

Historizität, Materialität und Hybridität von Wissenspraxen

Die Entwicklung europäischer Präventionsregime im 20. Jahrhundert

von Martin Lengwiler und Stefan Beck

Abstract: This article analyses the emergence of European regimes of prevention by focussing on the history of knowledge-related practices as a distinctly modern form of social and political rationality in Western Europe. While the targets, means, logics and institutional forms of preventative interventions differ significantly in European national contexts, the authors also trace the elements of a convergent trajectory in the development of prevention regimes. Based on a case study on Cyprus, the article also highlights how European colonies provided a crucial “laboratory” for the development of innovative approaches to prevention, revealing a “histoire croisée” of prevention practices.

In seiner „Grundlegung der politischen Oekonomie“ formulierte der Nationalökonom Adolph Wagner 1893 das „Gesetz des Vorwaltens des Präventivprinzips im entwickelten Rechts- und Culturstaate“.¹ Wagner vertrat innerhalb der jüngeren historischen Schule eine monarchistisch-staatssozialistische Position und beschrieb mit seinem Präventionsgesetz einen fundamentalen Wandel der modernen Staatlichkeit. Im Gegensatz zum bisher dominierenden „Repressivprinzip“ postulierte das Präventivprinzip eine zunehmende Hinwendung staatlicher Handlungsmuster zu präventiven Ansätzen.² In einer auf komplexen Wirtschafts- und Handelsbeziehungen beruhenden Staatenwelt sei es ökonomisch sinnvoller, offene soziale Konflikte und Dysfunktionalitäten der gesellschaftlichen Beziehungen („Rechtsstörungen“) durch präventive Handlungsmuster zu vermeiden. Von dieser Transformation seien alle wichtigen Bereiche des Staates betroffen, die Einrichtungen des Gewaltmonopols wie die Justiz, die Polizei, das Militär und die Diplomatie. Einen vergleichbaren Präventionstrend, verbunden mit einem nachhaltigen Bürokratisierungsschub, diagnostizierte Wagner im Sozial- und Gesundheitswesen. Weil Verantwortung für präventives Handeln in diesem Modell jeweils dem Staat übertragen war, ist es nur folgerichtig, dass die Überlegungen zum „Präven-

1 Adolph Wagner, Grundlegung der politischen Oekonomie, Teil 1: Grundlagen der Volkswirtschaft, 2. Hbd., Leipzig 1893, S. 908–915.

2 Erik Grimmer-Solem, The Rise of Historical Economics and Social Reform in Germany 1864–1894, Oxford 2003, S. 156 u. S. 172–175.

tionsgesetz“ in Wagners Lehrbuch unmittelbar auf die Passagen zum „Gesetz der wachsenden Ausdehnung der Staatstätigkeiten“ folgen.³

Dass ein namhafter Vertreter der jüngeren historischen Schule den Vorsorgegedanken zu einem Kernelement moderner Staatlichkeit erklärte, ist ein vielsagendes Zeichen für die exemplarische Bedeutung der Prävention als Modalität politischer und sozialer Rationalität im 19. und 20. Jahrhundert. Weil der Präventionsdiskurs im Übrigen entscheidend von wissenschaftlicher Expertise geprägt war, lässt sich seine Geschichte auch als beispielhafter Gegenstand untersuchen, um das Potenzial einer Verbindung zwischen geschichtshistorischen und wissenschaftsgeschichtlichen Ansätzen auszuloten. Einem solchen Grundanliegen folgend, orientiert sich der folgende Beitrag an einer doppelten Fragestellung. Einerseits ist zu untersuchen, wie und in welchem Maße präventive Anliegen im Verlauf des 20. Jahrhunderts als Kernelement moderner Staatlichkeit institutionalisiert wurden. Lässt sich die in der Forschung verbreitete These von einem Transformationsprozess von bürokratisch-interventionistischen zu liberal-individualistischen Präventionspraxen bestätigen?⁴ Wenn ja, welche waren seine wichtigsten Akteure und zentralen Triebkräfte? Schließlich: Entwickelten sich auf europäischer Ebene präventive Wissenspraxen in einer längerfristig konvergenten oder divergenten Weise? Andererseits soll exemplarisch verfolgt werden, in welchem Ausmaß präventive Wissenspraxen in alltägliche Handlungsmuster und Wahrnehmungshorizonte übergangen. Der Beitrag ist in drei Zeitabschnitte gegliedert, eine erste Phase vom ausgehenden 19. Jahrhundert bis zum Ende des Ersten Weltkriegs (I.), einen zweiten Abschnitt, der die Zwischenkriegszeit und den Zweiten Weltkrieg umfasst (II.), und eine dritte Phase, die mit der Nachkriegszeit einsetzt und bis heute anhält (III.). Vorausschicken möchten wir einige Überlegungen zur methodisch-theoretischen Relevanz der Präventionsgeschichte, die sich in fünf Punkte gliedern lassen.

1. Zunächst stellt Prävention in Anlehnung an Reinhart Koselleck das Signum einer spezifischen Beobachtung der Moderne dar. So wie Koselleck die geschichtsphilosophische Konzeption der Moderne konstitutiv mit einem krisenhaften Verlauf verknüpft, lässt sich auch Prävention als Modalität moderner Gesellschaften im Umgang mit krisenhaften Zeitdiagnosen und Zukunftserwartungen deuten.⁵ Die Krisen- und Zukunftswahrnehmung manifestiert sich im Präventionsdiskurs primär in einer Semantik der Sicherheit

3 Wagner, Grundlegung, S. 892–894 u. S. 908–912.

4 Beispielsweise: Alfons Labisch, *Homo hygienicus. Gesundheit und Medizin in der Neuzeit*, Frankfurt 1992, S. 321–325. Im Folgenden wird der Begriff der „Präventionspraxen“ als analytischer Begriff verwendet, während konkrete präventive Verhaltensweisen als „Präventionspraktiken“ bezeichnet sind.

5 Reinhart Koselleck, *Kritik und Krise. Ein Beitrag zur Pathogenese der bürgerlichen Welt*, Freiburg 1959, S. 2 f., S. 132 f. und S. 155–157.

und des Risikos.⁶ Der Vorsorgegedanke verweist dabei auf ein Rationalisierungspostulat, durch das die Sicherheits- zu einer Risikobegrifflichkeit mutiert; Prävention gründet in diesem Sinne auf einer als kalkulierbar wahrgenommenen Unsicherheit und suggeriert eine unmittelbare Handlungsaufforderung.⁷

Der Präventionsgedanke und die damit verbundene Planungslogik wurden seit dem ausgehenden 19. Jahrhundert zu einem Grundmotiv staatlicher, rationaler Herrschaft. Zu dessen Handlungsfeldern gehören etwa die Einrichtungen der modernen Wohlfahrtsstaaten und des Gesundheitswesens, die in den folgenden Ausführungen im Mittelpunkt stehen, daneben aber auch die Wirtschafts- und Haushaltspolitik. Bis in die zweite Hälfte des 20. Jahrhunderts erlebten gesellschaftliche Präventionserwartungen eine anhaltende Konjunktur, die während der 1950er und 1960er Jahre in einem goldenen Zeitalter des Sicherheitsdiskurses kulminierte, um seit den 1970er Jahren einem zunehmend kritisch begründeten Risikodiskurs zu weichen, ohne dass präventive Handlungsmuster dadurch an Legitimität eingebüßt hätten.⁸ Praktiken der Gesundheitsprävention scheinen eine besondere Legitimität zu besitzen, weil hier der Schutz individuellen Lebens unmittelbar mit dem kollektiven Wohl des Staates verbunden wird. In diesem Sinne analysieren Soziologen wie Nikolas Rose oder Zygmunt Bauman – mit Rückgriff auf eine Foucault'sche Begrifflichkeit – Präventionspolitiken als charakteristisches Merkmal einer „Biopolitik der Moderne“: als eine wissenschaftlich-technologisch fundierte, mit wirkungsmächtigen Rationalitätsansprüchen auftretende Form der Sozial- und Bevölkerungspolitik.⁹

2. Darüber hinaus ist Prävention ein wissenschaftsgeschichtlich relevanter Gegenstand. Moderne Vorsorgepraktiken sind in hohem Maße abhängig von einem neuartigen Wissenstypus und entsprechenden Expertenkulturen. Sie illustrieren exemplarisch den gesellschaftlichen Stellenwert moderner Wissens-

6 Niklas Luhmann, *Soziologie des Risikos*, Berlin 1991, S. 41–58.

7 Adalbert Evers u. Helga Nowotny, *Über den Umgang mit Unsicherheit. Die Entdeckung der Gestaltbarkeit von Gesellschaft*, Frankfurt 1987, S. 32–56. Eine weitere Ausprägung dieses Rationalisierungspostulats ist die Prognostizierbarkeit der Zukunft vgl. Reinhart Koselleck, *Vergangene Zukunft. Zur Semantik geschichtlicher Zeiten*, Frankfurt 1978, S. 87–104.

8 Zur politikgeschichtlichen Bedeutung des Sicherheitsdiskurses zwischen der Adenauer- und der Brandt-Ära: Eckart Conze, *Sicherheit als Kultur. Überlegungen zu einer „modernen Politikgeschichte“ der Bundesrepublik*, in: *VfZ* 53. 2005, S. 357–380, hier S. 365–375; zur Konjunktur des sozialstaatlichen Sicherheitsdiskurses: Martin Lengwiler, *Risikopolitik im Sozialstaat. Die schweizerische Unfallversicherung 1870–1970*, Köln 2006, S. 327–329.

9 Nikolas Rose, *The Politics of Life Itself*, in: *Theory, Culture and Society* 18. 2001, S. 1–30, hier S. 1–5; Zygmunt Bauman, *Modernity and the Holocaust*, Cambridge 1989.

praktiken, insbesondere von Wissenstransfers zwischen unterschiedlichen Expertenkulturen. Die Ausbreitung des Präventionsdiskurses ging einher mit neuen Formen empirisch fundierter, wissenschaftlich-bürokratischer Wahrheits- und Evidenzproduktion, insbesondere mit der Institutionalisierung statistisch-probabilistischen Expertenwissens innerhalb staatlicher Verwaltungen und zivilgesellschaftlicher Organisationen.¹⁰ Dabei umfasst der Begriff der Wissenspraktiken nicht nur akademische Formen der Wissensproduktion oder gesellschaftliche Anwendungskontexte, sondern auch Verschränkungs- und Translationsmechanismen zwischen unterschiedlichen Wissensmilieus – ein Prozeß, dessen Komplexität und Reziprozität im Übrigen nicht auf den Prozeß einer „Verwissenschaftlichung des Sozialen“ zu reduzieren ist.¹¹ Die neuere Wissenschaftsgeschichte hat schon seit längerem linear-deterministische Popularisierungsmodelle, die vom Primat wissenschaftlichen Wissens ausgehen, kritisiert. Sie betont stattdessen die partielle Eigenlogik von alltäglichen oder bürokratischen, nicht im engeren Sinne wissenschaftlichen Wissensformen.¹²

Gerade präventive Handlungsmuster beruhen meist auf heterogenen und hybriden Wissenspraktiken, die verschiedene Expertensysteme miteinander koppeln.¹³ Das Feld der Präventionspolitik kann damit als exemplarischer Fall eines wissenssoziologisch konstatierten, für moderne Wissensgesellschaften charakteristischen paradoxen Effektes, wie ihn etwa Peter Weingart jüngst beschrieben hat, analysiert werden. Weingart postuliert nicht nur eine Ausdifferenzierung unterschiedlicher Systeme der Expertise sondern auch deren zunehmende operative Koppelung, die sich etwa in einer wachsenden „Verwissenschaftlichung der Politik“ und einer „Politisierung der Wissenschaft“ manifestiere.¹⁴ Für ein solches

10 Exemplarisch: Ian Hacking, *The Taming of Chance*, Cambridge 1990; Theodore M. Porter, *Trust in Numbers. The Pursuit of Objectivity in Science and Public Life*, Princeton 1995.

11 In diesem Sinne versteht sich der Begriff der Wissenspraktiken als Teil einer Wissensgeschichte, jenseits eines linearen Verwissenschaftlichungsparadigmas, vgl. Jakob Vogel, *Von der Wissenschafts- zur Wissensgeschichte. Für eine Historisierung der „Wissensgesellschaft“*, in: GG 30. 2004, S. 639–660; für das Modell einer „Verwissenschaftlichung des Sozialen“ vgl. Lutz Raphael, *Die Verwissenschaftlichung des Sozialen als methodische und konzeptionelle Herausforderung für eine Sozialgeschichte des 20. Jahrhunderts*, in GG 22. 1996, S. 165–193.

12 Zur Kritik am Popularisierungsmodell: Roger Coote u. Stephen Pumfrey, *Separate Spheres and Public Places. Reflections on the History of Science Popularization and Science in Popular Culture*, in: *History of Science* 23. 1994, S. 237–267.

13 Zum Hybriditätsbegriff vgl. Bruno Latour, *Wir sind nie modern gewesen. Versuch einer symmetrischen Anthropologie*, Berlin 1995.

14 Vgl. hierzu insbesondere Peter Weingart, *Die Stunde der Wahrheit? Zum Verhältnis der Wissenschaft zu Politik, Wirtschaft und Medien in der Wissensgesellschaft*, Weilerswist 2006.

komplexes Diffusionsmodell spricht zudem, dass sich die Gesundheitsprävention historisch zwar auf einen recht einheitlichen internationalen Wissensstand der Pathologie, der Biologie, der Epidemiologie und der medizinischen Statistik berufen konnte, in ihren konkreten Umsetzungen jedoch weitgehend durch nationalspezifische institutionelle Traditionen des öffentlichen Gesundheitswesens und der öffentlichen Hygiene geprägt war.¹⁵

3. Die hybriden Mechanismen von Wissensgenese und Wissenstransfers bedingen auch ein neues Verständnis der Zeitstrukturen, beziehungsweise der Historizität von Wissenspraktiken. Die Zeitstruktur wissenschaftlicher Innovationen wird auf der Skala zwischen längerfristigen Strukturprozessen und kurzfristigen Ereignissen üblicherweise eher ereignisseitig angesiedelt, reduziert auf den Moment des „Heureka“. Dies ändert sich, wenn Wissenspraxen nicht mehr als Kette singulärer Erkenntnisprozesse im akademischen Binnenraum, sondern als praxisverschränktes Handeln konzipiert werden, das zahlreiche Teilsysteme moderner Gesellschaften betrifft. Transformationen von Wissenspraxen werden in einem solchen Verständnis zu komplexen, vielschichtigen und emergenten Prozessen, die nicht mehr innerhalb der Dichotomie von Struktur und Ereignis zu fassen sind.¹⁶

Der Sozialanthropologe Paul Rabinow hat dafür ein nützliches begriffliches Instrumentarium entwickelt, das sich von Michel Foucaults Begriff der Genealogie abgrenzt. Während Foucault die ereignishaften Diskontinuitäten im Übergang wissenschaftlicher Episteme betont, spricht Rabinow von epistemischen *assemblages*, die durch ein vielschichtiges Zusammenspiel von akademischer Expertise, praktischem Alltagswissen und institutionellen Traditionen charakterisiert sind und sich in entsprechend langfristigen Prozessen entwickeln.¹⁷ Aus politikwissenschaftlicher Perspektive haben jüngst Paul Pierson und Kathleen Thelen eine vergleichbare Zeitstruktur für Prozesse institutionellen Wandels vorgeschlagen – ein Modell, das neben verdichteten Umbruchmomenten auch kleine, inkrementelle Veränderungsschritte kennt. Dabei finden die schleichenden Transformationen oft nicht in historischen Ausnahmesituationen wie Wirtschaftskrisen oder Weltkriegen statt, sondern aggregieren sich in „Normalzeiten“ zu einem nachhaltigen Wandel.¹⁸ Wie sich

15 Vgl. Peter Baldwin, *Contagion and the State in Europe 1830–1930*, Cambridge 1999.

16 Ebenfalls kritisch zur Polarisierung von Struktur und Ereignis: Andreas Suter u. Manfred Hettling, *Struktur und Ereignis – Wege zu einer Sozialgeschichte des Ereignisses*, in: dies. (Hg.), *Struktur und Ereignis*, Göttingen 2001, S. 7–32, hier S. 27–32; für eine kritische Periodisierung der sozialstaatlichen Risikoforschung: Lengwiler, *Risikopolitik im Sozialstaat*, S. 356–367.

17 Paul Rabinow, *Anthropologie der Vernunft. Studien zu Wissenschaft und Lebensführung*, Frankfurt 2004, S. 23–25.

18 Paul Pierson, *Politics in Time. History, Institutions, and Political Analysis*, Princeton 2004, S. 79–102; Kathleen Thelen, *How Institutions Evolve. The Political Economy*

ein solcher Historizitätsbegriff für die Analyse gesellschaftlicher Wissenspraktiken nutzen lässt, gehört ebenfalls zu den Anliegen dieses Beitrags.

4. Mit dem Präventionsthema rückt auch die materiell-körperliche Dimension der Geschichte in den Blick. Präventionsmaßnahmen zielen meist gleichzeitig auf Interventionen in die externe Natur – also menschliche Umwelten und Lebensbedingungen –, die interne Natur – also körperliche Zustände ebenso wie als „natürlich“ konzipierte (etwa genetische) Dispositionen – und schließlich auf die internalisierte, habitualisierte Kultur – also auf sozio-kulturelle Dispositive, Lebensstile und handlungsleitende Konzepte etwa von Gesundheit und Krankheit. Die theoretische Herausforderung besteht darin, materielle, körperliche oder biologische Dimensionen nicht einfach als statische Grundstrukturen historischer Prozesse oder gar als ahistorische Konstanten aus dem Analysebereich auszuschließen, sondern sie konzeptuell mit sozial-, kultur- und wissenschaftshistorischen Grundkategorien in Beziehung zu setzen. Anknüpfungspunkte bieten etwa Ansätze der historischen Anthropologie, der Körpergeschichte oder der *Annales* mit ihrer Historisierung räumlicher und klimatischer Faktoren als Teil der *longue durée*.¹⁹

Gerade präventive Wissensspraxen sind nicht nur von institutionellen und epistemischen Traditionen geprägt, sondern interagieren stets mit Veränderungen materieller Faktoren. Dazu gehört primär die Geschichte der modernen Pathologien sowie ihrer Verbreitungsmuster. Die neuere Krankheitsgeschichte steht zunächst unter dem Vorzeichen der „epidemiologischen Transition“, des Übergangs von einer primär von Infektionskrankheiten zu einer stärker von chronischen Krankheiten bestimmten Krankheitsinzidenz in modernen Gesellschaften. Dieser vielschichtige Prozess, der auf der erfolgreichen Zurückdrängung von Infektionskrankheiten und dem Anstieg der Lebenserwartung beruhte, lässt sich nur als Wechselwirkung zwischen krankheitsrelevanten Keimen, menschlichen Körpern und hygienischen Maßnahmen verstehen.²⁰ Entsprechend macht es für die Ausgestaltung und Implementierung präventiver Gesundheitspolitik einen fundamentalen Unterschied, ob das Fallbeispiel vor der epidemiologischen Transition angesiedelt ist und sich auf eine Infektionskrankheit wie etwa die Cholera oder die Tuberkulose bezieht oder ob es sich um einen post-epidemiologischen Kontext handelt und die Prävention eine chronische Pathologie wie die Herz-Kreislauf-

of Skills in Germany, Britain, the United States, and Japan, Cambridge 2004, S. 23–37.

19 Zu den *Annales*: Fernand Braudel, *Ecrits sur l'histoire*, Paris 1969, S. 45 f.; überblickend zur Körpergeschichte: Philipp Sarasin, *Reizbare Maschinen. Eine Geschichte des Körpers 1765–1914*, Frankfurt 2001, S. 11–28; für die historische Anthropologie vgl. Jakob Tanner, *Historische Anthropologie zur Einführung*, Hamburg 2004, S. 123–131.

20 Reinhard Spree, *Der Rückzug des Todes. Der epidemiologische Übergang in Deutschland während des 19. und 20. Jahrhunderts*, Konstanz 1992.

Krankheiten oder eine genetische Disposition betrifft.²¹ Zu materiellen Grundlagen einer Präventionsgeschichte gehört auch die Geografie, beziehungsweise die Bedeutung geografischer Faktoren für die Exposition bestimmter Regionen gegenüber epidemischen Krankheiten. Auf diesen Punkt hat unter anderem Peter Baldwin in seiner europäisch-vergleichenden Untersuchung der Ansätze moderner Gesundheitspolitik hingewiesen.²²

5. Schließlich besitzt die Geschichte der Prävention eine transnationale Dimension. Präventive Wissenspraxen waren und sind stark von transnationalen Lernprozessen und inter- oder supranationalen Expertennetzwerken beeinflusst, beispielsweise im Rahmen der internationalen arbeits- oder versicherungsmedizinischen Gesellschaften. Dabei besitzt die Präventionsgeschichte sowohl eine europäische wie eine außereuropäische Dimension. Die Präventionspraxen scheinen sich im 20. Jahrhundert europäisch kongruent entwickelt zu haben, zumindest im westeuropäischen Raum. Dies wird in der Forschung entweder auf zwischenstaatliche Lern- und Transferprozesse zurückgeführt oder mit der Wirkung internationaler Organisationen, etwa der Internationalen Arbeitsorganisation (IAO) oder der Weltgesundheitsorganisation (WHO), beziehungsweise mit dem europäischen Einigungsprozess im Rahmen der Europäischen Gemeinschaft und der Europäischen Union in Verbindung gebracht.²³ So hat die neuere Sozialstaatsgeschichte darauf hingewiesen, dass sich die westeuropäischen Sozialversicherungen nach einem spezifisch europäischen Verlaufspfad entwickelt haben, zu dem nicht nur staatliche Sicherungssysteme und eine Tendenz zu universalistischen Beitrags- und Leistungsmodellen, sondern auch ein Ausbau präventiver Einrichtungen, etwa in der Unfall- und Krankenversicherung, gehörten.²⁴ Auch

21 Die Begriffe der bakteriellen, chronischen und genetischen Pathologien bieten keine trennscharfen Kategorien und überlappen sich bei einzelnen Krankheiten. Idealtypisch verstanden sind sie trotzdem ein nützliches Raster, in dem sich kategorial unterschiedliche Präventionsregime einordnen lassen.

22 Baldwin, *Contagion and the State*, S. 557–563.

23 Zur Bedeutung zwischenstaatlicher Transfers vgl. Christoph Conrad, Vorbemerkung, in: GG 32. 2006, S. 437–444; für die Bedeutung des bismarckschen Modells in der britischen Sozialstaatsgeschichte exemplarisch: E. P. Hennock, *The Origin of the Welfare State in England and Germany, 1850–1914. Social Policies Compared*, Cambridge 2007; zur gesundheitspolitischen Rolle der IAO vgl. Paul Weindling, *Social Medicine at the League of Nations Health Organisation and the International Labour Office Compared*, in: ders. (Hg.), *International Health Organisations and Movements, 1918–1939*, Cambridge 1995, S. 134–153.

24 Lutz Raphael, *Europäische Sozialstaaten in der Boomphase (1948–1973). Versuch einer historischen Distanzierung einer „klassischen Phase“ des europäischen Wohlfahrtsstaats*, in: Hartmut Kaelble u. Günther Schmid (Hg.), *Das europäische Sozialmodell. Auf dem Weg zum transnationalen Sozialstaat*, Berlin 2004, S. 51–74; kritisch-differenzierend: Peter Baldwin, *Can We Define a European Welfare State*

die Europäische Union hat sich seit den 1980er Jahren als besonders präventionsbewusst profiliert, etwa in der Umweltpolitik mit dem 1992 im Maastricht-Vertrag verankerten Vorsorgeprinzip („precautionary principle“), das inzwischen als ein zentrales Regulationsprinzip in der Technologie- und Forschungspolitik der EU gilt, oder in der Sozialpolitik mit dem „europäischen Sozialmodell“.²⁵

In außereuropäischer Hinsicht war die Entwicklung des Präventionsdiskurses stark von Erfahrungen in kolonialen Anwendungskontexten geprägt, in denen gesundheitspolitische Programme als militärisch-kolonialistisches Herrschaftsinstrument zum Einsatz kamen. Die Kolonien stellten ein einzigartiges Lern- und Forschungsumfeld für die naturwissenschaftliche und medizinische Forschung der Kolonialstaaten dar. Dadurch spielte die koloniale Gesundheitsprävention eine Vorreiterrolle für transnationale Verknüpfungen und den Wissenstransfer zwischen den Herrschaftszentren und ihren Kolonien. So wurde etwa die gravierendste Berufskrankheit des 20. Jahrhunderts, die in der Montanindustrie verbreitete Staublunge (Silikose), zuerst 1912 in Südafrika als entschädigungsberechtigte Krankheit anerkannt und erst im Anschluß daran auch in den Versicherungsschutz der sozialstaatlichen Unfallversicherungen Großbritanniens und anderer europäischer Staaten aufgenommen. Die Anerkennung in Südafrika war Teil einer kolonialen Privilegienherrschaft: Entschädigungsleistungen waren ausschließlich den schottischen und walisischen Wanderarbeitern vorbehalten.²⁶ Ohne die Rückwirkung solcher kolonialhistorischer Transfers sind auch die Entwicklung der britischen und der deutschen Sozial- und Präventivmedizin, teilweise auch die gesundheitspolitischen Leitlinien im Europa des 20. Jahrhunderts nicht zu verstehen.²⁷

Model?, in: Bent Greve (Hg.), *Comparative Welfare Systems. The Scandinavian Model in a Period of Change*, Basingstoke 1996, S. 29–44.

- 25 Zum Vorsorgeprinzip der EU: Ulrike Felt u. a., *Taking European Knowledge Society Seriously. Report of the Expert Group on Science and Governance to the Science, Economy and Society Directorate, Directorate-General for Research*, European Commission, Brussels 2007; Timothy O’Riordan u. James Cameron, *The History and Contemporary Significance of the Precautionary Principle*, in: dies. (Hg.), *Interpreting the Precautionary Principle*, London 1994, S. 12–30; zum Begriff des „europäischen Sozialmodells“: Hartmut Kaelble, *Das europäische Sozialmodell – eine historische Perspektive*, in: ders. u. Schmid, *Sozialmodell*, S. 31–50.
- 26 Ludwig Teleky, *Bericht über die Ergebnisse der Staubuntersuchungen in England, seinen Dominions und Amerika*, Berlin 1928, S. 6–8.
- 27 Warwick Anderson, *Where is the Postcolonial History of Medicine?*, in: *Bulletin of the History of Medicine* 72. 1998, S. 522–530, hier S. 523 f. u. 528 f.; allgemein zum wechselseitigen Abhängigkeitsverhältnis zwischen Kolonial- und Wissenschaftsgeschichte: Benedikt Stuchtey, *Introduction: Towards a Comparative History of Science and Tropical Medicine in Imperial Cultures since 1800*, in: ders. (Hg.), *Science Across the European Empires*, Oxford 2005, S. 15–26. Die auch im europäischen Kontext modellhafte Organisation des amerikanischen öffentlichen Ge-

Die Entwicklung der präventiven Gesundheitspolitik soll im Folgenden in westeuropäisch-vergleichender Perspektive, mit Blick auf die kolonialhistorischen Lernprozesse, untersucht werden. Teilweise stützt sich der Beitrag auf eine zweiteilige mikrohistorische Fallstudie zur Gesundheitspolitik im ehemals britischen Zypern. Der erste Abschnitt dieser Studie behandelt die Zeit bis 1960 unter britischer Kolonialherrschaft und untersucht die heterogenen Wissenspraktiken, die bei der „Sichtbarmachung“ von Pathologien – insbesondere der Malaria und der Thalassämie, einer in Zypern verbreiteten Erbkrankheit –, den gesundheitspolitischen Interventionen sowie ihrer sozialen Stabilisierung zusammenspielen. Lokale Bedingungen von und Erfahrungen mit Prävention werden im Fallbeispiel ebenso herausgearbeitet wie die intensiven Austausch- und Transferprozesse zwischen professionellen Netzwerken von „Zentrum“ und „Peripherie“, die die Präventionsprogramme in ihrer konkreten administrativen, rechtlichen und sozio-kulturellen Ausgestaltung beeinflussten. Der zweite Abschnitt der Fallstudie behandelt die Phase nach der Unabhängigkeit Zyperns, während der sich das Gesundheitssystem der Mittelmeerinsel in vielem als Beispiel einer südeuropäischen Sozialstaatstradition analysieren lässt. Vom Status der britischen Kolonie, über die nationale Unabhängigkeit bis hin zum EU-Beitritt 2004 durchlief die Insel verschiedene Modi der „Europäisierung“. Dabei zeigen sich trotz tiefgreifender politischer Veränderungen erstaunliche, kulturell begründete Kontinuitäten der Präventionspraktiken. Insgesamt verweist das Fallbeispiel auf gesundheitspolitische Transformationsdynamiken, die generell für die Ausbreitung wissensbasierter Systeme charakteristisch sind und die in den aktuellen Debatten um die transnationale Geschichte oft vergessen werden.²⁸ Zypern kann vor diesem Hintergrund als präventionsgeschichtliches Laboratorium einer „histoire croisée“ verstanden werden.²⁹

sundheitswesens („public health“) wurde nach 1900 ebenfalls stark von der kolonialen Gesundheitspolitik der USA auf den Philippinen beeinflusst: vgl. Warwick Anderson, *Colonial Pathologies. American Tropical Medicine, Race and Hygiene in the Philippines*, Durham, NC 2006.

28 Vgl. ebenso Sebastian Conrad u. Shalini Randeria, Einleitung. Geteilte Geschichten – Europa in einer postkolonialen Welt, in: dies. (Hg.), *Jenseits des Eurozentrismus. Postkoloniale Perspektiven in den Geschichts- und Kulturwissenschaften*, Frankfurt 2002, S. 9–49, hier S. 11.

29 Michael Werner u. Bénédicte Zimmermann, Vergleich, Transfer, Verflechtung. Der Ansatz der *Histoire croisée* und die Herausforderung des Transnationalen, in: GG, 28. 2002, 607–636.

I. Konstitution sozialstaatlicher und gesundheitspolitischer Präventionsregime vor dem Ersten Weltkrieg

Die Zeit der Jahrhundertwende war für die gesundheitspolitische Etablierung des Präventionsgedankens eine Schlüsselpphase, wobei die Anfänge dieser Entwicklung in die Zeit der spätabolutistischen „Sanitätspolicey“ im ausgehenden 18. und frühen 19. Jahrhundert zurückreichen.³⁰ Um 1900 institutionalisierten sich präventive Praktiken auf verschiedenen Ebenen: im expandierenden öffentlichen Gesundheitswesen, in den frühen sozialstaatlichen Einrichtungen sowie im bürgerlichen Assoziationswesen. Hauptakteure der präventiven Gesundheitspolitik waren zivilgesellschaftliche Vereinigungen und die öffentlichen Behörden auf kommunaler und staatlicher Ebene – dieses Präventionsregime lässt sich verkürzt als etatistisch-interventionistisch bezeichnen.

Die Expansion des öffentlichen Gesundheitswesens hängt eng mit dem Aufstieg der öffentlichen Hygiene im ausgehenden 19. Jahrhundert sowie der Erforschung und Bekämpfung übertragbarer Krankheiten (Typhus, Cholera, Pocken und Syphilis) zusammen. Der gesundheitspolitische Diskurs war in den europäischen Staaten von zwei präventionspolitischen Lagern, einem lokalistischen und einem kontagionistischen, dominiert. Während die lokalistische Schule, zu der etwa Edwin Chadwick oder der frühe Rudolf Virchow gehörten, die Ursachen übertragbarer Krankheiten in lokalen Umweltfaktoren – etwa klimatischen Faktoren, Wohnverhältnissen oder Ernährungsweisen – vermutete, führte die kontagionistische Schule, vertreten durch die Bakteriologie Louis Pasteurs oder Robert Kochs, als Ursache die Übertragung von Krankheitserregern von Person zu Person an. Die Lokalisten verlangten entsprechend sozialreformerische Maßnahmen zur Armutsbekämpfung und eine Verbesserung der öffentlichen Hygiene. Die Kontagionisten standen dagegen für ein konservativ-antiliberales Quarantäneprogramm, das sie bisweilen mit militaristischer Metaphorik verfolgten. Neuere Untersuchungen, etwa jene von Constantin Goschler oder Peter Baldwin, warnen jedoch davor, die Grenzen zwischen den beiden Lagern zu scharf zu ziehen oder gar nationalstaatliche Präventionsstile zu postulieren. Im viktorianischen Großbritannien war trotz eines stark kommunal verfassten Gesundheitssystems die Bedeutung zentralstaatlicher Maßnahmen hoch, dagegen lag im zentralistischen Frankreich ein wesentlicher Teil der gesundheitspolitischen Verantwortung bei den Lokalbehörden und der freiberuflichen Ärzteschaft. Auch im Deutschen Kaiserreich lag die Verantwortung für die Gesundheitsfürsorge weitgehend bei den Gemeinden und Landkreisen. Hinzu kommt, dass Lokalisten durchaus Desinfektions- oder gar Isolationsmaßnahmen befürworteten konnten, wäh-

30 Zum Policy-Begriff: Michael Stolleis, *Geschichte des Sozialrechts in Deutschland. Ein Grundriss*, Stuttgart 2003, S. 21.

rend Kontagionisten sich auch für hygienische Verbesserungen einsetzten. Frankreich galt zur Zeit Pasteurs zwar als Hort kontagionistischer Ansätze, doch beschränkte sich die liberale III. Republik auf minimalistische gesundheitspolitische Interventionen. Präventionspolitische Interventionen wurden weitgehend der bürgerlichen Hygienebewegung überlassen.³¹ Angesichts dieser uneinheitlichen europäischen Landschaft spricht Baldwin von einer „polymorphen Perversion“ zwischen medizinischen Theorietraditionen und institutionellen Präventionsstrategien auf einzelstaatlicher Ebene. Als Ergebnis resultierte eine hybride „Logik“ nationalstaatlicher Präventionsstrategien.³²

Gleichwohl lässt sich für die Zeit der Jahrhundertwende trotz aller wissenschaftlichen und politischen Differenzen ein transnational vergleichbarer Präventionsstil beschreiben. Gesundheitsprävention beruhte primär auf Aktivitäten staatlicher Behörden. Deren Vorsorgepraktiken manifestierten sich in staatlichen Kontrolltätigkeiten, etwa in den ärztlichen Diensten von Schule und Militär, in staatlichen Regulierungen des öffentlichen und des privaten Raums, durch sanitäre Wohnungskontrollen und hygieneorientierte Architektur und Stadtplanung, schließlich auch durch medizinische Präventionsprogramme wie staatliche Impfprogramme oder später behördlich verfügte, kollektive Röntgenuntersuchungen.³³ Baldwin bezeichnet diese Form präventiver Gesundheitspolitik als „bürokratischen Interventionismus“.³⁴ Im Gegensatz dazu fand der Präventionsgedanke außerhalb der staatlichen Behörden, im Rahmen zivilgesellschaftlicher Gruppierungen, nur beschränkt Verbreitung. Versuche zur Popularisierung der Prävention, etwa im Rahmen der Hygienebewegung, fanden vor allem im Bürgertum Gehör, während die Behörden gegenüber der Industriearbeiterschaft und den agrarischen Schichten zunächst weiterhin auf interventionistische Zwangsmechanismen wie die sozialstaatlichen Pflichtversicherungen oder die Gesundheitsfürsorge setzten.³⁵

Das zweite wichtige Feld, auf dem sich präventive Wissenspraxen ausbreiteten, bestand im Versicherungswesen, zu dem sowohl die Sozialversicherungen wie die Versicherungsindustrie zu zählen sind. Generell lässt sich das Versicherungswesen im 19. Jahrhundert als eine institutionalisierte Form der Vorsorge verstehen, die die traditionelle Armenhilfe, die erst nach Eintreten einer

31 Lion Murard u. Patrick Zylberman, *L'hygiène dans la République. La santé publique en France ou l'utopie contrariée (1870–1918)*, Paris 1996, S. 7–18.

32 Constantin Goschler, Rudolf Virchow. *Mediziner – Anthropologe – Politiker*, Köln 2002, S. 288–295; Baldwin, *Contagion and the State*, S. 10–15, S. 524–563, insbes. S. 525–531.

33 Vgl. etwa Goschler, *Rudolf Virchow*, S. 291.

34 Baldwin, *Contagion and the State*, S. 527–530.

35 Vgl. etwa zum bürgerlichen Diskurs um die private Hygiene: Sarasin, *Reizbare Maschinen*, S. 147–172.

Notlage *ex post* auf den Plan trat, ablöste. In diesem Sinne ist bereits die vorsozialstaatliche Ausbreitung der Kranken- und Lebensversicherung, die von genossenschaftlichen Hilfskassen und der kommerziellen Versicherungsindustrie (etwa in Form der „Volksversicherung“) betrieben wurde und in Großbritannien bereits in der ersten Jahrhunderthälfte, in Frankreich und Deutschland ab den 1860er Jahren einsetzte, ein Indikator für die zunehmende gesellschaftliche Nachfrage nach Vorsorgeangeboten innerhalb der bürgerlichen, in zunehmendem Maße auch der Arbeiterschichten. Seit den 1880er Jahren trugen auch die staatlichen Sozialversicherungen, die sich zunächst in Deutschland, Österreich und den Niederlanden, nach 1900 auch in den anderen nord- und westeuropäischen Ländern institutionalisierten, zur gesellschaftlichen Verbreitung des Präventionsgedankens bei, vor allem im Bereich der Unfallversicherung, im Rahmen der technischen und psychologischen Unfallprävention, teilweise auch in der Krankenversicherung, etwa bei den Behandlungen in Kur- und Heilstätten. Zugute kam den Sozialversicherungen, dass sie als staatliche oder öffentliche Organe mit entsprechenden Hoheitsrechten ausgestattet waren und sie ihr Präventionsanliegen gegenüber ihrer Klientel unter Androhung von Sanktionen auch durchsetzen konnten.³⁶

Die Präventionsbestrebungen von Privat- und Sozialversicherungen unterschieden sich stark. Die private Lebens- oder Unfallversicherung operierte mit standardisierten Prämien- und Entschädigungssätzen. Die Anreize für präventives Verhalten fielen in diesem System bescheiden aus. Anders als die öffentlich-rechtlichen Versicherer konnten sich die kommerziellen Unternehmen nicht auf hoheitliche Herrschaftsrechte berufen und hatten deshalb keine ausreichende Rechtsgrundlage für eine wirkungsvolle Durchsetzung präventiver Auflagen. Die meisten Versicherungsunternehmen beließen es bei indirekten Maßnahmen, etwa Appellen zu vorsorglichem Handeln an ihre Klientel. Parallel dazu wurden gravierende Risiken einfach vom Versicherungsschutz ausgeschlossen.³⁷

Solche selektiv-partikulären Solidarmodelle finden sich nicht nur in der Versicherungsindustrie, sondern auch im Sozialversicherungsbereich, insbesondere in Staaten wie Frankreich oder Großbritannien, in denen der Gesetzgeber wesentliche Teile der Sozialstaatsfunktionen an private Akteure delegierte. Hier wurden, wie François Ewald gezeigt hat, ursprünglich individuelle Verantwortlichkeiten für Unfälle, Krankheiten und andere versicherte

36 Konrad Hartmann, Die Entwicklung der Unfallverhütungstechnik in Deutschland, in: Internationaler Arbeiter-Versicherungs-Congress, 6. Tagung, Düsseldorf, 17.–24.6.1902, Breslau 1902, S. 501–520; vgl. auch Lengwiler, Risikopolitik im Sozialstaat, S. 175–186.

37 Georg Florschütz, Lebensversicherungsmedizin 1900–1924, in: Zeitschrift für die gesamte Versicherungswissenschaft 25. 1925, S. 46–52; vgl. auch: Theodore M. Porter, Life Insurance, Medical Testing, and the Management of Mortality, in: Lorraine Daston (Hg.), Biographies of Scientific Objects, Chicago 2000, S. 226–247.

Risiken neu dem Wohlfahrtsstaat zugewiesen und damit sozialisiert. Ewald hält dies einerseits für eine „Normalisierung der Schäden durch die Gesellschaft“, indem Versicherungen nun automatische Entschädigungsmechanismen bereitstellten und damit Schadenspotenziale gesellschaftlich akzeptabel gemacht hätten. Andererseits spricht er von einer neuen Form sozialer Kontrolle, wobei er am Beispiel der französischen Unfallversicherung ausführlich auf die bis in die Zwischenkriegszeit verbreitete Praxis eingeht, den verunfallten Versicherten grobfahrlässiges Verhalten („faute grave“) zu unterstellen und sie dadurch vom Versicherungsschutz auszuschließen.³⁸ Diese individualisierende Form sozialer Kontrolle ist typisch für die liberalen Sozialstaatsregime Frankreichs, teilweise auch Großbritanniens (zumindest bis zum Zweiten Weltkrieg), währenddessen die Solidarmodelle im Bismarck'schen System (und damit auch in Österreich oder der Schweiz) die Verantwortlichkeit der Arbeitgeberschaft oder der korporatistischen Sozialversicherungsgremien betonten.³⁹

Allerdings klaffte in dieser europäischen Versicherungslandschaft über längere Zeit eine südeuropäische Lücke. Die Entwicklung der Privat- und Sozialversicherungen blieb nämlich bis weit ins 20. Jahrhundert primär auf die gewerblich-industrialisierten Staaten Nord- und Mitteleuropas beschränkt. Agrarisch geprägte Gebiete, das heißt weite Teile Südeuropas wie Portugal, Spanien (außer Nordspanien), Mittel- und Süditalien sowie Griechenland, waren für die kommerzielle Versicherungsindustrie nicht attraktiv. Auch für die Sozialversicherungen, deren Risikobegriff sich ebenfalls von den Armutsrissen der Industriegesellschaft herleitete und die deshalb primär die Lohnarbeit – Arbeiterschaft und später Angestellte – versicherten, blieb das agrarische Südeuropa ein blinder Fleck. Auf diesen südeuropäischen Entwicklungspfad hat insbesondere die neuere Sozialstaatsforschung hingewiesen. In kritischer Erweiterung der Sozialstaatstypologie von Gøsta Esping-Andersen, der zwischen liberalen, korporativ-konservativen und sozialdemokratischen Wohlfahrtsstaaten unterschied, haben Autoren wie Stefan Leibfried und Maurizio Ferrera auf Eigenheiten südeuropäischer Sozialstaaten aufmerksam gemacht, die mit der Typologie Esping-Andersens nicht zu fassen sind. Leibfried spricht von einem „lateinischen Rand“ der Wohlfahrtswelten Esping-Andersens, Ferrera benutzt den ähnlich offenen Begriff des „südeu-

38 Vgl. François Ewald, *L'Etat Providence*, Paris 1986, insbes. S. 381–409; vgl. für den Begriff der Normalisierung auch: ders., *Die Rückkehr des genius malignus*. Entwurf zu einer Philosophie der Vorbeugung, in: *Soziale Welt* 49. 1998, S. 5–24, insbes. S. 812.

39 In diesem Sinne ist Ewalds Normalisierungsthese, die den französischen Fall zu einer allgemeinen Philosophie der modernen Sozialstaatsgeschichte generalisiert, irreführend. Die Sozialversicherungen bismarckscher Tradition gehorchten einem kollektivistischen und nicht einem individualistischen Präventionsmodell: vgl. Ewald, *Rückkehr des genius malignus*, S. 5–24.

ropäischen Sozialstaatssyndroms“⁴⁰. Beide Konzepte verweisen auf ein Faktorenbündel, das für die Sozialstaatsentwicklung Portugals, Spaniens, Italiens oder Griechenlands während des 20. Jahrhunderts kennzeichnend ist.⁴⁰ Dazu gehören ein ausgeprägtes Wohlstands- und Sicherheitsgefälle zwischen den industrialisierten nördlichen und den agrarischen südlichen Regionen in Staaten wie Italien oder Spanien und damit verbunden eine sozialstaatliche Privilegierung der industriellen Lohnarbeiterschaft gegenüber den Landarbeitern und der Bauernschaft. Ebenfalls charakteristisch ist eine vergleichsweise schwach entwickelte Staatlichkeit, nicht zuletzt im Gesundheitswesen und im Sozialversicherungsbereich, während familiären Unterstützungssystemen und kirchlichen und säkularen Wohlfahrtsverbänden eine traditionell wichtige sozialpolitische Bedeutung zukam.⁴¹ Dieser südeuropäische Sonderweg prägte auch die dortigen Präventionsregime – ein Punkt, auf den wir im übernächsten Abschnitt zurückkommen werden.

II. Lernprozesse im Laboratorium: Präventionsstrategien im westeuropäischen und kolonialen Umfeld

Die zweite Phase, zu der die Zwischenkriegszeit und der Zweite Weltkrieg zählen, lässt sich als präventionspolitisches Laboratorium bezeichnen. Gerade die frühe Risikoforschung, die sich in diesem Zeitraum konstituierte, spielte eine Schlüsselrolle dabei, die gesellschaftliche Wahrnehmung von Risiken und Präventionseffekten zu schärfen, beziehungsweise bislang unbekannte Phänomene zu identifizieren. Sie konnte sich dafür auf die ersten langfristigen und statistisch aufbereiteten Erfahrungswerte mit Präventionsmaßnahmen stützen. In diesem Sinne kann man eine zunehmende epistemische Reflexivität der Präventionspraxen feststellen. Die wissenschaftliche Analyse von Präventionseffekten diente der Legitimation und Weiterentwicklung bereits bestehender Präventionsregime.

Eine solche reflexive Präventionspolitik findet sich beispielsweise in den Sozialversicherungen, insbesondere in den Bereichen der Unfall- und Krankenversicherung. Hier kooperierten unter anderem die Versicherungsmathematik, die frühe Arbeitsmedizin und die Ingenieurwissenschaften, etwa zur Identifikation von Krankheits- oder Unfallursachen, insbesondere im Bereich der Berufskrankheiten, oder um den Nutzen technischer Präventionseinrichtungen empirisch zu belegen.⁴² Nun ließ sich statistisch begründet argu-

40 Nach Martin Rhodes, *Southern European Welfare States. Identity, Problems and Prospects for Reform*, in: *South European Society and Politics* 1. 1996, S. 1–22, hier S. 3–5.

41 Rhodes, *Southern European Welfare States*, S. 5–10.

42 Vgl. exemplarisch Friedrich Syrup (Hg.), *Handbuch des Arbeiterschutzes und der Betriebssicherheit*, 3 Bde., Berlin 1927; Constantin Kaufmann, *Handbuch der*

mentieren, dass Investitionen in die Prävention sich ökonomisch wie gesundheitlich auszahlten. Dies wiederum verstärkte die politische und gesellschaftliche Akzeptanz für präventive Interventionen der Sozialversicherungen. Zu den Akteuren der frühen Risikoforschung gehörten in Deutschland die Berufsgenossenschaften der sozialstaatlichen Unfallversicherung und die größeren Ortskrankenkassen, in Großbritannien die 1926 gegründete „Royal Society for the Prevention of Accidents“ oder in der Schweiz die staatliche Unfallversicherungsanstalt. Diese führte beispielsweise in den 1920er und 1930er Jahren verschiedene gezielte Untersuchungen durch, um zu überprüfen, ob unfallverhütende Maßnahmen der Unternehmer das Unfallrisiko signifikant minimierten – eine These, die sich in den Studien bestätigen ließ, was mittelfristig dazu führte, dass die Präventionsbestrebungen der Unfallversicherung ausgeweitet wurden und die verbreitete unternehmerische Skepsis gegenüber der technischen Unfallverhütung (in Form von mechanischen Schutzeinrichtungen) deutlich abnahm.⁴³

Vergleichbare epistemische Reflexionsprozesse führten auch zur Identifikation neuer Risikopotenziale. Die bedeutendste Wahrnehmungsverschiebung betraf die steigende Beachtung der chronischen anstelle der traditionellen epidemischen Krankheiten. In den Morbiditäts- und Mortalitätsstatistiken von Krankenkassen und Sozialversicherungen zeigten sich bereits vor dem Ersten Weltkrieg erste Hinweise auf einen markanten Anstieg chronischer Krankheiten wie etwa der Herz-Kreislauf- oder der Alterskrankheiten. Dies war nicht zuletzt eine Folge der verbesserten präventiven und therapeutischen Eingriffe in Fällen von epidemischen Krankheiten, aber auch bei Wundkrankheiten oder den Gesundheitsrisiken des Wochenbetts.⁴⁴ Spätestens in den 1920er Jahren verdichteten sich die Beobachtungen in den versicherungsmedizinischen Fachkreisen zu einer intensiven Debatte über die Zunahme chronischer Krankheiten.⁴⁵ Auch die „Soziale Hygiene“, die sich seit den 1920er Jahren erfolgreich als neue medizinische Disziplin etablieren

Unfallmedizin. Mit Berücksichtigung der Deutschen, Österreichischen und Schweizerischen öffentlichen und der privaten Unfallversicherung, Stuttgart 1919⁴.

43 Lengwiler, Risikopolitik im Sozialstaat, S. 187–189.

44 Vgl. etwa Adolf Gottstein, Das Heilwesen der Gegenwart. Gesundheitslehre und Gesundheitspolitik, Berlin 1925², S. 216–222.

45 Als frühes Beispiel: Kaiserlich Statistisches Amt, Krankheits- und Sterblichkeitsverhältnisse in der Ortskrankenkasse für Leipzig und Umgegend. Untersuchungen über den Einfluss von Geschlecht, Alter und Beruf, Berlin 1910; vgl. zu den deutschsprachigen Debatten in den zwanziger Jahren den Diskussionsbeitrag von Herald von Waldheim am internationalen versicherungsmathematischen Kongress von 1930: 9. Versicherungsmathematischer Kongress (Congress of Actuaries), Bd. 4, Stockholm 1930, S. 415–417.

konnte, wies früh auf die statistische Bedeutung der Herzkreislaufkrankheiten hin, die sie allerdings noch weitgehend als Berufskrankheiten interpretierte.⁴⁶ Hinzu kommt für die Zwischenkriegszeit eine akzentuierte gesellschaftliche Erwartungshaltung an die Medizin, die einerseits auf den institutionellen Ausbau des Gesundheitswesens, andererseits auf die ätiologischen Entdeckungen und therapeutischen Errungenschaften der bakteriologischen Forschung vor dem Ersten Weltkrieg zurückzuführen ist.⁴⁷ Die Weimarer Republik ist dafür ein exemplarischer Fall, nicht zuletzt, weil die deutsche Sozialmedizin in anderen europäischen Staaten und in der Sowjetunion breit rezipiert wurde. Der institutionelle Ausbau folgte nicht zuletzt im Anschluss an den Ersten Weltkrieg und den Bedarf nach einer Kriegsversehrtenfürsorge.⁴⁸ Er betraf vor allem Einrichtungen der Gesundheitsfürsorge, etwa die Expansion des kommunalen und staatlichen Krankenhauswesens, die Investitionen von Kranken-, Unfall- und Invalidenversicherung in medizinische Einrichtungen, den Ausbau der privaten Wohlfahrtspflege und die mit all diesen Faktoren verbundene Zunahme der Ärzteschaft.⁴⁹ Begleitet war dieser Expansionsprozess von intensiven Popularisierungsbemühungen, teilweise durch öffentliche Einrichtungen wie den 1919 gegründeten „Preußischen Landesausschuss für hygienische Volksbelehrung“, teilweise durch private Initiativen wie die Gründung des Dresdner Hygienemuseums durch den Odolfabrikanten Karl August Lingner oder ärztliche Aufklärungsaktivitäten über Merkblätter, Radiosendungen und Filmvorführungen.⁵⁰ Gesundheitsvorsorge wurde durch diesen Expansionsschub zu einem für breite Bevölkerungskreise zugänglichen Gut und zu einer individuellen wie gesellschaftlichen Normalität. Dies erhöhte nicht nur die Erwartungen der ärztlichen Klientel an die Leistungen der Medizin, sondern auch jene der politischen Behörden. Als Folge davon entstand ein konfliktreiches Spannungsverhältnis zwischen individualistischen und gesellschaftlichen Gesundheitserwartungen, das Adolf Gottstein, Ministerialdirektor im preußischen Ministerium für Volkswohlfahrt und prominenter Exponent der sozialen Hygiene, 1925 treffend auf den Punkt brachte: „Die Gesundheit des ein-

46 Beispielsweise Richard Lewinsohn, der Mitautor an Alfred Grotjahns sozialmedizinischem Kompendium; vgl. Alfred Grotjahn (Hg.), *Soziale Pathologie*, Berlin 1923, S. 136–140.

47 Gottstein, *Das Heilwesen der Gegenwart*, S. 216–223.

48 Eberhard Wolff, Mehr als nur materielle Interessen. Die organisierte Ärzteschaft im Ersten Weltkrieg und in der Weimarer Republik 1914–1933, in: Robert Jütte (Hg.), *Geschichte der deutschen Ärzteschaft. Organisierte Berufs- und Gesundheitspolitik im 19. und 20. Jahrhundert*, Köln 1997, S. 97–142.

49 Grotjahn, *Soziale Pathologie*, S. 5 f.; vgl. bereits vor dem Ersten Weltkrieg Alfred Grotjahn, *Krankenhauswesen und Heilstättenbewegung im Lichte der Sozialen Hygiene*, Leipzig 1908, S. 16–64.

50 Gottstein, *Das Heilwesen der Gegenwart*, S. 467–471.

zelen ist sein kostbarster Eigenbesitz, aber ihre Erhaltung ist noch notwendiger zum *Schutz seiner Mitmenschen*. Verliert er seine Gesundheit, so verliert er ein Gut, für dessen Erhaltung er der Gesellschaft, zu der er gehört, verantwortlich ist (...).“ Jeder Einzelne hätte die Pflicht, seine Gesundheit zu wahren, „nicht allein um seines eigenen Behagens wegen, sondern weil davon auch die Existenzfähigkeit der gesamten Gesellschaft abhängig ist.“⁵¹

Vor diesem Hintergrund ist auch der rasante Aufstieg der Sozialen Hygiene zu verstehen, deren Programm nach 1900 von deutschen Medizinern wie Adolf Gottstein, Alfred Grotjahn oder Alfons Fischer formuliert wurde. Die neue Disziplin verstand sich von Beginn an als Kritik an der kurativen Medizin. Ein präventiver (statt kurativer) Ansatz war in diesem Sinne konstitutiv für die Soziale Hygiene.⁵² Für deren internationale Ausbreitung spielte neben Deutschland insbesondere die junge Sowjetunion die Rolle eines Katalysators. Gestützt auf die Rezeption deutscher Autoren wie Grotjahn oder Fischer förderten die Bolschewiken nach 1917 die Soziale Hygiene aus ideologischen Gründen, als eine medizinische Leitwissenschaft zum Studium der ökonomischen und sozialen Krankheitsfaktoren. Bis Anfang der 1930er Jahre wurden mehr als ein Dutzend sozialhygienische Institute gegründet. Prävention wurde in diesem Modell zum zentralen Anliegen des gesamten Gesundheitswesens; ein solcher Fokus versprach eine Überwindung der Spaltung zwischen der kurativen Schulmedizin und alternativen, präventionsorientierten Heilkundentraditionen.⁵³ Von der Sowjetunion ausgehend wurde das sozialhygienische Paradigma in den 1930er Jahren erneut nach Westeuropa, teilweise auch in die USA rückübersetzt, insbesondere durch eine jüngere Generation sozialdemokratischer oder kommunistischer Mediziner wie etwa den amerikanischen Medizinhistoriker Henry E. Sigerist.⁵⁴ In den USA spielte die Soziale Hygiene eine prominente Rolle in den Debatten um die geplante staatliche Krankenversicherung im New Deal, in Großbritannien in den frühen Planungsarbeiten für einen staatlichen Gesundheitsdienst, die bereits Mitte der

51 Gottstein, *Das Heilwesen der Gegenwart*, S. 10 f. (Hervorhebungen im Original).

52 Beispielfhaft ebd., S. 83, S. 216 u. S. 421; Gottstein spricht von „vorbeugender Medizin“.

53 Susan Gross Solomon, *The Expert and the State in Russian Public Health. Continuities and Changes Across the Revolutionary Divide*, in: Dorothy Porter (Hg.), *The History of Public Health and the Modern State*, Amsterdam 1994, S. 183–223, hier S. 195–208; vgl. zum Aufbau der sowjetischen Sozialmedizin ab 1918 etwa Matthias Braun, „Entweder besiegen die Läuse den Sozialismus, oder der Sozialismus besiegt die Läuse“. *Sozialmedizin in der Sowjetunion*, Berlin 2007 (Vortragsmanuskript, Publikation in Vorbereitung).

54 Vgl. etwa Henry E. Sigerist, *Socialized Medicine in the Soviet Union*, New York 1937.

1930er Jahre einsetzen.⁵⁵ Der sozialmedizinische Aufbruch blieb allerdings selbst in Westeuropa begrenzt. Insbesondere in Frankreich setzte die Institutionalisierung der sozialen Hygiene oder der Arbeitsmedizin erst im Zweiten Weltkrieg unter dem Vichy-Regime ein.⁵⁶

In die Zwischenkriegszeit fällt auch die Ausbreitung und Institutionalisierung der Eugenikbewegung, die ebenfalls ein präventives Programm verfolgte, das überlieferte Praktiken der Bevölkerungs- und Familienpolitik aus einer erbiologischen, teilweise auch rassenhygienischen Perspektive reformulierte und insbesondere die Gesundheitspolitik des Nationalsozialismus prägte.⁵⁷ Es ist hier nicht der Ort, um im Einzelnen auf die mittlerweile gut untersuchte Eugenikbewegung einzugehen; einige skizzenhafte Bemerkungen müssen genügen.⁵⁸ Für unseren Zusammenhang ist die Bewegung wichtig, weil sie die vielschichtigen, inkrementellen Mechanismen zur Ausbreitung von Wissenspraktiken – jenseits der rein diskursiven Verbreitung der eugenischen Lehre – illustriert. Dabei zeigt sich, dass die Umsetzungschancen eugenischer Maßnahmen von vielschichtigen sozialpolitischen Ausschluss- und Diskriminierungspraktiken abhängig waren. Diese Ausschlusspraktiken waren nicht *per se* eugenisch, profitierten jedoch von der Allianz mit eugenischen Postulaten. Dazu gehörten zum einen die Heiratsrestriktionen, die bis zum Ende des 19. Jahrhunderts in verschiedenen deutschen Staaten sowie in einzelnen Regionen Österreichs und der Schweiz praktiziert wurden und die sich durch eugenische Argumente auf eine neue, biologistisch-moderne Art legitimieren ließen.⁵⁹ Daneben profitierte die Eugenikbewegung insbesondere in den

55 Für die USA vgl. mit Bezug zum amerikanischen Gesundheitswesen Henry E. Sigerist, *Medicine and Health in the Soviet Union*, New York 1947, u. a. S. X-XIV; für Großbritannien vgl. Oswald Nigel, *Training Doctors for the National Health Service. Social Medicine, Medical Education and the GMC 1936–48*, in: Dorothy Porter (Hg.), *Social Medicine and Medical Sociology in the Twentieth Century*, Amsterdam 1997, S. 59–80; Hennock, *Origin of the Welfare State*, S. 227–242.

56 Philippe-Jean Hesse u. Jean-Pierre LeCrom (Hg.), *La protection sociale sous le régime du Vichy*, Rennes 2001; Stéphane Buzzi, Jean-Claude Devinck, Paul-André Rosental, *Histoire de la médecine du travail (1880–2004)*, Paris 2006, S. xxx.

57 Winfried Süß, *Gesundheitspolitik*, in: Hans Günter Hockerts, *Drei Wege deutscher Sozialstaatlichkeit. NS-Diktatur, Bundesrepublik und DDR im Vergleich*, München 1998, S. 55–101, hier S. 57 f.

58 Vgl. unter den neueren Beiträgen etwa: Gunnar Broberg (Hg.), *Eugenics and the Welfare State. Sterilization Policy in Denmark, Sweden, Norway, and Finland*, East Lansing 2005; Regina Wecker u. a. (Hg.), *Wie nationalsozialistisch ist die Eugenik? Internationale Debatten zur Geschichte der Eugenik im 20. Jahrhundert*, Wien 2009 (im Druck).

59 Elisabeth Mantl, *Heirat als Privileg. Obrigkeithliche Heiratsbeschränkungen in Tirol und Vorarlberg 1820–1920*, München 1997 (zugleich Bd. 23: *Sozial- und wirtschaftshistorische Studien*), S. 9 f., 92 f. u. S. 231–234; Josef Ehmer, *Heiratsver-*

skandinavischen Staaten von Strukturproblemen des Anstaltswesens. Um „schwachsinnige“ Insassen – faktisch vor allem Frauen aus Unterschichten – aus den überfüllten Anstalten entlassen zu können, einigten sich die sozialpolitischen Akteure, linke wie rechte Parteien, auf eine Sterilisationspolitik, die der malthusianischen Angst vor Vermehrung der Unterschichten Rechnung trug.⁶⁰ Schließlich kamen der Eugenik die medizinischen Innovationszyklen zugute. In der Schweiz beispielsweise verbreiteten sich eugenische Sterilisationen auch als chirurgische Alternative zur gefährlicheren Kastration.⁶¹ Man kann vor diesem Hintergrund die Ausbreitung eugenischer Präventionspraktiken nur als einen graduellen, von epistemischen, institutionellen und gesellschaftlichen Faktoren interdependent getriebenen Prozess verstehen.

Wichtige Impulse für die Entwicklung des europäischen Präventionsdiskurses stammten im frühen 20. Jahrhundert aus dem kolonialen Kontext.⁶² Die präventionspolitischen Interferenzen zwischen europäischen Kolonialmächten und Kolonien lassen sich beispielhaft am Fall Zyperns aufzeigen. Hier verdeutlicht sich einprägsam, wie präventive Interventionen bedeutende soziale und natürliche (Rückkoppelungs-)Effekte erzeugen.

Als Zypern am 7. Juli 1878 nach Unterzeichnung der Zypern-Konvention durch den osmanischen Sultan der Verwaltung durch Großbritannien unterstellt wurde, erfüllten sich mehrere langfristige Ziele der britischen Außenpolitik. Der Zugang zum Suez-Kanal sollte durch einen Marinestützpunkt abgesichert werden und es bestand die Hoffnung, mit der ökonomischen Ausbeutung der Insel den Schuldendienst für jene Kredite leisten zu können, die das osmanische Reich unter anderem von Großbritannien während des Krimkrieges aufgenommen hatte, wegen seiner Zahlungsunfähigkeit jedoch nicht zurückzahlen konnte.⁶³ Allerdings waren sowohl die militärische wie die

halten, Sozialstruktur, ökonomischer Wandel. England und Mitteleuropa in der Formationsperiode des Kapitalismus, Göttingen 1991, S. 46 f.

60 Für die folgenden Ausführungen: vgl. Brent Sigurd Hansen, *Something Rotten in the State of Denmark. Eugenics and the Ascent of the Welfare State*, in: Broberg, *Eugenics and the Welfare State*, S. 9–76, hier S. 22–44.

61 Für folgende Ausführungen: Geneviève Heller u. a., *Rejetées, rebelles, mal adaptées. Débats sur l'eugénisme, pratiques de la stérilisation non volontaire en Suisse romande au XXe siècle*, Chêne-Bourg 2002, S. 95–103.

62 Beispielhaft für diese engen transnationalen Kooperationen der europäischen Kolonialmächte im 19. und frühen 20. Jahrhundert vgl. Philip Manson-Bahr, *Introduction. Recent Research in Malaria*, in: *British Medical Bulletin* 1. 1951, S. 1–5 sowie die im selben Heft abgedruckten Spezialartikel.

63 Vgl. ausführlich: Heinz Richter, *Die Geschichte der Insel Zypern*, Bd. 1, Mannheim 2004; Winfried Baumgart, *Europäisches Konzert und Nationale Bewegung. Internationale Beziehungen 1830–1878*, Paderborn 1999; Dwight E. Lee, *Great Britain and the Cyprus Convention Policy of 1878*, Cambridge, MA 1934; George Hill, A

ökonomische Bedeutung der Übernahme Zyperns von Anfang an innenpolitisch umstritten. Die *Fortnightly Review* kritisierte in einem Kommentar: „An island, two hundred miles long, ravaged by famine, a nest of malaria, with a fatal fever of which it enjoys a monopoly, without harbours, and possessed of a growing population of lepers, is held by Englishmen adequate consideration for an obligation to spend scores or hundreds of millions in defending an empire which either cannot or will not defend itself.“⁶⁴ Tatsächlich wurden fehlende Infrastruktur, unentwickeltes ökonomisches Potenzial, geringer Bildungsstand der Bevölkerung und grassierende Krankheiten die zentralen Politikfelder der britischen Verwaltung in den kommenden Jahren – eine Gemengelage aus natürlichen, ökonomischen, (geo-)strategischen, sozialen und kulturellen Faktoren.⁶⁵

Nach der Landung der britischen Truppen schienen sich zunächst die schlimmsten Befürchtungen zu erfüllen: Ein Viertel der Soldaten erkrankte an einem schweren Fieber. Da vor der Landung keine verlässlichen Berichte über die Verhältnisse auf der Insel verfügbar waren – insbesondere keine Aufzeichnungen zu möglichen Gesundheitsgefahren – konstatierte der leitende Sanitätsoffizier: „It thus happened that nearly everything respecting the medical history of Cyprus had to be learnt by experience, slowly.“⁶⁶ Dieser nachlaufende Modus der Erkenntnisproduktion – basierend auf der Evaluation von Irrtümern, deren Korrektur und laufender, statistisch informierter Erfolgskontrolle – kann als typisch für die Wissenspraktiken der kolonialen Gesundheitsbehörden gelten, die in einer ihnen weitgehend unbekanntem Umwelt mit unvollständigem Wissen zu handeln hatten. So dauerte es etwas mehr als ein Jahr, bis die Mediziner die Ursache des Fiebers sicher mit Malaria in Verbindung gebracht hatten. Gemäß der dominanten Miasma-Theorie wurde sofort mit der Verlegung der Truppen in höhere Regionen, fern der Sümpfe und Salzseen an der Küste begonnen, eine Notmaßnahme, die nach kurzer Zeit ersten, bescheidenen Erfolg hatte.⁶⁷ Was als Akt der Selbstverteidigung begann, mündete in den kommenden Jahren in das erklärte Ziel, die sanitären Verhältnisse ebenso wie die Lebensbedingungen der Bevölkerung nachhaltig zu verbessern. Das zentrale Mittel dabei war die Kontrolle der Krankheitsvektoren von Malaria, Lepra und Tuberkulose.

History of Cyprus. The Ottoman Province, The British Colony 1571–1948, Bd. 4, Cambridge 1952.

64 Zitiert nach Heinz A. Richter, *The Grand Game, the Balkans, the Congress of Berlin and Cyprus*, in: Hubert Faustmann u. Nicos Peristianis (Hg.), *Britain in Cyprus. Colonialism and Post-Colonialism*, Mannheim 2006, S. 11–17, hier S. 15.

65 War Office, *Report from the Principal Medical Officers in Cyprus, Giving a Medical History of the Troops Stationed in that Island since July 1878*, 1.5.1879.

66 War Office, *Report*, S. 2.

67 War Office, *Report*, S. 13 f.

Die Bekämpfung der Malaria kann als das erfolgreichste Projekt der britischen Kolonialverwaltung auf Zypern angesehen werden; hier erweist sich besonders deutlich, dass es einer gleichzeitigen Anwendung von medizinischem, geographischem, administrativem und bevölkerungspolitischem Wissen sowie intensiver Aufklärung von Bevölkerung und Experten bedurfte, um eine nachhaltige gesundheitliche Verbesserung zu erzielen. Die wissenschaftlichen Voraussetzungen dieses Programms wurden in zwei Schritten erbracht: Der Malariaerreger wurde 1880 von Alphonse Laveran, einem Arzt eines Militärkrankenhauses in Algerien, erstmals im Blut von Malaria-Kranken entdeckt, und 17 Jahre später wies Sir Ronald Ross, englischer Militär, Chirurg und Tropenmediziner die Verbreitung des Malaria-Erregers durch die Anophelesmücke nach. Ross schlug schließlich als Ergebnis einer Studienreise, die ihn Anfang der 1910er Jahre auch nach Zypern führte, einen „Antimücken-Feldzug“, konkret die Trockenlegung von Sümpfen und stehenden Gewässern, vor.⁶⁸ „Ungesunde“ Regionen wurden dabei durch bewährte statistische Instrumente identifiziert – etwa die Kalkulation von Sterbe- und Geburtsraten, von Krankheitsrisiken und deren Verteilung in unterschiedlichen geographischen Regionen der Insel, die von der Kolonialadministration in regelmäßigen Berichten an das Colonial Office gemeldet wurden. Damit wurden auch Indikatoren bereit gestellt, um die Wirksamkeit gesundheitspolitischer Maßnahmen im Zusammenspiel mit variablen Umweltfaktoren zu evaluieren. Die minutiös erstellten Statistiken der Kolonialverwaltung, in denen für jeden Ort und jedes Dorf Arbeitsunfälle ebenso festgehalten wurden wie Einkommen, Wohnbedingungen oder Fälle von Malaria, Lepra, Fleckfieber, Augenkrankheiten oder Krebsfälle, erlaubten die kleinteilige Kontrolle der *colonial subjects* und ihres sozialen, ökonomischen und biologischen Lebens. Die spezifische Gesundheitspolitik der Kolonialverwaltung richtete sich sowohl auf die Verhinderung von Epidemien als auch auf die Beeinflussung endemischer Krankheiten oder Lebensstile, die die Gesundheit der Bevölkerung schwächte, ihre Arbeitskraft minderte und damit ihren Wohlstand untergrub.

Die Mittel, die für die Verhinderung von Krankheiten gewählt wurden, waren dabei sozio-technischer wie sozio-kultureller Art. Neben der Vernichtung der Brutstätten von Anopheles-Moskitos wurden Maßnahmen zur Verbesserung der Wasserversorgung der Dörfer durchgeführt, um die wiederkehrenden Typhus-Epidemien einzudämmen und die Kindersterblichkeit zu reduzieren. Diesem Ziel dienten aber auch Aufklärungskampagnen für junge Mütter und die Ausbildung von Hebammen sowie erfolgreiche Versuche, Sitten und Gebräuche in Gesundheitsfragen zu modifizieren. In den ersten Jahren des 20. Jahrhunderts wurden schließlich in allen sechs Verwaltungsbezirken kleine

68 Vgl. Magda H. Ohnefalsch-Richter, Griechische Sitten und Gebräuche auf Cypern. Mit Berücksichtigung von Naturkunde und Volkswirtschaft sowie der Fortschritte unter englischer Herrschaft, Berlin 1913, S. 335 f.

Krankenhäuser eingerichtet, die von Mediziner*innen geleitet wurden und an die jeweils eine kleine Apotheke angeschlossen war. Für die überwiegend arme Landbevölkerung waren Behandlungen kostenlos, reichere Bürger hatten einen geringen Betrag zu entrichten. Trotz dieser beginnenden Individualversorgung von Kranken richtete sich die „pastorale Macht“ der britischen Gesundheitsprogramme jedoch überwiegend auf die Population als Gesamtheit.⁶⁹ Das Kolonialregime versuchte dabei in enger Zusammenarbeit mit örtlichen Autoritäten, die Lebensbedingungen der Bevölkerung zu heben, etwa durch den Erlass von Bauverordnungen, die Ausbildung von medizinischem Personal und die Schaffung eines neuen Gesundheitsbewusstseins. Der erfolgreichen Biopolitik der Kolonialverwaltung gelang es dabei, Landschaft, Moskitos, Bedienstete des Gesundheitssystems, Körper, Mentalitäten, Gewohnheiten der „Eingeborenen“ erstmals in der Geschichte des Landes unter die Herrschaft eines neuartigen Typus von Wissen zu stellen. Biopolitik in dieser Form erzeugte dabei eine Reihe neuer sozialer Objekte – Patienten, Krankenhausbezirke, Ausbildungsordnungen und eine Bevölkerung –, um Eingriffswege zu schaffen und ihre gezielte Manipulation zu ermöglichen. Zugleich wurden Formen der Subjektivität modifiziert oder neu geschaffen, etwa die des Kranken, des Mediziners, des Gesundheitspolitikers, des Staatsbürgers.⁷⁰

Der erfolgreiche „Feldzug“ gegen die Malaria-Mücken machte jedoch gegen Ende der 1930er Jahre ein Problem sichtbar, das bislang im „statistischen Rauschen“ hoher Kindersterblichkeit verschwunden war: Obwohl die Malaria-Überträger weitgehend zurückgedrängt waren und damit Neuerkrankungen eigentlich ausgeschlossen sein mussten, wurden trotzdem bei vielen Kindern Malaria-Symptome diagnostiziert. Hinzu kam, dass bei ihnen die üblichen Medikamente keine Besserung bewirkten. Beide Phänomene waren auf der Basis des verfügbaren Wissens nicht erklärbar. Eine schlüssige Begründung ergab sich erst durch die Entdeckung einer bislang unbekannt Form der Anämie bei italienischen Einwanderer-Kindern in den USA und später in Italien.⁷¹ Ab Mitte der 1930er Jahre begann sich allmählich abzuzeichnen, dass dieses Krankheitsbild im ganzen Mittelmeer-Raum verbreitet war – entsprechend setzte sich für diese Erkrankung der Name Thalassämie (wörtlich:

69 Für den Begriff der pastoralen Macht vgl. Michel Foucault, *The Politics of Health in the Eighteenth Century*, in: Colin Gordon (Hg.), *Power/Knowledge. Selected Interviews and Other Writings 1972–1977*, New York 1980, S. 166–182, hier S. 173.

70 Vgl. Aihwa Ong, *Flexible Citizenship. The Cultural Logics of Transnationality*, Durham 1999.

71 Erstmals beschrieben von Thomas Benton Cooley u. Pearl Lee, *A Series of Cases of Splenomegaly in Children with Anemia and Peculiar Bone Changes*, in: *Transactions of the American Pediatric Society* 37. 1925, S. 29–30; für Italien vgl. E. Greppi, *Ittero emolitico familiare con aumento della resistenza dei globuli*, in: *Minerva Medica* 8. 1928, S. 1–11.

Anämie des Meeres) durch.⁷² Für Zypern war es der Initiative eines britischen Arztes im Dienste der Kolonialbehörde zu verdanken, dass zu Beginn der 1940er Jahre die im internationalen Vergleich dramatisch hohe Inzidenz dieser Anämie in der zypriotischen Bevölkerung nachgewiesen werden konnte.⁷³ Thalassämie ist eine Erbkrankheit, die in einer leichten (Thalassämie-Minor) oder einer schweren Form (Thalassämie-Major) auftritt. Patienten, die an Thalassämie-Major leiden, haben eine deutlich reduzierte Lebenserwartung (unbehandelte Patienten sterben bereits im frühen Kindesalter) und sind von einer Vielzahl von teils schweren und sehr schmerzhaften Nebenfolgen betroffen.

Wesentlich ist hierbei, dass erst die Beseitigung der Malaria die Thalassämie gegen Ende der 1930er-Jahre in den endemischen Malariagebieten diagnostisch „sichtbar“ machte, denn nur durch die Verhinderung von Neuinfektionen mit Malaria konnten die leicht mit Malaria zu verwechselnden Symptome bei Kindern medizinischen Verdacht erregen. Mehr noch: Auch auf einer biomedizinischen Ebene besteht ein unmittelbarer Zusammenhang zwischen Malaria und Thalassämie. Denn die Malaria trägt zur Verbreitung des Thalassämie-Gens selbst bei, weil die sie auslösende genetische Mutation für deren Träger eine geringe, aber populationshistorisch relevante Resistenz gegen die Malaria-Infektion bietet.⁷⁴ Deshalb nimmt die Häufigkeit der Mutation über viele Generationen in den betroffenen Gebieten kontinuierlich zu, solange die Belastung der Bevölkerung durch die Malaria hoch bleibt.⁷⁵ Die Verbreitung der Thalassämie in ehemaligen Malariagebieten kann damit als ein Ergebnis eines langen Ko-Evolutionsprozesses zwischen dem Malaria-Erreger (*Plasmodium falciparum*), dem ihn transportierenden „Vektor“ (verschiedenen Mücken-Arten) und den betroffenen Populationen beschrieben werden.⁷⁶ Wie es der einflussreiche britische Tropenmediziner George Macdonald 1951 unter Hinweis auf die evolutionären Prozesse der Populationsgeschichte pointiert formulierte: „A community must [...] establish a *modus vivendi* with its various parasites [...] if it and the parasites are to survive; and the processes of

72 G.H. Whipple u. W.L. Bradford, Mediterranean Disease – Thalassemia (Erythroblastic Anemia of Cooley): Associated Pigment Abnormalities Simulating Hemochromatosis, in: Journal of Pediatrics 9. 1936, S. 279–311.

73 Allan L. Fawdry, Erythroblastic Anaemia of Childhood (Cooleys Anaemia) in Cyprus, in: Lancet 1. 1944, S. 171–176.

74 D.J. Weatherall, Common Genetic Disorders of the Red Cell and the ‚Malaria Hypothesis‘, in: Annals of Tropical Medicine and Parasitology 81. 1987, S. 539–548.

75 Fatimah Jackson, Ecological Modeling of Human-Plant-Parasite Coevolutionary Triads: Theoretical Perspectives on the Interrelationships of Human Hb β S, G6PD, Manihot esculenta, Vicia faba, and Plasmodium falciparum, in: Lawrence S. Greene u. Maria E. Danubio (Hg.), Adaptation to Malaria. The Interaction of Biology and Culture, Amsterdam 1997, S. 177–207.

76 John N. Thompson, The Coevolutionary Process, Chicago 1994.

natural selection are likely to have selected people and parasites able to do so.⁷⁷ Die Thalassämie-Mutation, die die nachteiligen Wirkungen des Erregers – auf die Population bezogen – in Grenzen gehalten hatte, wurde in dem Moment, als der Malaria-Druck durch die erfolgreiche Präventionspolitik beseitigt war, zu einem Problem. Durch das Verschwinden des Malaria-Erregers entstanden damit neue Klassifikationen von gesund/ungesund, normal/anormal und von vorteilhaften Mutationen/schädlichen Mutationen.

Durch die ab den 1940er Jahren erfolgenden, medizinisch korrekten Thalassämie-Diagnosen konnte in Zypern ein doppelter Erfolg erzielt werden. Einerseits konnten die Fehlbehandlungen der erkrankten Kinder, denen bis zu diesem Zeitpunkt Antimalaria-Medikamente verabreicht worden waren, gestoppt und stattdessen eine wirksamere Behandlung eingeleitet werden. Doch die bessere Behandlung bedeutete auch, dass die erkrankten Kinder länger lebten und ihre Krankheit im sozialen Umfeld „sichtbar“ wurde, da im weiteren Verlauf auch einer gut behandelten Thalassämie Entstellungen an Gesicht und Körper auftreten. Mit einer korrekten medizinischen Kategorisierung der Krankheit und einer öffentlichen Aufklärungskampagne wollten die Mediziner auch der sozialen Stigmatisierung der Kranken und ihrer Familien entgegenwirken, denn die Krankheit galt vor allem in den ländlichen Regionen als „Fluch Gottes“. Die Ärzte gaben den verzweifelten Eltern der an Thalassämie leidenden Kinder mit der Diagnose eine Krankheit mit einem griechischen Namen, der sie stets daran erinnerte, dass ihre Kinder an einer „Krankheit des Mittelmeeres“ bzw. einer „Krankheit der Griechen“ litten: Thalassämie wurde in der volkstümlichen Wahrnehmung – wenn auch fälschlich – als ein tragisches ethnisches Schicksal interpretiert, das die Zyprioten auf eine existentielle Weise mit ihrem Mutterland, mit Griechenland, verband: Zugespitzt formuliert trug die öffentliche Gesundheitsaufklärung über die Thalassämie mit dazu bei, dass sich die auf Zypern lebende griechischsprachige Bevölkerung als Population – und nicht mehr nur als Bewohner eines Dorfes oder einer Region – zu beschreiben lernte, als ethnische Gruppe mit einer gemeinsamen biologischen Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft. Dieses Selbstverständnis wurde ebenso durch den im griechischsprachigen Schulsystem propagierten kulturellen Patriotismus gefördert wie durch das im antikolonialen Kampf gegen die Briten wachsende Nationalbewusstsein, Faktoren, die zu einem ethnisch-rassistischen Nationalismus beitrugen.⁷⁸ Wichtiger im hier diskutierten Zusammenhang ist jedoch, dass mit

77 George Macdonald, Community Aspects of Immunity to Malaria, in: *British Medical Bulletin* 8. 1951, S. 33–36, hier S. 33.

78 Zum Schulsystem vgl. Rebecca Bryant, The Purity of Spirit and the Power of Blood. A Comparative Perspective on Nation, Gender and Kinship in Cyprus, in: *Journal of the Royal Anthropological Institute (NS)* 8. 2002, S. 509–530; zum Antikolonialismus vgl. Caesar Mavratsas, Greece, Cyprus and Greek America. Comparative

der Aufklärungskampagne über das Problem der Thalassämie ein für die Folgejahre einflussreiches, die Strategien der zypriotischen Gesundheitsbehörden prägendes Muster etabliert wurde, bei dem medizinisch-wissenschaftliche Aufklärung und Information als wirksames Gegengift gegen Vorurteile und Stigmatisierung einen zentralen Stellenwert neben infrastrukturellen Interventionen erhielten. Der Kampf gegen Vorurteile wurde neben der Verbesserung von Diagnostik und Therapie als wichtigstes Mittel der Gesundheitspolitik angesehen – eine erfahrungsbasierte Agenda, die wesentlich zur Verfertigung informierter, aufgeklärter Patienten und Bürger beitrug.⁷⁹ Gestärkt wurden mit dem Erfolg des Präventionsprogrammes auch damit verbundene Austausch- und Transfermechanismen, vor allem die transnationalen, professionellen Netzwerke von britischen und zypriotischen Medizern.

III. Der Wandel von etatistischen zu individualistischen Präventionsansätzen nach 1945

In der Nachkriegszeit entwickelten sich die präventiven Wissenspraktiken im europäischen Raum uneinheitlich. In den nord- und westeuropäischen Staaten war neben den staatlichen Behörden primär die standesrechtlich organisierte Ärzteschaft, unterstützt durch das expandierende Mediensystem, für die Ausbreitung der Gesundheitsvorsorge verantwortlich. In den südeuropäischen Gesundheitswesen dagegen besaßen auch nach 1945 nicht-staatliche und nicht-akademische Unterstützungssysteme wie die Familie oder kirchliche Wohlfahrtsverbände eine wichtige Rolle bei der Umsetzung von Präventionsprogrammen.⁸⁰ Trotz dieser Differenzen lässt sich ein gesamteuropäischer Trend diagnostizieren, durch den die Verantwortung zur Gesundheitsvorsorge zunehmend den individuell Betroffenen zugewiesen wurde, während staatliche oder zivilgesellschaftliche Akteure sich auf die Definition präventiver Normen beschränkten. Diese Entwicklung spiegelt sich auch auf supranationaler Ebene, in der Gesundheitspolitik der Europäischen Union. Im nördlichen und westlichen Europa waren die institutionellen Veränderungen der Gesundheitsprävention ambivalent. Einerseits erlebten die Nachkriegsjahrzehnte eine markante Expansion der europäischen Gesundheitssysteme. Großbritannien verstaatlichte sein Gesundheitswesen, Frankreich, später auch Schweden und Italien führten staatliche, teilweise universalistische Krankenversicherungssysteme ein. Auch in Ländern wie Deutschland oder der

Issues in Rationalization, Embourgeoisement, and the Modernization of Consciousness, in: *Modern Greek Studies Yearbook* 10. 1995, S. 139–169.

79 Michalis Angastiniotis u. a., How Thalassaemia was Controlled in Cyprus, in: *World Health Forum* 7. 1986, S. 291–297.

80 Rhodes, *Southern European Welfare States*, S. 5–10.

Schweiz, in denen sich das Gesundheitssystem institutionell nicht fundamental veränderte, investierte die öffentliche Hand seit den 1950er Jahren verstärkt in Einrichtungen des Gesundheitswesens.⁸¹ Präventive Ansätze profitierten allerdings nicht automatisch von diesem Investitionsschub. In den meisten Staaten – mit Ausnahme von Großbritannien – verblieb die Hauptverantwortung für eine präventive Gesundheitspolitik bei der frei praktizierenden Ärzteschaft, die wiederum individualmedizinischen Traditionen folgend die einzelnen Patientinnen und Patienten mit präventiven Verhaltensnormen konfrontierte.⁸² Eine Renaissance der staatsinterventionistischen Präventionstraditionen des frühen 20. Jahrhunderts blieb aus.

Trotz dieser institutionell schwachen Verankerung breitete sich das populäre Wissen und die Sorge um präventive Verhaltensweisen nach 1945 mit erstaunlicher Dynamik aus, getrieben allerdings nicht so sehr durch ärztliche Beratung, sondern durch ein lebhaftes öffentliches Interesse an den Risiken chronischer Krankheiten. Dahinter stand die bereits in der Zwischenkriegszeit einsetzende zunehmende gesundheitspolitische Einsicht in die Folgen der epidemiologischen Transition, die sich in den Nachkriegsjahren zu einer völligen Neuorientierung präventiver Wissenspraxen verdichtete. Treibende Kraft für diesen epistemischen Bruch war die junge Disziplin der Sozial- und Präventivmedizin, die sich in der Nachfolge der Sozialen Hygiene akademisch auf breiter Front institutionalisierte, zunächst ab 1940 in Großbritannien, seit den 1950er Jahren auch in den kontinentaleuropäischen Staaten.⁸³

Gestützt auf statistische und wahrscheinlichkeitstheoretische Ansätze identifizierte die Sozial- und Präventivmedizin eine Reihe externer Risikofaktoren, die sie mit der Entstehung chronischer Krankheiten in Verbindung brachte. Im Unterschied zum bakteriologischen Modell führte das sozialmedizinische Modell Krankheit nicht mehr deterministisch auf isolierbare bakterielle Erreger zurück, sondern auf eine Vielzahl neuartiger Risiken, deren – oft kumulative – pathologische Wirkung nur noch in Wahrscheinlichkeiten oder „Risikofaktoren“ fassbar war.⁸⁴ Entscheidend für die breite Wahrnehmung des Risikofaktorenmodells war, dass viele neu identifizierte Risiken, beispielsweise für „Zivilisationskrankheiten“ wie die Herz-Kreislaufkrankheiten, all-

81 Raphael, Europäische Sozialstaaten in der Boomphase, S. 62–66; vgl. im Einzelnen die historisch reflektierten Länderberichte in: Jens Alber u. Brigitte Bernardi-Schenkluhn, Westeuropäische Gesundheitssysteme im Vergleich: Bundesrepublik Deutschland, Schweiz, Frankreich, Italien, Großbritannien, Frankfurt 1992.

82 Für einen Vergleich zwischen Deutschland und Großbritannien vgl. Ulrike Lindner, Gesundheitspolitik in der Nachkriegszeit. Großbritannien und die Bundesrepublik Deutschland im Vergleich, München 2004, S. 82–100.

83 Lengwiler, Risikopolitik im Sozialstaat, S. 155–158.

84 Luc Berlivet, „Association or Causation? The Debate on the Scientific Status of Risk Factor Epidemiology, 1947–1965, in: Virginia Berridge (Hg.), Making Health Policy. Networks in Research and Policy after 1945, Amsterdam 2005, S. 39–74.

tägliche Verhaltensweisen und Lebensstilorientierungen betrafen wie etwa eine fettthaltige Ernährung, den regelmäßigen Konsum von Tabak und alkoholischen Getränken sowie einen Mangel an körperlicher Bewegung. Im Populärdiskurs verkürzte sich die Vielfalt neuer Risikofaktoren auf das Gefahrendreieck von Fleischkonsum, Zigarettenrauchen und Bier- oder Weinkonsum.⁸⁵

Die Pathologisierung von Kernelementen konsumgesellschaftlicher Lebensstile trug in der Nachkriegszeit entscheidend zur breiten Rezeption der Risikofaktorenmedizin bei. Die öffentliche Debatte nahm wesentliche Erkenntnisse der medizinischen Forschung auf, besaß aber ihre eigene, populärkulturelle Dynamik. Die britischen Medien etwa debattierten in den 1960er Jahren heftig über die von führenden Epidemiologen postulierten Risiken des Zigarettenrauchens für den Lungenkrebs.⁸⁶ Ähnliche Präventionsdebatten finden sich zeitgleich in deutschen und französischen Medien, wobei hier eher Ernährungs- oder Lebensstilrisiken und deren Rolle bei der Entstehung von Herz-Kreislaufkrankheiten im Mittelpunkt standen.⁸⁷ Die deutschen Medien diskutierten in den 1950er und 1960er Jahren etwa die „Manager-Krankheiten“, ein Synonym für Herz-Kreislaufkrankheiten, die ätiologisch auf den Arbeits- und Lebensstil eines aus den USA importierten Berufsmodells – dem des Managers – zurückgeführt wurde.⁸⁸ Sowohl in der Debatte über die Manager-Krankheiten als auch in der eng verwandten Diskussion über die Gefahren des „Stress“ manifestiert sich eine kulturell geprägte Risikowahrnehmung, hinter der sich die bundesrepublikanische Skepsis gegenüber der beschleunigten Amerikanisierung der Nachkriegsära verbirgt.⁸⁹

Die Eigenheiten der südeuropäischen Präventionsgeschichte lassen sich wiederum am Fallbeispiel Zyperns aufzeigen. Das Ende der britischen Herrschaft

85 Vgl. Jeannette Madarasz, *Delayed Emergence. Why Chronic Cardiovascular Diseases Gained Public Attention in Germany only after the Second World War*, in: Martin Döring (Hg.), *Emerging Diseases*, Bielefeld 2009 (im Druck).

86 Virginia Berridge u. Penny Starns, *The ‚Invisible Industrialist‘ and Public Health. The Rise and Fall of ‚Safer Smoking‘ in the 1970 s*, in: Virginia Berridge u. Kelly Loughlin (Hg.), *Medicine, the Market and the Mass Media*, London 2005, S. 172–191, hier S. 173–177.

87 Für Frankreich: Luc Berlivet, *Exigence scientifique et isolement institutionnel. L'essor contrarié de l'épidémiologie française dans la seconde moitié du XXe siècle*, in: Gérard Jorland u. a. (Hg.), *Body Counts. Medical Quantification in Historical and Sociological Perspectives*, Montreal 2005, S. 335–58.

88 Vgl. etwa die Beiträge in *Der Spiegel* zur Managerkrankheit: Ein kleiner Herzknaack, 15.11.1950; Herztod. Das schädliche Fett, 23.5.1956; Rhythmische Zuckungen auf eisiger Höhe 10.3.1965; vgl. dazu auch Madarasz, *Delayed Emergence*.

89 Vgl. Konrad Jarausch, *Missverständnis Amerika: Antiamerikanismus als Projektion*, in: Jan Behrends u. a. (Hg.), *Antiamerikanismus im 20. Jahrhundert. Studien zu Ost- und Westeuropa*, Bonn 2005, S. 34–49, hier S. 40 f.

und die Unabhängigkeit 1960 stellten den neuen Staat vor gravierende politische, soziale und ökonomische Probleme. Für das Gesundheitssystem kam noch der Verlust von Expertise durch den Rückzug der britischen Ärzte und Verwaltungsfachleute hinzu. Eine wirklich dramatische Krise des Gesundheitssystems wurde paradoxerweise gerade durch die durchgreifende Verbesserung der Behandlungsmethoden für Thalassämie ausgelöst, wodurch in den 1950er Jahren – zuerst in Großbritannien, wenig später auch in Zypern und anderen Mittelmeer-Ländern – die durchschnittliche Lebenserwartung der Patienten schrittweise von drei Jahren bis auf zwanzig und schließlich auf dreißig Jahre erhöht werden konnte.⁹⁰ Doch für das Gesundheitssystem des jungen Inselstaates waren die für diese optimierte Behandlung erforderlichen Ressourcen – regelmäßige Transfusion von bis zu drei Litern Blut pro Patient und Monat, die Verabreichung teurer Medikamente, die Einrichtung spezieller Abteilungen in den Krankenhäusern – bald kaum mehr finanzierbar. Der Mangel an Blutspendern zwang viele Angehörige von Patientinnen und Patienten, Verwandte und Bekannte durch Druck zum Spenden zu bewegen oder Blutkonserven auf dem freien Markt zu kaufen.⁹¹ Anfang der 1970er Jahre rechnete ein Report der Weltgesundheitsorganisation hoch, dass in den folgenden Jahren der Bedarf Zyperns an Bluttransfusionen um 300–400 Prozent und der Finanzbedarf für Medikamente um 600–700 Prozent steigen werde.⁹² Pointiert formuliert: Der Erfolg der verbesserten Behandlung von Thalassämie-Patienten bedrohte die Existenz des zypriotischen Gesundheitssystems insgesamt.

In den frühen 1970er Jahren diskutierten daher Gesundheitsexperten in Zypern – ebenso wie in mehreren anderen Ländern des Mittelmeer-Raumes – darüber, welche Auswege aus diesem Dilemma führen könnten. Experten der WHO empfahlen schließlich, ein bevölkerungsweites Aufklärungs- und Screening-Programm einzurichten, um die Zahl der mit Thalassämie geborenen Kinder deutlich zu reduzieren, nicht zuletzt um dadurch Ressourcen für die Behandlung der älteren Patienten freizusetzen. Obwohl das Programm bei seiner Implementierung zu Beginn der 1970er Jahre durch die bürgerkriegsartigen Konflikte auf der Insel sowie durch die 1974 von der türkischen Invasion und Teilung Zyperns ausgelöste Massenflucht und -vertreibung eines großen Bevölkerungsteils ins Stocken geriet, konnte bereits in der zweiten Hälfte der 1970er Jahre in Zypern eine dramatische Reduktion der Zahl von Neugeborenen mit Thalassämie erreicht werden.

90 Bernadette Modell u. a., Survival in β -Thalassaemia Major in the UK. Data from the UK Thalassaemia Register, in: *The Lancet* 355. 2000, S. 2051–2052; Michalis Angastiniotis u. a., The Cyprus Thalassaemia Control Program. March of Dimes, Birth Defects Original Articles Series 23. 1988, S. 417–432.

91 Patricia Ann Book, Death at an Early Age. Thalassaemia in Cyprus, in: *Medical Anthropology: Cross-Cultural Studies in Health and Illness* 2–3. 1980, S. 1–39.

92 Vgl. Angastiniotis u. a., *Thalassaemia*, S. 291–297.

Der Grund für diesen bemerkenswerten Erfolg ist sowohl in einer einzigartigen Koalition von Akteuren, als auch in einer an dominante (alltags-)kulturelle Orientierungen angepassten Implementierung zu sehen. Patienten-Organisationen, Hämatologen, Gesundheitspolitiker, der Klerus der zypriotisch-orthodoxen Kirche und internationale Experten setzten sich zusammen für die Testung aller Jugendlichen noch vor der Heirat ein, um festzustellen, ob sie Träger der Thalassämie-Mutation seien. Durch die Information der Betroffenen – so erhofften sich die Initiatoren – sollte verhindert werden, dass zwei Träger heirateten und zusammen Kinder zeugten. Konkret sieht das Verfahren – das seit Beginn reibungslos funktioniert und von nahezu hundert Prozent der Bevölkerung unterstützt wird – vor, dass alle Jugendlichen bereits im Schulalter getestet und über ihren Trägerstatus informiert werden. Wollen zwei Jugendliche heiraten, so fordert der Priester einen Nachweis, dass der Test und die folgende Information stattgefunden haben. Das Ergebnis des Testes muss ihm jedoch nicht vorgelegt werden, so dass eine Heirat von zwei Trägern nicht zwingend ausgeschlossen ist. Die Initiatoren des Verfahrens gingen jedoch davon aus, dass junge Leute und deren Eltern vor dem Entschluss zu heiraten prüfen würden, ob die Heiratswilligen Träger waren, und gegebenenfalls auf eine Heirat verzichteten.⁹³

Bestand bei denjenigen, die in den 1970er Jahren das Thalassämie-Screening in Zypern implementierten, Einigkeit in den Mitteln, so waren die strategischen Interessen der Beteiligten doch höchst unterschiedlich. Die Patienten-Organisationen wollten die Geburt immer neuer, schwer kranker Patienten verhindern, um die vorhandenen Behandlungskapazitäten auf die schon Geborenen zu konzentrieren; die leitenden Hämatologen wussten, dass die teilweise dramatische Verlängerung der Lebenszeit von Patienten, die durch verbesserte Behandlungsregime möglich wurde, die absolute Zahl der lebenden Patienten immer weiter erhöhen und damit die Kapazitäten in den Krankenhäusern völlig überfordern würde. Die Gesundheitspolitiker sahen vor allem, dass die knappen Ressourcen des öffentlichen Gesundheitssystems für die teuren Medikamente ebenso wenig ausreichten, wie die großen Mengen des für die Therapie benötigten Blutes bereit gestellt werden konnten. Die Kirchenvertreter wollten vor allem verhindern, dass betroffene Familien immer wieder Abtreibungen durchführten, um die Geburt kranker Kinder nach entsprechenden Pränataldiagnosen zu verhindern. Und die WHO be-

93 Die Diskussionen zwischen den Initiatoren des zypriotischen Thalassämie-Programms und ihre Sicht auf die langfristigen Effekte in medizinischer, sozialer und kultureller Hinsicht wurden auf der Basis ethnographischer Interviews mit den Hauptakteuren zwischen 2001 und 2003 als Teil eines laufenden Forschungsvorhabens von Stefan Beck erhoben. In den folgenden Passagen wurden diese Interviewergebnisse als Hintergrund für die vorgeschlagenen Interpretationen verwendet.

fürchtete schlicht den Zusammenbruch des lokalen Gesundheitssystems.⁹⁴ Das Programm kann damit als Ergebnis eines „heterogeneous engineering“ (John Law) bezeichnet werden: Eine Vielzahl von Akteuren mit unterschiedlichen Interessen mobilisierte ihre je eigenen Ressourcen, Erfahrungen, sozialen Netzwerke sowie Wissensbestände und arbeitete in einer losen Koppelung auf Zeit zusammen.⁹⁵ Im Ergebnis wurde das zypriotische Thalassämie-Screening zu einer sozial sehr robusten Form der Prävention für alle Zypriotinnen und Zyprioten. Der Thalassämie-Test ist ein normaler Teil der Heiratsvorbereitungen geworden, ein „obligatorischer Passage-Punkt“ zwischen unbeschwerter Jugend und verantwortungsvoller Familienrolle.⁹⁶

Am zypriotischen Thalassämieprogramm lässt sich jedoch auch die Problematik der Übertragbarkeit von Wissen und Institutionalisierungsformen im Präventionsbereich gut verdeutlichen. So gelang in Zypern nicht nur die Reduktion der Zahl der mit Thalassämie geborenen Kinder seit den 1970er Jahren auf fast Null,⁹⁷ sondern auch bei in Großbritannien lebenden zypriotischen Immigranten der ersten und zweiten Generation wurde ein vergleichbarer Effekt erreicht: Ein 1977 in London eingerichtetes Thalassämie-Programm wurde von 98 Prozent aller zypriotischen Paare aus eigener Initiative nachgefragt.⁹⁸ Im Gegensatz dazu konnten Migranten aus Pakistan und Südostasien, an die sich das Programm schwerpunktmäßig wenden sollte, nur sehr eingeschränkt erreicht werden. Die Gründe hierfür besitzen für genetische Präventionsprogramme exemplarischen Charakter. So entschieden sich die leitenden Hämatologen „because of uncertainties about how to approach ethnic minorities with the offer of genetic screening“ das Angebot offiziell an

94 Vgl. Stefan Beck, Die liebevolle Behandlung postkolonialer Subjekte. Medizin(er) und epidemiologische Intervention in Zypern, in: Bernd Jürgen Warneken (Hg.), *Volksfreunde. Historische Varianten sozialen Engagements*, Tübingen 2007, S. 319–338.

95 John Law, Technology and Heterogeneous Engineering. The Case of Portuguese Expansion, in: Wiebe E. Bijker u. a. (Hg.), *The Social Construction of Technological Systems. New Directions in the Sociology and History of Technology*, Cambridge 1987, S. 111–134.

96 Zum Begriff des „obligatory passage points“ vgl. Michel Callon, Elements of a Sociology of Translation. Domestication of the Scallops and the Fishermen of St Brieuc Bay, in: John Law (Hg.), *Power, Action and Belief. A New Sociology of Knowledge?* London 1986, S. 196–233.

97 Michalis Angastiniotis u. a., Prevention and Control of Hemoglobinopathies, in: *Bulletin of the World Health Organization* 73. 1995, S. 375–386.

98 Bernadette Modell u. a., Informed Choice in Genetic Screening for Thalassaemia during Pregnancy. Audit from a National Confidential Inquiry, in: *British Medical Journal* 320. 2000, S. 337–341.

„pregnant women of ‚not North European origin“ zu richten.⁹⁹ Die fehlende Definition einer klaren Zielgruppe, die Diskriminierungen und möglichen Rassismus-Vorwürfen vorbeugen sollte, beeinträchtigte sowohl das Aufklärungspotenzial wie auch die Erfolgsaussichten. Vor allem aber wurde die fehlende Kapazität für eine kultursensible Beratung der Betroffenen seitens des britischen Gesundheitspersonals für das relative Scheitern verantwortlich gemacht.¹⁰⁰

Dabei sind es gerade die Erfolgsfaktoren des Screening-Programms in Zypern – sein obligatorischer Charakter, die Nutzung „traditionaler“ sozialer Formen wie der Heiratsarrangements, seine nicht auf therapeutische, sondern auf epidemiologische Intervention ausgerichtete Logik, die oftmals direktive Beratung im Alltag gynäkologischer Praxen und schließlich die letztlich (neo-)eugenischen Effekte – die eine scharfe Kritik vieler westeuropäischer und US-amerikanischer Bioethiker und Humangenetiker provozierte.¹⁰¹ Doch diese Kritik lässt völlig außer Acht, dass es für die meisten Zyprioten völlig unverantwortlich erscheint, mit dem künftigen Ehepartner nicht über die Frage des Trägerstatus vor der Eheschließung zu sprechen. Keiner der im Rahmen eines aktuellen sozialanthropologischen Forschungsprojekts interviewten Zypriotinnen und Zyprioten äußerte auch nur den geringsten Zweifel an dem Programm; alle empfanden die damit durchgesetzte genetische Transparenz als selbstverständliche ethische Verpflichtung gegenüber der zukünftigen Familie.

Das Thalassämie-Programm hat damit nicht nur ein genetisch verantwortungsvolles Subjekt geschaffen, sondern es verstärkt eine Selbstwahrnehmung, die das Subjekt in einen familialen sowie einen weiteren kollektiven Kontext einordnet.¹⁰² Es ist dabei der Kontext einer genetischen Erkrankung, der das biopolitische Präventionsregime in charakteristischer Weise prägt: Anders als beim Fokus auf Individualprävention, die etwa für den Bereich der Herzkreislauferkrankungen Anwendung findet, richtet sich das Thalassämie-Programm auf ein sozial kontextiertes „präventives Selbst“, das Verantwortung für Andere übernimmt.

99 Bernadette Modell, *Prevention of the Haemoglobinopathies*, in: *British Medical Bulletin* 39. 1983, S. 386–391, hier S. 388.

100 Für die Zitate vgl. ebd., S. 386–391 u. S. 388.

101 Rogeer Hoedemaekers u. Henk ten Have, *Geneticization. The Cyprus Paradigm*, in: *Journal of Medicine and Philosophy* 23. 1998, S. 274–287; Lila Guterman, *Choosing Eugenics. How far will Nations go to Eliminate Genetic Disease?*, in: *Chronicle of Higher Education* 49. 2003, S. A22.

102 Zum Begriff des genetisch verantwortungsvollen Subjekts Stefan Beck, *Putting Genetics to Use*, in: *Cyprus Review* 17. 2005, S. 59–78; vgl. hierzu aus sozialanthropologischer Perspektive Carlos Novas u. Nikolas Rose, *Genetic Risk and the Birth of the Somatic Individual*, in: *Economy and Society* 29. 2000, S. 485–513.

Diese spezifische Konstellation von individuellen, familialen und kollektiven Motiven und Orientierungen bei den unterschiedlichen Akteuren ist charakteristisch für Präventionsprogramme, die sich auf genetische Dispositionen richten. Dabei wird in euro-amerikanischen Debatten und im Gegensatz zu dem oben diskutierten zypriotischen Programm – nicht zuletzt in Reaktion auf die Kritik an (neo-)eugenischen Tendenzen – der „individuellen Wahl“ gegenüber einem möglichen Vorteil auf gesellschaftlicher Ebene eindeutig die Priorität eingeräumt. Dieser präventionslogische Individualisierungsschub scheint sich in jüngster Zeit auf europäischer Ebene, insbesondere in der Gesundheitspolitik sowie in den bioethischen Regulationen der Europäischen Union (EU), zu manifestieren – ein Phänomen, auf das im Rahmen dieses Beitrags nur skizzenhaft verwiesen werden kann. Auf dem Gebiet der Gesundheitspolitik, bis heute eine klassische Domäne der Nationalstaaten, versucht die EU ihren Einfluss primär über die Stärkung der Klientinnen und Klienten der europäischen Gesundheitssysteme auszubauen. Ziel ist insbesondere, die Rechte und Pflichten von Patientinnen und Patienten in einem europäischen Kodifizierungs- und Harmonisierungsprozess einander anzugleichen – eine Strategie, die auch die Präventionsverantwortung des Individuums betont.¹⁰³ Letztlich zielt die EU darauf, durch die Angleichung der Nachfrage nach Gesundheitsdienstleistungen ein europaweit vergleichbares Leistungsniveau trotz institutioneller Differenzen zwischen den nationalen Gesundheitssystemen herzustellen.¹⁰⁴ Zum gegenwärtigen Zeitpunkt lässt sich über den Erfolg und die langfristigen Folgen dieser Strategie noch wenig sagen. Es bleibt insbesondere offen, ob die Integration der Patientenrechte eher zu einer Stärkung oder Schwächung des sozialen Schutzes in den europäischen Sozialversicherungssystemen führt.¹⁰⁵

IV. Schluss: Auf dem Weg zum europäischen präventiven Selbst?

Welche Schlussfolgerungen für die Kombination von Wissens- und Gesellschaftsgeschichte lassen sich aus den Ausführungen ziehen? Drei Punkte scheinen uns relevant. Erstens zeigt die langfristige Entwicklung der euro-

103 Beispielhaft für diese Strategie das Referat des Europäischen Ombudsmanns zum Thema „Preventive Medicine in the 21st Century“: Nikiforos Diamandouros, Patients' Rights in Europe today, siehe: www.ombudsman.europa.eu/speeches/en/2005-06-03.htm (2.7.2007).

104 Vgl. allgemein zu diesem Integrationsprozess: Baldwin, European Welfare.

105 Vgl. kritisch zur Gesundheitspolitik der Europäischen Union: Thomas Gerlinger u. Hans-Jürgen Urban, Auf neuen Wegen zu neuen Zielen? Die Offene Methode der Koordinierung und die Zukunft der Gesundheitspolitik in Europa, in: Kaelble u. Schmid, Sozialmodell, S. 263–288.

päischen Präventionsregime eine Konvergenz hinsichtlich einer Stärkung individueller Präventionspraktiken. Während die Zeit vor dem Ersten Weltkrieg noch von einem etatistisch-interventionistischen Präventionsmodell geprägt war, verstärkten sich in der Zwischenkriegszeit das Gewicht zivilgesellschaftlicher Akteure und allgemein die öffentliche Wahrnehmung der Gesundheitsprävention. Nach dem Zweiten Weltkrieg rückte die Verantwortlichkeit des präventiv handelnden Individuums – oft unter Verweis auf liberale Orientierungen – stärker ins Zentrum. Diese zeitliche Gliederung bedeutet nicht, dass historisch „ältere“ Präventionsregime wie etwa die öffentliche Hygiene ihre Funktion verloren hätten; sie wirkten auch in späteren Phasen fort – oft bemerkenswert effektiv, jedoch vom öffentlichen Diskurs weitgehend unbeachtet. Für Länder in der „Peripherie“ trifft die Periodisierung jedoch nur eingeschränkt zu. Am Beispiel der Kolonialgesellschaft Zyperns konnte gezeigt werden, dass etatistische, zivilgesellschaftliche und individualistische Konzepte der Prävention im historischen Verlauf in hybrider Form oder zeitgleich nebeneinander auftraten. Gleichwohl lässt sich, zumindest für das westliche Europa, von einer stufenweisen Ausprägung eines liberal-individualistischen europäischen Präventionsregimes sprechen. In den letzten Jahren wurde diese konvergente Entwicklung zusätzlich befördert durch die Europäische Union und ihren gesundheitspolitischen Harmonisierungskurs.

Die gesundheitspolitische Konvergenz betrifft dabei weniger die Formen als die Funktionen der Präventionsregime. Die institutionellen Arrangements und formalen Mittel der Prävention sind in Europa nach wie vor stark national- oder regionalspezifisch geprägt. Konvergent verlief dagegen die normative Logik von Präventionsrhetoriken und -praktiken, die sich im 20. Jahrhundert – pointiert formuliert – von einer Staatsraison hin zu einer Individualraison verschob.¹⁰⁶ Diese Transformation verdankt sich nicht zuletzt einer Verlagerung der Präventionsanstrengungen auf jene Bereiche, die sich dem direkten Zugriff und der Kontrolle eines liberalen Staatswesens entziehen. So erfordert die Prävention der stark zunehmenden chronischen Krankheiten (Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Diabetes oder Adipositas), deren Behandlung die Gesundheitssysteme immer stärker belastet, die systematische Umstellung individueller Lebensstile. Die gesundheitspolitische Herausforderung bestand damit zunehmend in der Entwicklung von Präventionsstrategien, die auf den „conduct of human conduct“ zielten.¹⁰⁷ Hierfür waren neue, vielschichtige Assemblagen der Prävention zu entwickeln, die institutionelle, epistemische und regulatorische Ebenen miteinander verknüpften. Insbesondere auf der epistemischen Ebene hat sich die Risikowahrnehmung durch transnationale Transfers konvergent entwickelt und zu einer Angleichung der nationalstaat-

106 Analog stellt Baldwin für die europäische Sozialstaatsentwicklung eine institutionelle Divergenz bei qualitativer Konvergenz fest: Baldwin, *European Welfare*.

107 Novas u. Rose, *Genetic Risk*, S. 492.

lichen Präventionsregime beigetragen. Adolph Wagners „Präventivprinzip“ hat mit anderen Worten heute nicht mehr den „Rechts- und Culturstaat“ als Adressaten, sondern das moderne Subjekt. Die zeitgeschichtliche Analyse muss deshalb auf die Technologien des präventiven Selbst zielen, auf sozialstaatlich und zivilgesellschaftlich orchestrierte Formen der Subjektivierung, der Moralität und der alltäglichen Wissenspraktiken, mit denen Einzelne sich selbst und ihre Familien als Objekte wie Subjekte eines Risikodiskurses zu beschreiben und entsprechend zu handeln lernen.

Zweitens zeigen die vielschichtigen Transformationen der Präventionspolitik, dass sich die Zeitstruktur von Wissenspraktiken nicht mit der gängigen Dichotomie von Strukturprozessen und Ereignissen fassen lässt. Die Hybridität, die gerade die Praktiken der Gesundheitsprävention auszeichnet, bringt es mit sich, dass sich deren Zeitlichkeit nicht einfach differenzierungstheoretisch aufteilen lässt in präzisierbare wirtschaftshistorische Zyklen, sozialhistorische Prozesse oder politikhistorische Ereignisse, wie dies in einem gesellschaftsgeschichtlichen Modell üblich ist.¹⁰⁸ Das Problem verlangt vielmehr eine vertiefte theoretische Auseinandersetzung zwischen Wissensgeschichte, Wissenschaftsforschung und Gesellschaftsgeschichte.

Drittens steht der Hinweis auf diese „neuen“ Felder der Prävention auch dafür, dass Wissenspraktiken nicht ohne Einbezug der materiellen Dimension analysiert werden können, gerade wenn sie in einer praxis- und mikrotheoretischen Perspektive untersucht werden. Einerseits erfordern epidemische, chronische oder genetische Krankheiten unterschiedliche Präventionsregime. Zur Vorbeugung vor epidemischen Krankheiten standen beispielsweise organisierte interventionistische Strategien im Vordergrund, bei chronischen Krankheiten ging es dagegen stärker um die Regulierung von Lebensweisen, bei genetischen um heirats- und familienpolitische Eingriffe. Andererseits griffen präventive Interventionen oft massiv in die (oft nicht vollständig verstandenen) Wechselwirkungen zwischen Gesellschaft und natürlicher Umwelt ein – etwa in den *modus vivendi* zwischen Populationen und „ihren Parasiten“. Als unintendierte Nebenfolge dieser Eingriffe konnten bisweilen neue Pathologien und neue Gesundheitsökologien entstehen. In theoretischer Hinsicht verlangen solche materiell geprägten Dynamiken gesellschaftlicher Selbsteinwirkung, die den Menschen als biologisches Wesen betreffen, nach neuen analytischen Kategorien. Im Unterschied zu den *Annales* beispielsweise, bei der die materielle Dimension in Form klimatischer oder geografischer Faktoren ein weitgehend als statisch verstandener Teil der *longue durée* blieb, brauchen wir im Zeitalter biotechnologischer Interventionen auch ein methodisch-theoretisches Instrumentarium, um bio-soziale Wechselwirkungen mit kürzerer oder mittelfristiger Dauer zu verstehen. Die neuere Wissen-

108 Vgl. etwa: Paul Nolte u. a. (Hg.), *Perspektiven der Gesellschaftsgeschichte*, München 2000.

schafts- und Technikforschung hält zur Analyse moderner „Biosozialitäten“ (Paul Rabinow) eine Reihe begrifflicher und theoretischer Angebote bereit, die in den Geschichtswissenschaften bislang noch kaum rezipiert wurden und zugleich einer grundlegenden Historisierung bedürften.¹⁰⁹

PD Dr. Martin Lengwiler, Universität Basel, Historisches Seminar,
Hirschgässlein 21, CH-4051 Basel
E-Mail: martin.lengwiler@unibas.ch

Prof. Dr. Stefan Beck, Humboldt-Universität zu Berlin, Institut für Europäische
Ethnologie, Mohrenstraße 41, 10117 Berlin
E-Mail: stefan.beck@rz.hu-berlin.de

109 Rabinow, *Anthropologie der Vernunft*; vgl. zum methodischen Ansatz einer „Somatographie“: Stefan Beck u. Jörg Niewöhner, *Somatographic Investigations across Levels of Complexity*, in: *BioSocieties* 1. 2006, S. 219–227.