

Flurin Condrau

Kommentar*

Die Beiträge dieses Sammelbandes verdeutlichen die Vielfalt der historischen Herangehensweisen, die Breite der Themenfelder und die immense Unübersichtlichkeit, was die Akteure in der Geschichte des öffentlichen Gesundheitswesens betrifft. Die verschiedenen Texte lassen sich nicht ohne Weiteres zusammenfassen und schon gar nicht auf eine einfache Formel bringen. Genau darin liegt die erste Herausforderung, mit der es die Geschichte von Public Health zu tun hat.

In mancherlei Hinsicht beginnt alles mit George Rosen und dessen „A History of Public Health“, erstmals veröffentlicht 1958.¹ Rosen, ein Zeitgenosse, Korrespondenzpartner und Kollege von Henry E. Sigerist und Erwin H. Ackerknecht, verknüpfte in seinem Buch die historischen Anstrengungen zur Gesundheitspflege zu einer großen Erzählung von der Antike bis zur damaligen Gegenwart. Rosens Buch schreibt die Geschichte der öffentlichen Gesundheitspflege als Suchbewegung, die man zwar nicht auf Fortschrittsgeschichte reduzieren kann, die aber trotzdem einem klassischen Erzählmuster medizinhistorischer Darstellungen folgt. Kennzeichnend ist ein lineares Geschichtsverständnis, das nationalen beziehungsweise geografischen Kriterien breiten Raum überlässt, selbst aber die Grundkategorien und Analysemethoden nicht weiter reflektiert. Damit lassen sich Fallstudien, wie sie in diesem Band vorgelegt werden, zwar in eine Chronologie einordnen, aber es ist damit wenig gewonnen, das zur Erklärung der spezifischen Herausforderungen und Lösungsansätze in der jüngeren Vergangenheit diene. Rosens Welt, so könnte man in Anlehnung an Goethes Bonmot, wonach jede Generation ihre Geschichte zu schreiben habe, vielleicht sagen, war eine andere als unsere Welt heute. Wir benötigen deshalb eine andere Geschichte der öffentlichen Gesundheit.

Mein erster Punkt betrifft die grundsätzliche Frage nach der Methode. Wie kann, wie soll die Geschichte des öffentlichen Gesundheitswesens geschrieben werden, sodass die einzelnen Fälle sinnhaft aufeinander bezogen werden können? Dabei stellt sich auch die Herausforderung der Vermittlung. Rosens Variante der linearen Entwicklung hat den großen Vorteil der einfachen kommunikativen Ver-

* Gedruckt ist die schriftliche Fassung eines mündlich gehaltenen Kommentars. Es handelt sich bewusst um ein „opinion-piece“ auf Basis der Lektüre dieses hoch interessanten Sammelbandes. Es liegt in der Natur des Textes, dass die Argumente nicht breit ausgeführt, die Literatur nicht umfassend rezipiert und die Aussagen oft recht holzschnittartig sind. Ich danke dem Herausgeber für die Gelegenheit, mich auf diesem Weg zu den mir wichtig erscheinenden Herausforderungen zu äußern.

¹ George Rosen: A History of Public Health. New York 1958.

mittlung an ein breiteres Publikum. Das ist meiner Meinung nach ein interessanter Punkt, denn er zwingt uns genau darzulegen, für wen wir unsere Analysen eigentlich schreiben. Wenn etwa Kommunikation in und mit der Medizin das Ziel ist, muss für uns die Aufgabe lauten, eine „nach innen“ komplexe Analyse „nach außen“ relativ einfach zu kommunizieren. Meiner Meinung nach ist das die wichtigste Aufgabe, die mit dem Projekt der „Medical Humanities“ verbunden werden sollte: geistes- und sozialwissenschaftliche Überlegungen mit medizinischem Denken und Handeln in Schwingung zu versetzen. Für die Geschichte der öffentlichen Gesundheit wird es also darum gehen, präzise Forschungsfragen zu stellen, die Grundkategorien wie etwa Gesundheit, Krankheit oder sogar Medizin als historische Größen zu verstehen sowie die großen Fragen der Geschichte zu berücksichtigen, die möglicherweise über das enge eigene Forschungsinteresse hinausgehen. Aber wie könnten solche methodischen Überlegungen aussehen? Historische Metatheorien beantworten zwar keine Detailfragen, aber sie helfen, das Untersuchungsthema und die Detailfragen in einen größeren Zusammenhang zu stellen. Ein bekanntes Beispiel hierfür ist Norbert Elias und der von ihm postulierte Prozess der Zivilisation.² Aus der Sicht von Elias präsentiert sich die Geschichte als Ablauf von Zivilisierungs- und Disziplinierungsschritten. Errungenschaften des täglichen Lebens lassen sich nach Elias demnach in einen historischen Metaprozess einordnen. Bekanntlich hat sich Alfons Labisch mit seiner Formel des „Homo Hygienicus“ bereits seit Ende der 1980er-Jahre mit Elias auseinandergesetzt.³ Der säkulare Disziplinierungsprozess war ihm zufolge dafür verantwortlich, dass sich Gesundheit zu einer normativen Wertvorstellung entwickelte. Eine zentrale Problematik bildet dabei die Frage nach den Akteuren: Wer diszipliniert? Wer zivilisiert eigentlich wen? Das geht noch einigermaßen gut, wenn man die Hauptlast des Handelns bei staatlichen Akteuren verortet. So ist etwa die „Vollständige medizinische Polizey“ von Johann Peter Frank⁴ sicherlich ein gutes Beispiel, um die Verbindung von Staat und Medizin zu belegen. Aber was genau ist mit dem Disziplinierungsbegriff gewonnen, wenn es um die Analyse der städtischen Gesundheit im Kontext der Umwelthygiene geht? Das wird noch komplizierter, wenn die jüngere Vergangenheit mit einbezogen wird und die öffentliche Gesundheitspflege nach 1945 untersucht werden soll. Der Staat ist spätestens dann nicht mehr der einzige Akteur, sodass die Zivilisierungs- und Disziplinierungshypothese an Überzeugungskraft verliert.

Eine weitere konzeptionelle Idee, die sich gerade im deutschen Sprachraum größter Beliebtheit erfreut, basiert auf Michel Foucaults Begriff „Gouvernementalität“.⁵ Die öffentliche Gesundheit wäre nach Foucault ein politischer Kampf-

² Norbert Elias: *Wandlungen der Gesellschaft. Entwurf zu einer Theorie der Zivilisation*. Frankfurt a. M. 322013 (zuerst erschienen 1939).

³ Alfons Labisch: *Homo Hygienicus. Gesundheit und Medizin in der Neuzeit*. Frankfurt a. M. 1992.

⁴ Johann Peter Frank: *System einer vollständigen medicinischen Polizey* [5 Bde.]. Mannheim [1780–1790].

⁵ Michel Foucault: *Sicherheit, Territorium, Bevölkerung. Geschichte der Gouvernementalität I*. Frankfurt a. M. 2006.

platz, an dem medizinisch begründete Körperpolitik am Einzelnen und am mehr oder weniger imaginierten Volkskörper betrieben wird. Die Beiträge von Friedrich Lenger und Alfons Labisch zielen in diese Richtung. Lenger geht dabei vor allem auf den städtischen Raum und auch auf die Frage des Wohnraums im Hygienediskurs des 19. Jahrhunderts ein und verdeutlicht, dass Hygiene und Medizin tatsächlich Herrschaftsinstrumente in der Hand der paternalistischen Sozialpolitik des Kaiserreichs waren. Labisch geht demgegenüber auf das Definitions- und Handlungsmonopol der Ärzte über die Körper der Patienten ein. Auch hier kann man auf Franks „Medizinische Polizey“ verweisen oder auf den Medikalisierungsschub, der durch die Entstehung der Krankenkassen im 19. Jahrhundert ausgelöst wurde. Die Frage nach den Akteuren und den Wegen der Gouvernamentalität zwingt aber zu einem breiteren Denken. In Philipp Ostens Beitrag taucht beispielsweise der Gesundheits- und Aufklärungsfilm auf. Man könnte dieses Filmgenre als Herrschaftstechnik im genannten Sinn interpretieren. Dadurch gerät nicht nur die Wissensproduktion in der öffentlichen Gesundheitspflege ins Bild, sondern es kommen auch die Kommunikationskanäle in den Blick. Im Sinne der eingangs formulierten Aufforderung, unsere Forschungen über die Fachgrenzen hinaus zu kommunizieren, scheint mir die Analyse der historischen Kommunikationsformen – nicht nur, aber auch durch den Aufklärungsfilm – ein sehr wichtiges Thema für die Geschichte des öffentlichen Gesundheitswesens zu sein. Der Zusammenhang von Wissensproduktion und Kommunikation müsste im Vordergrund einer solchen Untersuchung stehen, um zu zeigen, dass weder heutige noch vergangene Gesundheitskommunikation jemals ahistorisch gedacht werden kann.

Nikolas Rose titelte 2001 einen Aufsatz und 2007 ein Buch „The Politics of Life Itself“.⁶ Stark an Foucault angelehnt bietet Rose eine soziologische Analyse des 20. Jahrhunderts an, die für unser Thema sicher relevant ist. Die hier etwas vereinfachte Kernaussage von Rose scheint darauf hinauszulaufen, dass alles, was mit Gesundheit, Krankheit und Prävention zu tun hat, immer Politik ist. Für Rose gibt es keine gesundheitsrelevante Maßnahme, keine Vorsorgeuntersuchung und auch keine Präventionskampagne, die nicht als politische Intervention gelesen werden muss.⁷ Er sieht in der Wissenschaft im Allgemeinen und Medizin im Speziellen immer politische Wissens- und Ordnungssysteme. Rose argumentiert für eine fundamentale Verschiebung der Akteure, die diese Strukturen des Wissens prägen und steuern. Seine Hypothese, dass staatliche Akteure durch marktliberale Akteure wie zum Beispiel die pharmazeutische Industrie ersetzt wurden, die nun auf neue Systeme der „Governance“ setzen müssen, überzeugt in der klaren Abgrenzung allerdings nur zum Teil, weil der Staat zweifelsfrei ein wichtiger Akteur im öffentlichen Gesundheitswesen geblieben ist und auch weiterhin bleiben wird.

⁶ Nikolas S. Rose: *The Politics of Life Itself: Biomedicine, Power, and Subjectivity in the Twenty-First Century*. Princeton 2007; ders.: *The Politics of Life Itself*. In: *Theory, Culture and Society* 18 (2001), S. 1–30.

⁷ Als Beispiel vgl. Susan Greenhalgh: *Weighty Subjects: The Biopolitics of the U.S. War on Fat*. In: *American Ethnologist* 39 (2012), S. 471–487.

Die große Herausforderung etwa im Zusammenhang mit der Digitalisierung wird es sein, die verschiedenen Akteure und Felder der Gesundheitspolitik miteinander statt strikt getrennt zu denken. Man mag also bei allen diesen großen Entwürfen immer etwas aussetzen haben. Mir scheint, gerade wenn man eine gewisse Ordnung ins Feld bekommen möchte, trotz allem eine konzeptionelle Fundierung der Forschung notwendig. Das heißt nicht, dass alle Beiträge dieselbe Grundlage haben sollten, aber dass gerade die Geschichtsschreibung dazu prädestiniert ist, genauer festzuhalten, warum sie sich immer wieder neu für die öffentliche Gesundheit interessiert. Das muss gar nicht immer theorielastig und abstrakt sein, sondern kann sich, wie in der angelsächsischen Tradition üblich, auch ganz empirisch ergeben. Nur scheinen mir die konzeptionellen Fragen wichtig, um das Feld nicht in endlos viele Fallstudien zu zerstückeln, die dann nur noch für Fachleute interessant sind.

Es ist sehr zu begrüßen, dass dieser Sammelband die Geschichte des öffentlichen Gesundheitswesens bis in die Gegenwart denkt. Das ist weder selbstverständlich noch ganz einfach. Mich überzeugt deshalb die Einleitung zu diesem Band von Heinz-Peter Schmiedebach besonders auch darum, weil sie den Bogen zu aktuellen Herausforderungen für die beziehungsweise zu Entwicklungen in der jüngeren Geschichte der öffentlichen Gesundheit spannt. Das ist nicht selbstverständlich und auch nicht ganz ohne Preis. Gerade in den letzten Jahren verbreitete sich unter dem Eindruck knapper werdender Ressourcen die Forderung, Geschichte müsse sich an den tagesaktuellen Fragen orientieren, um die Nützlichkeit des Faches zu beweisen. Das ist in dieser direkten Form sicher eine zweischneidige Sache: Geschichte nur unter dem Primat des Gegenwartsbezugs zu schreiben, zerstört die Grundlagen des Faches, denn wir verstehen das Fach nicht primär als ein Einführungskapitel zur Gegenwartsanalyse. Der umgekehrte Weg ist aber auch nicht anzuraten, denn ganz ohne Rücksicht auf die Gegenwart macht sich die Geschichte gerade in den Zeiten der Finanzknappheit letztlich überflüssig. So gesehen finde ich Schmiedebachs Konzeptualisierung des Bandes vorbildlich, denn er erzeugt diesen Anschluss mithilfe einer problemorientierten Gegenwartsanalyse. Zu diesem aktuellen Aufriss stehen die Beiträge nicht zwingend in direkter Beziehung und das ist für einen historischen Sammelband sicher gut so. Ich frage mich allerdings vor dem Hintergrund der Diskussionen um „Medical Humanities“ doch auch, ob man nicht weiter gehen könnte: Gemeinsam verfasste Arbeitspapiere zu Geschichte und Gegenwart von Public Health. Das nötigt uns vonseiten der Medizingeschichte gewisse fachliche Kompromisse ab, erfordert aber auch einen Partner oder eine Partnerin mit der Bereitschaft sich auf eine historische Problematisierung einzulassen. Diese Kooperation ist schon oft versucht worden, funktioniert in Diskussionsrunden recht gut, findet aber noch zu selten Eingang in die Publikationspraxis, die immer noch sehr disziplinär geprägt ist.

Die Texte des Bandes nehmen den Gegenwartsbezug der Einleitung vielversprechend auf. Da ist zum Beispiel der Beitrag von Rainer Müller, Karl-Heinz Wehkamp und Joachim Larisch. Der Text eröffnet viele interessante Fragen, scheint mir umgekehrt aber etwas offen in seiner historischen Konzeptualisierung zu sein. Nun ist es die Aufgabe der Wissenschaft, möglichst überzeugende, empirisch

abgestützte Argumente vorzuführen. Aber gerade wenn Geschichte einen Gegenwartsbezug herstellen will, bleibt das fast zwangsweise hypothetisch, eher diskussions- und meinungsbezogen. Überzeugend ist dabei vor allem die robust vorgeführte Historisierung von Grundbegriffen wie desjenigen der Öffentlichkeit. So lässt sich sofort nachvollziehen, dass sich der Öffentlichkeitsbegriff des 19. Jahrhunderts von demjenigen des 21. Jahrhunderts gründlich unterscheidet. Eine lange Geschichte des öffentlichen Gesundheitswesens steht damit vor der nicht unerheblichen Frage, wie man mit den historischen Begriffen der Öffentlichkeit und der Gesundheit umgehen soll. Das ist ein echter Gewinn dieses Beitrags. Damit kommt man meines Erachtens nicht zwingend in einem radikalen historischen Relativismus an, sondern in einer historisch gehaltvollen Analyse, deren Stärke in der präzisen, nachvollziehbaren Begrifflichkeit liegt.

Auch Christoph Gradmann und Martin Lengwiler nehmen diesen Bezug explizit mit auf. Gradmann verdeutlicht am Beispiel der Geschichte der Infektionskrankheiten und ihrer Bekämpfung im langen 20. Jahrhundert, wie notwendig die historische Analyse zur Erklärung der heutigen Problemlage ist. Ackerknechts Spruch, wonach die Wahrheit von heute der Irrtum von morgen sein wird, lässt sich in Gradmanns Analyse wunderbar nachvollziehen. Wie sonst ließe sich erklären, dass zahlreiche Exponenten der Medizin seit den 1950er-Jahren von einem baldigen Ende von Infektion als namhaftem Gesundheitsproblem ausgingen. Lengwiler schließt an das Gesagte an, indem er anhand einzelner Exponenten die Genese von Sozialmedizin und sozialer Medizin in der Bundesrepublik Deutschland nachzeichnet. Während die Sozialmedizin einer individualisierenden Konzeption von Gesundheitsvorsorge durch das Risikofaktorenmodell den Vorzug gab, argumentierte die soziale Medizin im Sinne der gesellschaftlichen Ursachen von Krankheiten.

Damit werden zentrale Themen der jüngeren Medizingeschichte angesprochen. Die in der berühmten Framingham-Studie erstmals breit angewendete, auf stochastischen Überlegungen basierende Analyse der Bedeutung des Lebensstils in Bezug auf ein individuelles Krankheitsrisiko, stellte einen bedeutsamen Individualisierungsschub dar und wurde bisher in der Literatur als Teil der sogenannten New Public Health angesehen. So begründeten beispielsweise die Universität und der Kanton Zürich noch Anfang der 1960er-Jahre die Einrichtung eines Instituts für Sozial- und Präventivmedizin mit dem offensichtlichen Scheitern der therapeutisch-klinischen Medizin im Bereich der chronischen Krankheiten. Das fiel damals relativ leicht, weil die Risikofaktorenepidemiologie eine individualisierte und nicht etwa gesellschaftliche Verantwortung für Krankheitsprozesse formulierte.⁸ Der Hinweis auf die Vertreter der sozialen Medizin, lässt aber auch eine andere Entwicklung wichtig werden, nämlich die Diskussion um die sogenannten *Social Determinants of Health*, also um die gesellschaftlichen Ursachen von Krank-

⁸ Niklaus Ingold/Flurin Condrau: Gesundheit am Arbeitsplatz. Betriebliche Fitness in den 1960er- und 1970er-Jahren. In: Brigitta Bernet/Jakob Tanner (Hg.) *Ausser Betrieb. Metamorphosen der Arbeit in der Schweiz*. Zürich 2015, S. 276–292.

heit.⁹ Eine zentrale Dimension, die in diesem Band von Monika Ankeles Beitrag vertreten wird, ist die Geschichte der Arbeitsmedizin sowie des Zusammenhanges von Arbeit und Gesundheit. Auch hier ließe sich die Geschichte leicht über die etablierten Epochengrenzen hinausschreiben. Gerade aus Schweizer Sicht ist die Institutionalisierung der Arbeitsmedizin in Deutschland nach 1945 äußerst interessant, da die Schweiz bis in die 1970er-Jahre fast gar keine Arbeitsmedizin kannte. Eva Brinkschultes Text gelingt dieser epochenübergreifende Ansatz, indem sie einer Exponentin der sozialen Medizin der Weimarer Republik bis in die Phase der DDR folgt. Darüber hinaus kann sie durch die enge Konzentration auf Elfriede Paul eine Akteurin und ihre Rolle ins Zentrum ihrer Analyse stellen.

Die Thematik der *Social Determinants* schließt an die in der Medizingeschichte jahrzehntelang geführte Diskussion der sogenannten McKeown-Hypothese an. McKeown hatte ja pointiert formuliert, dass der säkulare Sterblichkeitsrückgang in der westlichen Welt nicht etwa mit Erfolgen der (klinischen) Medizin, sondern mit der Entwicklung des durchschnittlichen Lebensstandards zu erklären sei.¹⁰ McKeowns Originalpublikationen entstanden zwar schon Jahrzehnte früher, aber in der Phase der Medizinkritik der 1970er-Jahre gewann seine Interpretation eine beachtliche Verbreitung. Letztlich stellte sich anhand dieser Hypothese die Frage, wozu die ganze klinische Medizin eigentlich gut sei, wenn doch die wesentlichen Gewinne der Lebenserwartung nicht von ihr bestimmt würden. Illich nannte dasselbe Phänomen *Nemesis of Medicine* – die industriell-therapeutische Medizin nütze primär sich selbst, nicht aber den Patienten.¹¹ Ganz im Geist der 1970er-Jahre geschrieben, lohnt es auch hier, diese Beiträge zu historisieren. Es fällt auf, dass solche Texte damals beispielsweise unter Hausärzten recht positiv aufgenommen wurden.¹² Während McKeowns Denken einerseits Träger der globalen Gesundheitspolitik wie etwa die WHO durchaus beeinflusst hat, versiegt meines Erachtens die akademische Diskussion und taucht erst jüngst unter dem Titel der unnötigen Eingriffe oder der kostenintensiven Überbehandlung wieder auf. Warum endete die Diskussion über den Nutzen der klinischen Medizin ungefähr mit dem Beginn der 1980er-Jahre? Eine mögliche Antwort hängt vielleicht aber doch mit den Entwicklungen in der Medizin selbst zusammen. Das in den 1970er-Jahren in den USA Fahrt gewinnende Projekt der Ethik in der Medizin konzentrierte sich vor allem auf die Arzt-Patient-Beziehung. Davon ausgehend fragte die aufkommende Ethik nach Autonomie und Entscheidungshoheit und begann, mit der Formel des *Informed Consent* den medizinischen Paternalismus zu kritisieren und durch ein neues Modell der Arzt-Patient-Beziehung zu ersetzen. Man müsste das intensiver erforschen, aber mir drängt sich der Eindruck auf, dass die Phase der auch politisch artikulierten Medizinkritik ungefähr zeitgleich mit dem Sieges-

⁹ Paula Braveman/Laura Gottlieb: The Social Determinants of Health. It's Time to Consider the Causes of the Causes. In: Public Health Reports 129 (2014), S. 19–31.

¹⁰ Thomas McKeown: The Role of Medicine. Dream, Mirage or Nemesis? London 1976.

¹¹ Ivan Illich: Medical Nemesis. The Expropriation of Health. New York 1976.

¹² Flurin Condrau/Carsten Timmermann: Ivan Illichs Medical Nemesis und die Medizingeschichte. Nach Feierabend. In: Zürcher Jahrbuch für Wissenschaftsgeschichte 8 (2012), S. 179–188.

zug der Ethik in der Medizin endete.¹³ Hier fügt sich Marckmanns Beitrag bestens ein, der über die Herausforderungen einer ethischen Begleitung von Public Health-Maßnahmen nachdenkt. Mit diesem Beitrag gelingt die Integration moralphilosophischer und damit normativer Überlegungen in diesen Sammelband, was ich angesichts der breiten Rezeption ethischer Gedanken in der gegenwärtigen Medizin für zentral halte. Mit dem normativen Framework der Ethik-Analyse – wie sie Marckmann vorschlägt – ergibt sich eine interessante Klassifikation und Diskussion wichtiger Grundfragen von aktuellen Public Health-Programmen. Anders als in der Medizingeschichte üblich, schlägt er wichtige Grundbegriffe vor. So spricht er von der „Wirksamkeit“ einer Public Health-Maßnahme als objektiv messbarer Größe. Nur: Wer bestimmt diese, wer definiert und wer überprüft die Wirksamkeit der Medizin? Die Medizingeschichte wird gegenüber solchen Begriffen eher skeptisch bleiben. Aber es leitet sich daraus die Forschungsfrage nach der Geschichte des Qualitätsbegriffs ab, gerade auch in Bezug auf die Frage nach „guten“ oder „hilfreichen“ Public Health-Maßnahmen. Die Medizingeschichte weiß zwar, dass ein „guter“ Arzt nur „gut“ in seiner Zeit ist, aber wie steht es um die Medizin? Was ist gute Medizin? Warum ändern sich die Herausforderungen und gibt es als historische Folge guter Medizin noch bessere Medizin oder muss die Historizität der Medizin anders als im Komparativ (gut-besser-am besten) gedacht werden?

Daten, die man für solche Fragen mobilisieren könnte, entstehen nicht einfach so, sondern werden in einem medizinischen, wissenschaftlichen und letztlich auch politischen Kontext „gemacht“. Die Historizität der Grundbegriffe wie beispielsweise desjenigen der Evidenz dürfte die Interpretationen der öffentlichen Gesundheit besonders seit dem Zweiten Weltkrieg maßgeblich beeinflusst haben. Das scheint mir die Hauptleistung des Beitrags von Martin Dinges zu sein, der die Historizität der Datenproduktion überzeugend vorführt. Er zeigt, wie in einem entsprechenden Kontext Daten fast automatisch weitere Forschung erzeugen, während zum Beispiel in Bezug auf die statistisch nachweisbare Übersterblichkeit der Männer eben kein solcher Automatismus ausgelöst wurde. Darauf lässt sich in zweierlei Richtung aufbauen: Einerseits sollten wir noch präziser nach der Entstehungsgeschichte von Daten fragen. Wie funktionieren die Kategorien, wer profitiert vom Nachweis bestimmter Zusammenhänge, wer kontrolliert die Messungen und wie geschehen diese überhaupt? Andererseits folgt aus den Daten nicht immer eine Intervention. Warum dominieren bestimmte Themen, während andere mehr oder weniger bewusst in den Hintergrund gerückt werden? Labischs Diktum von der „skandalisierten Krankheit“ weist in die richtige Richtung: Daten sind immer auch ein Ausdruck von Interessen. Diesen gilt es nachzuspüren – gerade wenn man sich im Zeitalter der evidenzbasierten Medizin befindet. Dabei handelt es sich um eine Phase, die die Historizität der Evidenz eher leugnet, denn analysiert.

¹³ Roger Cooter: The Resistible Rise of Modern Bioethics. In: Social History of Medicine 8 (1995), S. 257–270.

