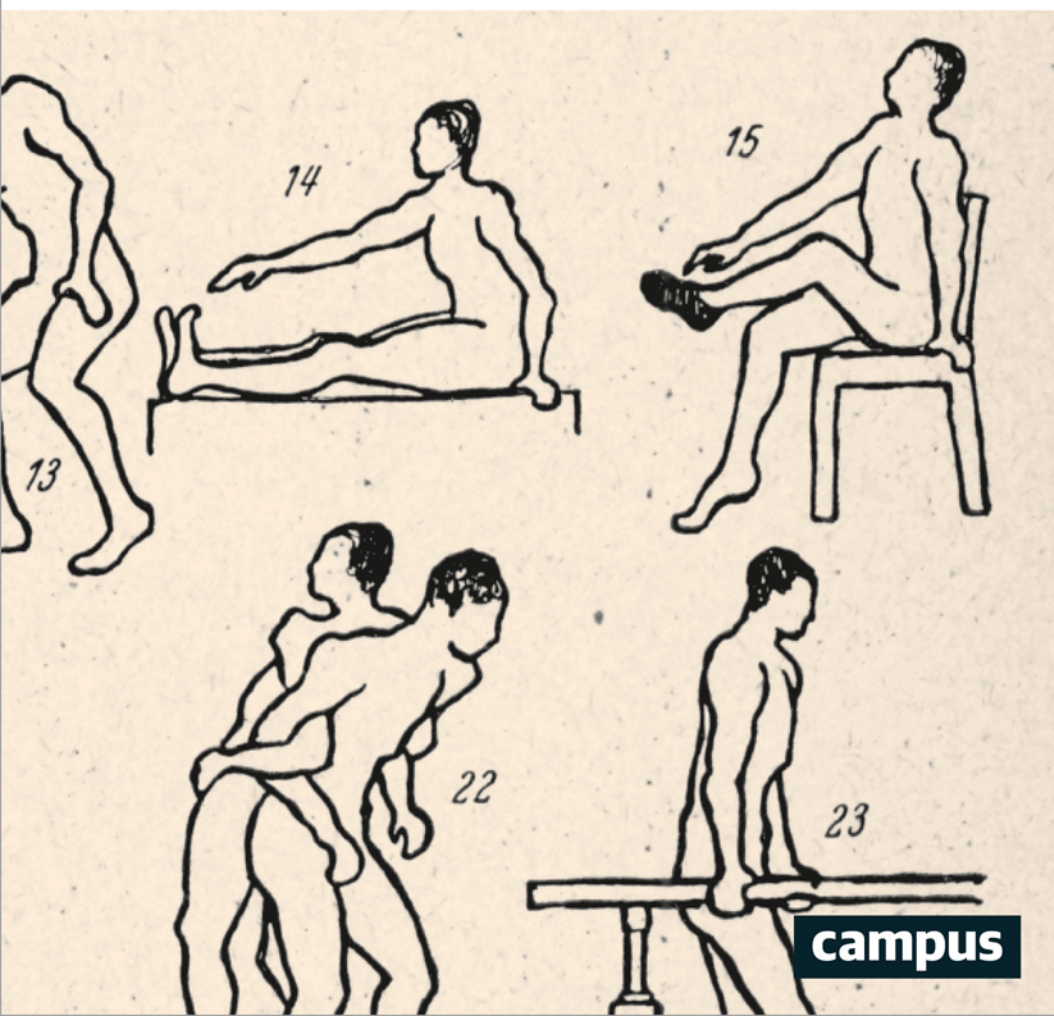




Wilfried Witte

UNERHÖRTE LEIDEN

*Die Geschichte der Schmerztherapie
in Deutschland im 20. Jahrhundert*



campus

Unerhörte Leiden

PD Dr. Wilfried Witte, M.A., ist Historiker und Arzt; er arbeitet als Oberarzt für Anästhesie und Intensivmedizin an der Charité in Berlin.

Wilfried Witte

Unerhörte Leiden

Die Geschichte der Schmerztherapie
in Deutschland im 20. Jahrhundert

Campus Verlag
Frankfurt/New York

Im Gedenken an Elisabeth Witte, geb. Tholen (1930–2014)

Bei dem vorliegenden Werk handelt es sich um die überarbeitete und erweiterte Fassung der Habilitationsschrift des Autors für das Fach Anästhesiologie, die von der Medizinischen Fakultät Charité – Universitätsmedizin Berlin im Jahr 2014 angenommen worden ist. Der ursprüngliche Titel lautete »Schmerz in Deutschland. Die Geschichte der Schmerztherapie in Deutschland im 20. Jahrhundert unter besonderer Berücksichtigung der Zeit von 1945 bis 1990«.

Die Drucklegung wurde unterstützt durch die Klinik für Anästhesiologie mit Schwerpunkt operative Intensivmedizin, Prof. Dr. Christoph Stein, Charité – Universitätsmedizin Berlin, Campus Benjamin Franklin, Freie Universität Berlin

ISBN 978-3-593-50660-9 Print

ISBN 978-3-593-43199-4 E-Book (PDF)

ISBN 978-3-593-43665-4 E-Book (EPUB)

Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Copyright © 2017 Campus Verlag GmbH, Frankfurt am Main

Umschlaggestaltung: Campus Verlag GmbH, Frankfurt am Main

Umschlagmotiv: »Verhalten und Haltung im Hexenschuß (akute Lumbago)«, Illustration aus dem Buch »Untersuchungen über den lumbalen und cervikalen Wirbelbandscheibenvorfall« von Fritz Reischauer © Georg-Thieme-Verlag, Stuttgart 1949

Satz: Campus Verlag GmbH, Frankfurt am Main

Druck und Bindung: Beltz Bad Langensalza

Printed in Germany

www.campus.de

Inhalt

1. Einführung	9
1.1 Schmerztherapie als Therapie aus den USA	12
1.2 Translation, Biomedizin und Übertragung in der Geschichte der Emotionen	15
1.3 Kybernetik und vegetatives Nervensystem	19
2. Heroismus, Pessimismus und Subjektivität	24
2.1 Schmerz und Spiel: das Beispiel des Handballs	26
2.2 Helden des Krieges: Ernst Jünger	35
2.3 Titanen des Schmerzes: Carl Fervers	36
2.4 Patienten mit Schmerzen: Ferdinand Sauerbruch	40
2.5 Katholischer Schmerzheroismus und Anästhesie	43
2.6 Kulturpessimismus des Schmerzes	47
2.7 Subjektivität des Schmerzes: Henry Beecher und George Engel	50
3. Vegetativum und Neuraltherapie bis etwa 1970	54
3.1 Kopfschmerzen	54
3.2 Impletol als Wunderwaffe	57
3.3 Leriche und der Sympathicusschmerz	63
3.4 Nonnenbruch, Dieter Gross und die Bayer-Werke	66
3.5 Speransky und von Roques	71
3.6 Theorie über das Nervensystem	73
3.7 Anästhesiologie und Anästhesietherapie	75
3.8 Akupunktur in der frühen Bundesrepublik	79

4.	Die neurochirurgische Schmerztherapie	84
4.1	Otfrid Foerster	85
4.2	Lobotomie als Operation und als Metapher	87
4.3	Stereotaxis und »Gate Control«-Theorie	92
5.	Bedeutungswandel des Schmerzes: Phantomschmerz in der Bundesrepublik	100
5.1	Kriegsversehrtheit	101
5.2	Das Bundesarbeitsministerium	106
5.3	VdK-Lobbyismus und die Empfehlungen des Unterausschusses	109
5.4	Der Forschungsauftrag	114
5.5	Phantomschmerz in den 1980er Jahren	119
6.	Die Asiatische Reise: der Akupunktur-Boom in den 1970er Jahren	122
6.1	Die Traditionelle Chinesische Medizin	125
6.2	China und der Westen	128
6.3	Endorphine und elektrisch verstärkte Akupunktur	130
6.4	Die Reise gen Osten	133
6.5	Mildred Scheel und die Akupunktur	136
6.6	Explosion an Meldungen	137
6.7	Johannes Bischko	140
6.8	Akupunktur und Anästhesiologie	142
6.9	Horst Ferdinand Herget	145
6.10	Akupunktur und Markt	148
6.11	Manfred Köhnlechner	151
6.12	Die Bewertung elektrisch verstärkter Akupunktur	153
6.13	Die Rezeption der Akupunktur	157
7.	Krebsschmerz in der Bundesrepublik	160
7.1	Tumorschmerz-Therapie in Großbritannien	160
7.2	Der Film über St. Christopher's	165

7.3	Onkologie in Heidelberg	172
7.4	Die »Deutsche Krebshilfe«	175
7.5	Therapie mit Opioiden.	178
7.6	Die WHO-Dreistufenleiter	180
8.	Therapie chronischer Schmerzen: die Schmerzlinik als Institution	183
8.1	Rudolf Frey	184
8.2	Institutionalisierung der Schmerzlinik	189
8.3	Die Schmerzlinik in Mainz	191
8.4	Öffentlichkeit für die Schmerzlinik	194
8.5	Das Deutsche Schmerzforschungszentrum	194
8.6	Frey und die rheinland-pfälzische Politik	197
8.7	Die Herausforderung des Terrorismus	201
8.8	Popularisierung des Konzepts	204
8.9	Das Schmerzzentrum Mainz	206
9.	Exkurs: Therapie chronischer Schmerzen in der DDR	212
9.1	Physiotherapie in der DDR	216
9.2	Bioklimatologie	220
9.3	Ivan Petrowiĉ Pavlov	221
9.4	Bandscheibenvorfall und manuelle Therapie.	224
9.5	Manuelle Therapie nach tschechischem Vorbild	225
9.6	Russische Reflextherapie.	229
9.7	Elektrotherapie.	235
9.8	Akupunktur in der DDR	238
9.9	Schmerz und Anästhesiologie in der DDR	248
9.10	Schmerztherapie an der Charité	255
9.11	Die Sektion Schmerztherapie	260
9.12	Krebsschmerztherapie, Rückenschmerzen und die Bilanz der DDR-Schmerztherapie.	261

10. Rückenschmerz, Psychologie und die Versorgung von Schmerzpatienten in den 1980er Jahren.	267
10.1 Rheumatismus	267
10.2 Der Bandscheibenvorfall	270
10.3 Failed back surgery syndrome.	274
10.4 Verhaltenstherapie	276
10.5 Functional restoration	279
10.6 Psychologische Schmerztherapie.	280
10.7 »Schmerz – Chronik einer Krankheit«	282
10.8 Versorgungsstrukturen in der Bundesrepublik	288
10.9 Schmerz als Forschungsthema	292
10.10 Die »Deutsche Schmerzhilfe«	293
10.11 Das SCHMERZtherapeutische Kolloquium	296
11. Zusammenfassung	305
Abkürzungen.	322
Abbildungsnachweis	325
Verzeichnis verwendeter Archivalien, Literatur, Medien und Interviews	327
Sachregister	395
Personenregister.	399

1. Einführung

Frauen mussten unter Schmerzen gebären, Kleinkindern wurde die Schmerzempfindung abgesprochen, Männlichkeit zeichnete sich durch Gleichmut gegen Schmerzen aus – das galt in weiten Teilen noch bis zum Ende des 20. Jahrhunderts. Solche Auffassungen sind aber nicht mehr *en vogue*, es hat sich etwas geändert. Deren Akzeptanz ist geschwunden, in Deutschland wie in anderen Ländern. Die Auffassungen über Schmerzen sind nicht immer deckungsgleich mit dem, was »Experten« über Schmerz sagen. Wie haben sich Experten in diesem Wandlungsprozess des Schmerzes angenommen und wie war dies in Einklang zu bringen mit den Erwartungen derjenigen, die unter den Schmerzen litten, den Patientinnen und Patienten? Verortet wird die Expertenschaft allgemein bei der Medizin oder den Natur- und Kulturwissenschaften, wobei das letzte Wort viele für sich reklamieren.

Das 20. Jahrhundert zeichnet sich unter anderem dadurch aus, dass die Deutungshoheit darüber, was Wissen ist und was dann zu wissen war, wenn nicht ideologische Bevormundung griff, zu einem großen Teil den Wissenschaften zugesprochen wurde [114]¹. Auf die eine oder andere Weise gerieten Debatten, die in den Wissenschaften geführt wurden, auch in breitere Kreise der Bevölkerung, ohne dass ursprüngliche theoretische Ansätze dann noch aufzuspüren sein mussten. So verhält es sich beispielsweise mit einer Studie der US-amerikanischen Literaturwissenschaftlerin Elaine Scarry [681], die in den Kulturwissenschaften seit 1985 weite Kreise zog, während sie durch die Radikalität ihres Ansatzes seither das Potential hat, außerhalb von fachwissenschaftlichen Erörterungen Verwirrung zu stiften. Ohne religiöse Auslegungen bemühen zu müssen, betrachtete Scarry Schmerz und das Zufügen

¹ Die Zitierweise ist in dieser Arbeit zweigeteilt. Zum einen werden Aufsätze, Monografien etc. per Kurzzitierweise angeführt (Zahlen in eckigen Klammern als Verweis auf das Literaturverzeichnis). Zum anderen werden Zeitschriftenaufsätze (von in Serie durchgesehenen Zeitschriften) oder Archivalien, die über ein Literaturverwaltungsprogramm nicht angemessen vermerkt werden können, als Fußnoten zitiert.

von Schmerzen in einem Zusammenhang. Im Extrem der Folter oder des Krieges würde die Welt des Opfers zerstört. Kulturelle Schöpfungen seien in der Lage, gerade das Gegenteil zu bewirken – indem der menschliche Körper nämlich befähigt würde, sich durch ihre Anwendung der zerstörerischen Kraft des Schmerzes zu widersetzen und ihn zu überwinden. Scarrys universell angelegter Erklärungsansatz wirft auch ein Schlaglicht darauf, dass das Streben nach dem ganz großen Wurf – was ist das Wesen des Schmerzes, lautet hier die Gretchenfrage – unendlich viel Platz lässt für Details, Interpretationen, subtile Differenzierungen, aber auch für präntiöses Auftreten, wie es sich in anderen Publikationen niedergeschlagen hat. Denn es gibt keine Begriffe in den Kulturwissenschaften, die noch universeller angelegt sein können als die Begriffe »Kultur« und »Schmerz«. Zum anderen ist Scarrys Monografie *The Body in Pain (Der Körper im Schmerz)* aus dem Jahr 1985 selbst schon ein (zeit-)historisches Dokument, indem es die politischen Bedingungen der Reagan-Ära in den USA widerspiegelt. Ab 1981 wurden Patienten, die unter chronischem Schmerz litten, im konservativen politischen Klima der USA argwöhnisch beäugt, da man »gelernte Hilflosigkeit« als gängigen verursachenden Faktor ansah und diejenigen, die darunter litten, wegen ihrer Schwäche anklagte [850]. Scarrys Studie kann als Stellungnahme gelesen werden, die Bestrebungen, lang andauernden, chronischen Schmerzen medizinisch zu Leibe zu rücken (»management of pain«), nicht zu unterbinden. Sie ist selbst politisch, was zugleich ein Schlaglicht darauf wirft, dass die Geschichte der Schmerztherapie immer auch Politikgeschichte ist.

Schmerzen sind eine Empfindung, Schmerz ist aber auch ein Gefühl. Die Beschäftigung mit Gefühlen ist zu Beginn des 21. Jahrhunderts in der Philosophie und in den Kognitionswissenschaften in den Vordergrund gerückt. Dabei herrscht kein Konsens bei der Beantwortung der Frage, ob und wie »Emotion« und »Gefühl« voneinander abzugrenzen sind. Der Neurowissenschaftler António Damásio beispielsweise hat in seinem Buch *Self comes to mind* eine Theorie entwickelt, in der er »Gefühl« zum Derivat von »Emotion« erklärt [137]. In einem großangelegten »Philosophy of Mind«-Projekt haben Bennett und Hacker 2003 sprachphilosophische Klarheit im Begriffsrepertoire der Neurowissenschaften angestrebt. Emotionen sind demnach als Unterklasse der Affektionen anzusehen, und Affektionen könnten allgemein in Emotionen, Erregungen und Stimmungen eingeteilt werden. Weiter heißt es: »Affektionen sind Gefühle, kategorial aber von solchen Gefühlen zu unterscheiden, die Empfindungen, taktile Wahrnehmungen oder Triebe sind« [56].

Geschichtswissenschaftler wiederum haben darauf hingewiesen, dass landessprachliche Unterschiede bei der Etablierung des Begriffs »Emotion« eine Rolle gespielt haben. Dieser ist – im Unterschied zum »Gefühl« – neueren Datums. Um 1900 sprach man beispielsweise im Deutschen von »Gefühlen«, »Empfindungen« oder »seelischen Regungen«, im Französischen von »sentiments«, während der Begriff »emotion« im Englischen in den 1880er Jahren von William James und Carl Lange eingeführt worden war [766]. Die Rede von Gefühlen, Affekten oder Stimmungen begann sich diskursiv auf den Begriff der Emotion zu konzentrieren [680]. Dies scheint auch Ausdruck des Bestrebens gewesen zu sein, den entsprechenden Gegenstandsbereich in der naturwissenschaftlichen Forschung besser bestimmen zu können.

Das »Labor« der naturwissenschaftlich ausgerichteten Forscher sollte demgegenüber bewusst rational sein. Folgt man den Ergebnissen der historischen Labor-Studien (Experimentalsystem-Analysen) des israelischen Medizinhistorikers Otniel E. Dror, entsprach es bis in die 1920er Jahre, der Zeit der Klassischen Moderne [593], sowohl dem Denkstil der Physiologie wie auch jenem der Psychologie, dass Emotionen im emotional neutralen Labor gezielt und isoliert hervorgebracht werden sollten [176]. Im »Maschinenmodell« des menschlichen Körpers, wonach der Körper als berechenbare Maschine interpretiert wurde, waren es jedoch gerade die Störungen im experimentellen Ablauf des Labors, die als Emotion imponierten. Sie repräsentierten das Nicht-Mechanistische, Vitalistische [175]. In seiner Analyse der Schmerzforschung im 19. Jahrhundert beschäftigt sich Dror mit viszerale Emotionen (Emotionen, ausgedrückt in Vorgängen innerer Organe), die indirekt experimentell »gemessen« wurden. Er nimmt dabei Bezug auf die Methodik naturwissenschaftlichen Arbeitens im Labor: »The turn to the viscera in the study of emotions and the construction of visceral emotions partly drew on and grew out of the physiology of pain« [177]. Zu Beginn des 20. Jahrhunderts konzentrierten sich die Physiologen laut Dror dann auf adrenalin-gesteuerte emotionale Regungen, die im Labor erzeugt und untersucht wurden [178].

Das vorliegende Buch ist jedoch keine Experimentalsystem-Analyse, und es geht in ihm auch nicht um die Schmerzforschung als solche. Menschen mit chronischen Schmerzen wandten sich hilfesuchend an Therapeuten, deren Aufgabe es war, (Ab-)Hilfe zu leisten. Ihr Repertoire gründete auf die eine oder andere Weise auf Theorien, die allgemein vertreten wurden. Diese theoretischen Einflüsse werden zwar genannt und erläutert, aber der Schwerpunkt liegt auf der praktischen Tätigkeit der Therapeuten. Der Grund für diese Fokussierung ist folgender. Auf den ersten Blick erscheint es als para-

dox, dass einerseits so viel über Schmerz geschrieben werden kann, als sei das Phänomen Schmerz konturlos oder in seiner Bedeutung uferlos. Andererseits hat schon Elaine Scarry erläutert, dass die Erfahrung des Schmerzes in letzter Konsequenz nicht mitteilbar ist. Der vorliegenden Untersuchung liegt die Annahme zugrunde, dass es eine sinnvolle Vorgehensweise sein kann, diese Klippe zu umschiffen, indem historische Entwicklungen des Umgangs mit chronischen Schmerzen in therapeutischen Zusammenhängen erörtert werden. Dabei ist das Spezifikum des 20. Jahrhunderts in dem Umstand zu sehen, dass sich die Rede vom chronischen Schmerz erst zu etablieren begann.

Wer von Schmerztherapie redet, meint zumeist die Therapie chronischer Schmerzen. Dem spanischen Wissenschaftshistoriker Javier Moscoso ist es in seiner umfassenden, im essayistischen Stil verfassten Monografie zur Geschichte des Schmerzes in der westlichen Welt gelungen, eine Antwort auf die Frage zu geben, wie Menschen in vorvergangenen Jahrhunderten das empfunden haben, was seit dem 20. Jahrhundert als »chronischer Schmerz« verstanden wird: »Although we may be tempted to think that the chronic nature of pain has affected humanity as a whole throughout history, it is not necessary true that those who suffered from chronic ailments were always considered *sick with them*.« [547]. Es war also auch dann von einer vorhandenen Instanz auszugehen, wenn nicht oder kaum von »chronischen Schmerzen« die Rede war. Aber Schmerztherapie verstanden als Therapie chronischer Schmerzen hat es in einem nennenswerten Umfang vor dem 20. Jahrhundert nicht gegeben. Im 21. Jahrhundert dagegen beginnt es sich einzubürgern, von Schmerzmedizin zu sprechen: nicht nur, um zu betonen, dass der Diagnostik ein großer Stellenwert zukommt, sondern auch, um zu verdeutlichen, dass die Therapie selten darauf abzielen kann, den Schmerz in Gänze zu beseitigen.

1.1 Schmerztherapie als Therapie aus den USA

Schmerztherapie ist nicht gleichbedeutend mit *Schmerzbekämpfung*, wird jedoch häufig damit in eins gesetzt. Mit Schmerztherapie ist in dieser Studie die Therapie chronischer Schmerzen gemeint, wenn dies nicht anders gekennzeichnet ist. Chronischer Schmerz als eigenständiges Krankheitsbild, nicht allein als Symptom einer Grunderkrankung, ist erst vor vergleichsweise kurzer Zeit wahrgenommen worden.

Der sogenannte Äthertag am 16. Oktober 1846, an dem in Boston die erste gelungene Inhalationsnarkose über eine mit einem Schwamm gefüllte Glaskugel öffentlich demonstriert wurde, gilt als der Beginn der modernen Schmerzbekämpfung [2, 186, 503].² Besonders im späten 19. Jahrhundert wurden die neuen Möglichkeiten, unter Schmerzausschaltung chirurgische Operationen vorzunehmen, als Sieg über den Schmerz gefeiert (Anästhesie-Narrativ des Schmerzes) [508, 703]. Sie legten den Grundstein für die Entwicklung der modernen Chirurgie. Zur Allgemeinanästhesie (Narkose) kam in den 1880er Jahren die Lokalanästhesie hinzu. Erlangte die Narkose gegen Ende des 19. Jahrhunderts den Nimbus, den Schmerz besiegt zu haben, so entwickelte sich in den ersten Jahrzehnten des 20. Jahrhunderts gerade die Lokalanästhesie (Regionalanästhesie) zu demjenigen Betätigungsfeld der Anästhesie, das auch bei chronifizierten Schmerzprozessen zur Anwendung kommen konnte.

Die Regionalanästhesie bildete einen Grundstock für die zum Ende des Zweiten Weltkriegs in den Vereinigten Staaten begründete Schmerztherapie [106]. Dabei ging es vorrangig um chronische Schmerzen, die sich nicht mehr auf ein Warnsymptom einer Grunderkrankung des Patienten reduzieren ließen, sondern eine eigenständige Krankheit, die Schmerzkrankheit, bezeichneten [42].

Gleichzeitig begann jedoch auch die Grundlagenforschung rund um die Schmerztherapie, die keine reine Laborforschung mehr war und sich vor allem pharmakologisch orientierte. Die damalige experimentelle Anästhesiologie geht vorrangig auf Henry Beecher (Boston) [496] zurück, die klinische Schmerztherapie auf John Bonica (Seattle). Zwischen Bonica und Beecher hat es zwar in den frühen 1950er Jahren einen persönlichen Kontakt gegeben [86], zu einem näheren fachlichen Austausch oder einer professionellen Zusammenarbeit kam es jedoch nicht [762]. In der Regel werden die Anfänge in der Entwicklung der Schmerztherapie an der Person Bonicas festgemacht, da sein Zugang, das »management of pain« (Schmerzmanagement), von vornherein therapeutisch gewesen ist. Konfrontiert mit einer übergroßen

2 Bei den frühen Äther- und Chloroformnarkosen wurde die Wahrnehmung nicht ausgeschaltet und Amnesie nicht erreicht. Die Patienten reagierten vegetativ, z. B. indem sie stöhnten. Sie konnten sich daran erinnern, dass der Chirurg Verrichtungen an ihnen vorgenommen hatte, erlebten sie jedoch nicht als schmerzhaft. Anders als in der heutigen Allgemeinanästhesie (»Vollnarkose«) musste der Bewusstseinsverlust genauso vermieden werden wie die Unterdrückung der Kreislauffähigkeit oder der Stillstand der eigenen Atmung. Dadurch ergab sich die besondere Bedeutung der Schmerzunterdrückung durch Narkose in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts.

Anzahl an schmerzgeplagten Patienten im pazifischen Kriegsgebiet hat Bonica als Militärarzt gegen Ende des Zweiten Weltkriegs damit begonnen, verschiedene Methoden der Regionalanästhesie zu verwenden. Davon ausgehend machte er sich daran, alle bekannten medizinischen Möglichkeiten zur Schmerzbekämpfung schriftlich zusammenzustellen. Es handelte sich um einen rein pragmatischen Ansatz. Theoretische Ansätze, die schließlich dem »Schmerzmanagement« zugerechnet wurden, sind erst später integriert worden [81, 86, 87, 88].

Die weitere Entwicklung hin zur interdisziplinären Schmerztherapie wird anästhesiehistorisch als Erweiterung der auf regionalanästhetischen Methoden beruhenden Schmerztherapie verstanden. Im Zentrum steht dabei die »Gate Control Theory« (Kontrollschranken-Theorie) von 1965, deren Rezeption einen Ausgangspunkt dafür bildete, physiologische und psychologische Überlegungen zu vereinen und Vorstellungen über ein komplexeres Zusammenspiel von Umweltfaktoren beim jeweiligen Schmerzerleben zu entwickeln. Davon ausgehend sind numerische und andere eindimensionale Schmerzskaleten sowie schmerzbeschreibende Inventare in den 1970er Jahren in die Schmerztherapie eingeführt worden, um neben der laborgestützten Messung von Schmerzen an gesunden Probanden auch den subjektiven Ausdruck von Schmerzpatienten abschätzen zu können [788, 789]. Einflüsse aus der Psychiatrie, der Psychosomatik und der Verhaltensmedizin waren maßgeblich bei der Begründung des »biopsychosozialen Modells« in der Schmerztherapie [202, 244, 468].

In der Geschichte der Schmerztherapie markiert die Betonung des substantiellen Charakters von Emotionen in der Schmerzwahrnehmung, d.h. von Schmerz als Emotion und von Schmerzempfindung als »Embodiment« (Verkörperlichung), jenen Wandel, den die Therapie chronischer Schmerzen seit den 1970er Jahren anstrebte: Der multi- bzw. interdisziplinäre Ansatz drückte ein neues Konzept von »mind-body medicine« aus [344], deren Leitvorstellung das sogenannte »biopsychosoziale Modell« wurde. Neben biologischen Ursachen sollten im therapeutischen Prozess nun auch psychologische und soziale Bedingungsfaktoren der Schmerzentstehung und -unterhaltung konsequent berücksichtigt werden. Das Modell war zuerst von dem US-amerikanischen Psychiater George Engel formuliert worden, der dies in bewusster Abgrenzung vom biomedizinischen Modell des Schmerzes tat, das seit dem Ende des Zweiten Weltkriegs begonnen hatte, die Medizin anzuleiten [110, 202, 876].

1.2 Translation, Biomedizin und Übertragung in der Geschichte der Emotionen

Therapeuten – vor allem Ärzte – sind Gegenstand dieses Buches. Der dabei gewählte Zugang zur Geschichte der Schmerztherapie in Deutschland richtet sich an der Vorstellung der Übertragung, der Translation, aus. Für die Übertragung medizinischen Wissens hat sich der Begriff der »translational medicine« etabliert, der zu Beginn der 1970er Jahre in die Medizin eingeführt wurde, um das Bestreben zu kennzeichnen, biomedizinische Forschungsergebnisse schneller in die klinische Versorgung von Patienten zu integrieren: »from bench to bedside«, von der Werkbank (also dem Labor) zum Krankenbett [879]. Der Anspruch, im Sinne einer »translational medicine« vermehrt klinische Forschung wie auch Grundlagenforschung in die klinische Praxis zu integrieren, ist in der biomedizinischen Debatte mittlerweile sehr verbreitet [536, 569, 730].

Damit einher gingen auch die Anfänge der sogenannten evidenzbasierten Medizin, die sich darum bemühte, die Lücke zwischen »evidence«³ und Praxis vorrangig mittels geeigneter klinischer Studien zu schließen [485]. In den 1960er und 1970er Jahren erlangten die sogenannten randomisierten, doppelt-verblindeten Studien⁴ – zunächst in den USA, dann in Europa – den Ruf, das höchste Maß an Objektivität zu repräsentieren [645]. Dies war von zentraler Bedeutung, denn Objektivität galt seit dem 18. Jahrhundert als übergeordnetes Ziel wissenschaftlicher Bestrebungen [143, 868]. Im Jahr 1976 ist schließlich das Instrument der Meta-Analyse von klinischen Studien begründet worden [570], d. h. von wissenschaftlichen Analysen, die mit statistischen Methoden die Ergebnisse vieler anderer Untersuchungen zu einem bestimmten Thema bündeln. Das Konzept der »translational medicine« ist aber auch in der Wissenschaftsgeschichtsschreibung herangezogen worden, um – im Rahmen der »science studies« – die Begründung der biomedizinischen Forschung [423] nach dem Zweiten Weltkrieg zu kennzeichnen, die ganze Forschungslandschaften überhaupt erst entstehen ließ, die vorher

3 Wissenschaftliche Beweisführung durch Studien, als Gegenstück zu einer reinen Expertenmeinung, die auf eigenen beruflichen Erfahrungen beruht.

4 Studien, bei denen nach dem Zufallsprinzip Patienten in zwei Gruppen eingeteilt werden. Weder die Studienteilnehmer noch die Studienleiter wissen während der Durchführung der Studie, ob der Wirkstoff oder das Wirkverfahren bei den jeweiligen Teilnehmern zum Einsatz kommt oder nicht.

nicht denkbar gewesen waren [810]. Ilana Löwy hat dies zum Beispiel für die Immunologie (Interleukin-2 in der Krebstherapie) ausgeführt [497].

»Tatsachen« sind nicht in Stein gemeißelt, sie entstehen und existieren in einem bestimmten Kontext. Wissenschaftsphilosophisch ist, nach Ludwig Fleck, die Übertragung von »Wissen« (Labor) in »Praktiken« (Klinik) auf den gemeinsamen Bezugspunkt der wissenschaftlichen Tatsache zurückzuführen [226]. Die Schmerzempfindung als (patho-)physiologischen Prozess zu verstehen, bedingte die »Tatsache«, dass der Körper und seine Empfindungen substantiell seien, wenn es um Schmerz geht. Emotion hingegen erschien tendenziell als zufällig oder beliebig. Der französische Wissenschaftshistoriker Georges Canguilhem hat für die westliche Medizin des 19. Jahrhunderts herausgearbeitet, dass das Pathologische lediglich als eine Erweiterung des Normalen [118] gegolten habe. Das heißt, dass Krankheit und Gesundheit nur als graduelle Unterschiede ein und desselben Phänomens galten. Laut Keating und Cambrosio ist diese Überzeugung konstitutiv für die Biomedizin, die nach dem Zweiten Weltkrieg entstand [423]. Die Praxis der Therapie chronischer Schmerzen in den ersten Nachkriegsjahrzehnten widersprach dem jedoch immer mehr. Die Ineinsetzung des Normalen mit dem Pathologischen beim Schmerzempfinden überzeugte nicht, da sich chronische Schmerzen als etwas darstellten, was nicht allein physiologisch zu bestimmen, zu erklären und entsprechend zu therapieren war. Damit überschritt das Phänomen des chronischen Schmerzes den Bereich der Sinnesphysiologie und überschchnitt sich mit dem Psychischen und dem Emotionalen [280]. Dies findet inzwischen auch Widerhall in der analytischen Philosophie, wo Schmerz als Widerpart von Lust aufgefasst wird. Schmerz ist dort das, was man nicht anstrebt und als schlecht angesehen wird. Der New Yorker Philosoph Thomas Nagel unterscheidet »Schmerz« und den dazugehörigen »Gehirnzustand« in der Weise, dass Schmerz etwas Zusätzliches zu sein scheint, das vom Hirnzustand eher hergestellt wird, als dass es ihn ausdrückt [558].

In einem erweiterten Sinn soll der medizinische Translationsbegriff in drei Ausprägungen im vorliegenden Buch verwendet werden. Die Bedeutung des Begriffs der Translation in der Medizin wird nicht verkürzt auf die Übertragung von naturwissenschaftlichen Erkenntnissen der klinischen Forschung und der Grundlagenwissenschaften in die medizinische Praxis. Neben einer Translation naturwissenschaftlicher sollen auch erfahrungsheilkundliche Ansätze in der medizinischen Praxis berücksichtigt werden (methodische Übersetzung) – ungeachtet dessen, wie man sie selbst im Einzelnen beurteilt. Ein-

flüsse aus Tschechien, der Sowjetunion oder aus Großbritannien haben auf Entwicklungen in Deutschland ebenso eingewirkt wie diejenigen aus den USA. Deshalb ist es wichtig, Translationen über Ländergrenzen hinweg zu behandeln (transnationale Übersetzung). Schließlich sollen auch kulturelle Übersetzungsprozesse beachtet werden (kulturalistische Übersetzung).

In der Geschichtswissenschaft wird der schmerzhaft »Gehirnzustand«, der Empfindung und Gefühl zugleich ist, zunehmend im Kontext einer Geschichte der Emotionen behandelt. Die Emotionengeschichte entwickelte sich dabei zeitlich parallel zur Konzeption von »mind-body medicine«, wobei Emotionen in den Geistes- und Sozialwissenschaften allgemein ab den 1960er Jahren »zu einem populären Thema« avancierten [855]. Die »women's history« in den 1970er Jahren legte den Grundstock für die breite historiographische Beschäftigung mit Emotionen, die ab der Mitte der 1980er Jahre einsetzte. Wegweisende Beiträge zur Emotionsgeschichte stammen von Peter Stearns, William Reddy und Barbara Rosenwein [604, 605].

Ungefähr mit dem Übergang zum 21. Jahrhundert etablierte sich der Teilbereich der Emotionsgeschichte in der Geschichtswissenschaft. Seit dem Jahr 2006 bürgerte sich die Wendung vom »emotional turn« [29] ein, womit die Hinwendung zu den Emotionen in einer kulturwissenschaftlichen Betrachtung gemeint ist. Die Historikerin Ute Frevert, die sich bereits seit längerem mit dem gesamten Gegenstand beschäftigt, spricht von einer »Geschichte der Gefühle«, in der es darum gehe, die historisch wirkmächtige Normierung und Variabilität von Gefühlen in der Geschichte im interkulturellen Vergleich zu ergründen [256, 257, 258, 259]. Synonym wird jedoch auch von Emotionsgeschichte gesprochen [604].

Bereits im Jahr 2000 hatte Frevert darauf hingewiesen, dass Liebe, Zorn oder Furcht zu den Gefühlen gehören, die in der Psychologie und Soziologie am häufigsten untersucht werden, während Schuld, Scham oder Schmerz dagegen relativ wenig Beachtung gefunden hätten [255]. Das grundlegende Verhältnis von Kultur und Schmerz ist vielfältig thematisiert worden [58], so z. B. von Scarry, ebenso die Ästhetik des Schmerzes [96, 365, 506, 531, 614]. Dabei zeigte sich u. a., dass es nicht zu allen Zeiten der körperliche Schmerz war, der im Vordergrund stand, wenn das Wesen des Schmerzes erörtert wurde. Die erkenntnistheoretische Wende hin zum Körperschmerz, die im 19. Jahrhundert stattfand, hat Christians dargestellt [124].

Auch Patienten sollen Gegenstand dieser Arbeit sein. Ein emotionshistorischer Zugang erscheint dabei als ideal. Eine Emotionsgeschichte des Schmerzes unterliegt jedoch methodischen Problemen. Es stellt sich prinzi-

piell die Frage – darauf hat Bettina Hitzer hingewiesen –, wie Gefühle, die nicht immer ausgedrückt, sondern häufig ›nur‹ individuell gelebt werden [375], als historische Praxis freigelegt werden können. Wenn von Schmerzpatienten die Rede ist, ist es schwierig, den Wandel ihres Schmerzausdrucks, der mit der Entwicklung der Schmerztherapie korrespondierte, zu erfassen.

Einen konzeptionellen Ansatz, wie sich emotionale Übertragungen (Translationen) in der Geschichtswissenschaft verstehen und integrieren lassen, haben kürzlich die Historikerinnen Margrit Pernau und Imke Rajamani formuliert [589]. Sie unterscheiden drei Übertragungsprozesse im emotionalen Ausdrucksverhalten, die historisch wirksam werden. Die erste »emotionale Translation« drückt demnach aus, dass soziale Erfahrungen sich in Körpererfahrungen manifestieren. Ein emotionaler Ausdruck, der einem sozialen Kontext entstammt, ist im Entstehen begriffen, wird aber noch nicht explizit ausgedrückt. Dabei gilt: Die Körpererfahrung selbst ist nicht von überzeitlicher Geltung, sondern historischer Natur (»Body and Senses«). Die zweite Übertragung drückt aus, dass es einer medialen Vermittlung bedarf, um Bedeutungen im Denken und Sprechen über Emotionen generieren zu können (»Interpretation through Multimedia Sign Systems«). In der dritten Übertragung werden Emotionen und ein damit verbundener körperlicher Ausdruck zu einem vermeintlich selbstverständlichen Vorgang – sie werden praktiziert. Dabei gelte: Emotionen werden eher vollzogen, als dass man sie hat (»Bodily Practices«). Die vorliegende Untersuchung stellt den Versuch dar, diese Übertragungen, soweit die vorliegenden Quellen dies gestatten, zu identifizieren. Im Kern geht es darum, inwieweit emotionale Translationen, wie Pernau und Rajamani sie umschrieben haben, das Schmerzempfinden so veränderten, dass Schmerztherapie zum Erfordernis der Zeit wurde.

Als Bezugspunkt für die Übertragungen in der »translational medicine« stellte sich während der Recherchen wiederholt die Kybernetik heraus. Sie erschien wiederholt wie eine Art Grundrauschen, wenn menschliches Verhalten als abhängig von der »Gesellschaft« aufgefasst wurde, in der die Menschen leben. Obwohl das biopsychosoziale Modell des Schmerzes gerade nicht das Maschinenmodell des Menschen reformulieren wollte, waren es doch gerade technische Fragen, die im therapeutischen Kontext kybernetisch relevant erschienen. Was ist unter Kybernetik zu verstehen? Als Begriff kursierte sie im 20. Jahrhundert lange Zeit, bevor gegen Ende des 20. Jahrhunderts die Faszination für diese Leitwissenschaft verblasste. Inzwischen ist sie jedoch wieder im Kommen.

1.3 Kybernetik und vegetatives Nervensystem

»Das Wort ›Kybernetik‹ löst sowohl bei Fachleuten als auch bei Laien die verschiedensten Vorstellungen aus. Während jedoch die Fachleute lediglich verschiedener Meinung darüber sind, welche Bereiche eines immer umfassender werdenden wissenschaftlichen und technischen Sachverhalts als Kybernetik bezeichnet werden sollen, verbindet der Laie mit dem Wort ›Kybernetik‹ oft recht vage und mystische Vorstellungen.« [829]

Während sich in dieser Stellungnahme, verfasst zu Beginn der 1970er Jahre, einerseits das Selbstbewusstsein des Experten der sich entwickelnden Wissensgesellschaft ausdrückt, bezeichnet sie andererseits die Verwirrung, die von dem Begriff der Kybernetik ausging.

Als Wissenschaft der Regelung und Nachrichtenübertragung in Lebewesen und in Maschinen war die Kybernetik im und nach dem Zweiten Weltkrieg in den USA und Großbritannien entstanden [349, 354, 442, 751, 870]. Im direkten Zusammenhang damit standen die System- und die Informationstheorie. In der Psychologie griff der Behaviorismus kybernetische Vorstellungen der »Informationsverarbeitung« auf [225]. In der Soziologie wurde es nun möglich, gesellschaftliche Entwicklungen nicht ausschließlich als Resultat von Entwicklungen zu sehen, die durch die zugrundeliegenden Bedingungen zwangsläufig vonstatten gingen [546]. Die Kybernetik ist auch in der Sowjetunion bereits in den 1950er Jahren kontrovers diskutiert worden [289].

Durch ihren weitgesteckten Rahmen unterlag Kybernetik stets der Gefahr, als Theorie sämtliche menschlichen und technischen Wirkmechanismen zu verwässern: »Cybernetics as a Theory of Everything« [602]. Inzwischen ist sie auf einer Meta-Ebene jedoch auch scharf akzentuiert worden. In der postmodernen Wissenschaftstheorie dominiert der Mensch-Maschine-Zusammenhang, für den die schillernde Bezeichnung »Cyborg« kreiert worden ist. Nach Donna Haraway sind Cyborgs »kybernetische Organismen, Hybride aus Maschine und Organismus«. Maschinen können demnach in Abgrenzung zu Tier und Mensch (Organismus) nicht mehr als Objekt gedeutet werden, in dem ›Geister‹ obwalteten. Im späten 20. Jahrhundert sei die »Differenz von natürlich und künstlich, Körper und Geist, selbstgesteuerter und außengesteuerter Entwicklung« höchst zweideutig geworden [340]. Bezeichnet ist damit auch der Umstand, dass Kybernetik bald auf biologische Phänomene übertragen wurde, wofür sich die Bezeichnung Biokybernetik einbürgerte.

Erste Kybernetik-Tagungen fanden in West- und Ostdeutschland 1954 in Darmstadt, 1958 in Essen und 1962 in Ost-Berlin statt [769]. Das Denkmodell der Rückkopplung oder, bezogen auf das Nervensystem, der Reafferenz in der Biologie wurde dabei thematisiert. Zu dem sogenannten vermaschten Regelkreis in den Technikwissenschaften, bei dem Netzwerkknoten miteinander verbunden wurden (Parallelschaltung mehrerer einfacher Regelkreise), gesellte sich der biologische Regelkreis [849].

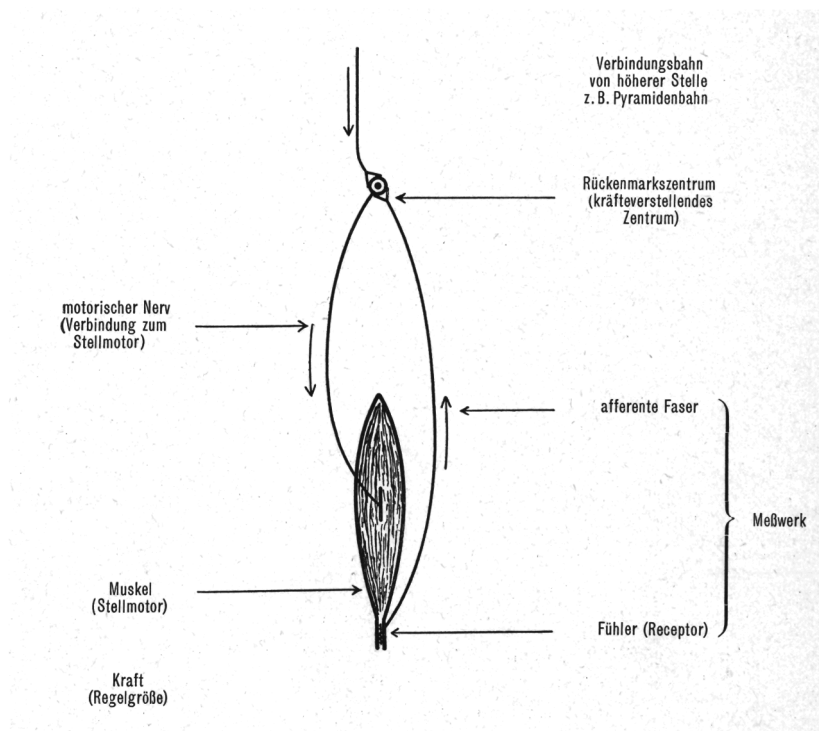


Abbildung 1: Vereinfachtes Modell eines biologischen Regelkreises aus dem Jahr 1954: der quergestreifte Muskel

Ende der 1960er Jahre und im Verlauf der 1970er Jahre wurden in der ärztlichen Presse der Bundesrepublik kybernetische Denkmodelle regelrecht populär. Im Juni 1968 informierte die ärztliche Wochenzeitung *Selecta* beispielsweise ihre Leser über einen Kybernetik-Kongress, der im April 1968 in München stattgefunden hatte. Der Bericht vermittelt ein Bild davon, dass

die zunehmende Verbreitung der Computertechnologie in einer kybernetisch verstandenen Gesellschaft auch Ohnmachtsgefühle vermitteln konnte. So hieß es etwa: »Inmitten einer Welt bedrohlicher Denkmachines, propagiert durch die sensationssüchtige Boulevardpresse, fühlt sich der Zeitgenosse mit seinen körperlichen und geistigen Attributen ziemlich hilflos und der kybernetischen Technik weit unterlegen.«⁵ In einer Artikelserie im *Deutschen Ärzteblatt* im Jahr 1969 erörterten zwei Strahlenbiologen die Perspektiven von »Futurologie und Medizin«, wobei sie versuchten, Systemtheorie, Informatik und Kybernetik systematisch zu verbinden.⁶ Im Jahr 1977 stellte ein Autor im *Ärzteblatt* »Untersuchungen über ein kybernetisches Modell der sozio-ökonomischen Beziehungen« an, in denen Wirtschaft, Bevölkerungsentwicklung, Verkehr und nunmehr auch die Ökologie als Regelkreise präsentiert wurden. Auch hier bereitete die Mensch-Maschine-Analogie ein latentes Unbehagen.⁷ In einer naturheilkundlichen Zeitschrift wurden im Jahr 1980 die Wirkprinzipien von Akupunktur und Neuraltherapie, die Gegenstand des vorliegenden Buches sein werden, als verwandt angesehen und »biokybernetisch« gedeutet, und zwar »als gezielte Regulationstherapie«.⁸

Die Kybernetik schuf ein eigenes Bild vom Menschen. Bezeichnend für die kybernetische Anthropologie sind laut Stefan Rieger:

- die technische Regelungslehre als Entwurf eines Weges, »den Menschen wieder zu sich selbst zu bringen« (in Fremdtechniken und Techniken des Selbst),
- Rückbezüglichkeit und Nichtlinearität,
- ein »rekursives Mandat moderner Individualität« [643].

In der gegenwärtigen Diskussion über die Geschichte der 1970er Jahre in der Bundesrepublik erfährt die Kybernetik große Aufmerksamkeit. Debattiert wird dabei u. a. die These, Systemtheorie und Kybernetik seien die zentra-

5 W. R.-F., Modelle der Umwelt. Kybernetik-Kongreß München, April 1968. *Selecta* 10 (1968), 1855–1860, hier 1858.

6 E. H. Graul, H. W. Franke: Futurologie und Medizin. *Deutsches Ärzteblatt (Ärztliche Mitteilungen)* 66 (1969), 711–716, 800–804, 873–878, 946–949, 1011–1014, 1081–1086, 1238–1244, 1623–1629.

7 Ferdinand Oeter: Soziale Regelkreise. Untersuchungen über ein kybernetisches Modell der sozio-ökonomischen Beziehungen. *Deutsches Ärzteblatt (Ärztliche Mitteilungen)* 74 (1977), 2763–2767, 2812–2815.

8 U. E. Hassler: Neuraltherapie und Akupunktur. Physikalische Medizin und Rehabilitation. *Zeitschrift für praxisnahe Medizin* 21 (1980), 539–548.

len Begriffe gewesen, die die »semantischen Transformationen in den 1970er Jahren« in vielen Bereichen angeleitet hätten.⁹

In dieser Studie wird Biokybernetik verstanden als Konzept zur Steuerung menschlichen Lebens, das sich als neues Denkmodell nach dem Zweiten Weltkrieg ausbreitete. Der Kerngedanke von »cybernetics as a postwar science« war die Adaption des Gehirns an Umweltbedingungen im weitesten Sinne (»adaptive brain«). Nach Andrew Pickering war das kybernetische Gehirn »not representational but *performative*, [...] and its role in performance was *adaptation*.« [602] Dieser adaptive Steuerungsgedanke wird in der Medizin auf Überlegungen neurophysiologischen Ursprungs angewendet, wenn sie sich dem chronischen Schmerz widmete. Technische Rückkopplungen in der Therapie chronischer Schmerzen spielen zum Beispiel eine Rolle bei der Anwendung von Transistorgeräten¹⁰ als therapeutischen Apparaten. Transistorgeräte fungierten dabei als Indikatoren biokybernetischer Regelung [752]. Der behauptete Zusammenhang von adaptiver Steuerung und chronischem Schmerz trat aber auch im Hinblick auf das vegetative Nervensystem auf.

Das vegetative Nervensystem war in Deutschland zwar schon zu Beginn des 20. Jahrhunderts Gegenstand physiologischer Untersuchungen,¹¹ ist aber erst in den 1920er Jahren – hier noch mit der vitalistischen Vorstellung vom »Lebensnervensystem« – in der deutschen Medizin erörtert worden [554]. Seine Pathologie wurde dann ausführlich in den 1930er Jahren nach dem damaligen Stand des Wissens dargestellt [247]. Funktionsstörungen im Bereich des vegetativen Systems wurden jedoch gerade in der deutschen Medizin bis in die 1980er Jahre naturwissenschaftlich häufig vage und unsystematisch

9 Sebastian Haus: Tagungsbericht »Die neue Wirklichkeit: Bezeichnungsrevolutionen, Bedeutungsverschiebungen und Politik seit den 1970er Jahren«, Köln, 23.5.–24.5.2013, URL: <http://hsozkult.geschichte.hu-berlin.de/tagungsberichte/id=5058>.

10 Nachdem Elektronenröhren weitgehend ausgedient hatten, wurden die entsprechenden Geräte mit Transistoren bestückt. Transistoren sind elektrische Halbleiter-Bauelemente, die zur Regulierung niedriger elektrischer Spannungen und Ströme eingesetzt werden (elektronische Schaltung). Transistorgeräte sind z. B. bekannt als Fernseh- oder Rundfunkgeräte (Transistorradio). Neben der Nachrichtentechnik werden sie heute beispielsweise in Computersystemen verwendet.

11 »Als ich in den Jahren 1906–11 in München Medizin studierte, habe ich vom VNS (vegetatives Nervensystem) noch nichts gehört. Wohl zeigte man uns in der Anatomie den Grenzstrang des Sympathicus, ohne dass man aber viel über ihn sagen konnte. [...]« (Wilhelm Nonnenbruch: Einführung in die Neuraltherapie. *Neuralmedizin* 1 (1953), 2–10, hier 2).

eingeordnet [690, 698].¹² Gängig war seit den 1950er Jahren beispielsweise die Rede von der sogenannten »vegetativen Dystonie«.¹³

Als »basic neural networks« biokybernetischer Regelung wurden im westlichen Schrifttum Sympathicus und Parasympathicus identifiziert [751]. Konkurrierend orientierte man sich in der östlichen Literatur an der Neuropsychiologie von Ivan Pavlov »und seinen Schülern«, um vegetative Phänomene systematisch zu ergründen [100]. Die Frage, ob und in welcher Weise die biokybernetische Steuerung des Vegetativums im Begründungsprozess der Schmerztherapie nach dem Zweiten Weltkrieg die wissenschaftliche Wahrnehmung des chronischen Schmerzes bestimmt hat, wird an verschiedenen Stellen des Buches wieder aufgegriffen.

Die Fragestellung, die dem Buch zugrunde liegt, kann grundsätzlich kurz in zwei Bedingungssätzen benannt werden. 1) Wenn man annimmt, dass es zwar schon immer Menschen gegeben hat, die an chronischen Schmerzen litten, diese aber bis ins 20. Jahrhundert oder zumindest über längere Zeiträume in der Geschichte als solche ignoriert wurden, was waren dann die entscheidenden Bedingungen, die es ermöglichten, diejenigen, die darunter litten, als Patienten mit einer Schmerzkrankheit zu identifizieren? B) Wenn es zutrifft, dass es für die Biomedizin nach dem Zweiten Weltkrieg kennzeichnend war, dass das Pathologische lediglich eine Ausdehnung des Normalen war, wie konnte sich dann die Schmerztherapie entwickeln, für die diese Annahme nicht zutrifft?

Die Entwicklungen in der Bundesrepublik Deutschland bilden den Kern der Darstellung. Der Umstand, dass keine vergleichende Studie zwischen den Verhältnissen in der Bundesrepublik und in der DDR erarbeitet wurde, erklärt sich daraus, dass die vorhandenen Quellen zu den beiden deutschen Staaten im Zeitraum von 1945 (1949) bis 1989/90 sehr verschiedenartig sind. Vergleiche anzustellen war gleichwohl zum Teil möglich. Dies gilt insbesondere für die Geschichte der Akupunktur-Rezeption. Der Geschichte der Schmerztherapie in der DDR ist, als Exkurs gekennzeichnet, ein eigenes Kapitel gewidmet. Als Quellengrundlage des Buches dienen unveröffentlichte Quellen aus öffentlichen und Privatarchiven, ebenso wie Mitteilungen von Zeitzeugen, Filme und die breit rezipierte Sekundärliteratur.¹⁴

12 E-Mail Roland Schiffter (Berlin) an den Verfasser, 25.1.2014.

13 Modekrankheit: Das Leiden der Gesunden. *Der Spiegel* 17/1953, 28f.

14 Schließlich seien die Beschränkungen genannt, denen dieses Buch unterliegt. Die Arbeit strebt personell keine Vollständigkeit an. Nicht alle Personen, die wichtig waren oder wichtige Publikationen verfasst haben, werden genannt. Verschiedene Themen-

2. Heroismus, Pessimismus und Subjektivität

Für die Nachkriegszeit und die Jahre bis ca. 1970 war das Erbe des Nationalsozialismus von zentraler Bedeutung. Die Therapie langanhaltender Schmerzen hatte in der Medizin in Deutschland und anderen Ländern lange Zeit allgemein keinen hohen Stellenwert. In Deutschland spielte dabei der Nationalsozialismus eine tragende Rolle. Der faschistischen Ideologie zufolge galt der soldatische, gestählte Körper als Ideal, das es ermöglichte, den Schmerz gering zu achten, so dass jegliches Schmerzempfinden relativiert wurde. Maximal leistungsfähige Körper wurden kultisch überhöht, wobei das Körperideal stets männlich war [158, 185, 772]. Das Erziehungsideal, das in der Tradition der »Schwarzen Pädagogik« stand [660], war von emotionaler Härte

felder der Schmerztherapie werden nicht behandelt, ohne dass dies ausdrücken soll, dass sie weniger bedeutsam wären. So werden beispielsweise postoperative Schmerzen (als mögliche Quelle chronischer Schmerzen), kardiale Ischämieschmerzen oder andere neuropathische Schmerzen als der Phantomschmerz nicht thematisiert. Rheumatischer Schmerz, wie ihn die Rheumatologie seit 1945 behandelt, wird nicht in den Blick genommen. Schmerzen, die nicht chronisch sind und nicht oder in der Regel nicht chronifizieren, werden gleichfalls nicht untersucht (zum Beispiel Schmerzen in der Geburtshilfe). Die Frage, ob und inwieweit es sich bei Tumorschmerzen um Akutschmerzen handelt, wird nicht erörtert. Die Arbeit ist nicht pharmaziehistorisch. Es wird zwar nicht darauf verzichtet, auf die Beteiligung der Pharmaindustrie an bestimmten Punkten hinzuweisen. Die Auswertung der vorhandenen Quellen hat jedoch den Eindruck vermittelt, dass bis 1990, also bis zur deutschen Wiedervereinigung, Initiativen der Pharmaindustrie die Entwicklung der Schmerztherapie nicht entscheidend bestimmt haben. Dass dies für die Zeit nach 1990 ebenso plausibel erscheint, kann nach dem anekdotischen Urteil verschiedener befragter Zeitzeugen in Abrede gestellt werden. Die Beantwortung dieses Fragekomplexes würde es jedoch notwendig machen, einen ganz anderen Quellenkorpus zu erschließen als jenen, den der Autor nach jahrelanger Arbeit am Thema zusammengetragen bzw. ausgewertet hat. Außerdem wird in der Arbeit kein *Gender*-Schwerpunkt gesetzt. Die fast durchgehende Praxis der Bezeichnung von Personen und Personengruppen in der männlichen Form ist zum einen aus sprachpragmatischen Gründen gewählt worden, zum anderen deshalb, weil es zumeist Männer waren, die das Wort führten. Zweifellos könnte auch dieser Aspekt in einer anderen Arbeit grundlegend erörtert werden.

als Handlungsprinzip geprägt. Gegen Schmerzen sollte man abgehärtet sein oder abgehärtet werden [122, 330, 331, 507]. Für »Knaben« wie für »Mädchen« galt der Grundsatz, dass die »körperliche Ausbildung« (im Sinne einer Wehrerziehung) höchste Priorität haben sollte. Nachrangig waren die »Förderung der seelischen und zuletzt der geistigen Werte« [346]. Psychische Beeinträchtigungen, wie der oft apostrophierte »Nervenzusammenbruch«, waren etwas für schwache Naturen, die sich ihn »leisten« konnten.¹ Die allgemeine Annahme, dass »Nervosität« als Ausdruck gelebter Psychopathie zu gelten habe [544], stand dabei in einer langen Diskurstradition des 19. Jahrhunderts [183, 623, 648].

Gleichwohl kann die reine Plausibilität gedachter Folgen ideologischer Erziehung und Werteorientierung nicht als Beleg dafür dienen, wie mit chronifizierten Schmerzen tatsächlich umgegangen wurde. Dies gilt umso mehr für ihre Therapie, die ungeachtet des hohen Organisationsgrades der deutschen Ärzteschaft im Nationalsozialismus [722] nicht einfach als Umsetzung einer politischen Ideologie betrachtet werden kann. Die Selbstzuschreibungen zeitgenössischer Theorien vom »guten Arzt« führen dabei auch nicht weiter, da sie den Patienten in der Arzt-Patient-Beziehung als vollständig abhängige, passive Person auffassten. Man erfährt durch sie nichts vom Patienten selbst, außer das, was der Interpretation des jeweiligen Verfassers entsprang. Das Arztbild der Zeit, das das Künstlertum des Arztes (nämlich von Leiden befreien zu können) pathetisch überhöhte [303], war dadurch geprägt, dass der wahre Arzt den Typus des Kranken erkannte und ihn lenkte, wobei Schmerz nichtsdestotrotz als diagnostisches Kriterium »des Arztes mächtigster Helfer« war, wie es beispielsweise zwei nationalsozialistische Medizinhistoriker hervorhoben [112, 545]. Die Rolle des Schmerzes war dabei zumeist diejenige des »Warners«, des »lebenslänglich wachen Hüters«. Doch auch jemand wie der Psychiater Alfred Hoche, ein Vordenker des nationalsozialistischen Patientenmords [335], konstatierte, dass es daneben Schmerzen gab,

¹ »Der Vorgang ist also der: Ein Mensch hat im Leben – z. B. mit einem Vorgesetzten – Schwierigkeiten, mit denen er auf die Dauer nicht fertig wird. Er leistet es nicht, die täglichen Unannehmlichkeiten sachlich zu bereinigen, er regt sich auf, sieht keinen Ausweg, der Schlaf wird schlecht. Es tritt Kopfweg auf, Herzklopfen, das alles erschwert die Arbeit, und dadurch werden die Unannehmlichkeiten mehr, die Aufregungen und die Gesundheitsstörungen nehmen zu – ein *Circulus vitiosus* – und eines Tages geht der Mann zum Arzt und sagt: ›Ich kann nicht mehr.‹ Die Bezeichnung ›Nervenzusammenbruch‹ stammt dann manchmal vom Kranken, manchmal von der besorgten Umgebung und manchmal leider vom Arzt.« Siehe Max Kibler: Der Nervenzusammenbruch. *MMW* 91 (1944), 44f., hier 44.

die nur »quälende Beigabe« und »grausamer Peiniger« waren, etwa im Fall von Krebs oder bei *Tabes dorsalis* (einem Spätstadium der *Neurolues*) [377].

Den verschiedenen Auffassungen über den Schmerz lagen Überlegungen über die Unterschiedlichkeit und Wandlung des Schmerzempfindens zugrunde. Die erste Ausgabe der *Deutschen Zeitschrift zur Erforschung des Schmerzes und seiner Bekämpfung* firmierte 1928 unter dem Titel »Schmerz« und änderte ihren Namen nach ihrer Vereinigung mit dem Konkurrenzblatt *Narkose und Anaesthesie* 1929 in *Schmerz – Narkose – Anästhesie* [296]. Darin ging es in erster Linie um praktische Fragen der Schmerzausschaltung bei Operationen. Wenn die Frage der Schmerzempfindung in der Bevölkerung erörtert wurde, stellte sich aber rasch eine Kritik ein, die sich auf den Typus des »Hysterischen« fokussierte. Im ersten Jahrgang kritisierte ein Gerichtsmediziner, dass es »nicht so selten« zu Darmoperationen komme »auf Grund übertriebener Schmerzbehauptungen von Hysterischen«.² Im achten Band von 1935/36 beschwerte sich ein Internist und Medizinhistoriker darüber, dass die »hysterische Schmerzempfindlichkeit« lawinenartig zugenommen habe. Die hysterischen Schmerzen seien von den körperlichen Schmerzen zu unterscheiden und »durch geistige Ansteckungen« zustande gekommen [755]. Positionen wie diese erinnerten an die pessimistische Kulturkritik des ausgehenden 19. Jahrhunderts [648]. Sie sind für den heutigen Leser offenkundig ideologisch motiviert. Beim Versuch, die Ebene der deklamatorischen Ideologie wieder zu verlassen, stellt sich freilich die Frage, ob es tatsächlich Lebensbereiche (außerhalb der Medizin) gab, in denen ein positiver Schmerzbegriff obwaltete.

2.1 Schmerz und Spiel: das Beispiel des Handballs

Positiv aufgefasst wird Schmerz von den meisten Menschen bis zur Gegenwart im Sport. Somit scheint sich Sport gut zu eignen, um das Problem der Bewertung von Schmerz zu betrachten, der durch spielerische Gewalteinwirkung zustande kommt und im ungünstigen Fall von dauerhafter Wirkung ist.

² Rudolf Michel: Die individuelle Schmerzbereitschaft und ihre gerichtsärztliche Bedeutung. *Schmerz* 1 (1928), 100–104, hier 100.

Sport genießt bestimmte positive Bedeutungszuschreibungen: Sport befindet sich ‚in der Mitte‘ der Gesellschaft, Sport ist gesund, Sport ist Leidenschaft. Gehört der Schmerz dazu? »Schmerz bringt mich nicht um, ich besiege den Schmerz.«³ Wenn heutzutage eine Berufs-Tennispielerin ihren vermeintlichen Stoizismus dem Schmerz gegenüber durch eine Tätowierung dieses Wortlauts zu Markte trägt, ist das Ausdruck des »mentalens Kapitalismus« (Georg Franck): In diesem ist Aufmerksamkeit die Währung, mit der bezahlt wird. Es zeigt aber auch eine Geisteshaltung, die in abgeklärterer Weise ein ehemaliger Profi-Tennispieler kundtut, wenn er sagt: »Es ist ja nicht so, dass jemand sagt: Ich liebe Schmerz! Bei Sportlern geht es darum, sich höhere Schmerzgrenzen zu erarbeiten. Sind sie da, spiegelt sich das in wichtigen Situationen wider. Wer geht einen Schritt weiter? Wer beißt mehr? Wer will mehr?«⁴ Kann das noch gesund sein? Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) empfiehlt wöchentlich wenigstens 150 Minuten »körperliche Aktivität« (mäßig bis anstrengend) für 18- bis 64-Jährige als gesund [530]. Skaliert wird die körperliche Aktivität in sogenannten metabolischen Äquivalenten, das heißt im Hinblick auf ihre stimulierende Wirkung auf den Stoffwechsel. »Physical Activity« ist aber nicht dasselbe wie »Sport«, der sich vielmehr durch den Leistungsgedanken und den Wettkampf auszeichnet.⁵ »Physical Activity« verweist auf »Lifestyle public health« [64]. Ist es also vor allem ein Charakteristikum des Leistungssports, wenn Schmerz mit Sport assoziiert wird? An die Sportmedizin der Gegenwart wird die Forderung gerichtet, die Leidenfähigkeit der Sportler nicht auszureizen. Sportmediziner sind angehalten, dauerhafte Überbelastung abzulehnen: »Die Unterdrückung des biologisch sinnvollen Warnsignals Schmerz kann nicht Aufgabe einer sportmedizinischen Schmerztherapie sein.« [749] Sportverletzungen spielen gleichwohl nicht nur im Leistungssport eine große Rolle.

3 »Pain doesn't kill me. I kill the pain.« Svetlana Kusnezowa, Foto, das eine Tätowierung auf dem rechten Oberarm zeigt, in: Gerald Kleffmann, Peter Pans Welt. *Süddeutsche Zeitung*, 30./31.5.2015.

4 Thomas Muster im Interview: Gerald Kleffmann, »Du verbrennst! Du verglühst!« *Süddeutsche Zeitung*, 21.5.2015.

5 WHO: Global Recommendations on Physical Activity for Health, Genf: WHO 2010 (http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241599979_eng.pdf?ua=1); Alfred Rütten, Karim Abu-Omar, Thomas Lampert, Thomas Ziese: Körperliche Aktivität (Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 26), hg. vom Robert Koch-Institut, Berlin, Juli 2005 (http://edoc.rki.de/documents/rki_fv/ren4T3ccjtHcA/PDF/29BFVzVHbIM_45.pdf).

Ende des 20. Jahrhunderts zogen sich in Deutschland jährlich 1 bis 1,5 Millionen Menschen Verletzungen durch Sport zu [473, 633].

Das sehr körperbetonte Handballspiel steht nicht nur in dem Ruf, den Teamgeist im Spiel im besonderen Maße einzufordern [352], sondern auch wesentlich robustere Spieler heranzubilden, als es zum Beispiel im Fußball üblich ist. Für die Handballer sind, so ist zu lesen, Schmerzen zwar das »Schlimmste« an ihrem Sport.⁶ Wenn sie sich auszeichnen im Sport, tun sie dies aber gerade dadurch, dass sie dahin vordringen, »wo es wehtut« – was nicht bildhaft gemeint ist.⁷ Damit sie das aushalten, ist es gängige Praxis, Schmerzmedikamente einzunehmen.⁸ Profi-Handballspieler, die mit Mitte 30 öffentlich eine abschließende sportliche Lebensbilanz ziehen, bewerten ihr Sportlerleben gemeinhin als positiv, auch wenn sie zum Beispiel gestehen: »Mein Knie fleht mich an«, aufzuhören: »Allein im rechten Knie hatte ich fünf Operationen. [...] Ich habe eine chronische Arthrose. Und nach Spielen hab ich oft das Gefühl, dass das Knie platzt.«⁹

Gerade die Kontaktsportarten wie Handball, Boxen, Hockey oder Fußball sind dazu angetan, in der historischen Betrachtung als gewalttätig zu erscheinen. Sport, der mit Körperkontakt einherging, galt lange als unkultiviert und gar als »un-deutsch«. Sport war englischen oder, wenn er olympisch war, französischen Ursprungs [6]. Die »rational organisierte Konkurrenz« [196], die der britische Sport für sich in Anspruch nahm, stand im deutschsprachigen Raum nicht hoch im Kurs. Der Internationalismus der Sportbewegung war in Deutschland um die Jahrhundertwende eher verdächtig, und die sozioökonomischen Gegebenheiten der Industriegesellschaft wurden noch nicht auf das Phantasiegebilde des edlen antiken griechischen Sports projiziert. Die organisierte deutsche Sportbewegung begann sich erst in den 1890er Jahren zu entwickeln [659].

Die Sportmedizin orientierte sich seit der Dresdener Hygiene-Ausstellung 1911 zusehends physiologisch [162, 599, 800]. Dies geschah zu einer Zeit, als Sport noch als individualistisch, einseitig auf Rekorde hin ausgerichtet, potentiell herz-kreislauf-, leber- oder nierenschädlich sowie zum

6 Ivano Balic in: Ralf Tögel, Nur noch am Wochenende. *Süddeutsche Zeitung*, 15./16.11.2014.

7 Über Steffen Weinhold, in: Joachim Mölter, Rückraum-Wühler. *Süddeutsche Zeitung*, 22.1.2015.

8 Michael Kraus in: Andreas Lesch, Wackelt da was? *Berliner Zeitung*, 22.1.2010.

9 Javier Cáceres, »Mein Knie fleht mich an«. Interview mit Iker Romero. *Süddeutsche Zeitung*, 15.5.2015.

Beispiel durch Muskel-Disproportionen als verunstaltend galt, wie es noch auf dem »Ersten Kongreß zur wissenschaftlichen Erforschung des Sportes und der Leibesübungen« im Golf-Club-Hotel im thüringischen Oberhof im September 1912 hieß. »Leibesübungen« war ein Begriff, der alle Arten von Körperschulung umfasste, in den Augen vieler aber noch vor allem auf das (deutsche) Turnen, das der Volksgesundheit diene, abzielte. Das Verhältnis war ein hierarchisches: Der Vorturner zeigte, wie es ging, das Volk sollte in Scharen zusammenströmen und es ihm, in Formation stehend oder zumindest regelgerecht, nachtun. Dies geschah vorzugsweise im Freien. Noch im Jahr 1925, als der Wettkampfgedanke bei den Turnern schon Anklang gefunden hatte, hieß es in einer Handball-Zeitschrift: »Freie Luft und heller Sonnenschein sind an sich schon Lebenswecker und -erhalter, Freudesbringer und -förderer.«¹⁰ »Sportübertreibungen« galten – nach der in Oberhof im Jahr 1912 geäußerten Meinung der Experten – als gefährlich, gerade für das Herz. Ein großes Herz galt *per se* als krankhaft. Sport sollten in erster Linie jene treiben, die dazu im besonderen Maße taugten. »Blutarme« und Menschen mit schwachen Nerven sollten sich besser auf das Turnen verlegen, d.h. Sport eignete sich zum Beispiel nicht für Intellektuelle, insofern diese dem Bild entsprachen, das andere sich gemeinhin von ihnen machten. Radfahren galt als gefährlich, Golf als vorzeigenswert [108, 383, 699]. Die sich formierende Sportmedizin geißelte die Rücksichtslosigkeit gegenüber dem eigenen Körper. (Vor-)Militärische Übungen jedoch standen stets in dem Ruf, den Charakter in günstiger Weise zu formen.

Als die »Deutsche Hochschule für Leibesübungen« in Berlin 1920 gegründet wurde, zogen Sport- und Turnfunktionäre meist am selben Strick [427]. Ende 1922 jedoch flammte der Konkurrenzkampf wieder auf. Die Deutsche Turnerschaft verkündete, dass Turnen und Sport »reinlich« geschieden werden müssten – keine Spielabteilung durfte der Deutschen Turnerschaft und zugleich den Sportverbänden angehören [353, 583]. Zu diesem Zeitpunkt changierte Handball noch zwischen Turnen und Sport. Mit Bestimmtheit wurde jedoch die Ansicht vertreten, dass es sich um ein deutsches Spiel handelte. Es gab zwar diverse Vorläufer im In- und Ausland. Schon vor dem Ersten Weltkrieg wurde in Tschechien ein Handballspiel gleichen Namens, »Házená«, praktiziert. In Deutschland spielte der Regionalismus eine Rolle: Verbreitet waren zum Beispiel das »Wiesbadener Torballspiel« für Män-

10 W. Braungardt: Der lebendigste, ewig schöne und reizvolle Ausdruck des Wettkampfes ist das Turnspiel. *Handball. Spielbeilage der »Märkischen Turn- und Sportzeitung«* 2, 49 (1925), 386.