

Justyna A. Turkowska

Die Genesung des Ostens: Biopolitik in der preußischen Ostmark um die Jahrhundertwende

Abstract: The Recovery of the East: Biopolitics in the Prussian Ostmark around 1900. Around 1900, ordinary Germans and politicians in Berlin regarded Germany's Eastern frontier as economically, culturally and politically jeopardised and exposed to the constant threat of Polonisation. It thus seemed necessary to strengthen the functionality of the borderland and its connection with the centre. After purely economic incentives failed to achieve these objectives, doing little for the deperipherisation of the region, it became apparent that different measures were required. A territorial population policy was mobilised. Its most consistent tool was medical measures to control, support and govern the local population, and thus steer regional development. These measures were introduced to meet some concrete political requirements, but also for the ideological purpose of "Germanising" the region. By examining the emergence of the medical infrastructure in the Prussian eastern borderland, namely the Province of Posen, this article focuses on attempts of the government in Berlin to improve the peripheral economic, cultural and societal status of the borderland through the enforcement of biopolitical measures. It further links the regional inner strife to its own peripheral and unstable situation. The contribution furthermore examines local realisations of ideas formulated in Berlin, their consequences and the processes that they set in motion. Local visions of the extent to which inner-German peripheralisation and inner-regional marginalisation was a disadvantage or an advantage challenged some key ideas of the German government. The case of the Province of Posen also shows that the reduction of asymmetries was not always desired and that locality, as opposed to centrality, was decisive for biopolitical de- and (re-)peripheralisation processes.

Key Words: biopolitics, Germany's Eastern frontier, Prussian Ostmark, public health, modernisation

DOI: doi.org/10.25365/oezg-2020-31-2-6



Accepted for publication after external peer review (double blind)

Justyna A. Turkowska, School of History, Classics and Archaeology, University of Edinburgh, William Robertson Wing, Doorway 4, Old Medical School, Teviot Place, EH8 9AG Edinburgh, United Kingdom; justyna.turkowska@ed.ac.uk

„In Posen passieren erstaunliche und für die deutsche Sache wenig erfreuliche Dinge. Man braucht schon viel Optimismus, um an dem endgültigen Erfolg nicht zu verzweifeln.“¹

Im Oktober 1905 erhielt der Oberpräsident der Provinz Posen (poln. Poznań), Wilhelm von Waldow, ein Schreiben des Landrats des Kreises Posen-Ost mit der Bitte um staatliche Unterstützung der in seinem Kreise praktizierenden deutschen Ärzte, insbesondere des praktischen Impf- und Armenarztes Dr. Ennet aus Glowno (Główna). Das Gesuch war bereits vom Regierungspräsidenten überprüft und mit einer befürwortenden Notiz versehen worden. Der genannte Arzt, so die Einschätzung sowohl des Landrats als auch des Regierungspräsidenten, könne ohne staatliche finanzielle Beihilfen nicht mehr praktizieren. In der Gegend gebe es nur zwei Ansiedlungsgüter von deutschen Familien, die restliche Umgebung sei vorwiegend polnischsprachig. Dr. Ennet erfreue sich des Vertrauens der deutschsprachigen und, zumindest teilweise, auch der polnischsprachigen Bevölkerung. Letztere sei aber verarmt und konsultiere ihn meist ohne Bezahlung. „Ein deutscher Arzt ist in Glowno notwendig und es besteht ein Zweifel“, wie der Landrat sein Gesuch bekräftigte, „ob ein anderer sich da niederlassen möchte. Das Fortbestehen dieses Arztes steht im deutschnationalen Interesse und daher wird seine staatliche Unterstützung [...] erbeten.“² Dieses Gesuch war nicht das erste und nicht das einzige, das den Oberpräsidenten erreichte. In regelmäßigen Abständen erhielt er ähnliche Schreiben, und das über Jahre hinweg. Mal baten die Landräte um eine Verbesserung der finanziellen Lage des Gesundheitswesens und angesichts der personellen und infrastrukturellen Schwierigkeiten darum, die einzelnen Kreise für die deutschen Ärzte zumindest durch entsprechende Zulagen attraktiver zu machen und so die Gefahr der regionalen Polonisierung abzuwenden. Mal ging es um Gesuche deutscher Ärzte, die entweder in verarmten und/oder dünn von Deutschen besiedelten Gemeinden praktizierten und ohne Beihilfen ihre Selbstständigkeit bedroht sahen oder aber die Konkurrenz polnischer Ärzte und eine dadurch möglicherweise entstehende Verschlechterung eigener wirtschaftlicher Chancen fürchteten.³

1 Clemens Brandenburger an Rodgero Prümers (Datum unleserlich: 190...), in: Bibliothek der Adam-Mickiewicz-Universität in Posen, Acta der Historischen Gesellschaft für die Provinz Posen, betr. Mitarbeiterschaft an der Zeitschrift, Z1a, Bd. 6, Bl. 86, zit. n.: Thomas Serrier, Provinz Posen, Ostmark, Wielkopolska. Eine Grenzregion zwischen Deutschland und Polen, 1848–1914, Marburg 2005, 130.

2 Schreiben des Landrats des Kreises Posen-Ost an den Regierungspräsidenten, Posen, 3.10.1905, in: Państwowe Archiwum w Poznaniu [Staatsarchiv in Posen] (APP), Akten des Oberpräsidiums, Nr. 9619, betr. Unterstützung deutscher Ärzte 1905–1906, Bl. 9.

3 Siehe diverse Gesuche um staatliche Unterstützung, in: ebd. Vgl. u.a. APP, Starostwo Powiatowe Poznań – Wschód, Nr. 243, betr. Niederlassung deutscher Ärzte im Kreise und Unterstützung derselben 1888–1914; APP, Starostwo Powiatowe w Jarocinie, Nr. 137, betr. Unterstützung deutscher Ärzte und Tierärzte pp. Apotheker, Verkauf von Apotheken 1889–1913.

Dr. Ennet erhielt, ähnlich wie „[m]it Rücksicht auf die nationalen Verhältnisse“⁴ viele weitere in den östlichen Grenzgebieten des Kaiserreiches praktizierende deutsche Ärzte, Hebammen oder Apotheker, letztlich staatliche Subventionen. Sein 1905 bereits zum wiederholten Male verfasstes, aber diesmal von Erfolg gekröntes Gesuch zeugt von seiner schlechten finanziellen Lage, seiner sich nach und nach verbessernden regionalen Einbindung und seinem – wenn man das Gesuch in voller Länge liest –,sittlichen‘ Lebenswandel.⁵ Seine Geschichte ist aber auch über das individuell Schicksalhafte hinaus von einiger Aussagekraft. Nicht nur, dass sie auf die (Selbst-) Einordnungen staatlicher Sozial- und Gesundheitspolitik in der ‚Ostmark‘ verweist, sondern auch, weil sie die regionale Situation sehr gut spiegelt. Dieses Beispiel kann als Geschichte einer multiethnischen östlichen Grenzregion gelesen werden, die aus der Sicht ihrer deutschen Bewohner*innen und des um sie besorgten Berliner Zentrums einer graduellen wirtschaftlichen, politischen und kulturellen Schwächung unterlag, personelle und strukturelle Engpässe und Mobilisierungsschwächen aufwies, nationalpolitischer Wertung ausgesetzt war und mit ihrer peripheren und instabilen Lage haderte.

Um die Geschichte dieses Haderns geht es hier. Sie wird, entgegen klassischen Wallerstein’schen Definitionen, nicht entlang der wirtschaftlichen Verhältnisse – wenn auch wirtschaftliche Hierarchien und Dynamiken als die gesamtdeutsche Position der Region stark definierende Komponenten nicht komplett außer Acht gelassen werden –, sondern vielmehr entlang versorgungspolitischer Herrschaftsverhältnisse, der medizinisch kodierten Entperipherisierungs- und Reperipherisierungsprozesse⁶ sowie machtgenerierender biopolitischer⁷ Ent- und Marginalisie-

4 Schreiben des Landrats in Lissa an den Regierungspräsidenten zu Posen mit der Bitte um Beihilfen für die Bezirkshebamme Mathilda Handrick, Lissa, 1.11.1910, in: APP, Akten des Oberpräsidenten, Nr. 9803, betr. Unterstützung deutscher Hebammen, Bl. 53.

5 Das Leben von Dr. Ennet hat sich über die Jahre, wie der Landrat es in seinem Gesuch bestätigte, „zum positiven gewandelt“. Er hat dem Alkohol abgeschworen und ist in dem Sinne sittlich(er) geworden. – Schreiben des Landrats des Kreises Posen Ost an den Regierungspräsidenten, Posen, 3.10.1905, in: APP, Akten des Oberpräsidiums, Nr. 9619, betr. Unterstützung deutscher Ärzte 1905–1906, Bl. 9.

6 Diese werden hier im Sinne der vermenschlichten Dynamik der graduellen Schwächung und Stärkung der sozialräumlichen Zentralisierungs- wie auch struktureller und kultureller Angleichungsprozesse verstanden sowie entlang der Veränderung der sich innerhalb der bevölkerungspolitischen Kompetenzakkumulation abzeichnenden Verwissenschaftlichungsprozesse gelesen. Vgl. Hans-Peter Waldhoff, „Innere Peripherie“ als Ideologie. Über die Raumordnung, die Fremden und ein sozialräumliches Mehr-Ebenen-Modell, in: Hans-Heinrich Nolte (Hg.), Europäische Innere Peripherien im 20. Jahrhundert. European Internal Peripheries in the 20th Century, Stuttgart 1997, 37–63.

7 Unter „Biopolitik“ werden produktive Machtpraktiken verstanden, die die Sorge um Leben und die Bevölkerung in das politische Zentrum rücken und durch diverse, oftmals subtile, in Arztpraxen und alltäglichen Entscheidungen sich manifestierende Steuerungsversuche für die staatliche Ordnung zu mobilisieren und im staatlichen Sinne zu disziplinieren suchen. Vgl. u.a. Michel Foucault, Der Wille zum Wissen (Sexualität und Wahrheit, Bd. 1), Frankfurt am Main 1977.

rung⁸ untersucht. Damit eine (periphere) Region erfolgreich an das Zentrum angeschlossen, in ihrer Funktionalität gestärkt und gegebenenfalls zentraler verankert wird, brauche es nicht nur wirtschaftliche, sondern vor allem biopolitische Maßnahmen und somit eine starke Bevölkerungspolitik, die die Region gezielt lenkt, eine planbare räumliche und ökonomisch-soziale Einheit bildet und diese Einheit kontrolliert. Wegen der Rekurrerung auf biologische Reproduktionsprozesse und demografische Steuerungspraktiken entfalten die zunächst unsichtbaren, aber in ihrer Unsichtbarkeit stark machtgenerierenden, biopolitischen Maßnahmen viel breitere und alle Lebensbereiche beeinflussende Wirkungen als alle anderen politischen Bemühungen.⁹ Spätestens seit der Gründung des Kaiserreiches und der damit einhergehenden Festigung des „preußisch-deutschen Empire[s]“¹⁰ bestand darüber in Berlin – und mit Berlin/der Berliner Sicht/dem Zentrum ist stets die deutsch-preußische Ministerialpolitik gemeint – ein Einvernehmen. Die Festigung der imperialen, sich über das (An-)Ordnen von Räumen und der Bevölkerung definierenden Territorialität¹¹ sollte nun über die Herstellung einer hegemonialen Kontrolle über die politischen, vor allem die heterogenen und als zu homogenisierend geltenden (Grenz-)Gebiete sowie ihre Bevölkerung erreicht werden. Ein neues Grundprinzip der imperialen Bevölkerungspolitik bildete dabei der Ausbau der reichsweiten öffentlichen Gesundheitspolitik, die nach Bismarcks Vorstellung die einzelstaatlichen Medizinalpolitiken bündeln sollte.¹² Ihre Stärkung wurde durch die Gründung des Kaiserlichen Gesundheitsamtes im Jahr 1876 initiiert und durch die Einführung einer Reihe neuer medizinisch-hygienischer Kontrollinstanzen, durch eine Intensivierung der öffentlich ausgetragenen Hygienediskurse sowie die daraus resultierende Verdichtung biopolitischer Praktiken¹³ gefestigt. Die kon-

8 Der Begriff der Marginalisierung ist von dem der Peripherisierung zu trennen/unterscheiden. Mit Marginalisierung werden im sozialwissenschaftlichen Sinne eine sozialstrukturelle Dynamik und ein Prozess der gesellschaftlichen und gesellschaftlich-politischen Verdrängung bezeichnet. Das kann, muss aber nicht einen Teil der Peripherisierung ausmachen und kann, wie der Posener medizinisch-politische Diskurs zeigt, konträr sein.

9 Siehe u.a. Andreas Folkers/Thomas Lemke (Hg.), *Biopolitik*, Berlin 2014; Nicholas Rose, *The Politics of Life Itself. Biomedicine, Power and Subjectivity in the Twenty-First Century*, Princeton/Oxford 2007; Agnes Heller, *Has Biopolitics Changed the Concept of the Political? Some Further Thoughts About Biopolitics*, in: dies./Sonja Puntsher Riekmann (Hg.), *Biopolitics. The Politics of the Body, Race and Nature*, Aldershot 1996, 3–15.

10 Philipp Ther, *Deutsche Geschichte als imperiale Geschichte. Polen, slawophone Minderheiten und das Kaiserreich als kontinentales Empire*, in: Sebastian Conrad/Jürgen Osterhammel (Hg.), *Das Kaiserreich transnational. Deutschland in der Welt 1871–1914*, Göttingen 2004, 129–148, 130.

11 Vgl. Charles Maier, *Consigning the Twentieth Century to History: Alternative Narratives for the Modern Era*, in: *American Historical Review* 105/3 (2000), 807–831.

12 Vgl. Axel C. Hüntelmann, *Hygiene im Namen des Staates. Das Reichsgesundheitsamt 1876–1933*, Göttingen 2008.

13 Vgl. u.a. Dörte Lerp, *Imperiale Grenzräume. Bevölkerungspolitiken in Deutsch-Südwestafrika und den östlichen Provinzen Preußens 1884–1914*, Frankfurt am Main 2016.

sequenteste Grundlage solcher Gesundheitspolitik war die Gesundheitspflege, die nicht nur danach strebte, die Volksgesundheit und somit den Volkskörper¹⁴ zu verbessern und zu schützen, sondern diesen biologisch auch zu formen und im zweiten Schritt sozial und ökonomisch zu optimieren sowie für die regionalen, mit dem Begriff der „Hebungspolitik“¹⁵ bezeichneten „Genesungsprozesse“ zu nutzen. Dies umso stärker, als die in Berlin erdachte und in Posen umzusetzende deutsch-preußische¹⁶ Bevölkerungspolitik die Lenkung realer Verhältnisse mit einem nationalpolitischen Anspruch verband. Sie betrachtete die Provinz Posen als einen mit Vorsicht zu behandelnden, aber gleichzeitig zu stärkenden Sanitärkordon des Reiches, dessen Funktionalität innerhalb der gesamtstaatlichen Ordnung gesteigert und somit entperipherisiert werden sollte. Das Ziel war, in dem ethnisch, sprachlich und konfessionell heterogensten und die meisten ‚Sorgen‘ bereitenden imperialen Grenzraum des Kaiserreiches „deutsches Leben, deutsche Kultur und Geistesrichtung [zu] förder[n]“;¹⁷ dadurch die kulturelle, wissenschaftliche und nicht zuletzt wirtschaftliche „Erziehung unseres ganzen Landesteils“¹⁸ zu bewirken und die deutschen wirtschaftlichen, politischen und kulturellen Herrschaftsansprüche zu festigen. So könne die Provinz, wie es sowohl in den Berliner Ministerial- als auch Posener Regierungskreisen hieß, für Kapital- und Werttransfer attraktiv werden.¹⁹ Die deutsche Bevölkerung könne zudem, so Vizekanzler Arthur von Posadowsky-Wehner,

14 Vgl. u.a. Peter Walkenhorst, *Nation – Volk – Rasse. Radikaler Nationalismus im Deutschen Kaiserreich 1890–1914*, Göttingen 2007; Phillip Sarasin, *Reizbare Maschinen: Eine Geschichte des Körpers 1765–1914*, Frankfurt am Main 2003.

15 „Ein hygienisches Institut für Posen“, in: *National-Zeitung*, 19.7.1898, in: Geheimes Staatsarchiv Preußischer Kulturbesitz in Berlin (GStA PK), I. HA Rep. 76 VIII B, Nr. 3004, betr. Die Einwirkung und die Verwaltung des (staatlichen) Hygienischen Instituts in Posen, 1895–1900, Bl. 40.

16 Für die gesamte Zeit des Kaiserreiches war die Grenze zwischen der deutschen und der preußischen Politik sehr verschwommen, da die preußischen und deutschen Ämter stark miteinander verflochten waren und teilweise von denselben Personen ausgeübt wurden. Siehe Karl Erich Born, *Preußen im deutschen Kaiserreich 1871–1918*, in: Wolfgang Neugebauer (Hg.), *Vom Kaiserreich zum 20. Jahrhundert und große Themen der Geschichte Preußens*, Berlin 2001, 15–148.

17 Schreiben des Posener Oberbürgermeisters Richard Witting an den Staatsminister Conrad von Studt, Posen, 30.6.1900, in: GStA PK, I. HA Rep. 76 VIII B, Nr. 3004, Bl. 262.

18 Eingabe der Ärzte des Regierungsbezirks Posen, in: ebd., Bl. 15.

19 Vgl. u.a. Staatsministerbesprechung vom 21.5.1898, in: GStA PK, I. HA Rep. 76 VIII B, Nr. 3004; Schreiben des Posener Oberbürgermeisters an den Kultusminister, 17.6.1898, in: ebd.; Schreiben des Kultusministers an den Finanzminister, 15.7.1898, in: ebd., Bl. 85–97; Antrag der Posener Ärzte an den Kultusminister, 14.7.1898, in: ebd., Bl. 52–56; Besprechung zur „kulturellen Hebung“ in Berlin u.a. mit Friedrich Althoff und den Posener und Bromberger Oberpräsidenten vom 11.1.1902, in: GStA PK, Rep. 76, Vc, Sekt. 13, Tit. 23, Nr. 2, Acta betreffend die Einrichtungen zur Förderung des Deutschtums in Bromberg, vom März 1886, Bl. 23; Witold Jakóbczyk, *Tajne narady w Poznaniu w 1898 r.* [Geheime Besprechungen in Posen im Jahr 1898], in: *Przegląd zachodni* 15/1–2 (1959), 478–490.

stärker an die Region gebunden werden,²⁰ die polnische müsse sich dem Deutschtum beugen oder stärker marginalisiert werden.²¹

Wie dies zu gestalten war, welche Dynamiken dies entfaltete, wie sich die vorgenommene bevölkerungspolitische Ordnung, der damit einhergehende regionale Status und die Anbindung an das politische Zentrum entwickelten, wird im Folgenden gezeigt. Dafür wird untersucht, wie diese Anbindungen durch die lokalen und regionalen Aufstellungen und Rückzugsmechanismen beeinflusst wurden und wer wie von bestimmten strukturellen Schwächungen, aber auch anderweitigen Stärkungen profitierte. Dabei geht es weder um die Darstellung der preußischen Herrschaft in Posen noch um eine Schilderung des preußischen biopolitischen Scheiterns, wie dies in Hinblick auf die bescheidenden Erfolge der preußischen Polenpolitik erwartet werden könnte. Angesichts der komplexen national-politischen Situation wäre es ohnehin wenig gewinnbringend, in Bezug auf die Region von Erfolg oder Misserfolg in normativem Modus zu sprechen und die regionale Entwicklung allein durch diese regierungsinternen Koordinaten zu betrachten. Das Augenmerk der Studie liegt daher weniger auf den direkten oder indirekten Folgen als vielmehr auf dem unmittelbaren Prozess der Umsetzung der deutsch-preußischen Biopolitik und ihrer Vorgaben vor Ort. Dieser Prozess wird aus der Perspektive der mikrokolonialen lokalen (Herrschafts-)Praktiken, Diskurse und Materialitäten untersucht und in seiner lokalen Rezeption in den Blick genommen. So wird eine Verbindungslinie zwischen den zentralen strukturellen Investitionsbestrebungen und den lokalen und regionalen Dynamiken, Selbsteinordnungen und Subjektivierungsversuchen hergestellt, die dazu beitragen, dass sich die Provinz den zentralen Entperipherisierungsbemühungen entzog, diese nicht selten umdeutete und in eigene Modernisierungsentwürfe einband. Nicht jede Modernisierung, verstanden hier im Sinne preußischer „Hebungspolitik“ vorwiegend als strukturelle Angleichung und Kompetenzförderung, muss eine Verringerung der bestehenden Unterschiede und Asymmetrien bedeuten. Nicht jede vom Zentrum aus initiierte Aufwertung funktionierte reibungslos und nicht jede beschwor eine stärkere Annäherung an die hegemoniale Ordnung. Ebenso wenig muss nicht jede im Zentrum als weniger erfolgreich betitelte Entwicklung gleich als Scheitern gelten. Manchmal, wie im Fall der Provinz Posen, befördert die zentral initiierte Modernisierung eher eine Rückwende zum (feudalen) Lokalis-

20 Schreiben von Arthur von Posadowsky-Wehner an Johannes von Miquel, 10.10.1898, sowie Besprechung der Minister am 18.6.1900, nach: Witold Jakóbczyk, *Przełom w rozwoju Poznania* [Die Wende in der Posener Stadtentwicklung], in: Antoni Czubiński (Hg.), *Studia z dziejów Polski, Niemiec i NRD. XVI-XX w.* [Studien zur Geschichte Polens, Deutschlands und der DDR, 16.-20. Jh.], Poznań 1974, 207–216, 212.

21 Vgl. u.a. Ministeriales Treffen vom 21.5.1898 zur Besprechung von Hebungmaßnahmen, in: GStA PK, I. HA Rep. 76 VIII B, Nr. 3004, Bl. 25–26; Korrespondenz zwischen dem Kultusminister und dem Posener Oberbürgermeister bezüglich des Nutzens des Hygienischen Instituts, in: ebd., Bl. 262–263.

mus, aus dem heraus sich eine lokal konnotierte und nicht immer im zentralen Sinne erwünschte Dynamisierung der Investitionen entfaltet, durch die das Zentrum relativiert und herausgefordert wird. Die Lokalität und nicht die Zentralität ist für die Lenkung der biopolitischen Ent- und (Re-)Peripherisierungsprozesse entscheidend. Das Beispiel der Provinz Posen übt somit eine dreifache Funktion von Anbindung, ihrer Infragestellung und ihrer Umwertung aus.

1. Rein preußische „Wüste Gobi“

Die preußische Provinz Posen, in der sich das zu untersuchende Hadern abspielte, erfreute sich im Kaiserreich keines hohen Ansehens. „Der ferne, [...] völlig unbekannte, halb polnische Osten schreckte [...] wie die Wüste Gobi“,²² schilderte der Historiker Adolf Warschauer die ersten Eindrücke des im Jahr 1885 nach Posen versetzten Archivars Bernhard Endrulat. Felix Busch, ein 1902 von Herford nach Posen an das Oberpräsidium berufener Assessor, sprach ein ähnliches Urteil: „Der Deutsche, der nach Posen – Stadt und Provinz – kam, hatte von vornherein das Gefühl, sich in einem fremden Lande zu befinden und wurde auch bei längerem Aufenthalt von diesem Gefühl nicht frei.“²³

Inwiefern dieses Gefühl alle in die Provinz Einreisenden begleitete, lässt sich rückblickend, angesichts der nationalpolitisch aufgeheizten Posener Vielstimmigkeit, schwer festlegen. Narrative, die die Provinz als ‚fremd‘ – weil ‚polnisch‘ und nicht ganz preußisch – kodierten, gehörten jedenfalls zu den wiederkehrenden Elementen der öffentlichen regionalen (Selbst-)Verortung. Bedenkt man die städtebaulichen und architektonischen Investitionen und kulturellen Maßnahmen der 1880er- bis 1910er-Jahre, mit denen Posen nach preußischem Vorbild ‚modelliert‘ wurde/werden sollte,²⁴ und die lange Geschichte des deutsch-polnischen Zusammenlebens,²⁵ erscheint die kulturelle Fremdheit stärker imaginiert und in der

22 Adolf Warschauer, *Deutsche Kulturarbeit in der Ostmark. Erinnerungen aus vier Jahrzehnten*, Berlin 1926, 39.

23 Felix Busch, *Aus dem Leben eines königlich-preußischen Landrats*, hg. von Julius H. Schoeps, Potsdam 2000, 72f. Vgl. Erich Wernicke, *Schreiben an den Kultusminister betr. bakteriologische Untersuchungen durch das hiesige Institut, Posen, 9.9.1906*, in: *GStA PK, I. HA Rep. 76 VIII B, Nr. 3006, Acta betr. Einrichtung und die Verwaltung des (staatlichen) Hygienischen Instituts in Posen, 1904–1911*.

24 Vgl. z.B. Christof Baier u.a. (Hg.), *Retablisement: Preußische Stadtbaukunst in Polen und Deutschland*, Berlin 2016; Jan Skuratowicz, *Architektura Poznania 1890–1918*, Poznań 1991.

25 Vgl. Christian Myschor, *Wyżsi urzędnicy pruskiej administracji prowincjonalnej w Poznańskim 1871–1918* [Höhere Beamte der preußischen Provinzialverwaltung in der Provinz Posen in den Jahren 1871–1918], Poznań 2014, 81; Jörg Hackmann/Marta Kopji-Weiß, *Nationen in Kontakt und Konflikt. Deutsch-polnische Beziehungen und Verflechtungen 1806–1918*, Darmstadt 2014.

Vorstellung tradiert als real erlebt. Zudem wurde sie unterschiedlich stark auf die einzelnen Teile der Provinz bezogen. Während Posen als die Hauptstadt der Provinz nach der zeitgenössischen Einschätzung „in ihrer kommerziellen, industriellen und allgemeinen Entwicklung stehen geblieben“²⁶ sei, galt die Stadt Bromberg (Bydgoszcz) als „das beste Bollwerk des Deutschtums in dem ganzen Landstrich zwischen Posen und Westpreußen“²⁷ und somit als ‚deutscher‘, bürgerlicher und wirtschaftlich-politisch stabiler.²⁸ An dem wenig erfreulichen Bild der Gesamtregion änderte die feine Differenzierung allerdings wenig. Das topische, sich aus kulturellen semi-kolonialen Projektionen und mental bedingten Berührungsgängen zusammensetzende Bild solcher regionalen Präsentationen war um die Jahrhundertwende bereits zu stark verfestigt.²⁹

Der vorwiegend landwirtschaftliche Charakter³⁰ und das Fehlen einer ausgeprägten und konkurrenzfähigen Industrie trugen zudem dazu bei, dass die Region als „hebungsbedürftig“ bezeichnet und sowohl von den preußischen Staatsministern und Behörden, von den konservativen Fraktionen des deutschen Reichstags³¹ als auch von einem Großteil der deutschen Bevölkerung als Innere Peripherie wahrgenommen wurde.³² Trotz einiger industrieller Investitionen und staatlicher Anreize – Zulagen für Beamte, Einführung der Gewerbefreiheit im Jahr 1869, Darlehen für deutsche Handwerker etc. – blieb die Region (wie auch die gesamten östlichen Provinzen, mit Ausnahme von Oberschlesien) in der Funktion als Lieferantin landwirt-

26 Schreiben des Magistrats an den Regierungspräsidenten Ernst von Jagow, 28.4.1898, in: GStA PK, Rep. 76, Vb, Sekt. 16, Nr. 1, Bd. 1, Bl. 45f. [Hervorheb. im Orig.], zit. n.: Christoph Schutte, Die Königliche Akademie in Posen (1903–1919) und andere kulturelle Einrichtungen im Rahmen der Politik zur „Hebung des Deutschtums“, Marburg 2008, 41.

27 Erich Liesegang, Vorschläge und Pläne zur kulturellen und wirtschaftlichen Hebung der Ostprovinzen, in: Die Ostmark 2/11 (1897), 87–89, 88.

28 Vgl. Stefan Dyroff, Erinnerungskultur im deutsch-polnischen Kontaktbereich: Bromberg und der Nordosten der Provinz Posen (Wojewodschaft Poznań) 1871–1939, Osnabrück 2007.

29 Vgl. u.a. David Blackburn, Landschaften der deutschen Geschichte: Aufsätze zum 19. und 20. Jahrhundert, Göttingen 2016; Izabela Surynt/Marek Zybura (Hg.), Narrative des Nationalen: Deutsche und polnische Nationsdiskurse im 19. und 20. Jahrhundert, Osnabrück 2010; Kristin Kopp, Reinventing Poland as German Colonial Territory in the Nineteenth Century: Gustav Freytag's *Soll und Haben* as Colonial Novel, in: Robert Nelson (Hg.), *Germans, Poland and the Colonial Expansion to the East*, New York 2009.

30 1907 lebten in der Provinz 56,6 % der Bevölkerung von der Landwirtschaft, während es im Vergleich in den anderen Regionen des Kaiserreiches bereits um 1900 nur noch 38 % waren. Serrier, Provinz Posen, 2005, 103.

31 Damit sind v.a. die Deutschkonservative, die Nationalliberale und die Freikonservative Partei gemeint. Viele Abgeordnete aus den Reihen der Sozialdemokraten, Linksliberalen und des katholischen Zentrums waren dem scharfen ‚antipolnischen‘ Diskurs der preußischen Polenpolitik kritisch gegenüber eingestellt und um eine gewisse Unvoreingenommenheit und Sachlichkeit bemüht. Vgl. Robert Spät, Die „polnische Frage“ in der öffentlichen Diskussion im Deutschen Reich, 1894–1918, Marburg 2014.

32 Serrier, Provinz Posen, 2005.

schaftlicher Produkte, Arbeitsmigrant*innen und Saisonarbeiter*innen gefangen.³³ Ihre Profilierung über die agrarische Überschussregion hinaus und eine erfolgreiche Erweiterung der einst durch die Einbindung an Preußen festgelegten Branchen- und Industriestruktur wurde durch die leistungsstarke Konkurrenz und „Überlegenheit anderer Regionen eher behindert“.³⁴ Die binnen- und außenwirtschaftliche Rolle Posens definierte sich stark über die Bedürfnisse Preußens. Die Provinz war so zu einer doppelten Peripherisierung verdammt: Innerhalb Preußens wurde sie als eine preußische Kornkammer gesehen; innerhalb des Kaiserreiches galt sie als eine „rein preußische Angelegenheit“³⁵ und wurde gering geschätzt. Beide Dimensionen – die wirtschaftliche und die kulturelle – waren eng miteinander verflochten. Letztere galt dabei in nationalpolitischen Vorstellungen als primär. Sollte ihre bevölkerungs- und gesundheitspolitisch gelenkte Stärkung und ‚Verdeutschung‘ gelingen und „die polnische Ueberfluthung unseres Ostens gedämmt werden“³⁶ können, stünde aus der Sicht der preußischen Staatsminister und der medial stark wirksamen nationalkonservativen politischen Kreise³⁷ der umfangreichen, auch wirtschaftlichen Modernisierung und Angleichung an andere Regionen nichts mehr im Wege. Doch die durchaus wirtschaftlich angelegten Anreize wie die Förderungsmaßnahmen für die deutschen Siedler, die durch die Gründung der Ansiedlungskommission massiv unterstützt wurden, hatten ihr Versprechen nicht einlösen können. Statt den deutschen Besitz in der Ostmark zu erweitern und die deutsche Landwirtschaft zu fördern, brachten sie nur eine verstärkte Rotation des deutschen Besitzes³⁸ mit gleich-

33 Vgl. Rudolf Jaworski, *Handel und Gewerbe im Nationalitätenkampf: Studien zur Wirtschaftsge-sinnung der Polen in der Provinz Posen (1871–1914)*, Göttingen 1986; Witold Molik, *Inteligencja polska w Poznańskim w XIX i XX wieku* [Polnische Intelligenzija in der Provinz Posen im 19. und 20. Jahrhundert], Poznań 2009, 43; Czesław Łuczak, *Dzieje gospodarcze Wielkopolski w okresie zaborów (1815–1918)* [Wirtschaftsgeschichte Großpolens in der Zeit der Teilungen (1815–1918)], Poznań 2011, 38–40.

34 Uwe Müller, *Nachholende Entwicklungen in Semiperipherien? Forschung zur Wirtschaftsgeschichte Ostmitteleuropas während der „ersten Globalisierung“*, in: Frank Hadler/Matthias Middell (Hg.), *Handbuch einer transnationalen Geschichte Ostmitteleuropas*, Bd. I: Von der Mitte des 19. Jahrhunderts bis zum Ersten Weltkrieg, Göttingen 2017, 525–564, 561.

35 Otto Lubarsch, *Ein bewegtes Gelehrtenleben: Erinnerungen und Erlebnisse. Kämpfe und Gedanken*, Berlin 1931, 141.

36 Hans Delbrück, *Erklärung*, in: *Die Ostmark 3/1 (1898)*, 5–6, 6.

37 Die preußische „Polenpolitik“ avancierte, spätestens nach dem Scheitern der „Versöhnungsära“ von Kanzler Leo von Caprivi um 1894, zu einem Schlüsselthema der politischen Auseinandersetzungen. Die Anhänger des verschärften „Polenkurses“ sammelten sich vorwiegend um den Ostmarken- und den Alldeutschen Verein. Unterstützung fanden sie ferner bei hochgradigen Persönlichkeiten des öffentlichen Lebens wie Eduard von Hartman, Max Weber, Ludwig Bernhard oder Hans Delbrück. Spät, *Die „polnische Frage“*, 2014, insbes. 27–60.

38 Deutsche Bauern ließen sich nur schwer in die Ostmark anwerben, und von den 527 Grundstücken, die die Ansiedlungskommission bis Ende 1917 ankaufte, wurden lediglich 156 von polnischen, aber 371 von deutschen Besitzern abgekauft. Die Tätigkeit der Kommission mündete in einem beliebigen Ankauf von zum Verkauf angebotenen Grundstücken, die mit der Zeit vor allem von profit-

zeitiger Konsolidierung der polnischen Landwirtschaft in Gang, die von den staatlichen Förderungsmaßnahmen ausgeschlossen war und zu schwächen galt. Die landwirtschaftlich angedachte Modernisierung, die stärker die nationalpolitischen und nicht immer die rein wirtschaftlichen Ziele vor Augen hatte, lief somit ins Leere. Statt den hegemonial-nationalen Ansatz über das preußisch emanzipatorische Bildungs- und Rechtsprinzip zu stellen, erreichte sie das Gegenteil. Sie ließ aber den Staat erkennen, dass eine erfolgreiche wirtschaftliche und kulturelle Entperipherisierung nur mit und durch Menschen durchgeführt werden konnte.

Andere Interventionen als rein wirtschaftlich-politische waren also nötig. In den Vordergrund rückte somit, die Deutschen demografisch und kulturell-hygienisch zu stärken und „die [polnische] Bevölkerung für das Deutschtum produktiv [zu] machen“,³⁹ heißt, sie zu einer preußischen Loyalität zu erziehen und dem deutschen Einfluss erfolgreich und dauerhaft zu unterstellen.⁴⁰ Die staatlichen medizinischen Interventionen erschienen umso dringender, da die Provinz in den politischen wie auch medialen, von der konservativen und nationalliberalen deutschen Presse getragenen Debatten⁴¹ als eine verseuchte, „lang gestreckte Angriffslinie“⁴² dargestellt wurde. Durch die Nähe zu Russland sei Posen einer ständigen epidemiologischen Gefahr ausgesetzt und brauche daher ein handlungs- und widerstandsfähiges Gesundheitssystem.⁴³ Aus Posener wie auch Berliner Sicht nicht länger geduldet werden konnten Situationen wie die, dass „der Kreismedizinalbeamte [...] bei dem Umfang seiner Dienstgeschäfte, zumal wenn in mehreren Orten seines Bezirkes Seuchenausbruch [sic!] stattfinden und ein Durchgreifen des Desinfektionsverfahren bedingen, nicht im Entferntesten eine wirksame Ausführung der von ihm angegebenen Maßregeln erzielen“⁴⁴ konnte. Hygienisch-medizinische Stärkung und somit Entperipherisierung einer der aus epidemiologischer Sicht zentralsten Provinzen, die gleichzeitig im gesamtstaatlichen Vergleich die geringste Ärztedichte

orientierten deutschen Landbesitzern angeboten wurden. Molik, *Inteligencja*, 2009, 39. Vgl. ferner u.a. Witold Jakóbczyk, *Pruska komisja osadnicza 1886–1919* [Preußische Ansiedlungskommission 1886–1919], Poznań 1976.

39 Walka o kresy wschodnie [Der Kampf um die Ostgebiete], in: *Kurier Poznański* (KP), 2.4.1898, Nr. 75.

40 Vgl. Ueber die Anlage eines hygienischen Instituts in Posen, in: *Ostmark* 3/6 (1898), 61–63, 62.

41 Vgl. u.a. die Presseberichte der *Berliner Correspondenz*, der *Ostmark*, der *Vossischen Zeitung*, in den *Preußischen Jahrbüchern* oder des *Berliner Tageblattes*.

42 Ein Zeitungsausschnitt aus der *Vossischen Zeitung*, Morgenausgabe, 12.8.1898, in: *GStA PK*, I. HA Rep. 76 VIII B, Nr. 3004, Bl. 98.

43 Ebd.

44 Schreiben des Regierungspräsidenten an den Kultusminister, Posen, 28.10.1899, in: *GStA PK*, I. HA Rep. 76 VIII B, Nr. 3005, betr. die Einrichtung und die Verwaltung des (staatlichen) Hygienischen Instituts in Posen, 1901–1911.

und den schwächsten Organisationsgrad der Ärzte⁴⁵ aufwies,⁴⁶ sollte nicht nur der Region selbst, sondern vor allem der gesamten preußischen und deutschen Bevölkerung, „auch wenn vereinzelt Polen von diesen Fortschritten Nutzen ziehen“,⁴⁷ zugutekommen und so deren indirekten (epidemiologischen) Schutz verbessern.

2. Bevölkerungspolitische Konzepte, Institutionen und Experten

Um „die [polnische] Bevölkerung für das Deutschtum produktiv [zu] machen“⁴⁸ und die demografischen Verhältnisse in der Region zugunsten der nicht einmal die Hälfte ausmachenden deutschen Bevölkerung zu korrigieren,⁴⁹ brauchte es zunächst ein detailliertes Wissen über die Menschen und ihren hygienischen, physiologischen wie auch epidemiologischen Status. Dieser sollte vor allem durch das 1898 ins Leben gerufene Hygienische Institut in Posen und die 1906 gegründete Medizinaluntersuchungsstelle in Bromberg ermittelt werden. Beide Behörden galten bereits bei ihrer Einrichtung als Zentren der regionalen medizinisch-demografischen Berechnung und Rechenschaftslegung⁵⁰ und wurden so in dieser Funktion zum regionalen ‚center of calculation‘ im Sinne von Bruno Latour erhoben. Als Ausbildungs-, Beratungs-, Diagnose- und vor allem hygienische Überwachungs- und Kontrollstellen waren sie für hygienisch-bakteriologische Untersuchungen, die Betreuung der Ärzte, hygienische Präventionsarbeit und die Übermittlung aller demografischen und epidemiologischen Daten nach Berlin verantwortlich. Das in den beiden Stellen produzierte und (vor-)strukturierte Wissen stellte die Grundlage des bevölkerungspolitischen Zugriffs und des staatlichen Eingreifens dar. Die Berliner Regierung ermöglichte es ferner, die regionale Lokalität – die regionale Bevölkerung und die Region selbst – in ihrer Gesamtheit zu überwachen, zu lenken und schlussendlich entperipherisieren zu können. Das biopolitische Berliner Konzept besagte schließlich, durch medizinisch-hygienische Aufklärung und Maßnahmen die Region und

45 Der Organisationsgrad der Ärzte lag in Posen bei 13 %, hingegen beispielsweise in Sachsen bei 68 %, in Baden bei 75 % und in der Rheinprovinz bei 53 %. Claudia Huerkamp, *Der Aufstieg der Ärzte im 19. Jahrhundert vom gelehrten Stand zum professionellen Experten*. Das Beispiel Preußens, Göttingen 1985, 251f.

46 Ebd., 51, 189, 287.

47 Schreiben des Posener Oberbürgermeisters an den Staatsminister Studt, Posen, 30.6.1900, in: *GStA PK, I. HA Rep. 76 VIII B, Nr. 3004*, Bl. 262.

48 Walka o kresy wschodnie, in: *KP, 2.4.1898*, Nr. 75.

49 Vgl. u.a. „Der Rückgang des Deutschtums“ unter „Vermischtes“, in: *Die Ostmark 4/6 (1899)*, 48.

50 Vgl. Erhard Schüttpelz, *Die medientechnische Überlegenheit des Westens. Zur Geschichte und Geographie der immutable mobiles Bruno Latours*, in: Jörg Döring/Tristan Thielmann (Hg.), *Mediengeographie. Theorie – Analyse – Diskussion*, Bielefeld 2009, 67–110; Richard Rottenberg, *Weit hergeholt Fakten. Eine Parabel der Entwicklungshilfe*, Stuttgart 2002.

ihre Bevölkerung in ihrer biologischen und reproduktiven Verfassung und kulturellen Fähigkeit zu stärken, aufzufangen und so zu arbeitsfähigen, pflichtbewussten und loyalen Ressourcen für den Staat und die Nation zu formen.⁵¹ Mit dieser Formel schrieb es sich sehr gut ein in den „wahrhaft monumentale[n] Plan einer systematischen Kulturpolitik [...] [die] den Deutschen zur Freude, den Polen zum Schrecken“⁵² kam, wie dies Georg Minde-Pouet resümierte, der zwischen 1898 und 1913 in Posen und Bromberg mehrere kulturelle Institutionen leitete. Die medizinisch-hygienische „Sorge um sich“ galt als ein Zeichen der Kultiviertheit, nationalen Stärke und national-staatlichen Genesung, ihre Popularisierung und hygienisch-medizinische Aufklärung als Handlungsimperativ.

Realisiert werden sollte die so konzipierte medizinische „Hebung“ vor allem über präventive Wissensvermittlung, Bekämpfung und Abwehr der Infektionskrankheiten, Sanierung der Städte und Verbesserung der Wohnungshygiene bis hin zur Regulierung der Geschlechterfragen. Der Erfolg hing von einer gelungenen Mobilisierung aller möglichen materiellen und humanen Ressourcen ab. Die treibende Kraft hinter den auf der Regierungsebene erdachten und jetzt lokal umzusetzenden Maßnahmen waren die (Kreis-)Ärzte, die Informationen über die Bevölkerung erhoben, verwalteten und die Aufgaben der Präventivmedizin ausführten, sowie die Hebammen, die im Zentrum der Reproduktionspolitik standen.

Den Anfang sollte eine dauerhafte Einbindung der lokalen Ärzte machen, mit deren Hilfe die Einrichtungen ein stabiles und funktionierendes Benachrichtigungs- und Unterstützungsnetzwerk aufzubauen suchten. Die Steigerung der ärztlichen Dichte wurde bereits durch die spätestens seit den 1880er-Jahren verstärkten Prozesse der strukturellen, hygienisch-medizinischen Kartierung des Kaiserreiches eingeleitet.⁵³ Die Anzahl der in der Provinz tätigen Ärzte stieg kontinuierlich – von 226 privaten Ärzten 1872 auf 424 im Jahr 1890 und 557 1912.⁵⁴ Die Zahl der Kreisärzte blieb mit 42 konstant. Im gesamtdeutschen Vergleich wirkten die Zahlen bescheiden, im regionalen Kontext jedoch beeindruckend. Die medizinische Versorgung erfuhr somit, unterstützt durch die neu gegründeten und vorwiegend auf die deutsche Ärzteschaft ausgerichteten Kontrollinstanzen, eine leichte Verbesserung, unterlag aber

51 Vgl. u.a. Hüntelmann, *Hygiene*, 2008; Der neueste Stand der Tuberkuloseforschung und daraus für die Bekämpfung der Tuberkulose in der Stadt Posen sich ergebende notwendige Maßnahmen, in: *Posener Tageblatt*, 4.2.1904, Nr. 57, Fortsetzung in: ebd., 28.2.1904, Nr. 99; Säuglings- und Kleinkinderfürsorge in der Provinz Posen, in: ebd., 18.12.1916, Nr. 605.

52 Georg Minde-Pouet, *Kunstpflege in Posen*. Warnungen und Vorschläge, Posen 1902, 116.

53 Vgl. u.a. *Medizinische Anstalten auf dem Gebiete der Volksgesundheitspflege in Preussen*. Festschrift, dargeboten von dem Preussischen Minister der Geistlichen, Unterrichts- und Medizinalangelegenheiten. XIV. Internationaler Kongress für Hygiene und Demographie (Berlin 1907), Jena 1907.

54 Vgl. Molik, *Inteligencja*, 2009, 244.

gleichzeitig einer sich immer stärker verschärfenden deutsch-polnischen Konkurrenz, unter der auch der anfänglich genannte Protagonist – Dr. Ennet aus Glowno – zu leiden hatte. Die noch bis in die späten 1870er-/1880er-Jahre als das primäre Auswahlkriterium geltende Professionalität der deutschen und polnischen Ärzte wurde um die Jahrhundertwende im Zuge der sich verschärfenden Nationalisierungstendenzen gegen die Nationalität ausgetauscht. Die leicht steigende Ärztedichte bedeutete demnach nicht immer und nicht unbedingt eine gleichmäßige Verbesserung der Versorgungslage, sondern unter Umständen eine Parallelität der Angebote und Vertrauensnetzwerke. Im Umkehrschluss führte sie zur einer Schwächung der Versorgung und einer asymmetrischen Einbindung in das zu errichtende Benachrichtigungs- und Unterstützungsnetzwerk. Diese Verquickung der medizinisch gesteuerten Bevölkerungspolitik war den politischen Entscheidungsträgern in Berlin nicht mit all ihren Konsequenzen bewusst bzw. nicht sofort bemerkt worden. Die Zahl der deutschen Ärzte und der deutschen Hebammen, der angebotenen Kurse, der Nachfragen nach ärztlichen Beratungsstunden, der diagnostizierten Untersuchungsmaterialien, der kontrollierten Molkereien⁵⁵ etc. galt als alleiniger Indikator für die medizinische „Hebung“. Die Hoffnung war schließlich groß. 1909, mehr als zehn Jahre nach der die intensivierete „Genesung“ des Ostens einleitenden Gründung des Hygienischen Instituts, beteuerte die (national-)liberale *Posener Zeitung*:

„Hier ist weniger von der Gesetzgebung als von der hygienischen Erziehung eine Besserung zu erwarten. [...] Daß die Hebung der hygienischen Verhältnisse mit Kosten verknüpft ist, beweist nichts gegen die gesundheitliche Hebung auf dem Lande; aber es ist eine längst ausgemachte Tatsache, daß das Kapital reichliche Zinsen trägt.“⁵⁶

Wie diese Zinsen ausfielen und wem sie zugutekamen, entschied sich aber weniger über die Besucher-, Untersuchungs- oder Kontrollstatistiken, sondern vielmehr über die alltäglichen individuellen Übersetzungsleistungen, die durch die Interaktionen mit Ärzten oder Hebammen das vermittelte Wissen dauerhaft in die alltäglichen Gewohnheiten einfließen ließen. Und das zu vermittelte Wissen ließ sich nicht immer ohne Widerstand, Abhängigkeiten und ohne dass unerwünschte und unerwartete Affekte aufkamen, übersetzen.

Auf das Auftreten der ersten Probleme musste man nicht lange warten. Sie zeichneten sich bereits kurz nach der Gründung des Instituts ab und reichten von finanziellen und materiellen Schwierigkeiten des Instituts, dem oftmals die Gelder für

55 Vgl. u.a. GStA PK, I. HA Rep. 76, Nr. 3020; APP, Akte Miasta Poznanian (AMP), Nr. 4215, betr. Gesundheitswesen betreffend Besichtigung und Untersuchungen, Ortsbesichtigungen, 1901–1912.

56 Gesundheitspflege auf dem Lande, 1909, 254–255, 254, in: APP, Landrat Rawitsch, Nr. 541, betr. Bekämpfung der Tuberkulose.

ausreichende diagnostische Untersuchungen fehlten und das zudem mit seiner baulichen Ausstattung zu kämpfen hatte,⁵⁷ über fachliche Schwächen, fehlende Weiterbildungsinteressen und Berührungängste der Ärzte bis zu sprachlichen Kontroversen, ablehnenden Haltungen der Patient*innen und – wie beispielhaft gezeigt wird – schwer zuzuordnenden Typhusbazillen.⁵⁸

3. Typhusbazillen und produktive Bevölkerungspolitik

Typhusbazillen ließen sich in der Provinz Posen oftmals weder zuordnen noch untersuchen. Das lag weniger an ihren Eigenschaften oder einer besonders widerständigen Abwehrkraft, sondern vielmehr an den mangelnden und zu diskontinuierlich gepflegten Untersuchungsmöglichkeiten und an lokalen Zuständigkeitsstreitereien. Eine Zuordnung der Typhusbazillen war schwer, weil es das Hygienische Institut trotz jahrelanger Aufklärungskampagnen kaum schaffte, sein Publikum dauerhaft, folgsam und widerspruchslos an sich zu binden. Weder die Ärzte noch alle unter dem Erkrankungsverdacht stehenden Patient*innen fügten sich den Vorgaben des Instituts. Zudem wussten nicht alle Ärzte, geschweige denn die für die praktische Typhusbekämpfung verantwortlichen Desinfektoren, wie man korrekt Proben entnahm und verpackte. Der Bakteriologe und Direktor des Hygienischen Instituts, Erich Wernicke, berichtete mit einer gewissen Resignation:

„meine hiesigen Erfahrungen [hatten] mich gelehrt [...], [dass das] in der Praxis hier entnommene Material so wenig zweckmässig entnommen und zur Untersuchung eingesandt [wird] [...], dass kaum je ein positives Untersuchung-Resultat erhalten wurde. [...] [E]s fehlt jede Sicherheit dafür, dass das zur Untersuchung eingesandte Material auch wirklich von der und der Person stammt und die Faecalien des einen nicht mit denen eines anderen vermischt und vermengt sind [...]“⁵⁹

Den Ärzten und Desinfektoren fehlte es, so die Klage, an praktischen Fähigkeiten, der Bevölkerung an hygienischem Bewusstsein und Kooperationswillen und nicht zuletzt dem Institut selbst an Durchsetzungskraft und Überwachungsmöglichkeiten. Wenn es den Ärzten gelang, die Proben doch zu entnehmen, sorgfältig zu verpacken und sie schließlich zu verschicken, war es noch bei Weitem nicht sicher, ob und

57 Vgl. Erich Wernicke, Ein Schreiben an den Kultusminister, Posen, 12.12.1905, betr. Kursushonorare und Materialverfügung, in: GStA PK, I. HA Rep. 76 VIII B, Nr. 3006.

58 Vgl. u.a. Erich Wernicke, Ein Schreiben an den Kultusminister, Posen, 9.9.1906, betr. Ausführung bakteriologischer Untersuchungen durch das hiesige Institut, in: ebd.

59 Ebd.

wie die Proben das Institut erreichten. Denn eine Verwechslung der Proben oder ihr vorzeitiges Auspacken war keine Seltenheit.⁶⁰ Gelang es den Proben, unversehrt im Institut und in der entsprechenden Abteilung anzukommen, warteten schon weitere Hürden. Die Untersuchung der Typhusbazillen konnte nicht immer einwandfrei und nicht immer in ausreichendem Maße erledigt werden. 1905, als eine der größten Typhusepidemien in Posen ausbrach, führte ein dafür designierter Mitarbeiter, Dr. Thomas, ein Jahr lang alle Typhusuntersuchungen durch. Nach seinem Ausscheiden war es für das Institut aber schwer, einen Mitarbeiter zu finden, der über ähnliche praktische Erfahrungen und Präzision verfügte. „Die eintönige Untersuchungsarbeit der Typhus-, Diphtherie- und Tuberkuloseuntersuchungen schreckt manchen ab“,⁶¹ beklagte Wernicke das mehrmals in der Institutsgeschichte entstandene Vakuum und die fehlende Attraktivität der regionalen ‚Hebungsarbeit‘. Um die Situation zumindest ein wenig erträglicher und im staatlichen Sinne erfolgreicher zu machen, griff er zu einer für ihn als allerletzte Notlösung annehmbaren Maßnahme und begann 1906, zwei junge Frauen⁶² als Laborhelferinnen auszubilden.

Die so entstandene Situation überrascht zunächst wenig, bedenkt man, dass Frauen häufig für die Wissenschaftsbetriebe ihrer Ehemänner rekrutiert wurden. Unter Umständen könnte sie sogar als Zeichen der Modernität gelesen werden, wenn man sie im Kontext der sich langsam verändernden Geschlechterordnung und des Auftretens der ersten weiblichen Ärztinnen in der Provinz⁶³ situiert. Für die Posener Verhältnisse und aus der Sicht von Erich Wernicke war die Situation aber weder alltäglich noch modern. Sie entsprang einer Notlösung. Die Anfragen für bakteriologische Untersuchungen stiegen Jahr für Jahr an.⁶⁴ Hochqualifizierte männliche Mitarbeiter blieben dem Institut aber fern, und so mussten alle denkbaren Lösungen mobilisiert werden.

Während sich aber die internen personellen und finanziellen Ressourcen mit ein wenig Kreativität und Mühe mobilisieren ließen, konnte die Anbindung der Privat-

60 Emil Wörner, Schreiben an den Kurator des Hygienischen Instituts, Posen, 28.2.1909, in: APP, Hygiene-Institut, Nr. 24, betr. Geheimsachen, 1903–1919.

61 Erich Wernicke, Ein Schreiben an den Kultusminister, Posen, 9.9.1906, betr. Ausführung bakteriologischer Untersuchungen durch das hiesige Institut, in: GStA PK, I. HA Rep. 76 VIII B, Nr. 3006.

62 Bei den jungen Frauen handelte es sich um Frau Weiche, die seit 1909 am Institut für 90 Mark monatlich tätig war, und um Frau Bercken, mit einer Vergütung von 60 Mark. Vgl. u.a. GStA PK, I. HA Rep. 76 VIII B, Nr. 3009, betr. Etats des hygienischen Institut in Posen, 1904–1911.

63 Dr. Zniniewicz und Dr. Parczewska sind die zwei in der Region am bekanntesten Beispiele. Janina Zniniewicz wurde 1911 als erste Frau bei der medizinischen Abteilung der polnischen Gesellschaft der Freunde der Wissenschaft aufgenommen. Vgl. u.a. Ryszard Marciniak, Wydział Lekarski Poznańskiego Towarzystwa Przyjaciół Nauk. Zarys dziejów [Die ärztliche Abteilung der Posener Gesellschaft der Freunde der Wissenschaft. Geschichtlicher Überblick], in: Kronika Miasta Poznania [Posener Stadtchronik] 1 (2001), 423–445.

64 Vgl. u.a. GStA PK, I. HA Rep. 76 VIII B, Nr. 3015, betr. die Beamten des Hygienischen Instituts in Posen, 1912–1916.

ärzte und vor allem der ländlichen Bevölkerung an das Institut, wenn überhaupt, nur langsam erreicht werden. Sie galt noch 1913 als „relativ schwach“.⁶⁵ Eine dauerhafte Einbindung des Publikums erforderte ein stabiles und vertrauenswürdigen Netzwerk. Ein solches konnten weder das Hygienische Institut in Posen noch die Medizinaluntersuchungsstelle in Bromberg bieten. Dafür waren die staatlichen Entperipherisierungspläne, die erst „am Ende des vorherigen Jahrhunderts für die lange vernachlässigte Provinz vorgenommen wurden“,⁶⁶ nicht ausreichend und regional nicht spezifisch genug durchdacht.

Die Räumlichkeiten des Hygienischen Instituts bedurften von Anfang an einer Modernisierung und eines seinen Bedürfnissen gerechten Umbaus. Sie galten für alle an seiner Gründung beteiligten Behörden – vom Kultusministerium über das Posener Oberpräsidentenamt bis zum Posener Magistrat und den Institutsmitarbeitern – als ein bald aufzuwertendes Provisorium.⁶⁷ Die provisorische Situation blieb aber, vorwiegend aufgrund finanzieller Unstimmigkeiten zwischen den jeweiligen politischen Instanzen, bis zum Jahr 1914 bestehen. Das als die dringendste „hebungspolitische“ Maßnahme gegründete Institut blieb somit unter den „hebungspolitischen“ Einrichtungen am längsten durch seine materielle Misere gelähmt. Die unzureichenden Räumlichkeiten symbolisierten aber nur einen von vielen Widerständen, an denen die Herausbildung eines stabilen und vertrauenswürdigen Netzwerks zu scheitern drohte. Ein weiterer stand in direktem Zusammenhang mit dem politischen Zwiespalt, aus dem heraus die Berliner Regierung die Region betrachtete, und betraf die Frage, wie und wer die Kosten für die Entperipherisierung tragen sollte und über welche Säulen sich diese erstrecken sollten. Bereits vier Jahre nach der Gründung der Medizinaluntersuchungsstelle gab es im Kultusministeriums erste, durch die finanziellen und personellen Engpässe bedingte, Überlegungen, die Stelle nach Posen an das Hygienische Institut zu holen, beide Einrichtungen zusammenzulegen und die staatliche Bevölkerungspolitik im Allgemeinen zu modifizieren. Es folgte eine Debatte zwischen dem Kultusministerium, dem Innenministerium, den provinziellen Regierungspräsidenten, den beiden betroffenen Städten und ihren politischen Eliten und nicht zuletzt zwischen und mit den Bromberger und Posener Ärzten.⁶⁸ Berliner Vor-

65 Schreiben des Regierungspräsidenten an den Minister des Inneren, Bromberg, 11.4.1913, Bericht-erstatte Dr. Budding und Regierungs- und Geheimer Medizinalrat Dr. Jaster, in: GStA PK, I. HA Rep. 76 VIII B, Nr. 3020.

66 Haus der Abgeordneten, 62. Sitzung am 30.4.1910, in: GStA PK, I. HA Rep. 76 VIII B, Nr. 3017, betr. Beamten für das Hygienische Institut in Posen, vom Aug. 1900 bis Dez. 1910.

67 Besprechungen zur kulturellen Hebung in Berlin am 11.1.1902, in: GStA PK, I. HA Rep. 76, Vc, Sekt. 13, Tit. 23, Nr. 2, betr. die Einrichtungen zur Förderung des Deutschthums in Bromberg, vom März 1886, Bl. 23.

68 Vgl. GStA PK, I. HA Rep. 76 VIII B, Nr. 3019, betr. die staatliche Medizinaluntersuchungsstelle in Bromberg, vom März 1904 bis März 1912; GStA PK, I. HA Rep. 76 VIII B, Nr. 3020.

stellungen von Zentralisierung stießen auf Posener Abgrenzungs- und Bromberger Dezentralisierungsforderungen und wurden gegeneinander ausgespielt,⁶⁹ ohne dass sich die Situation änderte. Solange die institutionellen Zuständigkeiten nicht geklärt waren, konnte man kaum erwarten, dass die ständigen Streitereien und Missverständnisse zwischen den jeweiligen Instituten, Kreis- und Privatärzten, Desinfektoren und den vielen Gemeinden, die Untersuchungen beantragten, darüber, wer für bestimmte Untersuchungen verantwortlich ist, ein Ende nehmen würden,⁷⁰ geschweige denn, dass die hygienischen Übersetzungsleistungen Früchte trugen. Dass die Untersuchungsstelle, trotz ihrer regionalen Zentralität für die unmittelbaren Grenzgebiete, als umstritten und die Kostenfrage als omnipräsent galt, vereinfachte die Situation kaum und ließ das einmal in die Untersuchungsstelle gesetzte Vertrauen ins Wanken geraten.⁷¹ Die instabile Position der hygienischen Einrichtungen trug also – zusammen mit dem fehlenden Bewusstsein vieler Ärzte für die Wichtigkeit epidemiologischer Beobachtung und Kontrolle und der fehlenden Fähigkeit, den medizinischen Einrichtungen zuzuarbeiten – dazu bei, dass die erhoffte ärztliche Anbindung ausblieb bzw. sich nur langsam entfaltete. Dass die Kreisärzte kaum auf die Privatärzte eingingen,⁷² verschärfte die Situation nur weiter.

Während sich die ärztliche Distanziertheit den staatlichen medizinischen Maßnahmen gegenüber auf fehlende ärztliche Kompetenz und die Funktionsschwächen des Systems zurückführen lässt, kann die schwache Anbindung der Bevölkerung nur teilweise durch den mangelnden Kooperationswillen oder eine ausbleibende ärztliche Präventionsarbeit erklärt werden. An Aufklärungsangeboten fehlte es nicht. Vor allem die hygienische und sozialreformatorsche Ziele verfolgenden Vereine versuchten, die Bevölkerung zu erreichen. Deutsche wie auch polnische, selten aber sprach- und nationalpolitisch übergreifend ins Leben gerufene Vereine folgten ab den 1890er-Jahren dem staatlichen Ruf nach medizinisch-hygienischer Popularisierung und übernahmen nicht selten die Initiative in der Region. Mit dem (selbst-)erteilten Auftrag, der Bevölkerung ihre „soziale Verantwortlichkeit für das

69 Vgl. u.a. die Debatten im Herrenhaus und im Haus der Abgeordneten, in: GStA PK, I. HA Rep. 76 VIII B, Nr. 3017.

70 Vgl. u.a. Schreiben des Regierungspräsidenten an den Kultusminister, Posen, 28.10.1899, in: GStA PK, I. HA Rep. 76 VIII B, Nr. 3005; Rundschreiben des Kultusministers an die Polizeipräsidenten, 27.3.1907, und Rundschreiben des Kultusministers an die Regierungspräsidenten, Berlin, 26.2.1908, in: ebd., Nr. 3019; Archiwum Państwowe w Bydgoszczy [Staatsarchiv Bromberg], Rejencja Bydgoska Registratur Medyczna I/8161, betr. Prostitution und deren Bekämpfung, 1897–1924.

71 Vgl. u.a. Schreiben des Kreisarztes Dr. Clauss an den Regierungspräsidenten und den Polizeipräsidenten, 31.3.1906, und Bericht von Erich Wernicke, 9.9.1906, in: GStA PK, I. HA Rep. 76 VIII B, Nr. 3006.

72 Vgl. Bericht einer Ärzteversammlung, Posen, 30.9.1906, in: APP, Kreisarzt Posen, Nr. 4212, betr. die Angelegenheiten der praktischen Ärzte, 1902–1921.

Gesamtwohl bewusst⁷³ zu machen und sie somit dank hygienischer Leitsätze moralisch und nationalpolitisch zu erziehen, veranstalteten sie medizinische Vorlesungen und Kurse für interessierte Laien, antialkoholische Wochen,⁷⁴ Hygiene-Ausstellungen etc. und etablierten so einen regen öffentlichen Diskurs. Dank der Zusammenarbeit mit den staatlichen Behörden und der Kirche – mit der evangelischen Kirche seitens deutscher Vereine und der katholischen Kirche seitens der polnischen Vereine – gelang es ihnen, die Bevölkerung zu mobilisieren und an sich zu binden. Vor allem die kirchlich-religiöse Komponente half dabei, dass sich die Bevölkerung zu einer Teilnahme verpflichtet fühlte.⁷⁵ Was für die Ausstellungen und das Vortragswesen galt, ließ sich aber nur schwer auf die individuellen Kontakte und Kontrollbesuche der Ärzte übertragen. Bei der Typhusprobenentnahme, der Rekrutierung der lokalen Vertrauensmänner für aufklärerische Arbeit in den Beratungsstellen oder der Überwachung von Schwangeren konnten die Ärzte kaum auf die religiös kodierten Hilfen zurückgreifen. Sie waren vielmehr auf das Entgegenkommen der Bevölkerung und die Unterstützung von lokal agierenden medizinischen Akteur*innen wie Hebammen, Apothekern oder Desinfektoren angewiesen, die einen guten Zugang zur Bevölkerung aufwiesen. Und für diese Interaktionen und Übersetzungsleistungen waren vor allem das gegenseitige Vertrauen und eine reibungsfreie Kommunikation wichtig.

Letztere war aber nicht immer gewährleistet. Sie scheiterte an sprachlichen Barrieren und beeinträchtigte stark das gegenseitige Vertrauen. Trotz der allgemeinen Schulpflicht mit Deutsch als Unterrichtssprache waren noch um 1910, wie viele Ärzte, Landräte und Distriktämter beklagten, nicht alle Bewohner*innen Posens der deutschen Sprache mächtig und somit nicht imstande, ärztlichen Anweisungen oder aufklärerischen Merkblättern zu folgen.⁷⁶ Die Situation war insbesondere im Bereich der reproduktiven Gesundheitspflege prekär, das heißt im Bereich der Fürsorge für Schwangere und Gebärende, sowie auf dem Feld der Säuglingssterblichkeit, die in dieser Zeit als eine der dringend zu bekämpfenden „Volkskrankheiten“⁷⁷ galt. Dennoch wurden polnischsprachige Hebammen, trotz des immer wieder betonten Bedarfs, ab 1900 kaum in der Anstellungspolitik berücksichtigt. Dies,

73 Wissenschaftliche Kurse zum Studium des Alkoholismus, in: APP, Konsystorz Ewangelicki, Nr. 2918, betr. die Alkoholismusbekämpfung durch den Zentralverband in Berlin pp. Einrichtung wissenschaftlicher Kurse.

74 Alkoholgegner-Woche, in: Posener Neueste Nachrichten, 9.8.1911, Nr. 3710.

75 Vgl. u.a. Schreiben aus dem Distriktamt an den Landrat, Buk, 8.11.1904, in: APP, Landrat Graetz, Nr. 456, betr. Bekämpfung des Alkoholismus, 1900–1919.

76 Vgl. Thiele, Schreiben eines praktischen Arztes an den Landrat in Birnbaum, Zirke, 15.11.1910, in: APP, Landrat zu Birnbaum, Nr. 1310, betr. den deutschen Verein gegen den Missbrauch geistiger Getränke.

77 Vgl. u.a. APP, Landrat zu Birnbaum, Nr. 2217, betr. die Gesellschaft zur Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit, 1905.

obwohl sie aufgrund ihrer Sprachkenntnisse und somit Vermittlungsfunktion sowie aufgrund des Vertrauens, das ihnen auch von deutschsprachigen Frauen entgegengebracht wurde, unverzichtbar waren.⁷⁸ Ähnlich wie bei den polnischen Ärzten, die bis auf wenige Ausnahmen kaum kommunale Posten angeboten bekamen,⁷⁹ war die Reglementierung der polnischen Hebammen von Ängsten vor polnischer politischer Agitation und den Wünschen nach einer Veränderung der demografischen Verhältnisse zugunsten der deutschen Bevölkerung diktiert. Der polnische Teil des regionalen Sozialkörpers sollte schließlich nur mit dem Nötigsten versorgt werden. Zu stärken galt es vor allem den deutschen Teil, mit dem sich der preußisch kodierte und in regionaler Identität noch stark verankerte Sozialkörper in einen deutschen Volkskörper verwandeln sollte. Dass sich die lokalen Loyalitäten und Vertrauensnetzwerke solch nationalpolitischem Auftrag nicht immer beugten und oftmals quer zu ihm verliefen, verdeutlichten viele Beziehungen zwischen Hebammen und Entbindenden, die sichtbar machten, dass der deutsche Sozialkörper ohne den polnischen Teil kaum umsorgt und mobilisiert werden konnte. Dies fand bei den staatlichen Überlegungen aber keine Berücksichtigung. Es führte eher dazu, dass sich die im System marginalisierten polnischen Hebammen und die stimmlos gemachten deutschen und vor allem polnischen Frauen den bevölkerungspolitischen Maßnahmen und der Kontrolle entzogen und die Schwangeren stattdessen eine Kurpfuscherin, eine nicht mehr lizenzierte Hebamme oder eine private Vertrauensperson und somit eine außerstaatliche Instanz zu Rate zogen. Indem an bestimmten Orten polnische Hebammen wegfielen oder aber aufgrund nationalpolitischer Bedenken keine Fürsorgestelle oder kein Verein gegründet wurde,⁸⁰ blieb nicht nur die Einbindung in die regionale und damit einhergehend gesamtstaatliche Ordnung aus, sondern es wurden Leerstellen geschaffen. Die regionalen wie überregionalen Gefälle wurden so nur weiter befördert statt vermindert.

Der verstärkte Rückgriff der polnischen Bevölkerung auf außerstaatliche Ressourcen geschah vor allem in den Bereichen der Weiterbildung für das Pflegepersonal, der hygienischen Kurse für Mütter oder bei interaktiven hygienischen Veranstaltungen. Hier griff die polnische *Gesellschaft für Soziale Hygiene (Towarzystwo*

78 Vgl. u.a. APP, Landrat zu Birnbaum, Nr. 475, Hebammenwesen, 1889–1914; GStA PK, I. HA Rep. 76 VIII B, Nr. 1488, betr. die Zulassung zum Hebammengewerbe und die Pflichten der Hebammen in dem Regierungsbezirk Posen, 1905; Abhandlung über die „Hebammen-Lehranstalt in Posen während der Jahre 1811 bis 1911 von Prof. Dr. med. Lange“, Bojanowo 1911, 12, in: GStA PK, I. HA Rep. 76 VIII B, Nr. 1480, betr. die Hebammenlehranstalt in der Provinz Posen, 1905.

79 Die beiden berühmtesten Ausnahmen stellten Walenty Paniński (als Kreisarzt in den Jahren 1894–1904) und Paweł Gantkowski (als Leiter der städtischen Station für Alkoholranke in Posen) dar.

80 Vgl. GStA PK, I. HA Rep. 76 VIII B, Nr. 168, betr. die nach der Verordnung vom 30.4.1815 erfolgte Einrichtung des Provinzial Medizinal Collegiums zu Posen, auch Aufstellung der Räte und Assessoren bei demselben, 1860–1889, Personalangaben, Schwierigkeiten bei der ärztlichen Besetzung; Schreiben aus dem Distriktamt an den Landrat, Buk, 8.11.1904, in: APP, Landrat Graetz, Nr. 456.

społeczno-hygieniczne) ein, indem sie die Rolle des gesundheitlichen Versorgers für die polnische Bevölkerung übernahm und ein breites Angebot an Beratungsstellen, Austauschforen, Aufklärungsbroschüren, hygienischen (Weiterbildungs-)Kursen etc. schuf.⁸¹ Die Gesundheitspflege wurde von den polnischen Hygienikern so aufgegriffen, wie sie staatlich gedacht war – als Handlungsimperativ, nur dass dieser Handlungsimperativ im Dienste der polnischen und nicht der deutschen Stärkung ausgelegt wurde. Indem die polnische *Gesellschaft* in einer gewissen Parallelität zu staatlichen Maßnahmen eine eigene Selbstverwaltungsstruktur und gesundheitspolitische Kultur aufbaute, trug sie zur Verbreitung der medizinischen Angebote bei. Sie wurden somit multipliziert, aber nicht synchronisiert. Ihre Pluralität beförderte die ohnehin bereits bestehende deutsch-polnische Konkurrenz, bedeutete aber nicht unbedingt eine Verbesserung der Gesundheitsfürsorge, geschweige denn ihre überregionale Angleichung und eine ausbalancierte Kompetenzverteilung. Die regionale Kompetenz stieg, blieb aber sehr segmentiert, lokal gebunden und nur über bestimmte – je nach medizinischem Bereich ethnische, religiöse, sprachliche oder aber örtliche – Zugehörigkeitslogiken abrufbar.

4. Selbstperipherisierung oder „Zufluchtsort für gescheiterte Söhne“⁸²?

Der deutsche nationalpolitische Diskurs der Zeit – parlamentarisch von konservativen und national-liberalen politischen Kreisen, medial von der national-konservativen Presse getragen – erklärte die schwache, schwierige und gleichzeitig über komplexe Vernetzungen laufende Einbindung in das regionale und gesamtdeutsche medizinische Gesundheitssystem mit der Unbelehrbarkeit „der vielfach auf [der] niedrigsten Bildungsstufe stehenden hiesigen, namentlich polnischen ländlichen Bevölkerung“, bei der und vor allem wegen der jegliche „Hebungsmaßnahmen“ „ohne Erfolg sein würde[n]“.⁸³ Dass die Situation viel komplizierter war, davon zeugten bereits die ärztliche Unfähigkeit bzw. fehlende Bereitschaft, sich in die bestehenden Einrichtungen einzufügen, wie auch die vielen Vertrauenslücken des medizinischen Eingriffssystems. Das staatliche Mobilisierungsdefizit speiste sich aber nicht nur aus einer individuell bedingten (etwa zwischen Hebammen und Gebärenden) oder aus einer strukturellen Vertrauensschwäche, wie sie bei der Haltung der Ärzte

81 Vgl. Berichte der polnischen Gesellschaft für die Soziale Hygiene in *Kurier Poznański* und *Dziennik Poznański*, Januar–März 1903–1918.

82 Walka o kresy wschodnie, KP, 2.4.1898, Nr. 75.

83 Schreiben des Regierungspräsidenten an den Kultusminister, bezüglich Bewilligung eines Dispositionsfonds, Bromberg, 2.3.1906, in: GStA PK, I. HA Rep. 76 VIII B, Nr. 3728, betr. die Kosten der Cholerabekämpfung, 1905–1909.

den medizinischen Einrichtungen gegenüber zu beobachten war, sondern wies auch einen starken regionalen Charakter auf, bei dem regionale Ängste und Animositäten eine überragende Rolle spielten.

Im Laufe der Jahre wurden das medizinisch-hygienische Netzwerk und die Bevölkerungspolitik nach und nach um neue Bausteine erweitert. Nicht alle von Berlin kommenden oder privat initiierten Vorschläge erfreuten sich eines regionalen Zuspruchs. Manche lösten heftige Debatten aus, etwa die von Berlin vorgeschlagene Akademie der praktischen Medizin, die sich an einer Kölner Einrichtung orientierte und eine fachliche zentralisierte Kompetenzförderung versprach. Solche Vorschläge schürten regionale Ängste um eine Externalisierung der regionalen medizinischen Expertise. Sie galten in Posen als unerwünscht und wurden aufgrund der fehlenden regionalen Anteilnahme und damit einhergehender fehlender Umsetzungsmöglichkeiten nie realisiert.⁸⁴ Manche stießen, wie eine 1901 ins Leben gerufene Poliklinik, auf heftige Ablehnung der deutschen Ärzteschaft, die

„eine lebhaftige Agitation geltend gemacht hätte, welche dazu geführt habe, dass in der gestrigen Sitzung des [Posener Ärzte-]Vereines mit 25 gegen 9 Stimmen beschlossen worden ist, den Mitgliedern des Aerztevereines die Theilnahme an der Poliklinik zu untersagen, beziehungsweise dieselben aufzufordern, die Gründung rückgängig zu machen.“⁸⁵

Solch eine Reaktion war durchaus typisch für die deutsche Ärzteschaft, die, als Trägerin der biopolitischen Maßnahmen anvisiert, primär auf eigene und im zweiten Schritt eventuell regionale Vorteile bedacht war, diese aber getrennt von den Berliner Zentralisierungstendenzen sehen wollte. Bedenkt man den Ärztemangel und die in dem Dr. Ennet betreffenden Gesuch beschriebenen Schwierigkeiten, neue Ärzte für die ländlichen Bereiche zu gewinnen, dann ist diese ablehnende Haltung den diversen Aktualisierungsmaßnahmen gegenüber schwer nachvollziehbar. Der Widerstand gegen die privat gegründete, dennoch staatlich unterstützte Poliklinik richtete sich aber kaum gegen eine Verbesserung der regionalen Gesundheitspolitik. Hinter der Ablehnung der Poliklinik verbarg sich vielmehr zum einen die Angst vor innerregionaler Peripherisierung und Benachteiligung der an der Klinik nicht beteiligten Ärzte und zum anderen die Befürchtung, durch eine stärkere Angleichung der medizinischen Maßnahmen an überregionale Muster die regionale Kontrolle und Selbstbestimmung zu verlieren. Die deutsch-polnische Konkurrenz, wie sie Dr. Ennet aus Głowno kannte, stellte bereits ein schwerwiegendes Übel dar, das keine

84 APP, AMP, Nr. 2568, betr. die Einrichtung einer Akademie für praktische Medizin, 1912–1919.

85 Schreiben des Oberpräsidenten an den Kultusminister, 1901, in: GStA PK, I. HA Rep. 76 VIII B, Nr. 3005.

weitere Ergänzung und Eröffnung neuer Schauplätze brauchte. Allein in der Stadt Posen verdoppelte sich die Anzahl der polnischen Ärzte im Zeitraum 1897 bis 1912 beinahe (von 35 auf 62), während die der deutschen lediglich um ca. 15 Prozent anstieg (von 70 auf 81).⁸⁶ 1890 gab es in der Provinz insgesamt ca. 272 deutschsprachige und 152 polnischsprachige Ärzte. Einige Jahre später, im Jahr 1912, waren 356 deutschsprachige und 201 polnischsprachige Ärzte verzeichnet,⁸⁷ bei einem kontinuierlich steigenden Anteil der polnischen Bevölkerung in der Region auf 63 bis 65 Prozent.⁸⁸ Bevor sich also die regionalen Ärzte mit neuen Herausforderungen beschäftigen konnten, sollten sie, so die hinter der ablehnenden ärztlichen Haltung stehende Logik, regional gestärkt und in ihrer Kompetenz gefördert werden. Die Provinz sollte schließlich, wie der polnische *Kurier Poznański* die Berichterstattung der deutschen *Posener Zeitung* zitierte, nicht als „Zufluchtsort für die gescheiterten Söhne“⁸⁹ und kaum andere Perspektiven erblickenden deutschen Beamten oder Siedler, sondern als „unsere Festung gegen den Osten“⁹⁰ wahrgenommen werden. Dafür war eine starke innerregionale Aufstellung nötig; eine, die keine zusätzliche, von außen kommende und die Abhängigkeiten nur noch weiter vertiefende Konkurrenz gebrauchen konnte. Eine strukturelle Verfestigung der bereits existierenden Formate sowie eine individuelle Förderung wurden bevorzugt. Es ging weniger um eine, von vielen durchaus erwünschte Aktualisierung der medizinischen „Hebung“, sondern vielmehr um Fragen der politischen und medizinischen Kompetenzakkumulation und ihrer Transfer- und Verteilungswege.

Ähnliche Wünsche nach Selbstbeschränkung und Eindämmung der strukturellen Erweiterung zeigen sich bei der Debatte um die Medizinalpraktikanten, deren Leistungsfähigkeit vor allem in kleineren Städten und Krankenhäusern zu wünschen übrig ließ und vom Hygienischen Institut allein nicht gewährleistet werden konnte. Der Berliner Vorschlag, die Ausbildung nicht nur den großen und zentralen, sondern auch kleineren Krankenhäusern zuzugestehen, stieß erneut auf Ängste eines ansteigenden innerregionalen Gefälles und einer schwer kontrollierbaren überre-

86 Witold Molik, *Polscy lekarze w dziewiętnastowiecznym Poznaniu. Portret demograficzno-społeczny grupy [Polnische Ärzte in Posen im 19. Jahrhundert. Demografisch-gesellschaftliches Porträt einer Gruppe]*, in: *Kronika Miasta Poznania* 1 (2001), 86–97, 88.

87 Unter den deutschsprachigen Ärzten lässt sich noch zwischen Deutschen (194 im Jahr 1890) und Juden (78 im Jahr 1890) differenzieren, wobei die Letzteren sich mehrheitlich der deutschen Ärzteschaft zugehörig fühlten. Bei den Angaben für das Jahr 1912 wird diese Unterscheidung nicht mehr fortgeführt. Molik, *Inteligencja*, 2009, 244.

88 Im Jahr 1890 war die Region mit steigender Tendenz von ca. 63 % Pol*innen, ca. 34 % Deutschen und mit absteigender Tendenz ca. 2,5 % Juden/Jüdinnen besiedelt. Die Gesamtbevölkerung betrug 1.752.000, davon 1.112.650 Pol*innen, 594.650 Deutsche und 44.300 Juden/Jüdinnen. 1910 lebten in der Provinz 2,1 Mio. Menschen, davon 1.352.650 Pol*innen, 720.650 Deutsche und 26.500 Juden/Jüdinnen. Serrier, *Provinz Posen*, 2005, 25; Jaworski, *Handel*, 1986, 18.

89 *Walka o kresy wschodnie [Kampf um die östlichen Grenzgebiete]*, in: *KP*, 2.4.1898, Nr. 75.

90 Ebd.

gionalen Konkurrenz.⁹¹ Eine regionale Eigenständigkeit war erwünscht, aber eine, die – statt zu einer medizinischen Stärkung und Dynamisierung der Provinz beizutragen – ihre Ressourcen überschaubar und in einem leicht kontrollierbaren Modus zentralisiert gefördert hielt. Eine auf nationalpolitischer Instabilität und regionalen Mobilisierungsschwächen beruhende Asymmetrie schien trotz aller Engpässe besser steuerbar und vorteilhafter zu sein als eine (un-)gewisse, Symmetrie versprechende Angleichung an die gesamtdeutschen Verhältnisse. Letztere versprach eine bessere medizinische Eingliederung Posens, drohte dafür aber, die Provinz ihrer Selbstverortungs- und regionalen Artikulierungsmöglichkeiten zu berauben. Eine Aktualisierung des regional ohnehin instabilen medizinischen Systems konnte das Verschwinden regionaler Disparitäten kaum garantieren. Vielmehr stellte sie ihre Verlagerung in Aussicht, indem sie nicht mehr nur zwischen der deutschen und polnischen Ärzteschaft und entlang der Linie Zentrum/Berlin–Peripherie/Posen, sondern zusätzlich noch zwischen den regional externen und internen Trägern der medizinischen Kompetenz auszuhandeln gewesen wäre. Eine strukturelle Angleichung war dafür zu stark mit Ängsten vor Marginalisierung innerhalb der entperipherisierten Verhältnisse behaftet, als dass sie als ein erstrebenswertes Ziel gelten konnte.

Beides – eine machtgenerierende Entmarginalisierung und eine durch die Stärke und Durchsetzungskraft des medizinischen Eingriffssystems indizierte Entperipherisierung – geschah erst mit und vor allem nach dem Ersten Weltkrieg. Mit der nach dem Krieg veränderten staatlichen Zuordnung und der Angliederung der Region an die 1918 entstandene Polnische Republik verschob sich die Perspektive. Die periphere Provinz verwandelte sich in einen wirtschaftlich zentralen Handlungsraum, der innerhalb Polens „über die mit Abstand leistungsfähigste Landwirtschaft [...] verfügte“⁹² und zudem eine medizinische Vorbildfunktion innehatte. Nicht nur, dass sich beispielsweise die polnische Seuchenbekämpfung am preußischen Modell orientierte,⁹³ sondern sogar die bis in die späten 1910er-Jahre als mangelhaft bezeichneten Einrichtungen wie die Hebammenlehranstalt erhielten nun Anerkennung und wurden zu institutionellen Vorbildern, an denen sich andere Institutionen orientierten; eine Anerkennung, die innerhalb der gesamtstaatlichen Ordnung des Kaiserreiches auf sich hatte warten lassen.

91 APP, AMP, Nr. 2568, betr. die Einrichtung einer Akademie für praktische Medizin, 1912–1919.

92 Müller, *Nachholende Entwicklungen*, 2017, 561.

93 Vgl. Katharina Kreuder-Sonnen, *Wie man Mikroben auf Reisen schickt: Zirkulierendes bakteriologisches Wissen und die polnische Medizin, 1885–1939*, Tübingen 2018.

5. Regionaler Sozialkörper „auf Kündigung“⁹⁴ Schlusswort

Inwiefern die Provinz Posen epidemiologisch entperipherisiert und in Sachen Gesundheitspflege gestärkt wurde, ließe sich vermutlich mithilfe von Statistiken überprüfen. Statistiken galten aber, wie es die preußische Bevölkerungspolitik in der Region bitter erfahren musste, nicht als eine vertrauenswürdige Auskunft, weder über die alltäglichen Artikulations-, Anwendungs- und Übersetzungspraktiken noch über die reale Einbindung und medizinische und reproduktive Stärkung der Bevölkerung. Vor allem letztere rief Widerspruch hervor. Menschlicher Widerstand gegen eine medizinisch kodierte Bevölkerungspolitik und gegen biopolitische Kontrolleingriffe war nicht nur in der Provinz Posen zu beobachten.⁹⁵ Hier verband er sich allerdings mit nationalpolitischen Widerstandsformen, der Komplexität lokaler Mobilisierungslogiken und Alltagspraktiken und einer regionalen Spezifität, die je nach politischer Konstellation und Interessengruppe als Hindernis oder als Chance für eine Überwindung überregionaler Disparitäten galt.

Die doppelte Zielsetzung, die Provinz demografisch zugunsten der deutschen Bevölkerung zu stärken, sie so für die gesamtdeutsche Ordnung mental näher, attraktiver und funktioneller zu gestalten und gleichzeitig die polnische Bevölkerung hygienisch-kulturell produktiv zu machen, ohne sie dabei zu stark zu fördern, wurde als solche nicht erreicht. Dafür waren die regionalen Wahrnehmungen und Artikulierungsmöglichkeiten zu unterschiedlich und zu stark in vielschichtigen und nicht selten widersprüchlich gedeuteten Abhängigkeiten verfestigt. Während die Privatärzte und die Bevölkerung in lokal situierten und definierten Verhältnissen verweilten und mit der eigenen instabilen peripheren Lage haderten, suchten die ärztlichen Repräsentanten und Entscheidungsträger von dieser Peripherisierung zu profitieren und sie zum Zeichen regionaler Eigen- und Selbstständigkeit zu erklären. Die so abweichend verlaufenden Interessen und Perspektiven hatten viele Nenner. Einer davon war die unterschiedliche finanzielle Aufstellung der städtischen und ländlichen Ärzte. Die in den Städten tätigen Ärzte hatten weniger Schwierigkeiten, zahlungsfähige Patient*innen zu finden. Die deutschen Ärzte konnten in den Städten zudem leichter die deutsch-polnische Konkurrenz aushalten, und dank der Nähe zu den zentralen Einrichtungen des medizinischen Eingriffssystems sowie zu den prestigeträchtigen staatlichen Institutionen ließen sie sich schneller und widerspruchsloser für die bevölkerungspolitischen Maßnahmen mobilisieren.

94 Busch, *Aus dem Leben*, 2000, 78.

95 Vgl. u.a. Ute Frevert, *Krankheit als politisches Problem 1770–1880: Soziale Unterschichten in Preußen zwischen medizinischer Polizei und staatlicher Sozialversicherung*, Göttingen 1984.

Die auf dem Land praktizierenden und oftmals um das Überleben kämpfenden Ärzte hatten andere Interessen als die unmittelbaren Fragen nach den Wegen, Risiken und Chancen einer strukturellen Angleichung an die ohnehin noch zu abstrakt vorgelebte gesamtdeutsche Ordnung. Sie waren oftmals finanziell zu schwach und fachlich nicht genügend qualifiziert, um kostspielige Untersuchungen zu beantragen und die Patient*innen im epidemiologischen Sinne zu disziplinieren. Sie sollten dem System zuarbeiten, waren aber sich selbst überlassen. Ihrer peripheren Rolle innerhalb des Systems konnten sie nur mit viel Mühe entgehen. Zu einer engen Kooperation mit den staatlichen Institutionen waren in der Region ohnehin nur einige wenige Ärzten bereit. Meistens war diese Bereitschaft nur bei den schon lange ansässigen und sich mit der Region, unabhängig von eigener ethnischer Selbstverortung, identifizierenden Akteuren, deutschen Nationalaktivisten und Entscheidungsträgern sowie den polnischen Sozialreformern sichtbar. Alle anderen galten als „Deutsche[] und Preuße[n] ,auf Kündigung““, die „nur auf die außenpolitischen Voraussetzungen [warteten], um [...] [ihre] Ziele zu verwirklichen“⁹⁶ und/oder möglichst rasch (wieder) in das Innere des Kaiserreiches zurückzukehren. Weder wirtschaftliche Anreize noch die biopolitischen Maßnahmen, die die Bevölkerung und ihre regionale Betrachtungsweise direkt anvisierten und ihre Lebens- und Leistungsverhältnisse verbessern sollten, hatten es geschafft, diese Einstellung zu verändern. Für die Preußen „auf Kündigung“ war die periphere Lage zum Aushalten, denn sie war nur auf die Dauer ihres Aufenthalts in der Region begrenzt. Für die polnischen Anführer der hygienischen Bewegung, die sich an den deutschen medizinisch-hygienischen Diskursen orientierten, war die periphere Lage dagegen inakzeptabel, ebenso ihre eigene Benachteiligung innerhalb des Systems. Sie deuteten sie um, indem sie ihre Außenseiterstellung zu ihrem Vorteil verwandelten und die medizinische Kompetenz innerhalb eigener Netzwerke akkumulierten. Während die deutschen (ärztlichen) Entscheidungsträger eine Marginalisierung innerhalb der zu entperipherisierenden Verhältnisse fürchteten und am regionalen Sonderstatus festhielten, versuchten die polnischen Ärzte, eine Entmarginalisierung innerhalb der peripheren Verhältnisse und eine Erweiterung ihrer im Zuge der medizinischen „Hebung“ gewonnenen Artikulationsräume zu erreichen. Für erstere war eine strukturelle Angleichung und ausbalancierte außer- und innerregionale Kompetenzverteilung mit zu vielen Risiken und potenzieller externer Konkurrenz verbunden, für letztere galt sie als wünschenswert, aber nicht bestimmbar. Diese Pattsituation war nur schwer lösbar, ohne dass die regionale Spezifität nicht als Chance, sondern als eine nationalpolitische Angst beschwörende Einschränkung betrachtet wurde.

96 Busch, *Aus dem Leben*, 2000, 78.

Die bevölkerungspolitische Einheit war, trotz vieler nationalübergreifender alltäglicher Begegnungsmomente, kaum herstellbar und als solche kaum mobilisierbar. Die demografischen Verhältnisse konnten nicht nach politischem Wunsch korrigiert werden und erfuhren eine Verschiebung zugunsten der polnischen Bevölkerung. Der regionale Sozialkörper beruhte weiterhin auf komplexen regionalen Asymmetrien und Loyalitätsverbindungen, die sich mit der nationalpolitischen Zielsetzung kaum vereinbaren ließen. Viele Bevölkerungsteile gingen zudem Allianzen ein, die aufgrund ihrer nationalen, sprachlichen und regionalen Querverbindungen von staatlicher Seite nicht nur als unerwünscht, sondern vielmehr als zu verhindern galten. Die Lokalität und nicht die Anbindung an die gesamtdeutsche Ordnung blieb wegweisend. Die preußische Politik wurde, wie sich für Berlin nach und nach schmerzhaft herausstellte, eben nicht nur in Berlin, sondern oftmals vor Ort, in konkreten politischen und gesellschaftlichen Auseinandersetzungen, pragmatischen Loyalitätsarrangements und durch alltägliche Praktiken entschieden. In vielen Fällen waren für ihre Umsetzung oder Verwertung bereits kleine, aus der Sicht der politischen Machtträger kaum beachtenswerte, aber dennoch große politische Relevanz aufweisende Ressourcen und (Alltags-)Routinen essenziell. Zu solchen, wie bereits gezeigt, hat die Materialität der biopolitischen Instanzen im gleichen Maße wie die häusliche und ärztliche Entnahmetechnik der Typhusbazillen gehört. Das Verhalten der Typhusbazillen sowie das der sie entnehmenden Ärzte und der Patient*innen trug in vielen Fällen fast gleichwertig zum Erfolg oder Misserfolg der preußischen Bevölkerungspolitik bei, ebenso wie die politischen Zuständigkeitsstreitereien und wirtschaftliche Dynamiken. Beide – die lokalen wie auch die zentralen – Koordinaten galt es zu mobilisieren. Diese Mobilisierung verlief aber nur selten nach Berliner Wunsch und nach strikten (politischen) Richtlinien.

Ein Anschluss an das gesamtdeutsche Netz ist dennoch gelungen. Auch wenn die Provinz nach wie vor das schwächste Glied des von Berlin aus initiierten und über die medizinischen Einrichtungen zusammengehaltenen bevölkerungspolitischen Systems blieb, begann sie damit, sich bevölkerungspolitisch zu aktivieren. Als ein imperialer Grenzraum erhielt Posen, dank der andauernden Debatten um eine mögliche oder aber eine gescheiterte, dennoch weiterhin für die gesamtdeutsche Ordnung als zentral betrachtete medizinische Aktualisierung, eine politische Wichtigkeit. Dass diese nicht ohne weiteres in reale bevölkerungspolitische Verhältnisse übersetzbar war, dass diese Übersetzung Prozesse in Gang setzte, deren Resultate nicht immer intendiert waren und aufgrund territorialer, durch den Krieg bedingte Veränderung nicht in vollem Ausmaß begleitet werden konnte, ist wenig überraschend. Eine Aushandlung über Kompetenzen, Integration und Verwaltung heterogener Räume wurde eingeleitet. Eine schnelle Antwort auf regionale Gefälle und

mentale Peripherisierung konnte sie nicht geben. Ihr Versprechen, ein Auslöser für regional gedachte Bevölkerungskonzepte und biopolitische Transformationsprozesse zu sein, hat sie eingelöst, wenn auch nicht immer in der ursprünglich gedachten Form.