deutschland: Überlegungen zur Neubestimmung der deutschen Zeitgeschichte über Verwissenschaftlichungsprozesse*, in: *Geschichte und Gesellschaft* 30, 2 (2004), S. 277-313.
- Tändler, Maik, „Psychoboom“. *Therapeutisierungsprozesse in Westdeutschland in den späten 1960er und 1970er Jahren*, in: Sabine Maasen/Jens Elberfeld/Pascal Eitler/Maik Tändler (Hg.), *Das beratene Selbst. Zur Genealogie der Therapeutisierung in den „langen“ Siebziger*, Bielefeld 2011, S. 59-94.
- , *Das therapeutische Jahrzehnt. Der Psychoboom in den siebziger Jahren*, Göttingen 2016.
- Taylor, Charles, *Quellen des Selbst. Die Entstehung der neuzeitlichen Identität*, Frankfurt a. M. 1997.
- Thießen, Malte, *Vorsorge als Ordnung des Sozialen: Impfen in der Bundesrepublik und der DDR*, in: *Zeithistorische Forschungen/Studies in Contemporary History* 10, 3 (2013), S. 409-432.

- Thormann, J./H. Himmerich/Holger Steinberg, Depressionsforschung in der DDR – historische Entwicklungslinien und Therapieansätze, in: Fortschritte der Neurologie. Psychiatrie 82, 2 (2014), S. 68-77, doi: 10.1055/s-0033-1355495.
- Thrift, Nigel, Non-Representational Theory, London 2002.
- Timm, Elisabeth, Jenseits der Gesellschaft – Freud, Todestrieb und der Konflikt mit Wilhelm Reich, in: Moshe Zuckermann (Hg.), Geschichte und Psychoanalyse, Göttingen 2004, S. 29-55.
- Timmermann, Carsten, As Depressing as It Was Predictable? Lung Cancer, Clinical Trials, and the Medical Research Council in Postwar Britain, in: Bulletin of the History of Medicine 81, 1 (2007), S. 312-334, doi: 10.1353/bhm.2007.0012.
- , Risikofaktoren. Der scheinbar unaufhaltsame Erfolg eines Ansatzes aus der amerikanischen Epidemiologie in der deutschen Nachkriegsmedizin, in: Martin Lengwiler/Jeannette Madarász (Hg.), Das präventive Selbst. Eine Kulturgeschichte moderner Gesundheitspolitik, Bielefeld 2010, S. 251-277.
- , Appropriating Risk Factors: The Reception of an American Approach to Chronic Disease in the Two German States, c. 1950-1990, in: Social History of Medicine 25, 1 (2012), S. 157-174, doi: 10.1093/shm/hkr051.
- , „Just Give Me the Best Quality of Life Questionnaire“: The Karnofsky Scale and the History of Quality of Life Measurements in Cancer Trials, in: Chronic Illness 9, 3 (2013), S. 179-190, doi: 10.1177/1742395312466903.
- , A History of Lung Cancer. The Recalcitrant Disease, Basingstoke/New York 2014.
- /Elizabeth Toon (Hg.), Cancer Patients, Cancer Pathways. Historical and Sociological Perspectives, Houndsmill/Basingstoke 2012.
- Toon, Elizabeth, “Cancer as the General Population Knows It”: Knowledge, Fear, and Lay Education in 1950s Britain, in: *Bulletin of the History of Medicine* 81, 1 (2007), S. 116-138, doi: 10.1353/bhm.2007.0013.
- , „Cancer as the General Population Knows It“: Knowledge, Fear, and Lay Education in 1950s Britain, in: David Cantor (Hg.), *Cancer in the Twentieth Century*, Baltimore 2008, S. 116-138.
- , Measured Responses: British Clinical Researchers and Therapies for Advanced Breast Cancer in the 1960s and 1970s, in: Carsten Timmermann/Elizabeth Toon (Hg.), *Cancer Patients, Cancer Pathways. Historical and Sociological Perspectives*, Houndsmill/Basingstoke 2012, S. 130-160.

- Tooze, Adam, *Statistics and the German State, 1900–1945. The Making of Modern Economic Knowledge*, Cambridge 2001.
- Torp, Cornelius, *Konsum und Politik in der Weimarer Republik*, Göttingen 2011.
- Tümmers, Henning, „Gib Aids keine Chance“. Eine Präventionsbotschaft in zwei Deutschen Staaten, in: *Zeithistorische Forschungen/Studies in Contemporary History* 10, 3 (2013), S. 491-501.
- Varmus, Harold E., Banquet Speech, in: Nobelprize.org [http://www.nobelprize.org/nobel\\_prizes/medicine/laureates/1989/varmus-speech.html](http://www.nobelprize.org/nobel_prizes/medicine/laureates/1989/varmus-speech.html) (letzter Zugriff: 27.03.2017).
- Verheyen, Nina, *Diskussionslust. Eine Kulturgeschichte des „besseren Arguments“ in Westdeutschland*, Göttingen 2010.
- Vicedo, Marga, The Social Nature of the Mother’s Tie to Her Child: John Bowlby’s Theory of Attachment in Post-war America, in: *British Journal for the History of Science* 44, 3 (2011), S. 401-426, doi: 10.1017/S0007087411000318.
- Virilio, Paul, *City of Panic*, Oxford/New York 2005.
- Vogel, Jakob, Von der Wissenschafts- zur Wissensgeschichte. Für eine Historisierung der „Wissensgesellschaft“, in: *Geschichte und Gesellschaft* 30, 4 (2004), S. 639-660.
- Voswinckel, Peter, *50 Jahre Deutsche Gesellschaft für Hämatologie und Onkologie*, Würzburg 1987.
- , 1937-2012. Die Geschichte der DGHO im Spiegel ihrer Ehrenmitglieder. – „Verweigerte Ehre“. Dokumentation zu Hans Hirschfeld, Berlin 2012.
- , *Erinnerungsort Krebsbaracke. Klarstellungen um das erste interdisziplinäre Krebsforschungsinstitut in Deutschland (Berlin, Charité)*, Berlin 2014.
- Wagner, Gustav/Andrea Mauerberger, *Krebsforschung in Deutschland. Vorgeschichte und Geschichte des Deutschen Krebsforschungszentrums*, Berlin u.a. 1989.
- Wagner-Braun, Margarete, *Zur Bedeutung berufsständischer Krankenkassen innerhalb der privaten Krankenversicherung in Deutschland bis zum Zweiten Weltkrieg*, Stuttgart 2002.
- Wailoo, Keith, *How Cancer Crossed the Color Line*, New York 2011.
- Waldron, Harry A., A Brief History of Scrotal Cancer, in: *British Journal of Industrial Medicine* 40, 4 (1983), S. 390-401.

- Walter, Ulla/Sigrid Stoeckel (Hg.), Prävention im 20. Jahrhundert. Historische Grundlagen und aktuelle Entwicklungen in Deutschland, Weinheim/München 2002.
- Walther, Elfriede/Susanne Hahn/Albrecht Scholz, Moulagen. Krankheitsbilder in Wachs, Dresden 1993.
- Waltrich, Hans, Aufstieg und Niedergang der Heilanstalten Hohenlychen (1902 bis 1945), Blankensee 2001.
- Wasem, Jürgen/Gerhard Igl/Aurelio Vincenti/Angelika Behringer/Udo Schagen/Sabine Schleiermacher, Gesundheitswesen und Sicherung bei Krankheit und im Pflegefall, in: Udo Wengst (Hg.), 1945-1949. Die Zeit der Besatzungszonen. Sozialpolitik zwischen Kriegsende und der Gründung zweier deutscher Staaten (= Geschichte der Sozialpolitik in Deutschland seit 1945, Bd. 2/1), Baden-Baden 2001, S. 464-528.
- Wasem, Jürgen/Doris Mill/Jürgen Wilhelm, Gesundheitswesen und Sicherung bei Krankheit und Pflegefall, in: Christoph Kleßmann (Hg.), 1961-1971 Deutsche Demokratische Republik. Politische Stabilisierung und wirtschaftliche Mobilisierung (= Geschichte der Sozialpolitik in Deutschland seit 1945, Bd. 9), Baden-Baden 2006, S. 377-428.
- Wasem, Jürgen/Aurelio Vincenti/Angelika Behringer/Gerhard Igl, Gesundheitswesen und Sicherung bei Krankheit und im Pflegefall, in: Michael Ruck/Marcel Boldorf (Hg.), 1957-1966 Bundesrepublik Deutschland. Sozialpolitik im Zeichen des erreichten Wohlstandes, (= Geschichte der Sozialpolitik in Deutschland seit 1945, Bd. 4), Baden-Baden 2007, S. 376-432.
- Wassmann, Claudia, *The Science of Emotion: Studying Emotions in Germany, France, and the United States, 1860-1920*, Ph.D. Diss., Chicago 2005.
- , *Physiological Optics, Cognition and Emotion: A Novel Look at the Early Work of Wilhelm Wundt*, in: *Journal of the History of Medicine and Allied Sciences* 64, 2 (2009), S. 213-249, doi: 10.1093/jhmas/jrn058.
- Weart, Spencer R., *Nuclear Fear. A History of Images*, Cambridge, Mass./London 1988.
- Wegwarth, Odette, *Medizinische Risikokommunikation: Nutzen und Schaden transparent kommunizieren*, in: *Forum: Das Offizielle Magazin der Deutschen Krebsgesellschaft e.V.* 30, 3 (2015), S. 208-213, doi:10.1007/s12312-015-1303-7.
- Wehler, Hans-Ulrich, *Königsweg zu neuen Ufern oder Irrgarten der Illusionen: Die westdeutsche Alltagsgeschichte „von innen“ und „von unten“*, in: Jürgen

- Kocka/Franz Josef Brüggemeier (Hg.), *Geschichte von unten, Geschichte von innen: Kontroversen um Alltagsgeschichte*, Hagen 1985, S. 17-47.
- , *Beginn einer neuen Epoche der Weltkriegsgeschichte*, in: *Frankfurter Allgemeine Zeitung* 104 (6. Mai 2014), S. 10.
- Weidmann, Andreas Michael, Prof. Dr. med. Max Mikorey (1899-1977). *Leben und Werk eines Psychiaters an der Psychiatrischen und Nervenlinik der Ludwig-Maximilians-Universität München*, Ph.D. Diss., Technische Universität München 2007 (online zugänglich: <http://docplayer.org/9464042-Institut-fuer-geschichte-und-ethik-der-medizin-technische-universitaet-muenchen-direktorin-univ-prof-dr-j-c-wilmanns.html>, letzter Zugriff: 27.03.2017).
- Weinberger, Ruth Jolanda, *Fertility Experiments in Auschwitz-Birkenau. The Perpetrators and Their Victims*, Saarbrücken 2009.
- Weinert, Sebastian, *Der Körper im Blick. Gesundheitsausstellungen vom späten Kaiserreich bis zum Nationalsozialismus*, Berlin/Boston 2017.
- Weiske, Katja, Hans Holfelder – Radiologe in Frankfurt, Nationalsozialist, Gründer des SS-Röntgensturmbanns, in: Udo Benzenhöfer (Hg.), Mengele, Hirt, Holfelder, Berner, von Verschuer, Kranz: *Frankfurter Universitätsmediziner der NS-Zeit*, Münster 2010, S. 43-60.
- Weiss, Burghard, *Von der Hochvolt- zur Megavolttherapie. Strahlentherapie und Großtechnologie in Deutschland und den USA, 1925-1955*, in: Wolfgang U. Eckart (Hg.), *100 Years of Organized Cancer Research. 100 Jahre organisierte Krebsforschung*, Stuttgart/New York 2000, S. 137-141.
- Welskopp, Thomas, *Amerikas große Ernüchterung. Eine Kulturgeschichte der Prohibition*, Paderborn 2010.
- Welsome, Eileen, *The Plutonium Files. America's Secret Medical Experiments in the Cold War*, New York 1999.
- Wendt, Claus, *Krankenversicherung oder Gesundheitsversorgung? Gesundheitssysteme im Vergleich*, 3. Auflage, Wiesbaden 2013.
- Werner, Petra, *Otto Warburg. Von der Zellphysiologie zur Krebsforschung. Biographie*, Berlin 1988.
- Wierling, Dorothee, *Über Asymmetrien. Ein Kommentar zu Frank Bösch*, in: *Zeithistorische Forschungen/Studies in Contemporary History* 12, 1 (2015), S. 115-123.
- Wierzbicka, Anna, *Emotions across Languages and Cultures. Diversity and Universality*, Cambridge 1999.

- , The „History of Emotions“ and the Future of Emotion Research, in: *Emotion Review* 2, 3 (2010), S. 269-273, doi: 10.1177/1754073910361983.
- , “Pain” and “Suffering” in Cross-Linguistic Perspective, in: *International Journal of Language and Culture* 1, 2 (2014), S. 149-173, doi: 10.1075/ijolc.1.2.02wie.
- Will, Herbert, *Die Geburt der Psychosomatik. Georg Groddeck, der Mensch und Wissenschaftler*, München/Wien/Baltimore 1984.
- Willing, Matthias, „Sozialistische Wohlfahrt“. Die staatliche Sozialfürsorge in der Sowjetischen Besatzungszone und der DDR (1945-1990), Tübingen 2008, S. 52-71.
- Winkler, Klaus, *Seelsorge*, 2. verbesserte und erweiterte Auflage, Berlin/New York 2000.
- Witte, Wilfried, Prämedikation, prä- und postoperative Visite. Bedeutung im Spiegel der Anästhesie-Lehrbücher, in: *Der Anästhesist* 56, 12 (2007), S. 1252-1256, doi: 10.1007/s00101-007-1248-z.
- , *Tollkirschen und Quarantäne. Die Geschichte der Spanischen Grippe*, Berlin 2008.
- , *Schmerz in Deutschland. Die Geschichte der Schmerztherapie in Deutschland im 20. Jahrhundert unter besonderer Berücksichtigung der Zeit von 1945 bis 1990*, Habilitationsmanuskript, Charité Berlin 2014.
- , *Unerhörte Leiden: Die Geschichte der Schmerztherapie in Deutschland im 20. Jahrhundert*, Frankfurt/New York 2017.
- Woelk, Wolfgang, *Zur Geschichte der Gesundheitspolitik in Nordrhein-Westfalen und in der Bundesrepublik Deutschland*, in: ders./Jörg Vögele (Hg.), *Geschichte der Gesundheitspolitik in Deutschland. Von der Weimarer Republik bis in die Frühgeschichte der „doppelten Staatsgründung“*, Berlin 2002, S. 285-312.
- /Jörg Vögele, Einleitung, in: dies. (Hg.), *Geschichte der Gesundheitspolitik in Deutschland. Von der Weimarer Republik bis in die Frühgeschichte der „doppelten Staatsgründung“*, Berlin 2002, S. 11-48.
- (Hg.), *Geschichte der Gesundheitspolitik in Deutschland. Von der Weimarer Republik bis in die Frühgeschichte der „doppelten Staatsgründung“*, Berlin 2002.
- Wolf, Hans-Joachim, *Die Krankheit Friedrichs III. und ihre Wirkung auf die deutsche und englische Öffentlichkeit*, Berlin 1958.
- Wolff, Horst-Peter/Arno Kalinich, *Zur Geschichte der Krankenhausstadt Berlin-Buch*, 2. überarbeitete und erweiterte Auflage, Frankfurt a.M. 2006.



- Wolgast, Eike, Karl Heinrich Bauer. Der erste Heidelberger Nachkriegsrektor. Weltbild und Handeln 1945-1946, in: Jürgen C. Heß/Hartmut Lehmann/Volker Sellin (Hg.), Heidelberg 1945, Stuttgart 1996, S. 107-129.
- Wood, James M./M. Teresa Nezworski/Scott O. Lilienfeld/Howard N. Garb, What's Wrong with the Rorschach? Science Confronts the Controversial Inkblot Test, San Francisco 2003.
- Woodward, Kathleen, Statistical Panic. Cultural Politics and Poetics of the Emotions, Durham/London 2009, S. 195-218.
- Wunderlich, Volker, „Mit Papier, Bleistift und Rechenschieber.“ Der Krebsforscher Hermann Druckrey im Internierungslager Hammelburg (1946–1947), in: Medizinhistorisches Journal 43, 3/4 (2008), S. 327-343.
- Young, Allan, Walter Cannon and the Psychophysiology of Fear, in: Christopher Lawrence/George Weisz (Hg.), Greater Than the Parts. Holism in Biomedicine, 1920-1950, New York/Oxford 1998, S. 234-256.
- Zaitlin, Milton, The Discovery of the Causal Agent of the Tobacco Mosaic Disease, in: Shain-Dow Kung/Shang-fa Yang (Hg.), Discoveries in Plant Biology, Singapur 1998, S. 105-110.
- Zeller, Frank Uwe, Psychotherapie in der Weimarer Zeit: Die Gründung der „Allgemeinen Ärztlichen Gesellschaft für Psychotherapie“, Tübingen 2001.
- Ziemann, Benjamin, The Gospel of Psychology: Therapeutic Concepts and the Scientification of Pastoral Care in the West German Catholic Church, 1950-1980, in: Central European History 39, 1 (2006), S. 79-106, doi: 10.1017/S0008938906000070.
- , Katholische Kirche und Sozialwissenschaften 1945-1975, Göttingen 2007.
- , The Code of Protest. Images of Peace in the West German Peace Movements, 1945-1990, in: Contemporary European History 17, 2 (2008), S. 237-261, doi: 10.1017/S0960777308004396.
- Zimmermann, Susanne/Sebastian Tomesch, Der Vortrag von Walter Brednow „Der Kranke und seine Krankheit“ und seine Folgen, in: Uwe Hoßfeld/Tobias Kaiser/Heinz Mestrup (Hg.), Hochschule im Sozialismus. Studien zur Geschichte der Friedrich-Schiller-Universität Jena, Bd. 2, Köln u.a. 2007, S. 1336-1345.