

»Wir werden euch nicht helfen können!«

Politischer Protest von Ärzt:innen und die Herausforderungen des Neutralitätsgebots am Beispiel der »Internationalen Ärzte zur Verhütung des Atomkrieges«

Claudia Kemper

Wenige Berufe sind mit so viel Ethos aufgeladen wie der des Arztes. Versehen mit den Attributen unpolitisch, rational gelenkt und mit viel Sachverstand ausgestattet, ist »der Arzt«¹ eine vor allem in modernen Gesellschaften hoch geschätzte Figur, die in der Not sowohl Hilfe als auch Übersicht und Einsicht verspricht. Männlich, weiß und körperlich normgerecht bietet die Arztfigur nicht nur in popkulturellen Zusammenhängen von »Schwarzwaldklinik« bis »Grey's Anatomy« eine Projektionsfläche für moralische Idealisierung und integrale Selbstbefragung. Schon seit dem 19. Jahrhundert ist das schwer abgrenzbare Genre »Arztroman« bekannt, in dem oft noch Ärzte selbst ihren Werdegang literarisierten und das sich im 20. Jahrhundert thematisch stark diversifizierte.² Gerade für den deutschsprachigen Raum ist es bemerkenswert, dass sich der Arztroman zu einem Genre der Trivallliteratur mit

1 Im Folgenden verwende ich die maskuline Version des Wortes, um sowohl die Berufsbezeichnung als auch die soziale Gruppe zu markieren, die – zumindest im hier diskutierten historischen Rahmen – eine vorrangig männlich dominierte Kategorie darstellte. Der gendernde Doppelpunkt wird genutzt, wenn auf der Meta-Ebene über die soziale Gruppe der Ärzt:innen geschrieben wird. Wie sehr die »maskuline Norm« auch noch die gegenwärtige Arbeit in der Medizin prägt, zeigen aktuelle Studien. Vgl. Katharina Rothe/Johannes Deutschbein/Carsten Wonneberger/Dorothee Alfermann, Zwischen »arzt spielen«, »work-life-balance« und »highend-medizin«. Wird »hegemoniale Männlichkeit« in der Medizin herausgefordert?, in: Forum: Qualitative Social Research 17 (2016).

2 Borys Surawicz/Beverly Jacobson, Doctors in Fiction: Lessons from Literature, Oxon 2009.

schematischer Figurendarstellung entwickelte und der »Krankenschwester-roman« zum Pendant in jedweder Hinsicht avancierte. Beide Schemata geben Hinweise, wie intensiv der Arztberuf hier eine stereotypisierende Aufladung erfahren hat, die eine ebenso übersteigerte Erwartungshaltung unterfütterte und die Berufsgeschichte im Verlauf des 20. Jahrhunderts prägte. Insbesondere nach 1945 spielte der Arztroman eine gesellschaftlich bedeutsame Rolle, verknüpfte er doch Kriegsprosa mit menschlicher Integrität und den Idealen des Hippokratischen Eides. Den berühmten »Arzt von Stalingrad« aus dem Jahr 1956 nahm das Publikum dankbar an als Verkörperung eines menschlichen Helden, der sich ideologischen Zwängen widersetzte.³ Nicht zuletzt halfen solche von Rassismen und einseitigen Geschichtsdeutungen durchsetzten Arztromane, Kriegsverbrechen relativieren zu können.⁴

Auch wenn in Meinungsumfragen Sanitäter:innen und Krankenpfleger:innen mittlerweile vor den Ärzt:innen liegen, genießen diese ein ungebrochen hohes Vertrauen in der Bevölkerung.⁵ Dürfen Vertreter:innen aus der Ärzteschaft dieses Vertrauenskapital nutzen, um sich politisch zu engagieren? Welche Rolle spielt das ärztliche Selbstverständnis und nach außen demonstrierte Gebot, sich neutral zu verhalten, wenn es um internationale Konflikte geht, in denen auch medizinische Folgen desselben abzusehen sind? Die Frage soll im Folgenden am Beispiel der »Internationalen Ärzte zur Verhütung des Atomkriegs«⁶ diskutiert werden, die sich Anfang der 1980er Jahre als anti-atomare Friedensorganisation gründete und damit vor der Herausforderung stand, als zunächst nur für Ärzte und Ärztinnen zugängliche Organisation in einem hochpolitischen Feld zu agieren. Die IPPNW argumentierte medizinisch, um ihre politische Neutralität zu betonen, nahm als Friedensorganisation aber unweigerlich auch politische Positionierungen vor – ein Dilemma, das sich kaum vermeiden ließ.

3 Vgl. Jost Hermand, Ohne die geringsten Schuldgefühle. Heinz G. Konsaliks Bestseller *Der Arzt von Stalingrad* (1956), in: ders., *Unbewältigte Vergangenheit. Auswirkungen des Kalten Krieges auf die westdeutsche Nachkriegsliteratur*, Köln 2019, S. 197–216.

4 Vgl. das WDR Zeitzeichen über den Wehrmachts-Arzt Ottmar Kohler, der Heinz G. Konsalik als Vorlage für seinen »Arzt von Stalingrad« diente. URL: <https://www1.wdr.de/stichtag/stichtag3186.html> (letzter Aufruf: 19.5.2025).

5 Deutsche schenken Rettungskräften das größte Vertrauen, in: FAZ (22.3.2018), URL: <https://www.faz.net/aktuell/karriere-hochschule/buero-co/gfk-umfrage-diesen-berufen-vertrauen-die-deutschen-15507209.html> (letzter Aufruf: 14.4.2025).

6 So die deutsche Bezeichnung der US-amerikanisch-sowjetischen Dachorganisation »International Physicians for the Prevention of Nuclear War« (IPPNW).

Bedeutung und Grenzen des Neutralitätsgebots im ärztlichen Beruf

Neben den existenziell wichtigen Fähigkeiten und Kenntnissen, die dem Arztberuf zu großer gesellschaftlicher Anerkennung verhelfen, trug auch die allmähliche Professionalisierung seines Standes dazu bei. Der moderne Arztberuf entwickelte sich, ähnlich wie der des »Pfarrers« oder »Anwalts«, mit dem bürgerlichen Professionalisierungsprozess im 19. Jahrhundert.⁷ Dieser zeichnete sich durch die Bildung von Standesorganisationen mit entsprechenden Regelwerken für die Ausbildung des Nachwuchses aus sowie durch ein routiniertes Verhältnis zu Staatsorganen und die Vereinbarung mit diesen, die medizinische Daseinsvorsorge eigenständig und nachhaltig zu organisieren. Neben dem strukturellen Ausbau der Ärzteversorgung zählte zum Professionalisierungsprozess auch die Vertiefung ethischer Grundsätze und normativer Richtlinien sowie die Übernahme gesellschaftlicher Verantwortung. Im amerikanischen Begriff »professional« wird die Verbindung von praktischen Fertigkeiten und sozialem Status noch deutlicher.⁸

Eine Profession, der es gelingt, wissenschaftliches Arkanwissen mit praxisorientierter Expertise zu vereinen, und die sich mit Verweis auf ein ethisches Verständnis über gute und richtige Berufsausübung verbindlich organisiert, gelingt es in der Regel auch öffentliche Legitimität und Anerkennung zu erreichen. Angesichts der damit einhergehenden Status- und Einkommenserhöhung verwundert es kaum, dass in solchen Professionen sowohl Klassismus als auch die heteronormative Geschlechterordnung der Moderne wirkmächtig sind. Zuvor und auch noch für das gesamte 20. Jahrhundert muss für den deutschsprachigen Raum konstatiert werden, dass der Arztberuf männlich und familiär akademisch dominiert war.⁹

Obwohl es in keiner der traditionellen Gelöbnisse oder Richtlinien expliziert wird, umfassen die Attribute des Arztberufs auch den Anspruch,

7 Claudia Huerkamp, *Der Aufstieg der Ärzte im 19. Jahrhundert. Vom gelehrten Stand zum professionellen Experten: Das Beispiel Preußens*, Göttingen 1985.

8 Vgl. Eliot Freidson, *Der Ärztestand. Berufs- und wissenschaftssoziologische Durchleuchtung einer Profession*, Stuttgart 1979, S. 144–145.

9 Zur Entwicklung bis zur ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts vgl. Antje Flüchter, *Frauen und Medizin im Laufe der Zeit*, in: *Nervenheilkunde. Zeitschrift für interdisziplinäre Fortbildung (Sonderheft Gender und Medizin)* 39 (2020), S. 452–460. Für die Gegenwart vgl.: Birgit Hibbeler/Heike Korzilius, *Arztberuf: Die Medizin wird weiblich*, in: *Ärzteblatt* 102 (2008) 12, S. A609–A612, URL: <https://www.aerzteblatt.de/archiv/pdf/a42d-dcb6-66d6-4d30-acc4-64daf6d4f2a2> (letzter Aufruf: 12.4.2025).

unpolitisch und neutral aufzutreten. Dies schließt an den schon im Hippokratischen Eid postulierten Vorrang der Leidensbehandlung¹⁰ von Patienten an, hinter der sämtliche politischen, religiösen oder kulturellen Abwägungen oder Vorurteile hinstehen sollten.¹¹ Auch der moderne Nachfolger des Eides, die Genfer Deklaration des Weltärztebundes von 1948, geht hauptsächlich auf das Arzt-Patienten-Verhältnis ein. Angesichts des unmittelbar zuvor erlebten Nürnberger Ärzteprozesses stellte die Genfer Deklaration allerdings den Satz »Als Mitglied der ärztlichen Profession gelobe ich feierlich, mein Leben in den Dienst der Menschlichkeit zu stellen« an den Anfang. Im Kontext der zeitgenössischen Erkenntnis, dass der Hippokratische Eid als ethische Leitlinie keines der ärztlichen Verbrechen während der NS-Zeit hatte verhindern können, bedeutete der Satz eine eindeutige Abgrenzung gegenüber politischer Vereinnahmung. Darüber hinaus verblieben die ethischen Prinzipien der Deklaration in einer notwendigen, aber eben auch »vieldeutigen Beliebigkeit«.¹² Dies zeigt sich in zahlreichen innermedizinischen Ethik-Debatten, die von Stammzellforschung bis Sterbehilfe reichen. Obwohl diese Debatten eine erhebliche gesellschaftspolitische Dimension aufweisen und sich in der Regel auch Nicht-Mediziner:innen an ihnen beteiligen, gibt es offenbar keinen anerkannten Automatismus, der umgekehrt eine ärztliche Beteiligung an nicht-medizinischen gesellschaftspolitischen Debatten einfordert.

Durch das Ideal einer vermeintlich unpolitischen Profession¹³ der Ärzte wird das Bild des rationalen Experten unterfüttert, der sich nicht von Interessen, sondern nur von der medizinischen Notsituation leiten lässt. Jedoch können solche Notsituationen je nach Definition weit in das politische Feld hineinreichen. Zudem geht das Konzept der ärztlichen Neutralität wiederum selbst auf politische Umstände zurück. Denn nicht zuletzt praktische Probleme im militärischen Sanitätsdienst während verschiedener Kriege seit Mitte des 19. Jahrhunderts beförderten die Diskussion, ärztliches Handeln unter

10 Klaus Bergdolt, *Das Gewissen der Medizin. Ärztliche Moral von der Antike bis heute*, München 2004, S. 50.

11 Wortlaut und eine kurze Rezeptionsgeschichte bei Wolfgang Uwe Eckart/Robert Jütte, *Medizingeschichte. Eine Einführung*, Köln/Weimar/Wien 2007, S. 272–285.

12 Karl Heinz Leven, *Hippokratischer Eid: Anachronistische Deutungen*, in: *Deutsches Ärzteblatt* 94 (1997), S. A-1160, zitiert nach Eckart/Jütte, *Medizingeschichte*, S. 274.

13 Tobias Weidner, *Die unpolitische Profession. Deutsche Mediziner im langen 19. Jahrhundert*, Frankfurt a.M. 2012. Vgl. auch Claudia Kemper, *Medizin gegen den Kalten Krieg*, Göttingen 2016.

einen neutralen Status stellen zu müssen. Im Zuge der Völkerrechtsdiskussion nach dem Ersten Weltkrieg wurde diese Neutralität erstmals eingehender formuliert, um Ärzte aller Kriegsteilnehmenden während der medizinischen Versorgung zu schützen.¹⁴ Wie schnell dieser Anspruch herausgefordert sein kann, haben die zunehmend entgrenzten Bürgerkriege der vergangenen Jahre gezeigt, in denen humanitäre Organisationen zu einer wichtigen wirtschaftlichen und politischen Ressource von Kriegsparteien wurden.¹⁵

Vor allem in Verbindung mit dem Präventionsgedanken bekommt ärztliches Handeln eine hochpolitische Dimension, da Präventionsmaßnahmen nicht auf unmittelbare, sondern auf prognostizierte Leiden oder Katastrophen reagieren sollen.¹⁶ Zuletzt haben die Covid-19-Pandemie und die politisch aufgeladene Diskussion über eine Impfpflicht gezeigt, wie wenig eindeutig eine angenommene Neutralität von Ärzt:innen sein kann. Mit Verweis auf das Wohl der Patient:innen können sich unterschiedliche Interpretationen mit der medizinischen Notwendigkeit verbinden, so dass sich ärztliche Neutralität relational zur politischen und sozialen Wirklichkeit und zur kulturellen Prägung verhält und sie immer auch Interpretationsergebnis jeweiliger ärztlicher Denkkollektive ist.¹⁷ Anders ausgedrückt, gibt es keine absolute Neutralität des ärztlichen Handelns, vielmehr ist die Bedeutung des Begriffs und seine Reichweite historisch wandelbar.¹⁸

-
- 14 British Medical Association, *The Medical Profession and Human Rights. Handbook for a Changing Agenda*, London 2001, S. 244; Emily Crawford, *The Treatment of Combatants and Insurgents under the Law of Armed Conflict*, Oxford 2010.
 - 15 Thomas Gebauer, *Hilfe oder Beihilfe. Über die medizinische Versorgung von Kriegsoptionen in Zeiten der neuen Kriege?*, in: Melissa Larner/James Peto/Colleen M. Schmitz (Hg.), *Krieg und Medizin*, Göttingen 2009, S. 225–236, hier 233.
 - 16 Vgl. Nicolai Hannig/Malte Thießen (Hg.), *Vorsorgen in der Moderne. Akteure, Räume und Praktiken*, Berlin/Boston 2017.
 - 17 Über die sozialen Bedingungen kollektiver Erkenntnis vgl. Ludwik Fleck, *Entstehung und Entwicklung einer wissenschaftlichen Tatsache. Einführung in die Lehre vom Denkstil und Denkkollektiv*, Frankfurt a.M. 1993, S. 57–70.
 - 18 Justin M. List, *Medical Neutrality and Political Activism: Physicians' Role in Conflict Situations*, in: Fritz Allhoff (Hg.), *Physicians at War. The Dual-Loyalties Challenge*, Dordrecht/Berlin/Heidelberg 2008, S. 237–253. Vgl. auch zeitgenössische Diskussionen Johanna Bleker, *Die Diskussion über Medizin und Krieg in der Bundesrepublik nach 1945. Ein Überblick*, in: dies./Heinz-Peter Schmiedebach/Christine Eckelmann (Hg.), *Medizin und Krieg. Vom Dilemma der Heilberufe, 1865 bis 1985*, Frankfurt a.M. 1987, S. 232–255.

Medizinischer politischer Protest?

Ein markantes Beispiel für die historische Wandelbarkeit und Aneignungsfähigkeit des Neutralitätsprinzips ist die Organisation »Internationale Ärzte zur Verhütung des Atomkriegs«. Ihre Geschichte zeigt, wie eng ärztliches Handeln mit Vorstellungen und Argumenten von Neutralität verknüpft ist, deren Deutung jedoch in diametrale Richtungen gehen kann – von notwendigem Protest gegen politische Entscheidungen bis hin zu absoluter Zurückhaltung.

1980 gründeten sich die »International Physicians for the Prevention of Nuclear War« (IPPNW) an der Harvard Medical School in Boston. Den medienwirksamen Auftakt bildete im Dezember des Jahres ein Treffen der US-amerikanischen Gründungsmitglieder mit sowjetischen Ärzten im schweizerischen Genf, bei dem eine gemeinsame Erklärung abgegeben wurde, die auf die irreversiblen Folgen eines Atomschlags aufmerksam machte. Bernard Lown, renommierter Kardiologe mit viel internationaler Erfahrung – auch in der Sowjetunion –, war die treibende Kraft hinter dieser Initiative. Mit gutem Gespür für die Wirkung symbolischer Handlungen in Zeiten einer angespannten internationalen Situation hatte er das Treffen von je drei US-amerikanischen und sowjetischen Ärzten auf neutralem Boden in der Schweiz organisiert. Zur gleichen Zeit begannen sich Ärztinnen und Ärzte in zahlreichen anderen Ländern, vor allem in Westeuropa, in diesem Sinne zu organisieren.

Der Zeitpunkt für einen Appell gegen weitere Nuklearaufrüstung hätte nicht brisanter sein können. Denn der Kalte Krieg zwischen den USA und der Sowjetunion befand sich seit Ende der 1970er Jahre erneut in einer nervösen Aufrüstungsspirale und die internationalen Spannungen hatten durch den NATO-Doppelbeschluss und den sowjetischen Einmarsch in das unabhängige Afghanistan einen erneuten Höhepunkt erreicht.¹⁹ Zwar gehörten wissenschaftliche Austauschprogramme im Rahmen des Helsinki-Prozesses²⁰ durchaus und auch weiterhin zum Alltag der Blockkonfrontation. Aber die avisierte Initiative zwischen Ärzten aus den USA und der Sowjetunion

19 Philipp Gassert/Tim Geiger (Hg.), Zweiter Kalter Krieg und Friedensbewegung. Der NATO-Doppelbeschluss in deutsch-deutscher und internationaler Perspektive, München 2011.

20 Über die vereinbarten Grundsätze und die Entwicklung des KSZE-Prozesses, der 1975 in Helsinki startete und zur Entspannung zwischen den Blöcken beitragen sollte, vgl. Matthias Peter/Hermann Wentker (Hg.), Die KSZE im Ost-West-Konflikt. Internationale Politik und gesellschaftliche Transformation 1975–1990, München 2012.

wich von dem üblichen rein wissenschaftlich, in diesem Fall medizinisch geleiteten Kontakten ab. Denn nun suchten die beteiligten Ärzte die Öffentlichkeit und prangerten die politische Entwicklung an. Bernard Lown hatte seit Ende der 1970er Jahre seine beruflichen Kontakte in die Sowjetunion forciert, wo er schon länger mit Evgenij Chazov bekannt war, einem ranghohen Medizinfunktionär. In ihren Erinnerungen betonten beide, wie sehr die fachlichen Diskussionen und gemeinsamen beruflichen Erfahrungen gegenseitiges Vertrauen geschaffen hätten. Wissenschaftliche Expertise stellte einerseits zwar ein Feld der Konkurrenz zwischen Ost und West dar, bildete aber andererseits bei vielen Kooperationen zwischen Ost und West, so auch im Fall der IPPNW, einen starken Referenzpunkt, um für gegenseitiges wie auch externes Vertrauen zu werben.²¹

Chazov bekam durch seine guten Kontakte zum Kreml die Erlaubnis, sich an einer blockübergreifenden Initiative zu beteiligen. Der erste Appell dieser Initiative forderte die Regierungschefs sowohl der USA wie der Sowjetunion auf, gemeinsame Schritte zur Reduzierung von Atomwaffen zu gehen. Eine solche Initiative entsprach ganz den Interessen der Sowjetführung unter Generalsekretär Leonid Breschnew. Denn sie bremste die Aufforderung der USA aus, die Sowjetunion solle ihre kurz zuvor neu stationierten Nuklearraketen in Osteuropa abbauen. Die USA sahen einen einseitigen Ab- bzw. Rückbau als Voraussetzung für weitere Verhandlungen, während die Sowjetunion den von ihr geschaffenen status quo beibehalten wollte. Diese strategischen Fragen beeinflussten die Sicht von politischen Entscheidungsträger:innen auf die anti-atomare Friedensbewegung, spielten aber dort oftmals keine Rolle. Vielmehr forderte man, ganz in der wissenschaftlich hergeleiteten Argumentation, ein grundsätzliches Einstellen jeder weiteren Aufrüstung.²²

In ihren Statements und Veröffentlichungen verwiesen die Ärztinnen und Ärzte der IPPNW erstens konsequent auf medizinische und technische Daten und betonten, keine politische Partei ergreifen wolle. Zweitens wurde verabredet, eine Ärzte-Organisation ins Leben zu rufen, die Sektionen

-
- 21 John Krige/Kai-Henrik Barth (Hg.), *Global Power Knowledge. Science and Technology in International Affairs*, Chicago 2006; Jeroen van Dongen/Frisco Hoeneveld/Abel Streefland (Hg.), *Cold War Science and the Transatlantic Circulation of Knowledge*, Leiden 2015.
 - 22 Wilfried Mausbach, Vereint marschieren, getrennt schlagen? Die amerikanische Friedensbewegung und der Widerstand gegen den NATO-Doppelbeschluss, in: Gassert/Geiger (Hg.), *Zweiter Kalter Krieg*, S. 283–304.

sowohl in Ost wie West gründete und jährlich medienwirksame medizinische Kongresse abhielt, mit denen auf die Konsequenzen eines Atomkrieges aufmerksam gemacht werden sollte. Ärztinnen und Ärzte aus West und Ost sollten mit dem Verweis auf eine gemeinsame medizinische Ethik sowie ein gemeinsames Berufsverständnis öffentlich auftreten und sich für die Vermeidung einer medizinisch aussichtslosen Situation einsetzen, die nach einem Atomschlag eintreten würde. Die sowjetischen Ärzte genauso wie die politische Führung des Landes wurden nicht müde, die »Neutralität« und Redlichkeit der gemeinsamen Initiative zu betonen. Es lag auf der Hand, dass die sowjetische Seite der IPPNW vom Kreml im Sinne ihrer Außenpolitik instrumentalisiert wurde. Nicht zuletzt die offene Unterstützung durch die Sowjetführung machte die IPPNW aus Sicht der US-Regierung und mehr noch der Bundesregierung verdächtig. Aber auch innerhalb der IPPNW erzeugte das Ungleichgewicht zwischen einem staatlich instrumentalisierten Teil der Organisation und einem staatsfernen, wenngleich nicht unpolitischen Teil, fortlaufende Spannungen.²³

1982 gründete sich eine westdeutsche Sektion der IPPNW, nachdem sich im Jahr zuvor in Hamburg beim »1. Medizinische Kongress zur Verhinderung des Atomkrieges« ganz unterschiedlich orientierte Ärzte-Gruppen organisiert hatten.²⁴ Im Großen und Ganzen ging die westdeutsche Sektion auf das Engagement aus zwei Richtungen zurück. Zum einen pflegte der Frankfurter Internist Ullrich Gottstein gute Kontakte zur Führungsebene der IPPNW in Boston, von wo er die Idee einer ärztlichen Initiative gegen die Atombewaffnung aufnahm. Während Gottstein etablierte und sonore Ärztekollegen zu überzeugen versuchte, die sich christlich-humanitär gegen eine atomare Kriegsführung aussprechen wollten, brachten zahlreiche basisdemokratisch organisierte Ärzte-Initiativen eine grundsätzlich anti-atomare Ausrichtung in die neu gegründete Sektion ein. Mit dieser Konstellation zeichnete sich ein Grundkonflikt der westdeutschen IPPNW ab, bei dem es um die Frage ging, ob eine anti-atomare Friedensorganisation das Thema der zivil genutzten Atomkraft ausblenden könne.

23 Vgl. Kemper, *Medizin gegen den Kalten Krieg*, u.a. S. 136–144.

24 Vgl. *Die Überlebenden werden die Toten beneiden. Ärzte warnen vor dem Atomkrieg. Materialien des Hamburger »Medizinischen Kongresses zur Verhinderung des Atomkrieges« vom 19./20. September 1981*, (Hg. von) Bayerische Ärztinnen und Ärzte gegen Atomenergie/Berliner Ärzteinitiative gegen Atomenergie/Hamburger Ärzteinitiative gegen Atomenergie, Köln 1982.

Nach der Gründungsversammlung der »Ärzte zur Verhütung des Atomkrieges« im Mai 1982 lag die Ausrichtung der Sektion so wie in der gesamten Friedensbewegung zunächst auf die Verhinderung der atomaren Nachrüstung, die im Herbst 1983 vom Bundestag beschlossen werden sollte. Innerhalb der IPPNW entwickelte sich die westdeutsche Sektion mit etwa 3.500 Mitgliedern zu einer der stärksten neben der britischen »Medical Campaign against Nuclear War« (MCANW). Die Mitgliederzahlen in anderen Ländern spiegelten das dortige Ausmaß der Mobilisierung gegen Atomwaffen wider: In Österreich verzeichnete die Sektion 1983 an die 80 Mitglieder, Dänemark kam auf 500, Finnland zählte 1.400 und die Schweiz 350 Mitglieder.

Auf den ersten Blick spielte für das politische Engagement von Ärzt:innen vor allem die internationale Situation eine Rolle, d.h. die Verschärfung des Ost-West-Konfliktes, die geplante nukleare Nachrüstung in Europa und ihre eigenen friedenspolitischen Überzeugungen. Aber im gleichen Maße beeinflussten auch anders gelagerte Gründe und Bedingungen den politischen Protest – ein Phänomen, das nicht nur auf die IPPNW, sondern auf alle Protestbewegungen zutrifft.²⁵ Denn auch die akute soziale und gesellschaftliche Situation, jenseits des Kernanliegens, und das Maß ihrer medialen Problematisierung bestimmt die Mobilisierung von Protestierenden.²⁶ Im Fall der IPPNW verdeutlicht die westdeutsche Sektion eindrucksvoll, welche Faktoren auf die Bewegung zu jener Zeit einwirkten und wie unterschiedlich das Neutralitätsgebot gedeutet werden konnte. Um die gesellschaftspolitische Konfliktlage nachvollziehen zu können, hilft ein Blick auf das Gesundheitswesen, das sich seit Ende der 1970er Jahre in einer deutlichen Umbruchphase befand.

Diskussionen um Kostensteigerung, Apparatedizin und schlechte Arbeitsplatzbedingungen erreichten in den USA schon Mitte der 1970er Jahre einen neuen Höhepunkt. Auch im sozial vergleichsweise gut abgedeckten westdeutschen Gesundheitssystem waren die Probleme sichtbar und es wurde sowohl in der Gesundheitspolitik und der Öffentlichkeit als auch unter Ärztinnen und Ärzten über die steigende Zahl an Berufsanfänger:innen diskutiert, die ohne Aussicht auf Anstellung bei gleichzeitig zunehmender Belastung in

25 Vgl. u.a. das Themenheft »Protest und Beteiligung«, APuZ 62 (25–26/2012), URL: <https://www.bpb.de/shop/zeitschriften/apuz/138267/protest-und-beteiligung/> (letzter Aufruf: 2.4.2025).

26 Kurzer Abriss der Mobilisierungsbedingungen bei Dieter Rucht, Massen mobilisieren, in: Aus Politik und Zeitgeschichte (APuZ) 25–26/2012, S. 3–9.

der Arbeitssituation auf den Markt drängten. Zwischen 1971 und 1981 wuchs die Zahl der approbierten Ärztinnen und Ärzte von etwa 103.000 auf 143.000, wobei vor allem die Zahl der Krankenhausärzteschaft signifikant zunahm.²⁷ 1983 zählte die Bundesärztekammer (BÄK) über 183.000 praktizierende Ärztinnen und Ärzte und rechnete bei gleichbleibenden Approbationszahlen von jährlich 9.000 mit einem erheblichen Überschuss in den folgenden Jahren.²⁸ Dies in Kombination mit steigenden Kosten in der Medizin und einer schlechten Ausbildungssituation wurde als sogenannte »Ärztenschwemme« diskutiert.

Die Aussichten für neu approbierte Ärztinnen und Ärzte waren zu Beginn der 1980er Jahre daher schlecht, trafen sie doch auf einen stagnierenden Arbeitsmarkt, vor allem im Krankenhausbereich, und dies in einem Land, das ohnehin auf eine Rezession und steigende Arbeitslosigkeit zusteuerte. Hinzu kam innermedizinische Konkurrenz, die aus Sicht der Bundesärztekammer in Form der »Grünen Medizin« entstand, also durch sämtliche alternative Heilmethoden. Letzteres schien insbesondere auch das traditionelle Arztbild zu bedrohen, da der bis dahin exklusiv heilende Arztberuf von nicht-approbierten Personen Konkurrenz bekam.²⁹

Aus Sicht angehender Medizinerinnen und Mediziner kam ein weiterer Punkt hinzu, der die eigene Haltung gegenüber dem Beruf des Arztes kritisch prägte. Denn ebenfalls seit Ende der 1970er Jahre thematisierte eine ganze Riege von jüngeren Medizinerinnen und Mediziner die bis dahin unterlassene Aufarbeitung der ärztlichen Mitwirkung an NS-Verbrechen. Beim ersten »Gesundheitstag« in Berlin 1980,³⁰ organisiert von alternativen Gesundheitslisten, saßen Ärztinnen, Ärzte und Medizinhistoriker auf dem Podium, die als Jugendliche oder junge Erwachsene den Nationalsozialismus erlebt hatten und sich seit Jahren mit den Ereignissen auseinandersetzten. Wohl zum ersten

27 Michael Arnold/Heinz-Peter Brauer/J. F. Volrad Deneke/Eckart Fiedler, *Der Beruf des Arztes in der Bundesrepublik Deutschland*, Köln 1984, S. 82–83.

28 »In den Krankenhäusern stagnierte 1983 erstmals die Zahl der Ärzte«, in: *Deutsches Ärzteblatt* 81 (1984) 18, S. 1425–1432.

29 Die zeithistorische Forschung zum Arztberuf ist gering. Wichtig ist nach wie vor: Robert Jütte/Thomas Gerst, *Geschichte der deutschen Ärzteschaft*, Köln 1997. Hinweise gibt zudem die Professionsforschung der Sozialwissenschaften, z.B. Silke Müller-Hermann/Roland Becker-Lenz/Stefan Busse/Gudrun Ehler (Hg.), *Professionskulturen. Charakteristika unterschiedlicher professioneller Praxen*, Wiesbaden 2018.

30 Christl Burkhart (Hg.), *Dokumentation des Gesundheitstages Berlin 1980*, Berlin/West 1980.

Mal in dieser Form und vor breitem Publikum diskutierten die Podiumsteilnehmenden ihre persönlichen Erlebnisse und Schlussfolgerungen zur Frage, warum das Thema über dreißig Jahre beschwiegen worden war. Einflussreiche Ständesvertretungen wie BÄK und Ärztetag zeigten jedoch bis Mitte der 1980er Jahre keinerlei selbstkritische Bemühungen, die Belastungen von Ärzten und medizinischen Einrichtungen durch die NS-Vergangenheit aufzuarbeiten. Erst vor dem Hintergrund dieser Auseinandersetzungen lässt sich erklären, dass der politische Protest zu Beginn der 1980er Jahre zumindest in der Bundesrepublik auch Ausdruck einer gesellschaftlichen Unzufriedenheit und eines innerberuflichen Konfliktes in der Ärzteschaft darstellte.³¹

Sind medizinische Argumente in einem hochpolitischen Feld politisch oder neutral?

Der argumentative Grundgedanke des IPPNW war nicht neu: auch schon vor den 1980er Jahren hatten anti-atomare Ärzte-Initiativen darauf gezielt, den medizinisch populären Präventionsgedanken auf die Situation eines möglichen Atomschlags anzuwenden. Demnach fallen nicht erst die Folgen eines Atomkrieges in die ärztliche Zuständigkeit (also ein Massenanfall an Verbrennungen und Verstrahlungen), sondern auch die Phase zuvor.

Seit den Erfahrungsberichten aus den 1945 atomar zerstörten Städten Hiroshima und Nagasaki war die Reichweite und Intensität eines Atomschlags gut dokumentiert. Die atomare Sprengkraft der aufgerüsteten Waffen hatte im Verlauf des Kalten Krieges kontinuierlich zugenommen und damit auch die für den Detonationsort geltende medizinische Aussichtslosigkeit. Im Falle eines atomaren Schlagabtausches bestünde kaum Aussicht, medizinische Hilfe leisten zu können, so der Befund. Deshalb müssten Ärzte der vorgelagerten Bedrohungslage eine gesteigerte Aufmerksamkeit zukommen lassen. Medizinische Vorsorge begann demnach durch Verhinderung einer atomaren Eskalation.³² Die Argumentation der IPPNW blieb nicht auf unmittelbare Zerstörungen beschränkt, sondern griff darüber hinaus soziologische und sozialpsycho-

31 Robert Jütte (Hg.), *Medizin und Nationalsozialismus. Bilanz und Perspektiven der Forschung*, Göttingen 2011. Für andere Länder und im Vergleich fehlen bislang einordnende Untersuchungen.

32 Als Beispiel eine der Veröffentlichungen aus dem IPPNW-Kontext: Till Bastian/Regine Armbruster-Heyer, *Wir werden euch nicht helfen können!*, Frankfurt a.M. 1983.

logische Perspektiven auf. Denn offenbar hatte sich ein Großteil der Bevölkerung und Politik an das atomare Bedrohungspotenzial gewöhnt und die Tatsache einer potenziellen Selbstvernichtung verdrängt – ein Zustand, den die IPPNW als pathologisch begriff.³³

Die Argumentation war für ein medizinisch wie laienhaft informiertes Publikum enorm anschlussfähig, weil sie zeitgenössisch gängige psychotherapeutische Diagnosen aufgriff. Zu beobachten sei eine Gegenwart, in der zunehmend aufgerüstet werde und die Gesellschaften mehr oder weniger ohne Regung die permanente Bedrohung aushielten. Zu erklären sei diese Regungslosigkeit mit der Logik der atomaren Abschreckung, die in weiten Teilen der Politik und Gesellschaft so verinnerlicht worden sei, dass sie die »natürliche« Fähigkeit verdränge, eine Lösung des Konfliktes zu erkennen und vor allem zu praktizieren. Im Kern seien es solcherart kollektiv wie individuell verdrängte Ängste, die es Politiker:innen in Kauf nehmen ließen, im Falle eines tatsächlichen Einsatzes von Atomwaffen, Millionen Menschen sterben zu lassen sowie Umwelt und Kultur zu vernichten.³⁴ Der medizinisch gerahmte Befund begründete die politische Folgerung, Ärzt:innen müssten sich gegen die Atomrüstung engagieren.

Die Haltung, gesellschaftliche Befindlichkeiten mit medizinischen Prognosen zu verbinden, war nicht unüblich und war auch schon von Ärzten wie Rudolf Virchow genutzt worden, um ihre politische Intervention durch fachliche Expertise zu legitimieren. Jedoch engagierten sich die meisten Ärzte, die über ihr Fach hinaus bekannt wurden, in den Grenzen ihres gesundheitspolitischen Feldes. Bodo Mansteins in den 1950er Jahren gegründeter »Kampfbund gegen Atomschäden« gehörte zu den seltenen Ausnahmen.³⁵

33 Kein neuer Gedanke, der in der Psychologie während des 20. Jahrhunderts diskutiert wurde und im Zuge der atomaren Bedrohung intensiviert wurde. Vgl. u.a. James G. Blight, *How Might Psychology Contribute to Reducing the Risk of Nuclear War?*, in: *Political Psychology* 7 (1986), S. 617–660.

34 Horst-Eberhard Richter, *Zur Psychologie des Friedens*, Hamburg 1982.

35 Manstein war ehemaliges NSDAP-Mitglied und hatte sich 1943 an der Berliner Chartisté habilitiert. Nach seiner Kriegsgefangenschaft arbeitete er zunächst zu Verhütungstechniken und engagierte sich ab den 1950er Jahren gegen Luft- und Umweltverschmutzung sowie Atomversuche und -bewaffnung. Er gehörte zu den Gründern des BUND. Vgl. u.a. Richard Stöss, *Vom Nationalismus zum Umweltschutz. Die Deutsche Gemeinschaft/Aktionsgemeinschaft Unabhängiger Deutscher im Parteiensystem der Bundesrepublik*, Wiesbaden 1980.

Ebenfalls verbreitet und deshalb anschlussfähig war der von der IPPNW ins Zentrum gestellte Verweis auf verdrängte Ängste, die das Wettrüsten beeinflussen.³⁶ In der gesamten anti-atomaren Friedensbewegung gehörte die Gegenüberstellung von Emotionen zum Diskurs. Das Spektrum reichte insbesondere von »warmen«, subjektiv formulierten und Verletzlichkeit transportierenden Emotionen wie Angst und Mitgefühl zu den »kalten« und Distanz suggerierenden Emotionen wie Rationalität.³⁷

Es gelang der IPPNW diesen Diskurs mit einer medizinischen Konjunktur zu verbinden. Denn zur gleichen Zeit war die Sozialpsychologie in aller Munde. Die politischen Macht- und Gewaltverhältnisse unter psychosozialen Aspekten zu bewerten, wurde in den USA maßgeblich von Jerome Frank³⁸ und Robert J. Lifton³⁹ vorangetrieben, in der Bundesrepublik stand hierfür der Name Horst-Eberhard Richter.⁴⁰ Lifton in den USA und Richter in der Bundesrepublik trugen maßgeblich dazu bei, die psychische Zurichtung Einzelner durch gesellschaftliche Normen und materielle Gegebenheiten auch öffentlich zu diskutieren.

Robert Jay Lifton war Psychiater aus New York, der zu den Folgen von Gewalterfahrungen forschte und dessen Studien mit Hiroshima-Überlebenden und Vietnam-Veteranen sehr populär waren.⁴¹ Lifton definierte »psychological numbness«, eine betäubte Todesangst, als zentrale psychische Kategorie, um Verhaltensänderungen zu erklären.⁴² Das Verhalten der Hiroshima-Überlebenden (hibakusha) zeige, wie die überwältigende Grausamkeit eines Atom-

36 Susanne Schregel, Konjunktur der Angst. »Politik der Subjektivität« und »neue Friedensbewegung«, 1979–1983, in: Bernd Greiner/Christian Th. Müller/Dierk Walter (Hg.), Angst im Kalten Krieg, Hamburg 2009, S. 495–520.

37 Judith Michel, »Die Angst kann lehren, sich zu wehren« – Der Angstdiskurs der westdeutschen Friedensbewegung in den 1980er Jahren, in: José Brunner (Hg.), Politische Leidenschaften. Zur Verknüpfung von Macht, Emotion und Vernunft in Deutschland, Göttingen 2010, S. 246–269.

38 Jerome D. Frank, Sanity and Survival in the Nuclear Age. Psychological Aspects of War and Peace, New York 1982.

39 Robert Jay Lifton/Richard A. Falk, Indefensible Weapons. The Political and Psychological Case against Nuclearism, New York 1982.

40 U.a. Horst-Eberhard Richter, Die Angst kann lehren, sich zu wehren, in: Walter Jens (Hg.), In letzter Stunde. Aufruf zum Frieden, München 1982, S. 117–134.

41 Robert Jay Lifton, Thought Reform and the Psychology of Totalism: A Study of »Brainwashing« in China, New York 1961; ders. Death in Life. Survivors of Atomic bombings of Hiroshima and Nagasaki, New York 1968.

42 Robert Jay Lifton, The Life of the Self. Toward a New Psychology, New York 1976.

schlages die »normalen« psychischen Abläufe außer Kraft setze, wodurch die Menschen nicht nur gelähmt, sondern in eine unaufhörliche Isolation gestoßen sein würden. Das Konzept des *psychic numbing* stellte ein Bindeglied dar, um die Argumente der psychologischen Forschung von Kriegsfolgen auf die Wirkung von Kriegsdrohung zu übertragen: »And beyond Hiroshima, these same impediments tragically block and distort our perceptions of the general consequences of nuclear weapons.«⁴³

In der westdeutschen Medizin blieb die gesellschaftliche Dimension kriegserischer Erfahrungen lange Zeit unterbelichtet.⁴⁴ Noch bis in die 1970er Jahre wirkten sich die wehrmedizinischen Standards der NS-Zeit aus und stand die psychoanalytische und psychiatrische Beurteilung körperlicher Beeinträchtigung in der Tradition der 1930er Jahre.⁴⁵ Der Psychiater und Psychoanalytiker Horst-Eberhard Richter zählte zu den bekanntesten Medizинern, die sich gegen diese Sichtweise nicht nur innerhalb seines Faches, sondern weit darüber hinaus engagierte. Schon 1972 veröffentlichte er in »Die Gruppe« seine sozialpsychologische Deutung von Gruppenprozessen, die 1974 in der Veröffentlichung »Lernziel Solidarität« die politische Dimension von gesellschaftlicher Interaktion unterstrich. Richter entwickelte Gruppentherapien, die nach seiner Meinung die beste Methode seien, um individuelle Stärke zu entwickeln. Ab 1981 avancierte er zum intellektuellen Stichwortgeber der westdeutschen Sektion der IPPNW. Er übertrug die Erfahrungen mit Gruppentherapien auf die gesellschaftspolitische Ebene und diagnostizierte einen nachlassenden Zusammenhalt in der Gesellschaft, der sich negativ auf die einzelnen Mitglieder auswirke. Verdrängte Ängste Einzelner verstärkten wiederum das paranoide Verhalten des Kollektivs.⁴⁶ In der Friedensbewegung sah Richter deutlich mehr als »nur« eine Bewegung gegen atomare

43 Robert Jay Lifton/Kai Erikson, Psychological Effects of the Atomic Bombings, in: Eric Chivian u.a. (Hg.), Last Aid. The Medical Dimensions of Nuclear War, San Francisco, CA 1982, S. 48–68, hier 68.

44 Svenja Goltermann, Die Gesellschaft der Überlebenden. Deutsche Kriegsheimkehrer und ihre Gewalterfahrungen im Zweiten Weltkrieg, München 2009.

45 Vgl. Cornelia Brink, Grenzen der Anstalt. Psychiatrie und Gesellschaft in Deutschland 1860–1980, Göttingen 2010.

46 Horst-Eberhard Richter, Die Gruppe. Hoffnung auf einen neuen Weg sich selbst und andere zu befreien; Psychoanalyse in Kooperation mit Gruppeninitiativen, Reinbek bei Hamburg 1978; ders., Engagierte Analysen. Über den Umgang des Menschen mit dem Menschen. Reden, Aufsätze, Essays, Reinbek bei Hamburg 1978, S. 43.

Aufrüstung: sie war für ihn eine Gegenbewegung zur Entsolidarisierung in der bundesrepublikanischen Gesellschaft.

Auch dies muss wiederum in einem historischen Kontext gesehen werden. Denn auch sozialpsychologische Diagnosen waren Teil der jeweiligen Gegenwartsdeutung. So gingen amerikanische Psychologen in ihren Settings eher auf katastrophische Erfahrungen mit Überschwemmungen, Stürmen oder anderen Naturereignissen ein, die in der Bevölkerung traumatische Folgen hinterlassen hatten. In der westdeutschen Psychologie spielte eher der Zusammenhang von Individualisierungs- und Vermassungsprozessen eine Rolle, die in den 1980er Jahren noch von vielen Zeitgenossen erinnert wurden. Beide Ansätze ordneten sich nicht nur in die Kultur des jeweiligen Faches ein, sondern auch in die Erfahrungsgeschichte der jeweiligen Länder, aus denen die Ärzte kamen, sowie in deren persönliche Biographien. Aus den unterschiedlichen Ansätzen wurden aber ähnliche Rückschlüsse über den Zustand der Gesellschaft gezogen.

Die Herausforderung der IPPNW lag von Beginn an darin, ihre medizinische Expertise und den damit verbundenen Status aus der medizinisch-gesellschaftlichen in die politische Sphäre zu transponieren, um sich ohne Glaubwürdigkeitsverlust hier wie da für die Rettung und Heilung der Menschheit einsetzen und letztlich politische Entscheidungen beeinflussen zu können. Die fachliche und medizinethische Argumentation war die eine Sache, aber nun ging es auch darum, die IPPNW als einen politisch-organisatorischen Akteur zu legitimieren.

Um sich glaubwürdig öffentlich zu präsentieren, mussten deshalb nicht nur Inhalte vermittelt, sondern die gesamte Organisation als neutral und nur der medizinisch gerahmten politischen Deutung verpflichtet dargestellt werden. Konsequenterweise folgte auch das Auftreten der IPPNW medizinisch-wissenschaftlichen Regeln. So traten ihre Mitglieder beispielsweise bei öffentlichen Protestaktionen häufig in weißen Arztkitteln auf, die sie nach einer Kundgebung demonstrativ ablegten. Solche Handlungen waren eingängig und unterstrichen den Inhalt von Resolutionen, Broschüren oder Reden: wir werden hilflos sein im Fall eines Atomkriegs und übernehmen deshalb schon in der Gegenwart keine Verantwortung. Ein anderes performatives Mittel war die Gestaltung der Kongresse, bei der man sich an den Standards internationaler Fachkongresse orientierte. Hierbei wurde auf die strikte Einhaltung eines paritätisch verteilten Tagungsprogramms genauso geachtet wie auf Zeitmanagement, ein Rahmenprogramm oder eingeladene Spezialist:innen anderer Disziplinen. Auffällig an den Auftritten wie Inhalten waren ebenso die

paternalistischen und aufklärerischen Elemente wie ein deutlicher Überhang männlicher Protagonisten auf den Podien – Distinktionsmittel, die aus dem medizinischen Beruf übernommen wurden und der Organisation zugleich ein Alleinstellungsmerkmal gaben.

Schließlich fällt neben Inhalt und Auftreten noch ein drittes Element auf, das Expertise, Wissenschaftlichkeit und damit politische Neutralität vermitteln sollte. So standen im Zentrum jeder Konferenz Szenarien und Visualisierungen zu Prognosen für einen für die Mitte der 1980er Jahre angenommenen nuklearen Schlagabtausch zwischen den USA und der UdSSR. Solche Szenarien hatten die Gemeinsamkeit, dass immer wiederkehrende Zahlenkolonnen und Daten in eine Art Rahmensituation gesetzt wurden oder Bilder grausam verstümmelter Hiroshima-Überlebender gezeigt wurden. Die schier unermesslichen, mit herkömmlichen Vorstellungen nicht greifbaren Folgen und Ausmaße einer Atombombenexplosion wurden benannt und mit bekannten alltäglichen Situationen der Gegenwart verbunden, um den Gegensatz von Dystopie und Lebenswirklichkeit herzustellen.⁴⁷ Im Kontext solcher Prognosen sollten die Forderungen und Planungen des anti-atomaren Zivilschutzes oder des zu Beginn der 1980er wieder verstärkt propagierten individuellen Selbst-Schutzes als eine offensichtliche Absurdität wirken.

Das Zusammenspiel eines vertrauenswürdigen Rahmens, von rationaler Beweisführung und Bildern sollte also wie ein Trigger wirken, durch den individuelle Vorstellungen bzw. eine Erinnerungsspur beim Publikum in Gang gesetzt wurde. Wie auch immer diese Vorstellungen der drohenden Vernichtung dann ausfielen – sie wurden in jedem Fall mit dem Satz bestätigt: Wir werden euch nicht helfen können. Dieser Satz war, wie gezeigt, tief in den gesellschaftspolitischen Zusammenhängen seiner Zeit verankert.

Neutralität: ein grundsätzliches Prinzip und wandelbar zugleich

Zu Beginn der 1980er Jahre erschien es nicht unwahrscheinlich, dass sich US-amerikanische und sowjetische, westdeutsche und viele andere europäische Ärzte über ein Engagement gegen Atomwaffen verständigten. Die internationale Bedrohungslage, die Situation der Gesundheitssysteme und

47 Als Beispiel Ulmer Ärzteinitiative (Hg.), Tausend Grad Celsius. Das Ulm-Szenario für einen Atomkrieg, Darmstadt 1983.

der friedenspolitische Diskurs eröffneten ein Gelegenheitsfenster für eine international besetzte Ärzte-Organisation gegen den Atomkrieg.

Die Prämissen der IPPNW waren an ärztliche Leitbilder angelehnt, die sich traditionell auf Verantwortung, Rationalität, Unabhängigkeit und Neutralität beriefen. Die IPPNW kehrte jedoch diese Argumentation um und nutzte die zeitgenössischen Erkenntnisse über die Folgen eines Atomschlages, um sich für politisch verantwortlich für die Gegenwart zu erklären. Solche Umdeutungen von normativen Großbegriffen lösen regelmäßig Konflikte sowohl in der Profession als auch darüber hinaus aus. Im Fall der IPPNW stand der politische Konflikt jedoch am Beginn der Umdeutung. Denn ihr Aufruf zum Engagement sollte ein passives Verhalten der Ärzteschaft in Fragen der Atombewaffnung als unverantwortlich und irrational markieren. Nachvollziehbarerweise vertiefte dies die bestehenden Konflikte sowohl in Medizin wie Politik über die Frage, inwieweit sich Ärztinnen und Ärzte bei Themen engagieren dürften, die das unmittelbare medizinische Tätigkeitsfeld überschritten.

Die von der IPPNW formulierten Prämissen fanden sich in den von der Organisation popularisierten Szenarien wieder, die das Ausmaß von Atomschlägen plastisch darlegten. Zugleich transportierten ihre Annahmen Kritik an ihrer eigenen Profession und an einer aus ihrer Sicht rein technokratisch orientierten Medizin. Bilder von versagender Technologie, von zerstörten Landschaften, von zerstörten sozialen Kollektiven und seelenlosen Individuen unterstrichen die Botschaft, dass die zeitgenössische Medizin einem falsch verstandenen Fortschritt anhängen und sie deshalb nicht neutral agierten. Demgegenüber sollten der Präventions-Gedanke und die IPPNW insgesamt einen reflektierten Umgang mit den Instrumenten der Moderne bieten.

Zu Beginn der 1980er Jahre konnte dieses Vorgehen viele Ärztinnen und Ärzte überzeugen, denn mit der anstehenden nuklearen Aufrüstung in Europa stand eine klar einzuordnende politische Entscheidung an, die durchaus abwendbar war. Hierfür boten die Prognosen über die Folgen einer atomar geführten Auseinandersetzung zahlreiche Argumente, die nicht nur innerhalb der IPPNW, sondern auch darüber hinaus genutzt wurden. Wie bei anderen anti-atomaren Friedensorganisationen bildete die Verhinderung der Mittelstreckenwaffen einen kleinsten gemeinsamen Nenner in der IPPNW, in der von Anfang durchaus unterschiedliche politische Strömungen vertreten waren.

Dieser kleinste gemeinsame Nenner bildete auch die Basis der postulierten Neutralität, die aber mit der endgültigen Stationierung der Mittelstreckenraketen ab 1983 zu bröckeln begann. Darüber hinausführende Diskussionen, wie

etwa die nach dem Reaktor-GAU von Tschernobyl 1986, offenbarten endgültig die diametralen Unterschiede zwischen den westlichen und dem sowjetischen Teil der IPPNW. Neutralität, so stellte sich heraus, war die Folge einer politischen Vereinbarung gewesen, die im Laufe der 1980er Jahre kaum noch aufrechterhalten werden konnte. Innerhalb der Organisation bekamen die nationalen Sektionen deutlich mehr Spielraum für eigene Schwerpunkte und differenzierten sich die Themen der IPPNW zwangsläufig aus. Die Differenzierung und unterschiedlichen Positionen, die nun in der IPPNW sichtbar wurden, machten zwar das Bild einer auf Neutralität basierenden Organisation endgültig obsolet, waren aber letztlich die einzige Möglichkeit, um auch längerfristig als Organisation existieren zu können.

Literaturverzeichnis

- Arnold, Michael/Brauer, Heinz-Peter/Volrad Deneke, J. F./Fiedler, Eckart, *Der Beruf des Arztes in der Bundesrepublik Deutschland*, Köln 1984, S. 82–83.
- Bastian, Till/Armbruster-Heyer, Regine, *Wir werden euch nicht helfen können!*, Frankfurt a.M. 1983.
- Bergdolt, Klaus, *Das Gewissen der Medizin. Ärztliche Moral von der Antike bis heute*, München 2004.
- Bleker, Johanna, *Die Diskussion über Medizin und Krieg in der Bundesrepublik nach 1945. Ein Überblick*, in: dies./Heinz-Peter Schmiedebach/Christine Eckelmann (Hg.), *Medizin und Krieg. Vom Dilemma der Heilberufe, 1865 bis 1985*, Frankfurt a.M. 1987, S. 232–255.
- Blight, James G., *How Might Psychology Contribute to Reducing the Risk of Nuclear War?*, in: *Political Psychology* 7 (1986), S. 617–660.
- Brink, Cornelia, *Grenzen der Anstalt. Psychiatrie und Gesellschaft in Deutschland 1860–1980*, Göttingen 2010.
- British Medical Association, *The Medical Profession and Human Rights. Handbook for a Changing Agenda*, London 2001.
- Burkhart, Christl (Hg.), *Dokumentation des Gesundheitstages Berlin 1980*, Berlin/West 1980.
- Crawford, Emily, *The Treatment of Combatants and Insurgents under the Law of Armed Conflict*, Oxford 2010.
- Dongen, Jeroen van/Hoeneveld, Frisco/Streefland, Abel (Hg.), *Cold War Science and the Transatlantic Circulation of Knowledge*, Leiden 2015.

- Eckart, Wolfgang Uwe/Jütte, Robert, *Medizingeschichte. Eine Einführung*, Köln/Weimar/Wien 2007.
- Fleck, Ludwik, *Entstehung und Entwicklung einer wissenschaftlichen Tatsache. Einführung in die Lehre vom Denkstil und Denkkollektiv*, Frankfurt a.M. 1993.
- Flüchter, Antje, *Frauen und Medizin im Laufe der Zeit*, in: *Nervenheilkunde. Zeitschrift für interdisziplinäre Fortbildung (Sonderheft Gender und Medizin)*, 39 (2020), S. 452–460
- Frank, Jerome D. *Sanity and survival in the nuclear age. Psychological aspects of war and peace*, New York 1982. 39
- Freidson, Eliot, *Der Ärztestand. Berufs- und wissenschaftssoziologische Durchleuchtung einer Profession*, Stuttgart 1979.
- Gassert, Philipp/Geiger, Tim (Hg.), *Zweiter Kalter Krieg und Friedensbewegung. Der NATO-Doppelbeschluss in deutsch-deutscher und internationaler Perspektive*, München 2011.
- Gebauer, Thomas, *Hilfe oder Beihilfe. Über die medizinische Versorgung von Kriegsoptionen in Zeiten der neuen Kriege?*, in: Melissa Larner/James Peto/Colleen M. Schmitz (Hg.), *Krieg und Medizin*, Göttingen 2009, S. 225–236.
- Goltermann, Svenja, *Die Gesellschaft der Überlebenden. Deutsche Kriegsheimkehrer und ihre Gewalterfahrungen im Zweiten Weltkrieg*, München 2009.
- Hannig, Nicolai/Thießen, Malte (Hg.), *Vorsorgen in der Moderne. Akteure, Räume und Praktiken*, Berlin/Boston 2017.
- Hermund, Jost, *Ohne die geringsten Schuldgefühle. Heinz G. Konsaliks Bestseller Der Arzt von Stalingrad (1956)*, in: ders., *Unbewältigte Vergangenheit. Auswirkungen des Kalten Krieges auf die westdeutsche Nachkriegsliteratur*, Köln 2019, S. 197–216.
- Hibbeler, Birgit/Korzilius, Heike, *Arztberuf: Die Medizin wird weiblich*, in: *Ärzteblatt* 102 (2008) 12, S. A609–A612. URL: https://www.aerzteblatt.de/archiv/pdf/a42ddcb6-66d6-4d30-acca-64daf6_d4f2a2 (letzter Aufruf: 12.4.2025).
- Huerkamp, Claudia, *Der Aufstieg der Ärzte im 19. Jahrhundert. Vom gelehrten Stand zum professionellen Experten: Das Beispiel Preußens*, Göttingen 1985.
- Jütte, Robert (Hg.), *Medizin und Nationalsozialismus. Bilanz und Perspektiven der Forschung*, Göttingen 2011.
- Jütte, Robert/Gerst, Thomas, *Geschichte der deutschen Ärzteschaft*, Köln 1997.
- Kemper, Claudia, *Medizin gegen den Kalten Krieg*, Göttingen 2016.

- Krige, John/Barth, Kai-Henrik (Hg.), *Global power knowledge. Science and technology in international affairs*, Chicago 2006.
- Leven, Karl Heinz, Hippokratischer Eid: Anachronistische Deutungen, in: *Deutsches Ärzteblatt* 94 (1997), S. A-1160.
- Lifton, Robert Jay, *Thought Reform and the Psychology of Totalism: A Study of »Brainwashing« in China*, New York 1961.
- Lifton, Robert Jay, *Death in Life. Survivors of Atomic bombings of Hiroshima and Nagasaki*, New York 1968.
- Lifton, Robert Jay, *The life of the self. Toward a new psychology*, New York 1976.
- Lifton, Robert Jay/Erikson, Kai, *Psychological Effects of the Atomic Bombings*, in: Eric Chivian u.a. (Hg.), *Last Aid. The Medical Dimensions of Nuclear War*, San Francisco, CA 1982, S. 48–68.44
- Lifton, Robert Jay/Falk, Richard A., *Indefensible Weapons. The Political and Psychological Case Against Nuclearism*, New York 1982.
- List, Justin M., *Medical Neutrality and Political Activism: Physicians' Role in Conflict Situations*, in: Fritz Allhoff (Hg.), *Physicians at War. The Dual-Loyalties Challenge*, Dordrecht/Berlin/Heidelberg 2008.
- Mausbach, Wilfried, Vereint marschieren, getrennt schlagen? Die amerikanische Friedensbewegung und der Widerstand gegen den NATO-Doppelbeschluss, in: Gassert/Geiger, *Zweiter Kalter Krieg*, S. 283–304.
- Michel, Judith, »Die Angst kann lehren, sich zu wehren« – Der Angstdiskurs der westdeutschen Friedensbewegung in den 1980er Jahren, in: José Brunner (Hg.), *Politische Leidenschaften. Zur Verknüpfung von Macht, Emotion und Vernunft in Deutschland*, Göttingen 2010, S. 246–269.
- Müller-Hermann, Silke/Becker-Lenz, Roland/Busse, Stefan/Ehlert, Gudrun (Hg.), *Professionskulturen. Charakteristika unterschiedlicher professioneller Praxen*, Wiesbaden 2018.
- Peter, Matthias/Wentker, Hermann (Hg.), *Die KSZE im Ost-West-Konflikt. Internationale Politik und gesellschaftliche Transformation 1975–1990*, München 2012.
- Richter, Horst-Eberhard, *Die Gruppe. Hoffnung auf einen neuen Weg sich selbst und andere zu befreien; Psychoanalyse in Kooperation mit Gruppeninitiativen*, Reinbek bei Hamburg 1978.
- Richter, Horst-Eberhard, *Engagierte Analysen. Über den Umgang des Menschen mit dem Menschen. Reden, Aufsätze, Essays*, Reinbek bei Hamburg 1978, S. 43.
- Richter, Horst-Eberhard, *Zur Psychologie des Friedens*, Hamburg 1982.

- Richter, Horst-Eberhard, Die Angst kann lehren, sich zu wehren, in: Walter Jens (Hg.), In letzter Stunde. Aufruf zum Frieden, München 1982, S. 117–134.
- Rothe, Katharina/Deutschbein, Johannes/Wonneberger, Carsten/Alfermann, Dorothee, Zwischen »arzt spielen«, »work-life-balance« und »highend-medizin«. Wird »hegemoniale Männlichkeit« in der Medizin herausgefordert?, in: Forum: Qualitative Social Research 17 (2016).
- Rucht, Dieter, Massen mobilisieren, in: Aus Politik und Zeitgeschichte (APuZ) 25–26/2012, S. 3–9.
- Schregel, Susanne, Konjunktur der Angst. »Politik der Subjektivität« und »neue Friedensbewegung«, 1979–1983, in: Bernd Greiner/Christian Th. Müller/Dierk Walter (Hg.), Angst im Kalten Krieg, Hamburg 2009, S. 495–520.
- Stöss, Richard, Vom Nationalismus zum Umweltschutz. Die Deutsche Gemeinschaft/Aktionsgemeinschaft Unabhängiger Deutscher im Parteiensystem der Bundesrepublik, Wiesbaden 1980.
- Surawicz, Borys/Jacobson, Beverly, Doctors in Fiction: Lessons from Literature, Oxon 2009.
- Ulmer Ärzteinitiative (Hg.), Tausend Grad Celsius. Das Ulm-Szenario für einen Atomkrieg, Darmstadt 1983.
- Weidner, Tobias, Die unpolitische Profession. Deutsche Mediziner im langen 19. Jahrhundert, Frankfurt a.M. 2012.

