

Health in Europe in the Interwar Years – Perspectives, Realities and Experiences in East and West

Internationales Kolloquium vom 15. bis 18. Mai 2003 in Groß-Breesen bei Güstrow

Vom 15. bis 18. Mai 2003 fand in Groß-Breesen bei Güstrow ein internationales Kolloquium zum dem Thema *Health in Europe in the Interwar Years – Perspectives, Realities and Experiences in East and West* statt. Einladende waren Professor Wolf D. Gruner und Dr. Iris Borowy von der Universität Rostock. Gefördert wurde die Tagung von der Volkswagen-Stiftung. Die Veröffentlichung von Tagungsbeiträgen ist in Vorbereitung.

Das Kolloquium begann am frühen Abend des 15.5. mit der Begrüßung und Einführung durch die Veranstalter. Einleitend gingen Professor Wolf D. Gruner und Dr. Iris Borowy auf die zunehmende Bedeutung und Profilierung der Gesundheitsforschung innerhalb der Geschichtsschreibung ein. Dabei würdigte Professor Gruner insbesondere die herausragende Rolle, die englische Historiker auf diesem Gebiet geleistet hatten, und freute sich, dass mit Paul Weindling und Robert Lee zwei führende Vertreter dieser Schule anwesend waren. Daran anschließend ging er darauf ein, dass sich in Westeuropa mehrere wichtige Forschungszentren gebildet hätten, während in mittel- und osteuropäischen Staaten noch immer ein erheblicher Forschungsbedarf bestünde. Sowohl in der Gesamtheit der Problematik als auch in einzelnen Themen bestünden erhebliche Forschungsdesiderate. Dr. Iris Borowy führte vor diesem Hintergrund aus, dass die Idee zu dieser Tagung aus einem gegenwärtigen DFG-Forschungsprojekt zur Gesundheitsorganisation des Völkerbundes erwachsen sei, in dem sich die Abwesenheit eines kohärenten Bildes zur Gesundheit der Zwischenkriegszeit in Literatur und Forschung gezeigt habe. Daraus sei der Wunsch entstanden, Wissenschaftler dieses Gebietes zusammenzuführen und den Anstoß für eine Sammlung von Forschungsergebnissen und einen weiterführenden Dialog zu bieten. Dabei sei Wert auf die Einbeziehung interdisziplinärer Perspektiven gelegt worden, was dank der Teilnahme von Historikern, Medizinhistorikern, Medizinerinnen, Demographen und Volkswirten gelungen sei. Als Unterthema bot sich die Ost-West-Thematik an, da diese mit der weitreichenden Neuordnung Osteuropas nach dem Ersten Weltkrieg prägend für die Zwischenkriegszeit gewesen sei und die Entwicklungen nach dem Ende des Kalten Krieges teilweise an diese Ereignisse angeschlossen. Diese Veranstaltung sei ein Versuch, Brücken zu schlagen und an einigen Stellen Lücken zu füllen, aber auch neue Fragen zu erkennen.

Die erste Sitzung führte zwei einführende Vorträge zu heutigen und zeitgenössischen Versuchen zusammen, sich ein Bild über die Krankheits- und Sterblichkeitsentwicklung der Zeit zu machen. Als erstes trug Dr. Ulrich Koppitz, den Beitrag von Professor Jörg Vögele (Düsseldorf) zu *The Concept of Epidemiological Transition in Germany* vor, da Professor Vögele aufgrund eines Unfalles verhindert war. Darin untersuchte er die langfristigen Mortalitätsdaten Preußens in Hinblick auf ihr Verhältnis zu Abdel R. Omrans Konzept des epidemiologischen Übergangs. Die drei Phasen, d.h. das Zeitalter 1. der Seuchen und Hungersnöte, 2. der zurückgehenden Pandemien und 3. der degenerativen Krankheiten, ließen sich im Wesentlichen in Preußen vom 19. zum 20. Jahrhundert nachweisen. Dabei lag die Erhöhung der Lebenserwartung ganz überwiegend am Rückgang der Kindersterblichkeit, welche noch im 19. Jahrhundert aufgrund von Infektionskrankheiten, insbesondere Krankheiten des Verdauungstraktes, größere Auswirkungen auf die allgemeine Sterblichkeit gehabt habe als die Cholera. Im zwanzigsten Jahrhundert sank sie zum einen als Folge der sanitären Reformen, war zum anderen aber stets auch abhängig von dem Ausmaß, in dem Säuglinge gestillt wurden. Tatsächlich sei Stillen offenbar ein entscheidenderer Faktor für die Überlebenschancen von Kleinkindern gewesen als

das Einkommensniveau des Vaters. Dadurch, dass Stillen zudem die Fertilität senke, habe es in zweifacher Weise die kindlichen Überlebenschancen erhöht. Die größte Abnahme der allgemeinen Mortalität habe zwischen 1880 und 1920 stattgefunden.

Der nachfolgende Vortrag von Professor *Paul Weindling* (Oxford) über *The Politics of Interwar Total Health Surveys* untersuchte, wie Zeitgenossen das Phänomen Krankheit zu erfassen suchten. Vor dem bereits genannten Hintergrund, dass Infektionskrankheiten gegenüber Degenerationskrankheiten an Bedeutung verloren, erweckte die Erforschung von Krankheits- und Gesundheitsbedingungen international großes Interesse. Nachdem bereits 1920 der österreichische Hygieniker Rosenfeld in einem Bericht für die Gesundheitsorganisation des Völkerbundes darauf hingewiesen hatte, dass die Angaben über Tuberkuloseerkrankungen in den einzelnen Staaten ebenso national-kulturellen wie medizinischen Gegebenheiten gehorchten, widmeten sich in den folgenden Jahren eine ganze Reihe von Untersuchungen dem Problem der Erfassung und Messbarkeit von Gesundheit. Dabei boten die internationalen Organisationen ein Forum, in dem zentrale Fragen der Gesundheitsbedürfnisse diskutiert wurden. Amerikanische Einrichtungen wie die Milbank Foundation und individuelle Medizinstatistiker wie Edgar Sydenstricker und Frank Boudreau erstellten wegweisende Studien, die die Aussagekraft von Mortalitätsraten für den Gesundheitszustand einer Bevölkerung in Frage stellten und ein Umdenken in der Gesundheitspolitik anhand von Gesundheitskennziffern forderten, an deren Aufstellung sie arbeiteten. Dagegen brachte der belgische Mediziner René Sand physiologische Kriterien wie Größe, Gewicht u.ä. in die Diskussion ein. Diese internationalen Bemühungen um einen Gesundheitsindex kamen mit dem Ausbruch des Zweiten Weltkrieges zum Stillstand. In einem anderen Kontext bewegte sich dagegen die Forschung im nationalsozialistischen Deutschland, die, mit einem Schwerpunkt auf Krebs, holistische Gesundheitsbetrachtungen mit ideologisch gefärbtem Gedankengut der Naturverbundenheit, „Rassegesundheit“ und Industrie-feindlichkeit verbanden. Alle Studien, so fasste Weindling zusammen, spiegelten die nationalen und weltanschaulichen Hintergründe ihrer Entstehungsorte wider und seien somit ebenso als Perzeptionsindikator wie als Berichte über Gesundheitszustände zu interpretieren.

Die sich anschließende lebhafteste Diskussion befasste sich mit der Erkennbarkeit von Gesundheit innerhalb eines nationalen Kontextes. So wurde in Frage gestellt, inwieweit Preußen als repräsentativ für Deutschland gelten könne, zumal die Grenzen Änderungen unterworfen gewesen seien. Zudem wurde die Zuverlässigkeit der Angaben zum Stillverhalten der Mütter problematisiert, da die Perception des Stillens zeitlichen und kulturellen Unterschieden unterworfen sei. Auch die Instrumentalisierbarkeit und Instrumentalisierung von Gesundheitsdaten im Interesse politischer Weltanschauungen und die Möglichkeiten des Historikers, damit umzugehen, wurden thematisiert.

Am 16. Mai stellten sich ähnliche Fragen im Kontext quantitativer Analysen. Professor *Robert Lee* (Liverpool) machte mit einer desillusionierenden Darstellung über *Cause-of-death classification in inter-war Europe and the quality of mortality data* alle Hoffnungen auf Eindeutigkeit von Mortalitäts- und Morbiditätsdaten zunichte. So verhinderten eine ganze Reihe von Faktoren die Verlässlichkeit der Daten: die begrenzte Übernahme der standardisierten Todesursachenliste, die nur in einem Teil der Staaten vollständig übernommen wurde; die verbreitete Praxis, Todesfälle insbesondere von Neugeborenen und Kindern durch Laien, oft die nächsten Verwandten, zu melden; der Mangel an post-mortem Untersuchungen; Reibungsverluste durch dezentralisierte Verwaltungsstrukturen; unzureichende Finanzierung von Datensammlungen; die begrenzte Kooperation von Ärzten; unterschiedliche Anwendungstraditionen von Begriffen wie „Senilität“ und „Alter“ als Todesursache etc.

Anschließend wurden die Auswirkungen dieser Unschärfen diskutiert. Dabei zeigten sich gegensätzliche Tendenzen, vertreten durch Paul Weindling auf der einen Seite, der argumentierte, dass dadurch die Fragestellung Bereiche von Kultur und Politik berühre und interessanter werde, die Forschung also bereichere. Dem hielt Robert Lee entgegen, dass die Probleme die Sicht auf Fakten verstelle und somit die Forschung

hemmten. In der Frage, was denn die überlieferten Daten schließlich wert seien, wurde die Forderung nach einer Matrix erhoben, die eine Abschätzung ihrer Robustheit erlauben würde.

Dr. *Andrea Wagner* (München) hob in ihrem Beitrag über *Mortality and Morbidity in Germany between 1920 and 1938* hervor, dass die aggregierten Daten zu Deutschland, die eine eindrucksvolle Reduktion der Sterblichkeit und den größten Zuwachs der Lebenserwartung aller westlichen Staaten darstellten, über große regionale und zeitliche Unterschiede hinwegtäuschten und daher nur bedingt aussagekräftig seien. So begannen die frühen zwanziger Jahre mit Verschlechterungen der allgemeinen Daten, die jedoch in den folgenden Jahren kompensiert wurden. Zudem standen großen Verbesserungen in der Lebenserwartung in Hessen weniger positive Entwicklungen im Osten (Schlesien) und Süden (Bayern) gegenüber. In den dreißiger Jahren nahmen zwar die Sterberaten für Säuglinge und Kleinkinder ab, die für Kinder dagegen zu. Auch nahmen die Diphtherieerkrankungen im Gegensatz zu den USA in Deutschland zu. Schließlich gab es große Unterschiede zwischen urbanen und ländlichen Gebieten, wobei die allgemein positive nationale Entwicklung vor allem auf Erfahrungen in den Städten zurückging. Insgesamt müsse daher jede allgemeine Aussage über größere Gebiete kritisch hinterfragt werden.

Eine gegensätzliche Herangehensweise verfolgte Dr. *Iris Borowy*, die in ihrem Referat das Internationale Gesundheitsjahrbuch der Gesundheitsorganisation des Völkerbundes darauf untersuchte, welche Informationen sich über die Gesundheit der Bevölkerung europäischer Staaten gewinnen ließen. Diesem Jahrbuch, das 1924 bis 1940 erschien, kommt als erstem Versuch einer Gesamteinschätzung der Weltgesundheit eine besondere historische Bedeutung zu. Die gesammelten Daten sind lückenhaft und teilweise nicht standardisiert, so dass der Schwerpunkt der Analyse auf der Einordnung von Gesundheitsthemen in Größenordnungen und Perzeptionen lag. So konnten bereits angesprochene Tendenzen bestätigt werden, dass Krebs- und Herzkreislauferkrankungen als Todesursachen gegenüber Tuberkulose an Bedeutung zunahmen. Dessen ungeachtet wurde Tuberkulose in allen Staaten als Problem erkannt und behandelt, Krebs dagegen in einem weit geringeren Ausmaß und Herzerkrankungen gar nicht. Noch stärker gingen bei Selbstmord die reinen Daten und ihre Behandlung in den Texten auseinander. Obwohl Selbstmord in allen Staaten eine Todesursache von spürbarer Bedeutung war, in aggregierten Zahlen in etwa vergleichbar der Grippe, wurde nur letztere als Gesundheitsproblem thematisiert. Ähnliche, wenn auch regional unterschiedliche Diskrepanzen wurden für die Bereiche Alkoholismus und Geschlechtskrankheiten deutlich. Insgesamt zeigte sich, dass eine Einteilung in Ost- bzw. Westeuropa nicht sinnvoll war, sondern dass jeweils regionale Gegebenheiten großräumige Trennungen überwogen.

Fragen richteten sich auf die Aussagekraft stark aggregierter Daten bzw. aufgegliederter Daten. Konkret wurde angesprochen, inwieweit die Erhöhung der Geburtenraten in Deutschland auf nationalsozialistische Propaganda oder schlicht auf die Abnahme der Arbeitslosigkeit zurückginge, bzw. inwieweit eine Trennung möglich und sinnvoll sei. Auf die Frage von Wolfgang Eckart nach den Auswirkungen eines Verlustes von 8000 jüdischen Ärzten von einer Gesamtzahl von 36 000, vermutete *Andrea Wagner*, dass sich dies auf lokaler Ebene bemerkbar gemacht haben mochte, national jedoch durch das rasche Nachrücken nicht-jüdischer Ärzte kompensiert worden sei.

Die nachfolgende Sitzung schloss an die Thematik der Wahrnehmung und Nutzung von Krankheitskonzepten durch Gesellschaften an.

Zunächst analysierte Dr. *Sylvelyn Hähner-Rombach* in *The construction of the 'anti-social consumptive' in the Interwar Years* am Beispiel der Tuberkulose in Württemberg die sich wandelnde Perzeption von Krankheit. Vor dem Hintergrund der schlechten Rahmenbedingungen nach dem Ersten Weltkrieg, in denen Tuberkuloseerkrankungen zunahmen, während gleichzeitig die Behandlungsmöglichkeiten begrenzt blieben und Sanatorienplätze teilweise für Kriegsverletzte benötigt wurden, wandelte sich das Bild der Tuberkulosen in der Öffentlichkeit. So wurden Patienten zunehmend mit negativen Bezeichnungen wie „Egoisten“ in Verbindung

gebracht. In mehreren deutschen Ländern konnten Tuberkulosekranke zwangshospitalisiert werden, wenn sie wegen „großer Boshaftigkeit“ oder „rücksichtslosen Verhaltens“ als Infektionsgefahr für die Allgemeinheit galten. Ein großes Problem stellte die „Einsichtslosigkeit“ dar, welche viele Patienten angesichts mangelnder Therapieerfolge an den Tag legten, und die von Ärzten regelmäßig hart geahndet wurde. So wurde unterschieden zwischen „wertvollen“ und „wertlosen“ Patienten, wobei sich diese Differenz in lebensentscheidenden Unterschieden in der Betreuungsintensität niederschlagen konnte. Insgesamt lässt sich am Beispiel der Tuberkulose der Wandel vom Verständnis von Gesundheit als Zustand der Bevölkerung zum Zustand der Nation ablesen, wie sie sich unter nationalsozialistischer Herrschaft endgültig durchsetzte.

Eine ähnliche Problematik aus völlig anderer Perspektive behandelte der Vortrag von Dr. *Nadav Davidovitch* (Beer Sheva), *European Jewish immigrants, Zionist Ideology and the Medical Selection Dilemma*. Für die europäisch-jüdische Gemeinde im Palästina der Zwischenkriegszeit waren Konzepte von Krankheit und Gesundheit verwoben mit der Idee der Einwanderung. Dabei konkurrierte die zionistische Forderung, eine Heimstätte für alle Juden weltweit zu gründen, mit dem ebenfalls zionistischen Plan, nicht nur einen neuen jüdischen Staat, sondern auch einen neuen jüdischen Menschen zu schaffen. Dieser eugenisch beeinflusste Gedanke kam in den medizinischen Untersuchungen der Immigrationsbehörden zum Tragen. In dafür entwickelten Richtlinien, die auch Einwanderungsbüros in Europa zur Verfügung standen, wurde „Humanmaterial“ in Gesundheitsgruppen A – C eingeteilt. Im Vergleich zu „Westjuden“ wurden „Ostjuden“ kritischer betrachtet. Sie galten als „zu zivilisieren“ und repräsentierten den Hauptteil der Menschen, die in ihr Ursprungsland zurückgesandt wurden. So machten allein Polen etwa ein Drittel aller Zurückgewiesenen aus, meist aufgrund von Tuberkulose oder Geisteskrankheiten. Insgesamt war die Anzahl der Betroffenen jedoch klein und erfolgte nur bei Auffindung von Verwandten in der Heimat, so dass die medizinische Untersuchung eher den Charakter eines Eingliederungsrituals denn einer stringenten Prüfung erhielt. Ähnlich wie bei Tuberkulose in Württemberg richtete sich die medizinische Arbeit weniger an die Patienten als an die umgebende Gesellschaft.

Die zwei folgenden Vorträge in der Nachmittagssitzung untersuchten verschiedene Versicherungsorganisationen. Dr. *Martin Gorsky* (Wolverhampton) und Dr. *Bernard Harris* (Southampton) unterstrichen in *The measurement of morbidity in interwar Britain: evidence from the Hampshire Friendly Society* die Problematik, Mortalitätsdaten als kennzeichnend für den Gesundheitsstatus einer Bevölkerung anzunehmen. Mit der Analyse von den Daten einer kleinen Versicherung in Südmittelengland war daher eine Annäherung an das tatsächliche Krankheitsaufkommen und ihre Einordnung in den gesellschaftlichen Kontext intendiert. So konnte eine generelle Zunahme der Krankheitsmeldungen vom Beginn des Jahrhunderts bis in die dreißiger Jahre verzeichnet werden. Obgleich verschiedene Faktoren wie der Weltkrieg, die Weltwirtschaftskrise und auch die finanzielle Ausstattung und damit das Bearbeitungsverfahren der Versicherung die Zahlen beeinflussten, schien das Krankheitsmuster doch am stärksten mit dem Alter der Mitglieder zu korrelieren. Erste Ergebnisse unterstützen somit die These von James Riley, dass mit der Lebenserwartung auch die Morbidität steige. Allerdings seien weitere Studien zu anderen Regionen und Menschengruppen dringend notwendig.

Demgegenüber konzentrierte sich *Brigitte Widdershoven* (Tilburg/Amsterdam) in *Mutual health insurance in the Netherlands in the period 1920 – 1941* auf den Aufbau und die Arbeitsweise von holländischen Versicherungen am Beispiel einer jüdischen Institution in Amsterdam. Obgleich Krankenversicherungen in den Niederlanden bis 1945 freiwillig waren und keinerlei staatliche Unterstützung erhielten, waren bereits 1920 knapp ein Viertel, zu Kriegsbeginn über die Hälfte aller Niederländer krankenversichert. Dabei spielten sowohl der Wunsch nach sozialer Absicherung als auch Werbung der Versicherungsträger eine Rolle. Letztere verstanden es, durch Anpassung sowohl an individuelle (Arbeitslosigkeit, Todesfälle) als auch an gesellschaftliche Probleme (Wirtschaftskrisen) ihre zentrale Rolle in Sozialwesen des Staates nicht nur zu behalten sondern deutlich auszubauen.

Im Anschluss wurden verschiedene Fragen zur Rolle von Krankenversicherungen diskutiert. Inwieweit verfälschen krankheitsunabhängige Faktoren die Statistiken bzw. inwieweit sind die Informationen über bestimmende Faktoren zugänglich? Warum schließen Menschen überhaupt eine freiwillige Versicherung ab? Geht mit dieser Selbstausswahl von Personen bereits eine Verfälschung des statistischen Bildes einher?

Auch die nächste Sitzung mit den Schwerpunkten England/Wales bzw. Tschechoslowakei setzte sich mit Fragen der Interpretierbarkeit von Daten auseinander. Dr. *Humphrey Southall* (Portsmouth) berichtete in *The changing geography of death in England, Edward VII to George VI* von einem größeren Forschungsprojekt an der Universität Portsmouth. Unter Nutzung der dort liegenden *Great Britain Historical Database* können Zensusdaten und Vitalstatistiken von 1800 Distrikten ausgewertet werden. Dies erlaubt eine statistisch aufwändige und lokal sehr genaue Aufschlüsselung von Daten. So konnten durch eine akribische Korrelation von Daten Verbindungen zwischen Kindersterblichkeit und zentralen Faktoren wie Wohndichte, Arbeitslosigkeit, Berufen der Eltern (Landwirtschaft bzw. Bergbau für den Vater, Textilindustrie für die Mutter) sowie Berufstätigkeit der Mutter untersucht und nachgewiesen werden.

Demgegenüber unterstrich Dr. *Pamela Michael* (Bangor) in ihrem Vortrag *Health Variations in Inter-War Wales* die Bedeutung von statistisch nicht erfassbaren Einflussfaktoren. So spielte die Haltung von Familien, Lehrern oder der Gemeinde häufig eine entscheidende Rolle für die Gesundheit von Kindern. Unter Nutzung von Bildmaterial, zeitgenössischen Reise- und Arztberichten sowie Vitalstatistiken erstellte Dr. Michael ein lebendiges Bild der erlebten Gesundheitslage und ihres Einflusses auf das kollektive Identitätsgefühl der Waliser. Dabei machten hohe Arbeitslosigkeit, schlechte Wohnverhältnisse, schlechte Ernährung und Bekleidung sowohl in den dicht besiedelten Industriezentren wie auch in den dünn besiedelten landwirtschaftlichen Gebieten ein England vergleichbares Gesundheitsniveau unmöglich.

In der folgenden lebhaften Diskussion wurde insbesondere die Notwendigkeit hervorgehoben, ein breites Spektrum von Quellen zu nutzen, um wertvolle Statistiken sinnvoll interpretieren zu können. So könnten unveränderte Daten suggerieren, ein Faktor (beispielsweise Arbeitslosigkeit) habe keinen Einfluss, während er in Wirklichkeit eine ganze Anzahl gegenläufiger Wirkungen auslöse.

Ein ähnliche Diskussion folgte auf die Vorträge von Dr. *Petr Svobodny* und Dr. *Hana Masova* (beide Prag) zu *Health and Health Care in Czechoslovakia 1918 - 1938*, die sich mit der Entwicklung des Krankheitspektrums sowie der Entwicklung der öffentlichen Gesundheitspflege in der Tschechoslowakei beschäftigten. Die staatliche Neugründung 1918 zog eine Reihe von Schwierigkeiten nach sich: so waren die Verwaltung wie auch die Menschen auf die gravierenden wirtschaftlichen Probleme schlecht vorbereitet (die als Gründe für die hohe Selbstmordrate angesehen wurden), und insbesondere konnte die mangelnde Kohärenz des aus unterschiedlichen Teilen des Habsburger Reiches geformten Landes nie überwunden werden. Mit einer Reihe von zeitgenössischen Karten demonstrierte Dr. Masova eine teilweise frappierende Teilung des Landes in einen Westen mit niedriger Kindersterblichkeit, höherem Durchschnittsalter und hohen Todesraten durch Krebs und Herz-Kreislaufkrankungen sowie in einen Osten mit hoher Kindersterblichkeit, geringerem Durchschnittsalter und hoher Inzidenz von Infektionskrankheiten. Dieser Zweiteilung entsprach eine Fragmentierung des aus der habsburger Zeit übernommenen öffentlichen Gesundheitsdienstes, in der Schwerpunktsetzungen auf kurativer bzw. präventiver Medizin sowie widersprüchliche Versicherungssysteme miteinander konkurrierten.

Verschiedene Wortbeiträge thematisierten, inwieweit die extreme Ost-West-Zweiteilung als solches akzeptiert werden könne bzw. statistisch zu hinterfragen sei. So könne eine stärkere Einbeziehung der Altersstruktur sowie der Tradition der Todesursachenklassifizierung zu einer Relativierung der Ergebnisse führen. Ebenso sei zu fragen, inwieweit die aus der Zeit selbst stammenden Karten politisch instrumentalisiert oder bereits mit dem Ziel erstellt worden seien, um dem „fortschrittlichen Westen“ einem „rückschrittlichen Osten“ gegenüber zu stellen. Des Weiteren wurde diskutiert, inwieweit es sinnvoll sei, überlieferte Statistiken zu stan-

dardisieren, indem sie etwa um Unterschiede in der Altersstruktur bereinigt würden, obgleich die praktisch erfahrene Gesundheitslage der Menschen die divergierenden Altersstrukturen einschloss.

Die letzten drei Beiträge behandelten Fallbeispiele an den Schnittpunkten von Medizin, Gesundheit und Politik. Professor *Esteban Rodriguez-Ocaña* (Granada) behandelte in seinem Vortrag zu *The Fight against Malaria, a show-window for the Spanish Public Health Department in inter-war Europe* die sich wandelnde Perzeption und Behandlung von Malaria in Spanien. Obgleich die Krankheit bereits seit langem ein schwerwiegendes Gesundheitsproblem in Spanien darstellte, erhielt sie durch ihre Zunahme infolge des spanisch-amerikanischen Krieges von 1898 und der Erforschung ihrer Ätiologie zu Beginn des zwanzigsten Jahrhunderts in der Zwischenkriegszeit verstärkte Aufmerksamkeit. Als Problem insbesondere einiger landwirtschaftlich geprägter Regionen, traf es ein Land wie Spanien mit zwei Drittel ländlicher Bevölkerung schwer. So gingen dem Staat in den zwanziger Jahren durch Malaria jährlich fünf Millionen Arbeitstage verloren. Nach verschiedenen alarmierenden Studienreisen wurde 1920 ein Zentrales Komitee gegen Malaria gegründet, das konsequent gegen die Krankheit vorging. So wurden durch Massenuntersuchungen Malariakranke identifiziert und verschiedene soziale Hilfsleistungen von einer vollständigen Chinin-Behandlung abhängig gemacht.

In der Diskussion wurde bedauert, dass Malaria, eine Krankheit, die in der Zwischenkriegszeit für verschiedene europäische Staaten ein gravierendes Problem darstellte, zwar in west-, nicht jedoch in osteuropäischen Ländern erforscht werde. So stellten beispielsweise Rumänien und die UdSSR mit hohen Malariazahlen eklatante Forschungsdesiderate dar.

Professor *Wolfgang Eckart* (Heidelberg) stellte in seinem Vortrag, *Foreign Cultural Policy and Medicine between the Wars: Heinrich Zeiss and the Soviet Union, 1921 – 1930*, die Arbeit des deutsch-nationalen Mediziners Heinrich Zeiss vor. Geboren 1888, kam er erstmals nach dem Ersten Weltkrieg mit der deutschen Rotkreuzmission in die UdSSR und blieb dort bis 1932. In einer Mischung aus medizinischer und politisch-weltanschaulicher Mission kooperierte er mit sowjetischen Gesundheitsstellen, wurde ein volles Mitglied der Leningrader Akademie der Wissenschaften, organisierte einen bilateralen Mediziner austausch und führte Forschungsreisen ins Landesinnere durch. Obgleich er sich zweifellos als Freund Russlands fühlte, nutzte er seine Tätigkeit, um regelmäßig Berichte über seine Beobachtungen an die deutsche Botschaft und die Verbreitung deutscher Pharmaprodukte zu fördern. Dabei verfolgte er Ideen von Geomedizin, in der sich Gedankengut von holistischer Medizin, Tropenmedizin, Epidemiologie und Blut-und-Boden Ideologie mischten, die teilweise Eingang in den Generalplan Ost fanden. Nach dem Zweiten Weltkrieg wurde er von sowjetischen Behörden in Ostberlin inhaftiert und 1948 hingerichtet.

In der Diskussion wurde die Vermischung von medizinischem Wissen, Sendungsbewusstsein, Nationalismus aber auch internationaler Kooperation problematisiert und diskutiert, inwieweit dieses Konglomerat gerade für die Beziehungen zwischen Ost- und Westeuropa prägend war.

Schließlich zeichnete Dr. *Boleslav Lichterman* (Moskau) in *The birth of the neurosurgery clinic in the interwar period (in the USSR, UK and France)* anhand eines Spezialfalles nach, wie medizinisches Wissen sich in Europa von West nach Ost ausbreitete. Ausgehend von den USA, etablierte sich die Neurochirurgie in Großbritannien bereits gegen Ende des 19. Jahrhunderts. In Frankreich wurde die erste neurochirurgische Operation erst 24 Jahre später durchgeführt. Über einzelne Experten gelangte die Technik wenig später in die UdSSR. Dabei stellte sie an allen Orten die Mediziner vor die Probleme einer experimentellen Wissenschaft an der Grenze zwischen Chirurgie und Neurologie.

In der abschließenden Diskussion bestand Konsens darüber, dass die Interdisziplinarität des Treffens die unterschiedlichen Herangehensweisen, Fragestellungen und Arbeitsmethoden der Teilnehmer deutlich gemacht habe und für die Auseinandersetzung mit dem Thema außerordentlich fruchtbar gewesen sei. Insbesondere die Unterschiede zwischen stärker quantitativer und stärker qualitativer Forschung hätten die Auseinandersetzungen bereichert. Bedauert wurde, dass durch die kurzfristige Absage einiger Teilnehmer die Ost-West

Komponente der Tagung weniger ausgeprägt war als geplant, und es wurde die Frage aufgeworfen, wie bessere Kontakte zu osteuropäischen Kollegen hergestellt und ihre stärkere Einbindung trotz schwieriger Situationen im Heimatland erreicht werden könnten.

Dies wurde gerade angesichts des hohen Forschungsbedarfs zur Gesundheit der Zwischenkriegszeit in ihrem sozialen, wissenschaftlichen, politischen und psychologischen Kontext als äußerst wünschenswert angesehen. Auch die Idee einer Fortführung des internationalen und interdisziplinären Dialogs wurde von allen Teilnehmern begrüßt.

Daher wurde beschlossen, ein informelles, für alle Interessenten offenes Netzwerk mittels einer Mailing-Liste zu schaffen.

Dr. Iris Borowy (Universität Rostock)

Ansprechpartner sowohl für die Publikation als auch für das Netzwerk ist Dr. Iris Borowy,
iris.borowy@philfak.uni-rostock.de.

Copyright

Arbeitsgemeinschaft außeruniversitärer historischer Forschungseinrichtungen
in der Bundesrepublik Deutschland e.V., 2003.

Kein Teil dieser Publikation darf ohne ausdrückliche schriftliche Genehmigung der AHF in irgendeiner Form reproduziert oder unter Verwendung elektronischer Systeme verarbeitet, vervielfältigt oder verbreitet werden.

AHF, Aldringenstraße 11, 80639 München
Telefon: 089 - 13 47 29, Fax: 089 - 13 47 39
E-Mail: info@ahf-muenchen.de, Website: <http://www.ahf-muenchen.de>

Empfohlene Zitierweise / recommended citation style:

AHF-Information. 2003, Nr.051
URL: <http://www.ahf-muenchen.de/Tagungsberichte/Berichte/pdf/2003/051-03.pdf>