



Dies ist eine Leseprobe von Klett-Cotta. Dieses Buch und unser  
gesamtes Programm finden Sie unter [www.klett-cotta.de](http://www.klett-cotta.de)



Bettina Hitzer

# KREBS FÜHLEN

*Eine Emotionsgeschichte  
des 20. Jahrhunderts*

Klett-Cotta

Klett-Cotta  
www.klett-cotta.de  
© 2020 by J. G. Cotta'sche Buchhandlung  
Nachfolger GmbH, gegr. 1659, Stuttgart  
Alle Rechte vorbehalten  
Printed in Germany  
Cover: Rothfos & Gabler, Hamburg  
unter Verwendung einer Abbildung von Luis Jiminez Aranda,  
»The Visit of the Doctor«, 1897, © akg-images  
Gesetzt von Dörlemann Satz, Lemförde  
Gedruckt und gebunden von Friedrich Pustet  
GmbH & Co. KG, Regensburg  
ISBN 978-3-608-96459-2

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek:  
Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der  
Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten  
sind im Internet über <<http://dnb.d-nb.de>> abrufbar.

# INHALT

1	GEFÜHLSGESCHICHTE SCHREIBEN .....	9
2	KREBS ERKLÄREN UND ERFORSCHEN .....	31
	Die experimentelle Krebsforschung .....	35
	Die verborgene Wissensgeschichte.....	42
	Gefühlsanästhesie und Schuldfrage nach 1945.....	59
	Krebs-Persönlichkeiten: Dominante Mütter und gefühlstaube Töchter.....	68
	Zeitdiagnosen – die (Un-)Fähigkeit zu Trauer, Wut und Zorn.....	85
	Psychoonkologie und Psychoneuroimmunologie .....	98
3	KREBS ERKENNEN .....	103
	Die Erfindung einer heilbaren Krankheit.....	108
	Gefühlsresonanzen in der Zwischenkriegszeit .....	118
	Die Pflicht zur Selbstbeobachtung in der NS-»Volksgemeinschaft« .....	132
	Sozialistische Lebensfreude oder erhobener Zeigefinger in DDR und Bundesrepublik .....	144
	Glück, Gesundheit, Glaube – die Macht des guten Gefühls .....	163
4	ÜBER KREBS SPRECHEN .....	178
	Der Krebs, das Tabu und der Tod .....	183
	Variationen des Schweigens .....	208
	Hoffnung in der Nachkriegszeit .....	233
	Von sich selbst erzählen.....	250
	Gesprächsstrategien im Zeitalter der Empathie.....	274

5	KREBS ERFAHREN .....	278
	Verschwiegene Angst, verborgener Ekel .....	282
	(K)ein schneller Weg zurück .....	338
	Im »Strahlenbunker« .....	353
	Gefühlslogiken der Chemotherapie .....	369
	Hoffnung: Versprechen oder Last? .....	389
6	KREBS FÜHLEN IM 20. JAHRHUNDERT .....	393
	ANHANG .....	433
	Dank .....	435
	Anmerkungen .....	438
	Abkürzungsverzeichnis .....	478
	Abbildungsverzeichnis .....	479
	Quellen- und Literaturverzeichnis .....	481
	Personenregister .....	524
	Sachregister .....	532

*Für Christoph  
Felix, Carlotta und Henrietta*

# KAPITEL 1

## GEFÜHLSGESCHICHTE SCHREIBEN

Mit dem Abstand von mehr als 100 Jahren blickt uns aus diesem Porträt die damals 37-jährige Valentine Godé-Darel in die Augen, festgehalten über eine längere Zeit hinweg von Ferdinand Hodler, Schweizer Symbolist und Maler des Jugendstils. 1910, als Hodler dieses Bild seiner Geliebten malte, wusste Valentine Godé-Darel noch nicht, dass sie an Unterleibskrebs erkranken würde, einer zu diesem Zeitpunkt fast immer tödlichen Krankheit. Zwei Jahre später zeigten sich jedoch die ersten Krankheitszeichen und kurz darauf bekam ihre Krankheit auch einen Namen: Krebs. Hodler, der sich bereits zuvor in seinem Werk häufig mit dem Tod auseinandergesetzt hatte, begleitete das Sterben Valentine Godé-Darels malend bis zum letzten Tag ihres Lebens am 25. Januar 1915. Mehr als 50 Ölgemälde und weit über 100 Zeichnungen dokumentieren Hodlers Blick auf seine Geliebte, viele zeigen ihren körperlichen Verfall ebenso wie ihre zunehmende Zurückgezogenheit in sich selbst, ihren Blick, der sich dem Betrachter mehr und mehr entzieht.

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

Fast 100 Jahre später starb der Schriftsteller Wolfgang Herrndorf. 44-jährig hatte er erfahren, dass in seinem Kopf ein bösartiger Tumor wuchs, ein Glioblastom. Mehr als drei Jahre lang protokollierte er in einem Blog, was er tat, dachte, fühlte, wie er operiert, bestrahlt und mit Medikamenten be-

## *Fühlen wir alle gleich?*

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

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

Heute sind es vor allem die kognitive Psychologie und die Neurowissenschaften, die ihren Forschungen das Axiom einer Universalität der Gefühle zugrunde legten. Am deutlichsten kam dies in der jüngeren Vergangenheit in der Suche nach den sogenannten *basic emotions*, einem bestimmten Set universal gleicher Grundgefühle, zum Ausdruck.<sup>3</sup> Doch auch aus den Reihen der neurowissenschaftlichen Emotionsforschung wird diese Annahme zunehmend kritisiert und relativiert.<sup>4</sup>

## *Der ganz andere Blick – Gefühle und Geschichte*

Aus Sicht der Emotionsgeschichte sind Gefühle zunächst einmal das, was Menschen als Gefühl beschreiben und erleben.<sup>5</sup> Gefühle haben immer eine körperliche Entsprechung, da Nervenreizungen, Synapsenverbindungen ebenso wie biochemische Vorgänge das Fühlen begleiten. Doch gerade mit Blick auf die damit in vielem verwandte Schmerzforschung wird deutlich, dass die Relevanz, Bedeutsamkeit und Sinnhaftigkeit durch den Blick auf das körperlich Nachweisbare allein nicht zu erfassen sind.<sup>6</sup> Die Schmerzforschung ist konfrontiert mit Phänomenen wie dem Phantomschmerz, dem chronischen Schmerz ohne erkennbare Ursache, dem nicht gefühlten Schmerz des Soldaten in der Kampfsituation sowie der Möglichkeit der mentalen Schmerzregulation. Dementsprechend ringt sie seit langem mit dem Problem, dass Schmerz zwar zweifellos an den Körper gebunden ist, dennoch aber selbst bei ähnlichem körperlichen Befund vollkommen unterschiedlich empfunden werden kann.

Wenn die Emotionsgeschichte Gefühl nicht als feststehende analytische Kategorie versteht, so wie es die Sozialgeschichte etwa mit dem Begriff der Klasse vorgeführt hat, muss sie ihren Gegenstand anders bestimmen. Die Alternative könnte lauten, nach den jeweiligen historischen Begrifflichkeiten Ausschau zu halten und deren Bedeutungen und Verwendungsweisen im Sinne der Historischen Semantik als Gegenstand zu definieren: Gefühl ist immer das, was die Menschen als solches empfunden und benannt haben. Mit einer solchen, aus den Quellen herausgelesenen Definition des Gefühls und der Gefühle kann das Gefühl ebenso wie einzelne Gefühle dann auch dort aufgefunden werden, wo der Begriff selber fehlt. Ebenso können historische Bedeutungsverschiebungen von Gefühlsbegriffen nachvollzogen werden.

Doch stößt dieses Vorgehen immer dann an eine Grenze, wenn die Kontinuität der Begrifflichkeiten abbricht oder der zentrale Begriff des Gefühls fehlt. Handelt es sich etwa noch um eine Gefühlsgeschichte, wenn von Gefühlen gar nicht mehr oder noch gar nicht die Rede ist? Wenn nur Sentimente, Leidenschaften und Passionen zur Sprache kommen, die sich zwar – zugegeben – historisch-begrifflich mit dem späteren Begriff des Gefühls verbinden lassen, aber doch mit vielfachen semantischen Verschiebungen? Sicherlich ist hier die Brücke zeitgenössischer Übersetzungsversuche ein zwar anspruchsvoller, aber methodisch vielversprechender Weg.<sup>7</sup> Aber

scheint er nicht kaum gangbar in einem Projekt wie diesem, in dem es nicht zentral um ein bestimmtes Gefühl und dessen Geschichte geht, sondern um eine vielgesichtige Analyse des historischen Verhältnisses von Gefühl und Gefühlen einerseits und der Auseinandersetzung mit der Krebskrankheit andererseits?

Denn das, was diese Gefühlsgeschichte auszeichnet, ist nicht das Bemühen, einen weiteren bisher vernachlässigten Begriff ins Tableau der Geschichte einzufügen. Die Gefühlsgeschichte gewinnt ihre Bedeutung, weil sie beansprucht, mit dem Gefühl einen in mancher Hinsicht besonderen und bedeutsamen Gegenstand zu erforschen. Damit ist der Punkt erreicht, an dem ich so etwas wie eine historisch informierte Basisdefinition des Gefühls geben möchte, die versuchsweise universale Gültigkeit beansprucht.

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

Bei diesen Lernprozessen geht es also nicht allein um das Erlernen von Ausdrucks- und Sagbarkeitsregeln, sondern auch um die Prägung des Fühlens selbst, das nur als Möglichkeit immer schon da ist. Nicht nur das: Diese Annahme beansprucht, die spätestens seit der westlichen Moderne angenommene Unterscheidung von innerem »authentischen« Gefühl und äußerem, durch Gefühlsregeln bestimmten Ausdruck in Frage zu stellen.<sup>8</sup> Denn die bereits im inneren Gespräch mit mir selbst vorgenommene Wahrneh-

mung, Benennung oder Beschreibung eines Gefühlszustands greift auf erlernte Begriffe zurück und damit auf ein Netz aus Bedeutungszuschreibungen, Normen, Regeln sowie körperlichen und sprachlichen Ausdrucksformen. Dieser Prozess der Navigation des Gefühls, um den Begriff des amerikanischen Historikers William M. Reddy zu gebrauchen, überschreitet die Trennung zwischen einem Innen und einem Außen des Gefühls.<sup>9</sup> Das bedeutet auch, dass das benannte Gefühl nicht alles umgreift, was der Mensch fühlt. Genau dies erscheint sogar als besonderes Charakteristikum des Gefühls, die Tatsache, dass Gefühle an ihren Rändern unscharf bleiben. Aus diesem Grund sind Prozesse der Gefühlsnavigation oft nicht endgültig, erfolgen immer wieder aufs Neue und führen dann zu einem anderen Ergebnis. Diese immer neuen Suchbewegungen tragen ihrerseits zum Wandel von Gefühlskonzepten und -bewertungen bei.<sup>10</sup>

So betrachtet sind Gefühle also aus Sicht der Emotionsgeschichte universal (als grundsätzliche Fähigkeit zum Gefühl), individuell (als bis zu einem gewissen Grad ganz eigene Gefühlsnavigation einer Person) und historisch (als Ergebnis dieser Navigationsprozesse in der sozialen Kommunikation). Damit verliert die Angst vor oder in der Krebskrankheit ihre anfangs konstatierte Fraglosigkeit. Die Angst änderte ihre Gestalt, weil sich Krebskranke im Verlauf des 20. Jahrhunderts in unterschiedlichen Räumen aufgehalten haben, sich mit verschiedenartigen Therapien konfrontiert sahen, wechselnden Heilungschancen begegneten, weil Ärzte, Schwestern und Pfleger ihnen je nach historischem Kontext anders gegenübertraten. Doch auch die Art und Weise, wie sich Angst anfühlte, veränderte sich, weil sich Vorstellungen über die Natur von Angst, über ihren Sinn, ihren Wert, ihre Rationalität wandelten: Denn wenn ich Angst für Feigheit halte, verachte ich mich vielleicht für meine Angst, suche womöglich in Einsamkeit mit meiner Angst fertig zu werden, weil ich sie verstecken möchte. Halte ich Angst für würdelos, kann mir das Bemühen um Würde innere Festigkeit geben – oder mich in die Verzweiflung treiben. Erachte ich Angst für schädlich, macht mir meine Angst eventuell sogar zusätzlich Angst, sorgt dafür, dass ich mich schuldig fühle – und lässt mich unter Umständen Hilfe suchen, damit es mir gelingt, meine Angst zu überwinden und in Hoffnung umzuwandeln.

Angst – genauso wie jedes andere Gefühl – kann sich also sehr unterschiedlich anfühlen. Auch wenn diese Angst immer meine Angst bleibt, ist ein großer Teil der Fühlweisen meiner Angst das Ergebnis von Geschichte: Die Angst ist also weder historisch kontingent noch vollkommen determi-

niert. Und genau um diese historisch geprägten Fühlweisen geht es in dieser Gefühlsgeschichte der Krebskrankheit.

### *Wozu Gefühlsgeschichte?*

Im 20. Jahrhundert gewann die Auseinandersetzung mit der Relevanz von Gefühlen für die Krebserkrankung eine herausragende Bedeutung. Sie prägte Diskussionen über die Natur des Selbst, des Körpers und des Todes, und Krebs avancierte zur viel gebrauchten Metapher politischer Bewegungen und politischer Kultur. Krebs wurde mit dem Übergang zum 20. Jahrhundert zu einer Leitkrankheit Westeuropas und der USA.<sup>11</sup> Zwar gab es die Krebskrankheit bereits in der Antike, und es finden sich Hinweise darauf, dass Krebs auch im Mittelalter zu den gefürchteten, da nur schwer heilbaren und für ihre Schmerzhaftigkeit berühmtesten Krankheiten zählte.<sup>12</sup> Allerdings war das, was mittelalterliche oder frühneuzeitliche Ärzte als Krebs benannten, ein eher seltenes Leiden. Meist wurde Krebs diagnostiziert, wenn Geschwüre und Tumoren äußerlich sichtbar waren, das heißt überwiegend als Haut-, Gesichts- oder Brustkrebs. Innere Krebserkrankungen waren zwar nicht unbekannt, wurden aber selten als solche diagnostiziert.

Dies änderte sich im Verlauf des 19. Jahrhunderts, in dem sich die Chirurgen nach Einführung der Äthernarkose sowie der Anti- und später Asepsis weiter ins Innere des Körpers vorwagten. Zur gleichen Zeit wandelten sich Vorstellungen über das hohe Alter, das gegen Ende des 19. Jahrhunderts nicht mehr per se als pathologisch galt, so dass der Befund »Altersschwäche« seltener als Todesursache auf den Totenscheinen akzeptiert wurde.<sup>13</sup> Zunehmend wurde nach einer im engeren Sinne »krankhaften« Todesursache Ausschau gehalten, so dass Pathologen öfter Obduktionen vornahmen und auf diese Weise Krebs als Todesursache identifizierten, wo wenige Jahrzehnte zuvor hohes Alter als Erklärung ausgereicht hätte. Parallel wuchs das Interesse an einer detaillierten statistischen Erfassung der Welt, das sich unter anderem in einer weiter ausdifferenzierten Todesursachenstatistik niederschlug. Krebs wurde 1905 erstmals im Deutschen Reich als eigenständige Todesursache statistisch erfasst.<sup>14</sup> Bereits nach wenigen Erhebungen wurde deutlich, dass mehr Menschen an Krebs verstarben als zuvor angenommen. Damit wurde Krebs zum Thema, das sowohl in der Zeitungsöffentlichkeit als auch in internen Behördenschreiben diskutiert wurde.

Die öffentliche Meinung war sich überwiegend darin einig, dass die Zahl der Krebskranken und -toten ständig zunehme. Von Ärzten, Gesundheitspolitikern und Journalisten wurde diese Beobachtung dadurch erklärt, dass Krebs eine Zivilisationskrankheit sei, also in irgendeiner noch nicht genau zu erklärenden Weise auf die veränderten Lebensumstände in den zivilisierten Ländern zurückzuführen sei.<sup>15</sup> Um diese Zusammenhänge besser zu verstehen, gründeten Ärzte und Gesundheitspolitiker in Europa ebenso wie in den USA, in Asien und in Südamerika Gesellschaften zur Erforschung und Bekämpfung der Krebskrankheit, so zum Beispiel im Deutschen Reich (1900), in Großbritannien und Spanien (1902), in Ungarn (1903) und Portugal (1904), in Österreich, Dänemark und Schweden (1905), in Frankreich und den USA (1906), in Japan (1907) und in der Schweiz (1910).<sup>16</sup>

Die Zellularpathologie Rudolf Virchows, eine der medizinischen Denkrevolutionen dieser Jahre, spielte für die Wahrnehmung und Erklärung dieser Krankheit eine große Rolle. Denn durch Virchows Forschungen wurde deutlich, dass Krebs auf zellulärer Ebene identifiziert werden konnte. Außerdem entdeckte man nun, dass Krebszellen den gesunden Körperzellen ähnelten, auch wenn sie sich durch bestimmte Eigenschaften wie ihre übermäßig große Vermehrungsgeschwindigkeit von diesen unterscheiden ließen. Einerseits wurde Krebs auf diese Weise neu definiert, nämlich als »Entartung«<sup>17</sup> vormals gesunder Zellen, die lokal entsteht und dann um sich greift. Andererseits boten die Untersuchungstechniken der Zellularpathologie ein scheinbar eindeutiges Kriterium, um Krebstumoren von anderen, nun als gutartig definierten Tumoren zu unterscheiden: die Wachstums- und Stoffwechseleigenschaften der Zellen.<sup>17</sup> Zwar unterschieden auch zuvor Kliniker durch Tast- und Sichtdiagnose zwischen lebensbedrohlichen und weitgehend harmlosen Tumoren. Doch die im Labor getroffene Entscheidung verhieß größere Eindeutigkeit.

Neben die Chirurgie, als deren Domäne die Krebskrankheit im 19. Jahrhundert galt, trat damit auf diagnostischer Ebene die Pathologie.<sup>18</sup> In therapeutischer Hinsicht etablierte sich um 1900 die Radiologie als Hilfs- oder Alternativanwendung zur Chirurgie, zunächst in Gestalt von Röntgenbestrahlungen, bald auch in Form radioaktiver Behandlungen. Damit gewannen medizinische Disziplinen Einfluss auf die Krebsdiagnose und -therapie, die in der Folgezeit Vorstellungen vom Körper und von der Gesellschaft, von gesund und krank, von Naturbeherrschung und Naturzerstörung ebenso wie von Kampf und Bedrohung prägen sollten.

Noch heute ist Krebs eine Leitkrankheit der westlichen Welt. Viele Menschen werden als Patienten oder als deren Angehörige und Freunde mit Krebs direkt konfrontiert. Krebs wird in Umfragen und Medien regelmäßig als eine der am meisten gefürchteten Krankheiten identifiziert. Die medizinische Forschung, die nach sogenannten Onkogenen, das heißt krebsdisponierenden Genen, sucht, und zu einer individualisierenden Betrachtung der Krebskrankheit tendiert, stößt Debatten über die Natur des Menschen und die Möglichkeit einer in uns verborgenen, aus unserem Inneren stammenden Bedrohung an. Diese Diskussionen zwingen uns, der beunruhigenden Vorstellung der Krebskrankheit als einer »distorted version of our normal selves« zu begegnen, die wir möglicherweise niemals vollständig »besiegen« können, ohne uns selbst zu vernichten.<sup>19</sup> Das heutige Verständnis von Risikofaktoren und möglichen Präventionsmaßnahmen stellt uns vor die Notwendigkeit, über das dem Leben und unserem Körper eingeschriebene Risiko nachzudenken sowie abzuwägen, welchen Preis wir für ein Mehr an relativer Sicherheit zu zahlen bereit sind. Damit wirft die Krankheit Krebs in ihren mannigfaltigen Facetten die Frage nach den Grenzen der heutigen Medizin auf – im therapeutischen, im menschlichen und im ethischen ebenso wie im ökonomischen Sinn.

Seit Beginn der 1990er Jahre sind die sogenannten »emerging diseases« als ganz anders geartetes Bedrohungsszenario an die Seite der Krebskrankheit getreten.<sup>20</sup> Dahinter steht die Sorge, dass hoch ansteckende, bisher wenig oder gänzlich unbekannte Viruserkrankungen vom Tier auf den Menschen überspringen und eine Pandemie auslösen könnten, der die Mediziner zunächst weitgehend machtlos gegenüberstehen würden. Der letztlich schnell unter Kontrolle gebrachte Ausbruch der Lungenkrankheit SARS in den Jahren 2002/03 oder die Ebola-Epidemie von 2014 stehen für diese Form einer neuartigen Bedrohung. Doch auch in anderer Hinsicht kann man die späten 1980er Jahre als eine Übergangsperiode im Hinblick auf die Krebskrankheit bezeichnen.

Die Chemotherapie etablierte sich im Laufe der 1970er Jahre als fester Bestandteil vieler Krebstherapien und weckte durch ihre Erfolge bei der Behandlung der zuvor als unheilbar geltenden Leukämie ebenso wie des Hodgkin-Lymphoms große Erwartungen. Damit einher ging die Hinwendung zur sogenannten integrativen Therapie, die von vorneherein alle beteiligten Spezialisten bei der Ausarbeitung eines Therapieplans einbeziehen sollte. Zugleich bedeutete dieser Ansatz auch insofern einen Paradigmen-

wechsel, als Krebs nun auch von Schulmedizinern als eine Krankheit begriffen wurde, die den »ganzen« Menschen betrifft. In der Konsequenz wurden »adjuvante« oder »komplementäre« Therapien, die auf die Stärkung des Körpers und das körperliche Wohlbefinden der Patienten zielten, stärker einbezogen. Mit Blick auf die »Lebensqualität« der Patienten im »Leben mit Krebs« – so zwei neue Schlagworte – wurden psychische Aspekte stärker berücksichtigt und in die Hände von Psychoonkologen gelegt. Institutionell wurde dem mit der Gründung von Tumorzentren Rechnung getragen, die auch die Nachsorge und Rehabilitation organisieren sowie soziale Hilfen vermitteln sollten. Das erste bundesdeutsche Tumorzentrum wurde zwar bereits 1967 an der Universitätsklinik Essen-Duisburg nach dem Vorbild der amerikanischen *Comprehensive Cancer Centers* gegründet, weitere Gründungen erfolgten aber erst ab den späten 1970er Jahren. Mit diesen Tumorzentren erschien die Praxis, die Diagnose dem Patienten zu verheimlichen, endgültig unzeitgemäß – sie markieren den Endpunkt einer Entwicklung, die bereits lange zuvor begonnen hatte.

Zwei andere Bewegungen machten Krebs dezidiert zum öffentlichen Thema: zum einen die Hospizbewegung, die in Deutschland von vielen lokalen Vereinen getragen wurde, zum anderen die Gründung von Selbsthilfegruppen seit den 1980er Jahren. Diese Gruppen dien(t)en dazu, die Interessen, Probleme, Forderungen und Gefühle von an Krebs erkrankten Menschen zu formulieren und diesen mehr öffentliche Sichtbarkeit zu verleihen. Hier konnten Menschen während oder nach einer Krebstherapie Erfahrungen austauschen, sich gegenseitig unterstützen und Hilfe organisieren.

Erst seit Beginn der 1980er Jahre lässt sich ein signifikanter Anstieg der Heilungsraten vieler, wenn auch längst nicht aller Krebskrankheiten feststellen. Deshalb zählen immer mehr Onkologen Krebs inzwischen zu den chronischen Krankheiten. Denn viele Krebserkrankungen lassen sich so behandeln, dass die Erkrankten entweder endgültig geheilt werden oder aber so lange mit kontrollierbaren Tumoren leben können, dass sie schließlich an einem anderen Leiden sterben. Die Bedeutung dieses Wandels legte die britische Historikerin Joanna Baines eindrucksvoll dar, indem sie die Krankheitsgeschichten ihrer Großmutter und ihrer Mutter mit ihrer eigenen, noch nicht zu Ende gelebten Krebsgeschichte konfrontierte.<sup>21</sup>

Die hier erzählte Geschichte der Krebskrankheit setzt in den letzten Jahren des 19. Jahrhunderts an, als die Krankheit Krebs ihren Aufstieg zur Leit-

krankheit des Jahrhunderts begann, in einer Zeit der wachsenden Angst vor Krebs, wie es der französische Historiker Pierre Darmon formulierte.<sup>22</sup> Sie endet schließlich mit den 1990er Jahren und nimmt damit noch den Beginn des deutlich veränderten neuen Krebsregimes in den Blick.

## *Die große Unsicherheit*

Ein konstitutives Merkmal der Krebsgeschichte im 20. Jahrhundert ist Unsicherheit – Unsicherheit in einer Epoche, in der Sicherheit zunehmend zu einem gesellschaftlichen Leitbegriff wurde. Diese Unsicherheit lässt sich auf vielen Ebenen identifizieren. Unsicherheit kennzeichnete schon die Diagnose. Zwar hatte die Zellulärpathologie Kriterien entwickelt, mit denen sich per definitionem Krebszellen unter dem Mikroskop erkennen ließen. Aber bedeuteten Krebszellen im mikroskopischen Schnitt, dass jemand an Krebs erkrankt war? Bereits im frühen 20. Jahrhundert hatten Kliniker beobachtet, dass sich manche Krebserkrankungen nur sehr langsam und damit nicht mehr innerhalb der Lebensspanne des Patienten zum tödlichen Krebs entwickelten, während andere Tumoren rasant wuchsen, metastasierten und schnell zum Tod führten. Wie sollte man die einen von den anderen unterscheiden? Mit den im Verlauf des 20. Jahrhunderts stetig verfeinerten Diagnosetechniken konnten bald auch Zellen entdeckt werden, die »abnorm« waren, aber nicht alle Eigenschaften einer Krebszelle zeigten. Handelte es sich bei diesen Zellen immer um Vorstufen von Krebszellen, wie es die Begriffe *carcinoma in situ* oder *präkanzerös* nahelegten? Mussten diese also ausnahmslos als Krebs behandelt werden, damit sie sich nicht zu Krebszellen entwickelten? Viele Ärzte waren sich dieser diagnostischen Unsicherheit bewusst, wenn sie den Patienten auch meistens verborgen blieb und erst im späten 20. Jahrhundert breiter diskutiert wurde. Denn die Entscheidung, »abnorme« Zellen im Zweifelsfall als Krebs zu behandeln, um kein für den Patienten möglicherweise tödliches Risiko einzugehen, trafen die Ärzte in der Regel ohne den Patienten.

Nicht weniger unsicher waren Therapie und Prognose. Schlug die gewählte Therapie bei dem einen Patienten an, versagte sie bei einem anderen mit dem scheinbar gleichen Krebs, wieder ein anderer schien auf die gleiche Therapie zunächst gut zu reagieren, bald traten jedoch Rezidive oder Metastasen auf, die schnell zum Tod führten. Die längste Zeit des 20. Jahrhun-

derts konnten diese Unterschiede weder vorhergesagt noch erklärt werden. Erst im letzten Drittel des 20. Jahrhunderts fand man Unterscheidungsmerkmale der scheinbar gleichen Organkrebse auf molekularer beziehungsweise genetischer Ebene, etwa bestimmte Hormonrezeptoren beim Brustkrebs oder krebsdisponierende Gene, die heute dazu benutzt werden, Frauen auf ihr Brust- und Eierstockkrebsrisiko zu testen oder bestimmte Chemotherapien von vorneherein als unwirksam auszuschließen. Dementsprechend unsicher waren Aussagen über die verbleibende Lebenszeit der an Krebs erkrankten Menschen. Zwar griffen Ärzte bei ihren Prognosen auf klinische Erfahrungen oder auf Krebsstatistiken auf der Grundlage von Stadieneinteilungen zurück. Oft erlebten sie jedoch, dass den Menschen deutlich weniger oder überraschend mehr Lebenszeit blieb als erwartet und vorhergesagt.

Auch in Fragen der Ätiologie blieb die Unsicherheit ein ständiger Begleiter.<sup>23</sup> Viele Theorien der Krebsentstehung wurden erforscht: So prüfte man in Labor und Klinik, ob chemische Stoffe, Strahlen, Verletzungen, Traumata, Parasiten, Viruserkrankungen, genetische Faktoren, Genussmittel, Nahrungsmittel, psychische Dispositionen und Gefühle als Krebsursachen in Frage kämen. Aber was waren die entscheidenden Faktoren dafür, dass aus einzelnen Krebszellen die Krankheit Krebs wurde? Ging immer eine systemische Schwächung des Körpers voraus oder begann der Krebs stets lokal begrenzt? Für die Karzinogenität vieler Stoffe ließen sich experimentell oder epidemiologisch Nachweise erbringen. Die Berufskrebse, wie etwa der sogenannte Schneeberger Lungenkrebs, wiesen bereits früh auf die krebserregende Wirkung bestimmter Elemente hin, die alltägliche Praxis der Radiologie zeigte, dass Strahlen Tumoren verursachen konnten, psychologische Tests und daraus erstellte Persönlichkeitsprofile von Krebskranken schienen auf die Beteiligung von psychischen Faktoren zu deuten – und diese Liste ließe sich fortsetzen. Dennoch blieb die Frage nach der einen Krebsursache mehr oder weniger offen. Immer fraglicher schien es im Laufe des 20. Jahrhunderts, ob sich überhaupt *die eine* Krebsursache finden ließe.

Der amerikanische Krebsforscher Bert Vogelstein, der als einer der ersten an der Sequenzierung von Krebsgenomen arbeitete, argumentiert, die Krebskrankheit eines jeden Patienten sei einzigartig, da sich jeder Krebstumor aus den einzigartigen Genen eines Menschen durch jeweils einzigartige Mutationen entwickelt.<sup>24</sup> Wenn diese Erkenntnis auch verhältnismä-

ßig neu ist, wurde doch bereits zu Beginn des 20. Jahrhunderts zwischen unterschiedlichen Krebskrankheiten je nach Lokalisation des Tumors und Gewebsherkunft der Krebszellen unterschieden. Diese Unterscheidungen waren nicht nur bedeutsam für die Wahl der Therapie, sondern auch dafür, wie Menschen ihre Krebskrankheit wahrgenommen haben, mit welcher Form der Sichtbarkeit, der Tabuisierung, der Versehrtheit sie umgehen mussten.

Dennoch soll in dieser Geschichte der Krebskrankheit zunächst nicht zwischen verschiedenen Krebserkrankungen unterschieden werden. Denn bei aller Unterschiedlichkeit sind auf der hier im Mittelpunkt stehenden Ebene der Gefühlspraktiken und des Gefühlswissens die Gemeinsamkeiten groß, war die Vorstellung von Krebs als *einer* Krankheit dominant, so dass die Verschiedenartigkeit von Krebserkrankungen nur dann thematisiert wird, wenn sie deutliche Unterschiede in den emotionalen Praktiken und Wissensbeständen nach sich zog.

Die fehlenden Gewissheiten angesichts einer von vielen als individuelle und gesellschaftliche Bedrohung wahrgenommenen Krankheit öffneten einen Raum, in dem Gefühle eine besondere Bedeutung erhielten. Handeln und Entscheiden (auch die Entscheidung, nicht zu handeln) waren gefragt. Angesichts der Unsicherheit auf allen Ebenen spielten Gefühle als Entscheidungshilfe und Überzeugungsmittel eine große Rolle. Wenn es um Krebs ging, schien der Tod immer ganz nah, ohne dass die »Betroffenen« wussten, wie nah. Die existentielle Bedrohung stand jedoch – anders etwa als im Fall der Grippeepidemien des 20. Jahrhunderts – nicht unmittelbar bevor. Darum setzte die Begegnung mit Krebs komplexe und langwierige Gefühlsnavigationen, -beziehungen und -praktiken in Gang. Diese stehen hier im Mittelpunkt.

### *Wo spielt diese Geschichte?*

Über Krebs wurde im 20. Jahrhundert überall geredet oder beredt geschwiegen: auf der Straße, beim Bäcker oder Friseur, bei der Zeitungslektüre im Café, in Film- oder Fernsehstudios, auf Bürofluren oder im Wohnzimmer, in Parlamenten, Vortragssälen oder Gotteshäusern. Es gab jedoch auch Räume, in denen die Krebskrankheit dauerhaft im Vordergrund stand, deren Gestalt und tatsächliche Benutzung wesentlich durch die Begegnung

mit der Krebskrankheit bestimmt wurde. Neben dieser konkreten Dimension des Räumlichen findet sich eine metaphorische Raumdimension in den Schriften von Medizinern, Journalisten, Politikern und direkt Betroffenen. Die Vorstellung, die Krebskrankheit herrsche über ein Reich, unterwerfe den Kranken unter dessen Regeln und Gesetze, ist eine Metapher, die schon mit Rudolf Virchows Idee des Zellenstaats angelegt war, sich aber in unterschiedlicher Form durch das ganze 20. Jahrhundert hindurch finden lässt. Diese Raummetapher ebenso wie die tatsächliche Existenz von »Krebs-Räumen« im 20. Jahrhundert legen es nahe, die Gefühlsgeschichte der Krebskrankheit an und in diesen Räumen aufzusuchen.<sup>25</sup>

So stehen vier Räume im Vordergrund, in denen Menschen im 20. Jahrhundert vorrangig mit Krebs konfrontiert wurden: die Räume des Forschens, die Räume der Früherkennung, die Räume der Diagnosemitteilung sowie schließlich die Räume der Behandlung, des Weiterlebens oder Sterbens. In diesen Räumen wurde ein bestimmtes Verständnis der Krebskrankheit entworfen. Dort fand dieses Wissen Eingang in Praktiken, wurde durch diese verändert und immer wieder neu geschaffen. Gefühle waren ein wesentlicher Bestandteil dieser Praktiken. Teil des »Krebswissens« war Gefühlswissen, das heißt Vorstellungen darüber, welche Gefühle und Gefühlshaltungen heilsam, schädlich, hilfreich oder störend sein könnten. Dieses Gefühlswissen prägte die Begegnungen zwischen den Patienten und dem medizinischen Personal. Es floss in die Architektur und Gestaltung der Räume und Dinge ein, die für die Krebsbehandlung geschaffen wurden. Annahmen über Gefühle und deren Wirkungsweisen wurden bei der Vermittlung von Krebswissen an das Laienpublikum diskutiert. Ebenso beeinflusste diese Art von Gefühlswissen den Umgang mit Krebspatienten während und nach der eigentlichen medizinischen Behandlung sowie mit denjenigen Menschen, bei denen Ärzte und Ärztinnen keine Chance auf Heilung mehr sahen.

Krebs erklären und erforschen, Krebs erkennen, über Krebs sprechen und Krebs erfahren – so steht es auf den Schildern der Türen, die zu den hier in vier Kapiteln erkundeten Räumen führen. Ob man die Tür eines solchen Raumes in Deutschland, in den USA, in Spanien oder Großbritannien öffnete, war in mancher Hinsicht kaum von Bedeutung, da viele Debatten transnational geführt wurden. Die Unterschiede zwischen Westeuropa, den USA, manchmal auch Osteuropa und Südamerika waren im Hinblick auf die Benennung allgemeiner Probleme und Fragen oft minimal. Dort allerdings, wo es um konkrete Praktiken in diesen Räumen geht, lassen sich

zum Teil deutliche Unterschiede ausmachen. Zudem wurde die Gestaltung dieser Räume wesentlich mitbestimmt durch medizinische, berufsständische und institutionelle Traditionen sowie durch die Struktur von Gesundheitssystemen und deren Finanzierung, die überwiegend im Rahmen der Nationalgeschichte zu fassen sind. Diese Geschichte hat darum ihren Ort in Deutschland, allerdings immer mit dem Blick auf mögliche Transfers und Verflechtungen im Transnationalen.

Eine deutsche Geschichte, die mit der Wende zum 20. Jahrhundert beginnt und um 1990 endet, steht vor einem Problem: Wie soll sie nach 1945 weitererzählt werden? Ich habe mich dafür entschieden, keinen systematischen Vergleich zwischen DDR- und BRD-Geschichte zu verfolgen. Stattdessen schreibe ich die Jahrzehnte zwischen 1945/49 und den 1990er Jahren als eine in zwei Strängen nebeneinander verlaufende Geschichte – zwei Stränge, die in manchen Räumen so nah beieinander bleiben, dass sie als *eine* Geschichte mit unterschiedlichen Ausprägungen gelten können. In anderen Räumen dagegen sind die Unterschiede größer, so dass die jeweiligen Entwicklungen voneinander getrennt dargestellt werden.<sup>26</sup>

Im ersten Raum dieser Geschichte wird die Krebskrankheit erforscht, und so nimmt dieses Kapitel die Leserinnen und Leser mit in Labore und Klinikstationen. Um den Ursachen der Krebskrankheit auf die Spur zu kommen, wurden im Verlauf des 20. Jahrhunderts zahlreiche Faktoren erkundet. Zugleich wurde eine Unzahl an Stoffen im Laborexperiment und in klinischen Studien auf ihre therapeutische Wirksamkeit geprüft. Hier steht allerdings eine Forschungsfrage im Mittelpunkt, die zu Beginn des 20. Jahrhunderts nur an den Rändern der akademischen Medizin verfolgt und erst seit den 1940er Jahren von der Forschung in den Blick genommen wurde: die Frage nach der Rolle von Gefühlen bei der Entstehung von Krebs.<sup>27</sup> Auch wenn dieser Zusammenhang also erst in der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts unter dem Schlagwort »Psychosomatik« intensiver erforscht wurde, ist das weitgehende Fehlen einer psychosomatischen Krebsforschung in der ersten Jahrhunderthälfte für eine Gefühlsgeschichte der Krebskrankheit ebenfalls aufschlussreich. Denn der Blick sowohl auf die Leerstelle als auch auf den »Boom« der Psychosomatik enthüllt, wie Körper, Gefühl und Krebs jeweils verstanden wurden und wie dieses Verständnis Krebsforschung und Krebsbehandlung beeinflusst hat.

Hier wird also gefragt, warum es Krebsforschern und -forscherinnen zunächst plausibel erschien, Krebs jenseits der Gefühle zu erforschen,

und auf welchen Wegen die Gefühle dann schließlich doch Eingang in die Krebsforschung fanden. Eine Rolle spielten dabei auch Metaphern vom Staat als Körper. Denn das Ineinanderblenden von individuellem Körper und Staatskörper erweist sich in der Geschichte als zentraler Aspekt der Krebspsychosomatik, die den Anspruch erhob, auf der Grundlage einer »ganzheitlichen«, »holistischen« oder auch »psychosozialen« Betrachtung des kranken Menschen zu arbeiten, um nur einige der zeitgenössischen Begrifflichkeiten zu nennen.

Das zweite Kapitel betritt den Raum, in dem das Wissen über Krebs an medizinische Laien vermittelt werden sollte. Ziel war es, über Krebs aufzuklären, um jeden und jede für Frühsymptome zu sensibilisieren sowie mit Früherkennungsangeboten und möglichen Präventionsstrategien vertraut zu machen. Die Rolle, Wirkungsweise und Bedeutung von Gefühlen wurden hier von Beginn an intensiv und kontrovers diskutiert. Konnte über Krebs überhaupt öffentlich gesprochen werden, ohne fatale Gefühle von Angst und Panik zu erzeugen? Welche Gefühle waren hilfreich, um Menschen zu mehr Wachsamkeit gegenüber ihrem Körper zu erziehen – vor dem Hintergrund wechselnder Vorstellungen von Vorsorge und Prävention, Sozial- und Rassenhygiene, Gesundheit und Krankheit, Wohlbefinden und Glück? Und wie sollte man dabei vorgehen? Mediziner, Gesundheitspolitiker, Kuratoren und Filmemacher debattierten darüber, wie man Ausstellungsräume gestalten, welche Bilder und Objekte man auswählen, welche Geschichten erzählen sollte, um Gefühl und Wissen in angemessener Weise zu bilden. Die dabei entwickelten Techniken der Wissensvermittlung griffen zurück auf medienpsychologische Modelle, aber auch auf Vorstellungen über die Bedeutung von Gefühlen in der Krebskrankheit. Zugleich blieben sie nicht ohne Wirkung auf den Umgang mit Gefühlen im Rahmen der Krebsbehandlung – und sei es nur, dass das Verschweigen der Krebsdiagnose durch das immer lautere Reden über Krebs im Raum der Wissensvermittlung erschwert wurde.

In den beiden ersten Räumen dieser Krebsgeschichte wurde Wissen über Krebs erzeugt und weitergegeben – von und für Menschen, die nicht an Krebs erkrankt waren. Ihnen stand es frei, diese Räume zu betreten oder wieder zu verlassen. Anders die beiden Räume, die im zweiten Teil dieser Krebsgeschichte aufgesucht werden: Wer diese beiden Räume betrat, war zur Auseinandersetzung mit der Krebskrankheit gezwungen, hatte buchstäblich mit Krebs zu tun – als an Krebs erkrankter Mensch, als Angehöriger

oder Freund, als Krankenschwester oder -pfleger, als behandelnde Ärztin oder verantwortlicher Arzt. Schwestern und Ärzte konnten nach Dienstschluss diese Räume hinter sich lassen, nicht so die Krebskranken und oft auch nicht deren Angehörige und Freunde.

Viele Selbsterzählungen von an Krebs erkrankten Menschen beschreiben die Diagnose als den Moment, in dem aus dem gesunden Menschen der krebserkrankte Mensch wurde – wenn es auch bereits zuvor einen Verdacht gegeben hatte, die Diagnose also nicht gänzlich unerwartet kam. Die Diagnose war ein Moment des Übergangs. Durch ihn hindurch betrat der betroffene Mensch Räume, die er zuvor oft gar nicht oder nur oberflächlich kannte, deren Regeln, Benutzungsweisen, Atmosphären, therapeutische »Dinge« ihm fremd waren, die er nun aber am eigenen Leib in einer Situation existentieller Bedrohung erfuhr. Nicht selten erlebten die betroffenen Menschen diesen Moment als Übergang in ein anderes Selbst, das von nun an von der Krebskrankheit bestimmt wurde. Dennoch ist die Diagnose als Moment des Übergangs kein statisches Element. Sie hat selbst eine Geschichte: Ob und wie Ärzte ihren Patienten die Diagnose mitteilten, wie scharf die Grenze zwischen Krebs und Nicht-Krebs gezogen wurde, welches Wissen Patienten und Ärzte in dieses Gespräch mitnahmen, wie eingreifend und langwierig die folgenden Therapien waren – all dies beeinflusste die Art und Weise, in der die Diagnose als Moment des Übertritts von der einen in die andere Existenz erfahren und gefühlt wurde.

Doch hier bleibt das dritte Kapitel nicht stehen. Daneben steht die Frage, mit welchen Argumenten Ärzte, Theologen, Philosophen und Juristen über die Frage der »Wahrheit« am Krankenbett stritten. In diesen Diskussionen nahm das Gefühl der Hoffnung eine zentrale Rolle ein: als Frage danach, was Hoffnung ist und worauf sie sich richten kann, ebenso wie als Nachdenken darüber, was Hoffnung für das Leben und Überleben von Menschen bedeutet, wie zerstörerisch, zulässig oder normal Verzweiflung ist.

Im Anschluss an das Diagnosekapitel tritt diese Geschichte in die Räume der Krebsbehandlung ein: So werden die Krankensäle und -zimmer der Chirurgie, der Inneren Klinik und Gynäkologie, die wenigen schon früh speziell für Krebskranke eingerichteten Krankenhäuser, die eigens für die Strahlentherapie geschaffenen Räumlichkeiten und schließlich die historisch jüngeren onkologischen Stationen besucht, auf denen an Krebs erkrankte Menschen chemotherapeutisch behandelt wurden. Dort trafen Patienten und deren Angehörige, medizinisches Personal und therapeu-

tische »Dinge« aufeinander.<sup>28</sup> Orte, Dinge und Menschen vermaßen und bestimmten den von den Patienten erlebten und mit Gefühlen ausgestatteten Raum ihrer Krankheitserfahrung. Nicht die jeweils individuelle Erfahrung, sondern Bedingungen dieser Erfahrung werden in diesem Kapitel erschlossen.

Die Räume der Krebsbehandlung waren in einem dreifachen Sinn durchlässig. Erstens wurden die Räume von Therapie und Forschung oft für die Patienten unsichtbar und für das medizinische Personal kaum unterscheidbar übereinander geschoben. Die Effekte von Strahlen und Chemotherapeutika wurden nicht nur in Laboren, sondern ebenso in Kliniken erforscht. Dieses Ineinanderblenden beider Räume führte dazu, dass Forschung und Behandlung sich in ihren wechselseitigen Logiken durchdrangen.<sup>29</sup>

Zweitens waren die Räume der Behandlung durchlässig gegenüber der »äußeren« Welt. Patienten, Angehörige und medizinisches Personal brachten bereits Wissen über Krebs, Gefühle, Körper und Schmerz mit und trugen ein nunmehr verändertes Wissen in sich, wenn sie die Klinik wieder verließen – in den Intervallen zwischen den Therapiezyklen, als Geheilte oder Sterbende, als begleitende Verwandte oder am Ende eines Tages auf der Station. Darum fragt dieses Kapitel auch nach den Wechselwirkungen zwischen einer inneren Welt der Krebsbehandlung und einer äußeren Welt, in der Gefühle ganz anderen Einflüssen und Erwartungen unterlagen.

Drittens lässt sich der Raum der Behandlung nicht eindeutig abgrenzen von den Räumen des Sterbens und des Überlebens: Wann war eine Krebsbehandlung abgeschlossen? Wann endete die kurative Krebsbehandlung, weil das Sterben begann? Dies waren Fragen, die Ärzte im Verlauf des 20. Jahrhunderts unterschiedlich beantworteten. Zu Beginn des Jahrhunderts fiel die Antwort oft eindeutiger aus, im späten 20. Jahrhundert erschien die Grenze zwischen Therapie und Nachsorge oder Therapie und Palliativbehandlung dagegen oft verschwommen. Diese Übergänge, so unklar sie sich auch darstellten, forderten Entscheidungen von Ärzten und Patienten, denen dieses Kapitel nachgehen möchte: Sollten (ehemals) Krebskranke über die auf Heilung gerichtete Therapie hinaus betreut werden? Wer war für die Menschen verantwortlich, die als unheilbar galten? Wo fanden sie einen Ort zum Sterben? Was sollten sterbende Menschen fühlen, was fühlten sie wirklich? Die Antworten schufen neue Räume und

verschlossen andere. Sie definierten, was Würde war, was Lebenssinn oder Lebensqualität. Sie gaben Strukturen vor, in denen Menschen ihre Beziehungen zu anderen und zu sich selbst gestalteten und mit ihren Gefühlen füllten.

### *Historischer Blick, Moral und Linearität – Thesen*

*Barb, in diesem Moment ist es unglaublich wichtig, dass Du all Deine Energie zusammennimmst, um mit Dir selbst in Einklang zu kommen, vielleicht sogar glücklich zu sein. Krebs zu bekommen ist eine schlimme Sache und es gibt keine Antwort auf das Warum. Aber Dein Leben in Wut und Verbitterung zu verbringen, ob Du nun noch ein Jahr oder 51 Jahre vor Dir hast, ist so eine Verschwendung [...]. Ich hoffe, Du findest in Dir Frieden. Du verdienst es. Wir alle verdienen es.<sup>30</sup>*

So oder ähnlich lauteten die Reaktionen auf ein Posting, das die amerikanische Kolumnistin Barbara Ehrenreich zu Beginn des 21. Jahrhunderts auf einer Krebsselfhilfeseite publizierte. Unter dem Titel »Angry« beschrieb sie die Nebenwirkungen ihrer Chemotherapie. Ebenso tat sie ihren Ärger über Krankenkassenbestimmungen, krebserregende Umweltgifte und die in den USA populäre »Rosa-Schleifen-Kultur« der Brustkrebselfhilfegruppen kund. In den Reaktionen auf ihr Posting erkannte Ehrenreich den Ausdruck einer normativen Erwartung, wonach jede(r) der eigenen Krebserkrankung positiv begegnen, sie als Chance zu einem Neuanfang glücklich annehmen sollte. Ehrenreich antwortete darauf mit einem Generalangriff auf das, was sie als amerikanische Kultur des positiven Denkens ausmachte und was sie in der englischen Ausgabe ihrer Streitschrift polemisch mit »Smile or Die« betitelte.

Doch sind derart normative Gefühlsregime kein Novum der Gegenwart. Oft ging der Appell, sich neuen Gefühlen gegenüber zu öffnen, mit einer Herabwürdigung anderer Gefühle und Gefühlshaltungen einher. Diese Prozesse waren für die jeweiligen Zeitgenossen nicht leicht zu durchschauen und noch schwerer zu durchbrechen, weil Gefühle oft als »natürlich« und »authentisch« verstanden wurden. Die in unterschiedlicher Weise normativ aufgeladenen Gefühlsregime in ihrer jeweiligen Reichweite und Gestaltungskraft sichtbar zu machen, ist ein Erkenntnisinteresse dieser Arbeit. Denn nur das konkrete

Wissen um die Historizität dieser Gefühlsregime und ihrer Auswirkungen, ihrer »Kosten« und ihres »Gewinns«, kann helfen, einen freieren Blick auf gegenwärtige Gefühlsregime zu gewinnen, und weitet den »Denkraum« der Gefühle auf dem Resonanzboden der historischen Erfahrung.

Daraus folgt, dass dieses Buch keine einfache Fortschrittserzählung bietet, etwa als Geschichte von der Abschaffung eines gefühlsverkrüppelnden Tabus zugunsten eines in Gefühlsdingen freieren Umgangs mit der Krebskrankheit. Umgekehrt liefert das Buch aber auch keine Niedergangserzählung, die die »Übernahme« des Gefühls durch Psychologen und Therapeuten im Dienste eines neoliberalen Menschenbilds beklagen würde.

Stattdessen fragt dieses Buch nach historischen Entwicklungen jenseits einer simplen Linearität. Einzelne Gefühle spielen in dieser Geschichte eine herausgehobene Rolle – Angst, Trauer, Hoffnung, auch Scham, Ekel und Wut. Insbesondere über die Angst ist in den vergangenen Jahren viel geschrieben worden.<sup>31</sup> Einige Historiker, Philosophen und Soziologen erkennen in der Angst die Signatur des 20. Jahrhunderts, bezeichnen dieses etwa in Anlehnung an W. H. Audens Versepos von 1947 als »Zeitalter der Angst« oder verstehen die Bundesrepublik als eine »Republik der Angst«.<sup>32</sup> Doch ist Angst tatsächlich durchweg das dominierende Gefühl? Lassen sich nicht vielmehr Konjunkturen erkennen, in deren Verlauf Angst mal mehr, mal weniger im Vordergrund stand? Veränderte sich Angst, weg von konkreten und externalisierten Ängsten, wie sie das Ende des 19. Jahrhunderts kennzeichneten, hin zu einer diffusen Angst, die althergebrachte Grenzbeziehungen zwischen Innen und Außen überschreitet und zu einer Individualisierung der Gesellschaft beiträgt?<sup>33</sup> Wie passt die Krebsangst in diese Entwicklung ebenso wie in die von anderen Historikern skizzierten Konturen einer Angstgeschichte des 20. Jahrhunderts, in dem Konzepte wie Risiko und Sicherheit an Bedeutung gewinnen?<sup>34</sup> Lassen sich vergleichbare Konjunkturen für andere zentrale Gefühle dieser Krebsgeschichte dechiffrieren?

Dieses Buch erkundet auch, welcher Zusammenhang zwischen den Konjunkturen einzelner Gefühle und einem Wandel der Haltung zum Gefühl bestand. Folgt man gängigen emotionshistorischen Erzählungen, herrschte klirrende Kälte in Gefühlsdingen, als das 20. Jahrhundert anbrach. Peter Stearns beschrieb den Aufstieg einer viktorianischen Haltung der emotionalen Kühle (»cool emotionology«) im späten 19. Jahrhundert, die sich

auch auf den Gefühlshabitus des Wissenschaftlers ausgewirkt habe.<sup>35</sup> Doch setzte sich das auf Rationalität gegründete Wissenschaftsideal der Objektivität gegenüber dem Staunen und dem Wunder nicht bereits 100 Jahre zuvor durch, wie Lorraine Daston und Peter Galison gezeigt haben?<sup>36</sup> Wie also lässt sich das Verhältnis von Wissenschafts- und Emotionsgeschichte und von beiden zur allgemeinen Geschichte im konkreten empirischen Fall bestimmen? Diese Frage begleitet diese Krebsgeschichte bei ihrem Gang durch das 20. Jahrhundert. Denn folgt man Helmut Lethen, lastete die emotionale Eiszeit noch auf den 1920er Jahren.<sup>37</sup> Rationalisierung wurde zu einem Leitbegriff dieser Zeit – verstanden als Orientierung an Idealen der Planbarkeit, der wissenschaftlichen Berechnung sowie der technischen Umsetzung. Explizit richtete sich dies gegen eine bestimmte Form des gefühlsbestimmten Handelns, nahm damit aber zugleich das Gefühl ins Visier, das selbst rationalisiert werden sollte. Die extremen politischen Bewegungen der 1920er und 1930er Jahre, die Gewalt und Gefühle planvoll nutzten, nahmen diesen Trend auf, verstanden aber Gefühle selbst als irrational.<sup>38</sup>

Die Gleichsetzung von Gefühl und Irrationalität erreichte ihren Höhepunkt in der bundesdeutschen Nachkriegszeit, als Gefühle im Blick auf den Nationalsozialismus als dem Verstand unzugänglich galten und unter dem Signum der Gefühlsbeherrschung in den privaten Raum verbannt wurden.<sup>39</sup> In der DDR nutzte die Politik den öffentlichen Appell an das Gefühl in den 1950er Jahren, um die Bindung an den Staat und dessen Verbündete herzustellen.<sup>40</sup> In den späten 1960er Jahren kam es in der Bundesrepublik schließlich zu einer schrittweisen Aufwertung von Gefühlen, die zunächst von den sozialen Bewegungen ausging und im linksalternativen Milieu erprobt wurde.<sup>41</sup> Ob es einen vergleichbaren Trend etwa in der Friedensbewegung der DDR gab, wäre noch zu zeigen.

Zur gleichen Zeit beschleunigte sich eine Verwissenschaftlichung des Emotionalen, die im 19. Jahrhundert mit der neu geschaffenen Disziplin der Psychologie begonnen hatte und mit der Psychoanalyse fortgeschrieben wurde, nun aber in der Kognitionspsychologie ebenso wie in den Kultur- und Sozialwissenschaften Fuß fasste.<sup>42</sup> Dieser Trend traf in den 1970er Jahren auf eine beispiellose Ausweitung des Therapeutischen, die die Grenzen zwischen normal und pathologisch zunehmend verwischte und das Ideal einer schier grenzenlosen Modifizierbarkeit des Gefühls festschrieb.<sup>43</sup> Emotionale Selbstregulierung schien möglich – ein bald unüberschaubares Heer von Experten, Ratgebern und Techniken zur Gefühlsarbeit stand zur Verfügung.

Ob mit dieser Entwicklung ein neuer moralischer Imperativ der emotionalen Selbstregulation etabliert wurde, ist eine bis heute ungelöste Frage.<sup>44</sup>

Dies ist in groben Pinselstrichen das Panorama des 20. Jahrhunderts, wie es die bisherige emotionshistorische Forschung entworfen hat. Vor diesem Hintergrund betritt dieses Buch nun die vier Räume, in denen die Begegnung mit der Krebskrankheit stattfand, in denen forschend, wissend, handelnd und leidend Gefühle definiert, vermittelt und gelebt wurden.