

Helen B. Taussig und ihre wissenschaftliche Karriere als Herausforderung der traditionellen Geschlechterordnung

Ein Beitrag zu Geschichte und Geschlecht in der US-amerikanischen Kinderherzmedizin des 20. Jahrhunderts

JOHANNA MEYER-LENZ

Abstract HELEN B. TAUSSIG (1898–1986) gilt allgemein als die Begründerin des Faches Kinderkardiologie, als ‚Geburtsstätte‘ dieser Disziplin das Johns Hopkins Hospital mit Medical School und Universität in Baltimore/Maryland. Mit ihren wissenschaftlichen und klinischen Forschungen über angeborene Herzfehler schuf sie die Grundlagen der neuen Disziplin. Gleichzeitig trug sie entscheidend zum Durchbruch der offenen Herzchirurgie bei, indem sie als Ideengeberin für die 1944 erstmalig weltweit erfolgreich durchgeführte *Blalock-Taussig-Shunt-Operation* fungierte. Patient:innen mit schweren angeborenen Herzfehlern, hier primär der Fallot’schen Tetralogie, schenkte der Eingriff das Leben und eine neue Lebensqualität. Für HELEN B. TAUSSIG führte dieser Erfolg in Verbindung mit ihrer ausgedehnten klinischen und wissenschaftlichen Tätigkeit sowie der nationalen und internationalen Reputation dazu, dass die Universität ihren Widerstand gegen die Aufnahme von Frauen in die Reihen ihrer Professorenschaft aufgab und mit der Verleihung des Titels einer *Full Professor* an TAUSSIG die Angleichung ihres akademischen Status an den führenden männlichen Standard vollzog. Damit war – wenn auch nur sehr zögerlich – dem Einschluss von Wissenschaftlerinnen in die Kulturen hoher Anerkennungen und Auszeichnungen an der Johns Hopkins University der Weg geebnet. HELEN B. TAUSSIG wirkte seit den 1950er Jahren äußerst aktiv an der Konsolidierung und Etablierung des Faches in den USA und im Ausland mit; sie war Impulsgeberin der sich dann zahlreich ausbildenden nationalen und internationalen Fachgesellschaften und Netzwerke der neuen Disziplin. Sie diente als Role Model für junge Medizinerinnen, mit der Wahl des Faches auch eine wissenschaftliche Karriere anzustreben. Dieser Weg wird anhand der Berufskarrieren von zwei Schülerinnen TAUSSIGS beispielhaft für eine ausgewogenere Entwicklung in der Frage des Gender Gap aufgezeigt.

Schlagwörter Geschichte der Kinderkardiologie – Johns Hopkins University – Transformationsprozesse – weibliche Karriereverläufe – Gender Gap

2010 verzeichneten die USA bei den Studienanfänger:innen in der Medizin mit fast 55 % mehr weibliche als männliche Erstsemester. Dieser Trend lässt sich auch in vielen europäischen Staaten beobachten, in der Bundesrepublik liegt die Quote der Studienanfängerinnen im Fach Medizin ebenfalls bei über 50 %. Umso mehr muss es verwundern, dass sich im Verhältnis der Geschlechter in den Spitzenpositionen (Professuren, Leitung eines Departments oder einer Abteilung, Leitung von Forschungsprojekten etc.) vielfach eine große Unausgeglichenheit widerspiegelt. Dies trifft auch für die Kinderherzmedizin zu. Das Verhältnis von Frauen und Männern in den Führungspositionen der Kinderkardiologie betrug 2019 drei zu 32 (WEIL & SCHMALTZ 2019: 106). Der Gender Gap

in den Spitzenpositionen der Herzchirurgie war zwar etwas ausgeglichener, bleibt aber auch hier weit hinter einer Parität zurück (PRAKTISCHARZT MAGAZIN 2024).

Erstaunlich erscheint im Vergleich dazu die Situation in den USA mit einer sehr viel größeren Akzeptanz und Offenheit gegenüber weiblichen Spitzenkarrieren in der Kinderkardiologie. Es stellt sich daher die Frage nach den langfristigen Weichenstellungen für weibliche Karriereaufstiege in der US-amerikanischen Kinderkardiologie sowie nach augenfälligen Unterschieden der Entwicklung in Deutschland. Die Darstellung konzentriert sich im Folgenden primär auf die Situation in den USA für den Zeitraum des beruflichen Karriereweges von HELEN

B. TAUSSIG. Im Zentrum der Überlegungen stehen Fragen danach, wann und in welcher Form die US-amerikanische Medizin Prozesse des Wandels in Richtung Geschlechtergleichheit und -gerechtigkeit einleitete und strategisch so steuerte, dass es Frauen möglich war, ebenso wie die männlichen Kollegen Spitzenpositionen zu erlangen. Zudem wird der Frage nachgegangen, inwiefern sich der Wandel der traditionellen Geschlechterordnung als Motor gesellschaftlicher und institutioneller Veränderungen erwiesen hat.

Der Gründungsmythos: HELEN B. TAUSSIG und die Kinderkardiologie

Die Karriere von HELEN B. TAUSSIG liest sich, wenn man sich etwas abseits der Pfade der heroischen Erzählungen über sie als Begründerin der medizinischen Disziplin der Kinderkardiologie begibt, im Rahmen einer Geschlechtergeschichte als aufschlussreiche Einzelstudie zur Überwindung des Gender Gap in der Herzmedizin – ein auch gegenwärtig immer noch lebhaft diskutiertes und aktuelles Thema, wie ein jüngst veröffentlichter Befund zur unausgeglichene Verteilung von Ärztinnen und Ärzten in der Herzmedizin zeigt (HANKE *et al.* 2023).

Berufliche Ausbildung und berufliche Tätigkeit finden im fluiden Rahmen eines je nach räumlicher und zeitlicher Situierung unterschiedlichen Geschlechterverhältnisses statt, das angesichts seiner sozialen Ordnungsmuster auch einen erheblichen Einfluss auf den Verlauf der medizinischen Karriere HELEN B. TAUSSIGS hatte. Von Beginn ihres Studiums an war ihre Laufbahn dadurch gekennzeichnet, dass ihre Karrierewünsche nicht den männlichen Normen entsprachen und sie daher auf Strategien angewiesen war, die eigene Karriere auf ‚andere‘ Weise zu verwirklichen. Als TAUSSIG ihr Studium aufnahm, profitierte sie von den Ergebnissen einer Entwicklung, die Frauen im 19. Jahrhundert in den USA allmählich den Zugang zur Medizin eröffnet hatten. Eine große Schubwirkung in diese Richtung setzte um 1900 mit der Gründungswelle von Medical Schools nur für Frauen ein. Eine besondere Rolle kam hier der Johns Hopkins Medical School in den 1870er Jahren zu. Sie ermöglichte – damals geradezu eine Sensation – als eine der wenigen Medical Schools beiden Geschlechtern die Aufnahme des Medi-

zinstudiums. Die Johns Hopkins Medical School entwickelte darüber hinaus strukturelle Voraussetzungen für weibliche medizinisch-wissenschaftliche Karrieren entsprechend den Vorgaben des FLEXNER-Reports von 1910. Auch von dieser Ausrichtung profitierte HELEN B. TAUSSIG, als sie 1927 am Johns Hopkins Hospital (JHH) ihre Fachausbildung in der Pädiatrie aufnahm und ihr nach dem erfolgreichen Abschluss ein Forschungsprogramm über angeborene Herzfehler (AHF) in der neuen Cardiac Clinic übertragen wurde.

Mit der erfolgreichen Verwirklichung ihrer grundlegenden Idee, bei Kindern mit schwersten AHF wie der Fallot'schen Tetralogie, durch eine künstliche Verbindung von Blutgefäßen, der später sogenannten *Blalock-Taussig-Anastomose*, dem Kreislauf genügend Sauerstoff zuzuführen, erfuhr HELEN B. TAUSSIG hohe internationale Anerkennung. Von der damaligen medialen Berichterstattung, in der die Veränderung bei den operierten Kindern als wunderbare Färbung der kindlichen Hautfarbe von Blau zu Rosa als ein medizinisches Wunder beschrieben wurde, hebt sich die medizinisch-wissenschaftliche Darstellung deutlich ab. Die Erstbeschreibung der ersten Operationen, verfasst von ALFRED BLALOCK und HELEN B. TAUSSIG, erschien im Mai 1945 im *Journal of the American Medical Association (JAMA)*. Einen ikonografischen Wert besitzt das Foto dazu, das in einer Nachstellung die wichtigsten Akteur:innen rund um den OP-Tisch zeigt. Einige von ihnen sollten in den nachfolgenden Jahren selbst eine beachtliche Karriere als Kardiolog:innen machen. Der inzwischen legendäre Eingriff, dargestellt in dem dann sehr schnell bekannten Artikel im *JAMA*, wurde in der medizinischen Welt, die den Subtext in seiner Bedeutung für die Behandlung von AHF zu lesen verstand, nach dem Herzchirurgen und der Kinderkardiologin *Blalock-Taussig-Shunt* benannt. Der Name des ebenfalls wesentlich an dieser Pionierleistung beteiligten afroamerikanischen Chirurgie-Assistenten VIVIEN THOMAS wurde erst später im Sinne des Civil Rights Act an zweiter Stelle hinzugefügt (BLAKE & YANCY 2021).

Für HELEN B. TAUSSIG stellte sich die Operation vom November 1944 als abrupter Beginn einer Erfolgsgeschichte dar. TAUSSIG wurde nun neben ALFRED BLALOCK auf der Bühne medialer Inszenierungen international wahrnehmbar. Medizinhistorisch gesehen hat das mediale Echo dazu bei-



Abb 1 Alfred Blalock und ein OP-Team bei der Durchführung einer ‚Blue-Baby-Operation‘ 1947.¹

getragen, HELEN B. TAUSSIG zu einer Ikone der Frauengeschichte in der Wissenschaft zu stilisieren. Diese Lesart entspricht auch dem Tenor einer der meistgelesenen populärwissenschaftlichen Biografien über HELEN B. TAUSSIG. Autorin ist die Journalistin JOYCE BALDWIN. Ihr Buch mit dem Titel „To heal the Heart of a Child“ erschien 1992 und speist sich zentral aus den emanzipatorischen Zielen der zweiten Frauenbewegung, indem sie Mädchen und junge Frauen breiter Bevölkerungsschichten anhand des Beispiels von TAUSSIG dazu ermutigen möchte, Schulbildung trotz persönlicher und gesellschaftlicher Widerfahrnisse als Zugang zu wissenschaftlich-akademischen Karrieren zu nutzen. Entsprechend wird HELEN B. TAUSSIG von BALDWIN als herausragende und persönlich starke Forscherin und Medizinerin, als weibliches Vorbild, ein „female role model[s] in science and medicine“ (1992: x) gefeiert.

Diese Lesart, welche die *Walker Publishing Company* auf den Aspekt der „woman who overcame learning difficulties, sex discrimination, and other barriers to excel in the field of pediatric cardiology“ (ebd.: iv) zuspitzt, prägt immer noch die öffentliche Rezeption.²

Was die fachmedizinische Anerkennung der Leistungen HELEN B. TAUSSIGS – in Kooperation mit den beiden „Partners of the Heart“ (THOMAS 1985), ALFRED BLALOCK und VIVIEN THOMAS – betrifft, so erfährt diese besondere Konstellation als intersektionaler Schnittpunkt von *race*, *gender* und *class* im Laufe der Jahrzehnte eine sich stark verändernde Wahrnehmung. Dies zeigt sich besonders anhand der Diskussionen um das Eponym *Blalock-Taussig-Shunt*. Wird einerseits mit dem seit 2003 eingeführten neuen Eponym *Blalock-Thomas-Taussig-Shunt* der Versuch unternommen, dem jahrzehntelangen rassistischen

Ignorieren von THOMAS entgegenzutreten, so werden andererseits in Bezug auf *gender*, *race* und universitäre Hierarchien weitere Differenzen ersichtlich. Deutlich wird dies vor allem an der unterschiedlichen Verteilung des symbolischen Kapitals an Aufmerksamkeit und Anerkennung der Protagonist:innen BLALOCK, THOMAS und TAUSIG, wie in den folgenden Ausführungen beschrieben wird.

Wissenschaft und Geschlecht in der Modernisierung des 19. Jahrhunderts

Diskurse zum Verhältnis von Wissenschaft und Geschlecht erfuhren im 19. Jahrhundert einschneidende inhaltliche Veränderungen. Hier zeichnete sich in historisch-soziologischer Perspektive eine Transformation ab, die mit der funktionalen Ausdifferenzierung der modernen Industriegesellschaften in professionelle Teilsysteme, darunter auch die Medizin, eine neue Dimension erhielt (WOBBE 2003: 17). Gleichzeitig trat in Europa ein allmählicher Wandel der Geschlechterordnung ein, welcher die Geschlechter innerhalb eines dualen Systems einordnete, klassifizierte, hierarchisierte und einem strengen biologisch wie sozial unterschiedlichen und komplementären Regime unterwarf. Diese binär-hierarchische Geschlechterordnung mit den geschlechtergetrennten Bereichen des Privaten und der Öffentlichkeit erhob, so die Soziologin THERESA WOBBE, einen die sozial ausdifferenzierten Teilsysteme der Industriegesellschaft überwölbenden Geltungsanspruch, ohne jedoch mit diesen kompatibel zu sein.

Spürbar war dies etwa im Bereich der außerhäuslichen Berufstätigkeit. Mit der Öffnung zahlreicher Professionen für die Frauenerwerbstätigkeit verband die moderne Industriegesellschaft ein Versprechen der Gleichheit. Theoretisch war hier die Möglichkeit gegeben, weibliche Berufstätigkeit mit der Einlösung des liberaldemokratischen Versprechens einer universellen Geschlechtergleichheit zu verbinden. Diese Hoffnung auf Gleichstellung der Geschlechter galt auch für die wissenschaftlichen Berufe; theoretisch wurde sie eingefordert und in Gesetzesform gegossen, praktisch nicht in allen europäischen Ländern verwirklicht. Mit dem gesetzlich verbürgten Anspruch des gleichen Zugangs der Geschlechter zu wissenschaftlichen Professionen sollte die Differenzse-

mantik obsolet geworden sein (ebd.: 18), praktisch lebt sie jedoch fort. Traditionelle kulturelle Praxis und tief eingeprägte Denkweisen der Geschlechterdifferenz nach binär-hierarchischem Muster entfalteten und entfalteten immer noch ihre Wirkung.

HELEN B. TAUSIG zählt zu einer Generation, die bereits von der partiellen Öffnung des medizinischen universitären Ausbildungssystems profitieren konnte; dennoch war ihre Laufbahn keine Selbstverständlichkeit. Tiefsitzende kulturelle Denkmuster der traditionellen Geschlechterordnung begegnen ihr in der alltäglichen Praxis an der Klinik, in der Ausbildung, vor allem jedoch in der Zeit ihrer Spezialisierung in dem von ihr maßgeblich entwickelten Fach Kinderkardiologie an der Johns Hopkins Medical School. Dort bewegte sie sich auf der Bühne der kompetitiven medizinischen Disziplinen, allen voran der Chirurgie (WOBBE 2003: 15). Der Ruhm der gelungenen ‚Blue-Baby-Operation‘ von 1944 konfrontierte sie mit dem stark männlich dominierten System der wissenschaftlich-universitären Institutionen, ihrer Berufungspraxis auf Lehrstühle, ihren Mustern von Ehrungen und Anerkennungen, den Riten und Praxen ihrer Fachgesellschaften. Dennoch war dies keine geschlossene und undurchdringliche Front – es gab zumindest kleine ‚Schleusen‘ des Liberalismus, schmale Eingangstore für die Aufnahme und Förderung von Medizinerinnen, die ihnen Karrierewege eröffneten und eine neue Dynamik einleiteten.

Die Johns Hopkins Medical School: Frühe Eingangspforte für weibliche medizinische Berufskarrieren im US-amerikanischen Universitätssystem

Die erste entscheidende Veränderung erfolgte Ende des 19. Jahrhunderts mit der Öffnung von Medical Schools für Frauen. Zusammen mit dem *doing gender* wandelten sich langsam auch die Institutionen. Die Karriere der Medizinerin und Kinderkardiologin HELEN B. TAUSIG fiel dann in die besondere Phase seit den 1920er Jahren, in der Frauen, um mit MARGARET W. ROSSITER zu sprechen, ganz besonders in „Struggles and Strategies“ (1992) die Gleichwertigkeit ihrer wissenschaftlichen Karrieren erkämpfen mussten.

Seit dem 19., spätestens mit Beginn des 20. Jahrhunderts traten zunehmend mehr Frauen auf, die

sich gegen traditionelle Lebensentwürfe und ihnen vorgeschriebene Rollen im Geschlechtermodell entschieden und eine universitäre Ausbildung anstrebten. In der Auseinandersetzung um die Gleichberechtigung von Frauen in der Medizin in den USA nimmt Elizabeth Blackwell (1821–1910) eine herausragende Rolle ein. Es gelang ihr als erster Frau in den USA, 1847 am Geneva College of Medicine in New York zugelassen zu werden, nachdem sie sich vorher an 29 Colleges erfolglos beworben hatte. Auch dadurch, dass sie 1849 als Jahrgangsbeste mit einem Medical Doctor (MD) abschloss und damit ein wesentliches Vorurteil über die angebliche Leistungsschwäche von Frauen in der Medizin ad absurdum führen konnte (MUKAU 2012: 121), kam es in den USA zu einem wachsenden Zulauf weiblicher Studierender zum Medizinstudium. Bis 1900 zeichnete sich diese Entwicklung anhand der Gründungswelle von 19 Medical Schools ab, die ausschließlich Frauen zuließen. Die Geschlechterordnung spiegelte sich nun in der Differenz von medizinischen Universitäten (ausschließlich für Männer) und Medical Schools (für Frauen) wider. Medical Schools, die beide Geschlechter zum Studium zuließen, waren eine Ausnahme.

Als eine solche trug die Medical School an der JHU dazu bei, diese willentliche Verengung der Passage für Frauen in eine medizinische Universität zu öffnen, indem sie als eine der ersten Männer und Frauen zum Studium zuließ. Die Aufhebung der bis dahin strengen Geschlechterordnung beim Zugang zu den universitären Einrichtungen der Ostküste ist eng mit der Geschichte der JHU und der ihr zugrundeliegenden Stiftung verbunden. Diese wies ein besonderes Narrativ auf, in dem sie Philanthropie mit einem emanzipativen Lebensentwurf von Frauen auch außerhalb der traditionellen Ehe verband. Neue und alternative weibliche Lebensentwürfe sollten auch Einfluss auf den besonderen Zuschnitt der Johns Hopkins-Stiftung haben. Diese wurde vom Unternehmer und Vorstandsvorsitzenden der Baltimore & Ohio Company, einer der größten und kapitalstärksten Eisenbahngesellschaften an der Ostküste in Baltimore, Johns Hopkins (1795–1873), ins Leben gerufen und nahm 1876 ihre Arbeit auf. Das Stiftungsvolumen diente dem seinerzeit ehrgeizigen Entwurf, neben einer Universität mit medizinischer Fakultät ein Ensemble mit Kranken-

haus, Waisenhaus, einer Schwesternschule und einem Verlag zu gründen. Johns Hopkins machte zur Bedingung, dass für die Medical School und das Krankenhaus nur die besten und qualifiziertesten Ärzte zuzulassen seien. Damit unterstrich er sein Vorhaben, eine Einrichtung von höchstem Qualitätsanspruch zu schaffen, „which shall, in construction and arrangement, compare favorably with any other institution of like character in this country or in Europe“ (MUKAU 2012: 122). Für die Auswahl der Ärzteschaft galt, dass nur „surgeons and physicians of the highest character and greatest skill“ in Frage kamen (HOPKINS 1873). Die Stiftung umfasste im einzelnen:

1. Johns Hopkins Colored Children Orphan Asylum (1875);
2. Johns Hopkins University (1876);
3. Johns Hopkins Press (1878);
4. Johns Hopkins Hospital und Johns Hopkins School of Nursing (1889);
5. Johns Hopkins University School of Medicine (1893) (MUKAU 2012: 122).

Der Johns Hopkins School of Medicine kam dabei eine Pionierrolle zu, indem die Zugangsbeschränkungen für Frauen zum Studium der Medizin beseitigt wurden. Frauen sollte sowohl das medizinische Studium wie auch eine Karriere in den wissenschaftlich-medizinischen Einrichtungen von Johns Hopkins offenstehen:

The new model [...] created standardized advanced training in specialized fields of medicine with the creation of the first post-graduate internship and house staff fellowships [...], coeducation and admission requirements were not part of the original plan and came about as a result of a tenacious fight by a group of determined late nineteenth century Baltimore feminists (ebd.: 118).

Diese revolutionäre Regelung ging, wie LESLIE MUKAU schreibt, in erster Linie auf die hartnäckigen und einflussreichen Unterstützerinnen der Stiftung von Johns Hopkins zurück, wohlhabende und mächtige Frauenrechtlerinnen in Baltimore, an erster Stelle Mary Elizabeth Garrett (1854–1915), Nichte und reiche Erbin des 1884 verstorbenen und auf Betreiben von Johns Hopkins 1858 zu seinem Nachfolger ernannten Präsidenten der Baltimore & Ohio Railroad Company, John

Work Garrett (1820–1884). Mary Elizabeth Garrett folgte einem emanzipativen Lebensentwurf und war als Vorsitzende der ‚Friday Evening Group‘, einer Gruppe von fünf Frauen, fast alle einflussreiche Töchter der Treuhänder und Verwalter des Stiftungsvermögens von Johns Hopkins, tonangebend. Sie beschloss, aus ihrem Vermögen die außerordentlich hohe Summe der noch ausstehenden Restfinanzierung der Medical School zu begleichen – allerdings unter der Voraussetzung, dass bestimmte Auflagen, darunter die Öffnung der Medical School für Frauen, erfüllt würden (ebd.: 124f.). Ihre dazu ins Leben gerufene ‚Women’s Medical Fund Campaign‘ fand in 15 weiteren Städten der Ostküste Widerhall unter den Ehefrauen der gesellschaftlichen und politischen Prominenzen, darunter auch Caroline Harrison (1832–1892), Frau des von 1889 bis 1893 amtierenden US-Präsidenten Benjamin Harrison (ebd.: 125). Mit großer Beharrlichkeit setzte sich Mary Elizabeth Garrett gegenüber der zunächst harten männlichen Ablehnungsfront der Treuhänder der Stiftung durch. Angesichts des verlockenden und alternativlosen finanziellen Angebots der Schenkung von über 300.000 Dollar stimmten diese den Bedingungen schließlich widerstrebend zu, „[t]hat women be admitted to the school on equal terms as men and enjoy all its advantages on the same terms as men [...]“ (ebd.: 126). Diese Gleichheit sollte zudem unterschiedslos für beide Geschlechter bei den materiellen und immateriellen Formen akademischer Ehrungen, also etwa bei Preisen, Auszeichnungen, Ehrentiteln etc. sichtbar werden. Im Gegenzug verschärften sich jedoch die Aufnahmebedingungen für Studierende beider Geschlechter, indem neben dem *undergraduate*-Abschluss gute Kenntnisse in zwei europäischen Fremdsprachen und der Nachweis von Kursen in Biologie und Chemie für die Aufnahme in die Medical School verlangt wurden (ebd.).

HELEN B. TAUSSIGS klinische und wissenschaftliche Karriere an der Johns Hopkins Medical School: Strukturelle und persönliche Voraussetzungen

Von der von Mary Elizabeth Garrett erkämpften Öffnung des Medizinstudiums für Frauen an der Johns Hopkins Medical School profitierte auch HELEN B. TAUSSIG. Nach dem erfolgreichen Ab-

schluss ihres Medizinstudiums dort im Jahr 1927 und der daran anschließenden klinischen Ausbildung zur Pädiaterin am JHH wurde sie 1930 zur Leiterin der neu eingerichteten Abteilung für Kinderkardiologie in der pädiatrischen Klinik des Harriet Lane Home ernannt. Diese Position war in der Folge der Umwandlung und Erweiterung der Medical Schools zu universitären wissenschaftlichen Einrichtungen geschaffen worden, die Ausdifferenzierung der Pädiatrie in Subspezialisierungen war hier ein weiterer logischer Schritt. Maßgeblich verantwortlich für die Etablierung der Kinderheilkunde als moderner universitärer Disziplin am JHH zeichneten sich die beiden Pädiater John Howland (1873–1926) und Edwards A. Park (1877–1969) aus. Herzstück der Reform war die Transformation der primär kurativen Pädiatrie zu einer Fachdisziplin nach dem Vorbild der Naturwissenschaften. Der Fokus des wissenschaftlichen Arbeitens wandte sich fortan der Analyse biochemischer Stoffwechselprozesse und ihrer Störungen zu, die als Auslöser von Krankheiten in das Zentrum des Forschungsinteresses rückten. Die Klinik wurde durch das Labor ergänzt. Zusätzlich zu den Aufgaben der Krankenversorgung für die Mediziner:innen trat die Verpflichtung zur eigenen wissenschaftlichen Forschung als individuelle und gemeinsame Aufgabe hinzu (BALDWIN 1992; SCHUMPETER 1951; SAMUELS 2018). Diese bahnbrechenden Neuerungen beruhten auf den Ergebnissen des FLEXNER-Reports von 1910, einer kritischen Begutachtung aller Medical Schools in den USA und in Kanada, wonach eine grundsätzliche Reform des Studiums wie des Klinikbetriebes für dringend notwendig erachtet wurde. Am JHH ging man beispielgebend mit der Einführung der neuen ‚Departments‘ voran, nun verstanden als organisatorische Einheit, „in which all faculty members were full-time academics“, die gehalten waren, „at least 50 % of their time in inquiry-based research“ zur Verfügung zu stellen (CHESNEY 2003: 524). Diese Maßnahmen zur Professionalisierung und Spezialisierung in der Pädiatrie „had enormous influence on the development of the modern American pediatric department. [...] With these two concepts – a full-time faculty and a focus on research – the model for academic pediatrics was born“ (ebd.).

Die Passage in die akademische Profession der Medizin gestaltete sich für HELEN B. TAUSSIG

bis zu ihrem MD-Examen an der Medical School von Johns Hopkins 1927 mit einigen Schwierigkeiten, was vor allem auf die unterschiedlich regulierten Genderpolitiken der Medical Schools zurückzuführen ist. TAUSSIG erfuhr erst nach der Aufnahme zu medizinischen Kursen an den Universitäten von Boston und Harvard von den dort herrschenden frauendiskriminierenden Regeln. Frauen durften an Kursen der jeweiligen Medical Schools teilnehmen, wurden jedoch nicht zur Abschlussprüfung zugelassen. Daher entschied sie sich stattdessen für das Studium an der Medical School von Johns Hopkins. Die Voraussetzungen zur Aufnahme dort brachte TAUSSIG durch ihre Herkunft aus einer wohlhabenden Familie der oberen Mittelschicht mit, die Töchter ebenso wie die Söhne mit einem hohen „inkorporierten Kapital“ ausstatteten (MÜLLER 1992: 277–281). Entsprechend dem akademisch geprägten Lebensstil der Familie durchlief HELEN B. TAUSSIG das Curriculum der höheren Schulbildung für Mädchen zunächst mit dem Besuch einer privaten Undergraduate School und anschließend des Radcliffe College, einem der renommiertesten Colleges für die Töchter reicher Familien der Ostküste. Nach erfolgreichem Abschluss dort und einer ausgiebigen Europareise mit Vater und Schwester absolvierte sie die *Undergraduate Studies* in Berkeley. Der Vater, Frank William Taussig (1859–1940), Inhaber des Lehrstuhls für Ökonomie an der wirtschaftswissenschaftlichen Fakultät von Harvard und international anerkannter Experte in Handels- und Tariff Fragen, nahm als Mitglied der internationalen Tarifkommission von 1919 bis 1921 als Berater des Präsidenten Woodrow Wilson (1856–1924) an den Friedensverhandlungen in Versailles teil (SCHUMPETER 1951). HELEN B. TAUSSIG, die als 11-Jährige ihre Mutter verloren hatte, erfuhr viel Zuneigung von Seiten des Vaters, mit dessen Hilfe es ihr auch gelang, krisenhafte Erfahrungen in ihrer Jugend, ausgelöst durch den Tod der Mutter, zu überstehen. Dazu zählte nicht nur eine Tbc-Erkrankung, die im Erwachsenenalter zur Beeinträchtigung ihres Hörvermögens führte, auch ihre angeborene *Dyslexie* konnte sie durch Anleitung ihres Vaters in einem langwierigen Sprachtraining abmildern. Frank William Taussig war es auch, der seine Tochter bei der Auswahl der Medical Schools beriet, die weiblichen

Studierenden einen universitären Abschluss ermöglichten.

1923 hatte HELEN B. TAUSSIG mit ihrer Bewerbung um einen Platz an der Medical School von Johns Hopkins Erfolg. Nach ihrem MD von 1927 konnte sie 1928 als *Resident* die fachärztliche Ausbildung in der Pädiatrie durchlaufen, eine weitere wesentliche Station ihrer Passage in die medizinisch-akademische Laufbahn (BALDWIN 1992: 18–28; ENGLE 1985: 372–374). Richtungsweisend für ihre weitere Professionalisierung in der Kinderherzmedizin war die Entscheidung der JHU, den Pädiater Professor Edwards A. Park (1877–1969) zum neuen Leiter der Pädiatrie an der Medical School zu ernennen (TAUSSIG 1970: 722–731; CHILDS 1994). Park entstammte wie HELEN B. TAUSSIG einer wohlhabenden Familie und wurde nach dem Studium der Medizin in Yale und nach seiner Professur in Columbia 1927 zum Nachfolger des 1926 verstorbenen ersten Leiters der Pädiatrie am JHH, John Howland (1873–1926), ernannt (CHESNEY 2003). Entscheidend für die weitere Karriere TAUSSIGS war, dass Park ihr im Rahmen der Modernisierung und Ausdifferenzierung der Pädiatrie eine unbefristete Stelle in Aussicht stellte. Er übertrug ihr die Leitung der neuen Klinik für Kinderkardiologie, eines der mit den Abteilungen für Endokrinologie, Psychiatrie und Neurologie entstandenen neuen Departments der pädiatrischen Klinik im Harriet Lane Home.

Damit hatte Park der Kinderklinik eine Organisationsform vorgegeben, die seitdem klinische Arbeit mit forschungsaffinen wissenschaftsbasierten Ansätzen verband – mit dem Ziel, Krankenversorgung mit im Labor gewonnenen Erkenntnissen zu Ursachen und Therapie mit den Beobachtungen am Krankenbett zu verbinden. *Residents* waren gehalten, ihre Arbeit paritätisch in Krankenversorgung und Forschung aufzuteilen und darüber regelmäßig im Kreis der Kolleg:innen zu berichten und zu diskutieren. Die Spezialisierung in den pädiatrischen Fächern am JHH, verbunden mit der Gleichstellung der weiblichen Leitung, ging der Entwicklung in Europa um gute 20 bis 30 Jahre voraus (CHILDS 1994: 1009–1013). Park als Vertreter eines liberaleren Geschlechterverhältnisses und damit Vorreiter bei der Gleichstellung von Männern und Frauen in leitenden Positionen blieb Zeit seines Lebens HELEN B. TAUSSIGS Mentor. Zunächst widmete sich TAUSSIG der Erforschung

und der Ordnung des Wissens um die komplexen und bis dahin wenig bekannten Zusammenhänge der (AHF).

1930 lagen die Erforschung der AHF, das Wissen über die Ursachen, die anatomische Pathologie sowie der Zusammenhang von Erkrankung und Krankheitsverlauf noch im Dunkeln. AHF zählen zu den häufigsten angeborenen Fehlbildungen bei Neugeborenen und die Mortalitätsrate lag unbehandelt bei den schwersten Formen bei etwa 90 % im ersten Lebensjahr (APITZ 2002: 5). In mehr als zehn Jahren Forschung trug HELEN B. TAUSSIG systematisch die klinischen Erfahrungen und die Wissensbestände der einzelnen Teildisziplinen über AHF zusammen (CHILDS 1994: 1010). Sie gliederte ihre Ergebnisse mehrmals mit MAUDE ABBOTT (1869–1940) ab, die – eine Pionierin auf dem Gebiet der Pathologie der Herzfehler – erstmalig eine sorgfältige anatomische Beschreibung der AHF in ihrem 1936 publizierten „Atlas der Anatomie der angeborenen Herzfehler“ vorlegte (ABBOTT 1936). Dieser galt in der wissenschaftlichen kardiologischen Community als das Grundlagenwerk für die erste systematisch-bildliche Darstellung der komplizierten anatomisch-pathologischen Architekturen der AHF (EVANS 2008). MAUDE ABBOTT selbst erlebte im Laufe ihrer medizinischen Karriere eine besonders starke Geschlechterungerechtigkeit, die ihr den Weg in die Ausübung des ärztlichen Berufs verwehrte. Ihr Expertinnenwissen über die Anatomie der AHF entwickelte sie in einer beruflichen Nische als Kuratorin der anatomischen Sammlung des Pathologischen Museums der McGill University in Montreal/Kanada.

Gender- und race-Bias im Verhältnis von Kinderkardiologie und Gefäßchirurgie: Öffnung und Grenzen der kollegialen Kooperation am JHH

Dank der akribischen Forschungen und einer systematisch durchgeführten Diagnostik der Pathologie der AHF, die mit bildgebenden Verfahren des Röntgens und Durchleuchtens neue Wege ging, entwickelte sich die Cardiac Clinic des Harriet Lane Home unter der Leitung HELEN B. TAUSSIGS zur Geburtsstätte der Kinderkardiologie. 1947 erschien das Handbuch TAUSSIGS, das die in über zehn Jahren gesammelten Erkenntnisse zusam-

mentrug. Die umfassende Klassifizierung der Herzfehler orientierte sich an der Schwere der Zyanose (Sauerstoffmangel) (MEYER-LENZ 2003), welche mit den unterschiedlichen Herzfehlern verbunden war und in den „Malformations of the Heart“ (TAUSSIG 1947) einer einheitlichen Kategorisierung folgten.

Was ihre Arbeit besonders auszeichnete, war der berühmte und folgenreiche Schritt von der Beschreibung der Erkrankung zur Entwicklung einer geeigneten Therapie. Dieser lag in der Antwort auf die Frage, wie der mit den schwersten Krankheitsbildern einhergehende exzessive und lebensbedrohliche Sauerstoffmangel, der durch die Fehlbildungen hervorgerufen wurde, abzumildern oder gar entscheidend zu reduzieren sei. In diesem Zusammenhang entwickelte TAUSSIG den Vorschlag zu einer operativen Vorgehensweise, die unter dem einleitend genannten (ersten) Eponym *Blalock-Taussig-Shunt* Geschichte schreiben sollte. Dieser bestand in einem palliativen operativen Eingriff, der bei den kleinen Patient:innen mit einer *Fallot-Tetralogie* dazu beitrug, den Sauerstoff durch eine Umleitung (*Shunt*) sauerstoffangereicherten Blutes aus einer aus der Aorta entspringenden Arterie an eine Pulmonalarterie anzuschließen (*Anastomose*). Dadurch sollten die Lunge und damit der gesamte Körper mit genügend Sauerstoff versorgt und die bedrohlichen hypoxischen Anfälle gestoppt werden. HELEN B. TAUSSIG nahm Verbindung mit dem Gefäßchirurgen ALFRED BLALOCK (1899–1944) und seinem afroamerikanischen Assistenten VIVIEN THOMAS (1910–1985) auf. Beide arbeiteten seit Jahren an der Entwicklung chirurgischer Techniken an herznahen Gefäßen, die sehr gut zu der Fragestellung TAUSSIGS passten. ALFRED BLALOCK, seit 1941 *Full Professor* an der JHU und Leiter der Abteilung für Chirurgie an der Medical School, erklärte sich bereit, den Eingriff auszuführen. Die Technik der *Anastomose* hatten er und VIVIEN THOMAS in jahrelanger experimenteller Arbeit an Hunden im Tierlabor entwickelt und erprobt. Die Operation wurde erstmalig erfolgreich am 29. November 1944 an der kleinen und sehr geschwächten Eileen Saxon (3.8.1943–6.8.1945) durchgeführt (BLALOCK & TAUSSIG 1945).

War nun, so ließe sich fragen, die öffentliche und wissenschaftliche Anerkennung für diese gemeinsam erbrachte Pionierleistung geeignet, die

bestehenden Differenzen der unterschiedlichen Wahrnehmung der Geschlechter und – bezogen auf VIVIEN THOMAS – der Rassendiskriminierung abzumildern? Erfuhr HELEN B. TAUSSIG als Wissenschaftlerin eine aufwertende kollegiale Anerkennung? Änderte sich etwas an der Segregation, die THOMAS jeden Tag erfuhr, wenn er seinen Arbeitsplatz in der Medical School abseits von den Fluren und Wegen, die ausschließlich den weißen Kolleg:innen vorbehalten waren, aufsuchte? Waren die Instanzen der Fakultät, das Kollegium und die Gremien bereit, ihnen ebenfalls Ehrungen und Anerkennungen zuteilwerden zu lassen?

Fragt man nach der Funktion von Anerkennungskulturen für wissenschaftlich herausragende Leistungen im universitären Bereich, so verweisen Historiker:innen und Soziolog:innen auf die Bedeutung der „Kollegialen Organisation“. Diese funktioniert nach THOMAS KLATETZKI als maßgebliche Entscheidungs- und Steuerungsinstanz auch in der medizinischen Wissenschaft: „Das Kollegium in seiner organisierten Form koordiniert und kontrolliert das Handeln der einzelnen Professionellen“ (2012: 171). Die Mitglieder bilden „eine Gruppe von Experten, die sich in unterschiedlichen Wissensbereichen spezialisiert haben“, sich „als Gleiche anerkennen“ (ebd.) und bindende Entscheidungen treffen. Eine herausragende Funktion übten nach KLATETZKI vor allem bis zum letzten Drittel des 20. Jahrhunderts die überwiegend männlich besetzten Kollegien und Gremien in der medizinischen Profession aus, ausgestattet mit zentralen Vorschlags- und Entscheidungsbefugnissen, die auch die verschiedenen Belohnungssysteme (Berufungen, Ehrungen, Preisverleihungen) einschlossen. MARGARET W. ROSSITER arbeitet in ihrer Studie „Women Scientists in America“ vielfache Formen der Anerkennung – komplementär auch Formen der Diskriminierung von Frauen – heraus, welche die traditionelle dominante Stellung von Männlichkeit in den Naturwissenschaften, auch in der Medizin, stabilisieren (1982: 267–296). Auf die kollegialen Strukturen der Johns Hopkins Medical School der 1940er Jahre übertragen, lässt sich damit die differenzierte und Position, Geschlecht sowie *race* unterscheidende Ehrung erklären: Die Entwicklung neuer wissenschaftlicher Erkenntnisse und chirurgischer Techniken, die erstmalig und dauerhaft erfolgreich zur Min-

derung von bis dato schwer und/oder tödlich verlaufenden Krankheitsprozessen beitrugen, führten aufgrund intersektionaler Ungleichheiten nicht zu einer gleichwertigen Anerkennung der wissenschaftlich-medizinischen Leistung durch die leitenden Gremien. Die kooperativen Aspekte von chirurgischer und kinderkrankardiologischer Professionalität über *race*- und Geschlechtergrenzen hinweg blieben auf den Zeitraum des Geschehens im Operationssaal begrenzt.

Die Struktur der professionalisierten Organisationen, wie sie sich im Zugang zur geschlechterliberalisierten Medical School der JHH ausgeprägt hatte, ermöglichte es zwar einer weißen Medizinerin, in eine klinische Laufbahn als *Head of the Cardiac Clinic* einzutreten. Dennoch verhinderten ihre Traditionen den Aufstieg in eine gleichwertige adäquate universitäre Position, obgleich HELEN B. TAUSSIG als selbstständige, unverheiratete und finanziell unabhängige Frau nicht dem traditionellen weiblichen Lebensentwurf folgte, sondern ihre medizinische und wissenschaftliche Tätigkeit in einer Vollzeitstelle, wie dies für die in der Regel verheirateten männlichen Kollegen selbstverständlich war, ausübte. Die Ungleichheit war und ist damit in die Biologie der Geschlechter eingeschrieben.

Erst 1946 wurde HELEN B. TAUSSIG *Associate Professor* und damit zum Mitglied der Fakultät ernannt (BALDWIN 1992: 84). Ihre weitere akademische Karriere war durch den Gender-Bias an der Medical School der JHU geprägt, berücksichtigt man den Zeitabstand von 13 Jahren, der zwischen der Verleihung der Titel *Associate* und *Full Professor* (1959) lag (ebd.). THERESA WOBBE lässt sich zustimmen, wenn sie schreibt, dass mit dem Eintritt von Frauen in die medizinische akademische Laufbahn grundsätzlich die Voraussetzungen für weitere Karriereschritte gegeben waren; doch war dies, wie am Beispiel HELEN B. TAUSSIG ebenso wie an den vielfältigen Strategien der wissenschaftlichen Einrichtungen und Universitäten bei ROSSITER ersichtlich wird, kein allgemeiner Trend. So berief sich das Professorenngremium der JHU noch 1959 anlässlich ihres Zögerns, TAUSSIG zur *Full Professor* zu ernennen, auf ihre „unveränderlichen“ Traditionen. Erst die Intervention des Präsidenten von Johns Hopkins, Milton S. Eisenhower, Bruder des amerikanischen Präsidenten Dwight D. Eisenhower, brachte das Gremi-

um dazu, seine Position in dieser Frage aufzugeben (BALDWIN 1992: 84).

Nach KLATETZKI ist die gegenseitige Anerkennung des Expertenwissens eine wesentliche Voraussetzung, um im Kollegium Aufnahme zu finden und gleichberechtigt Sitz und Stimme in den professionellen Gremien zu haben. Rang und Ruf sind Teile der akademischen Anerkennungskultur. Überträgt man die Analysekriterien und die daraus gezogenen Schlüsse bei KLATETZKI (2012: 175) auf Aspekte der Gendergeschichte, so wird deutlich, dass der traditionelle Gender-Bias HELEN B. TAUSSIGS Universitätskarriere stark verzögerte, obwohl sie als Ideengeberin des *Blalock-Taussig-Shunt*, als Verfasserin eines grundlegenden international anerkannten Lehrbuchs zur Kinderkardiologie und aufgrund ihrer weiteren bahnbrechenden Publikationen wesentliche Voraussetzungen für die Berufung auf ein *Full Professorship* erfüllte (EVANS 2009; ENGLE 1985).

Ungleich ALFRED BLALOCK, der bereits 1945 als Mitglied in die prestigeträchtige *National Academy of Science* aufgenommen wurde, wartete TAUSSIG bis 1973, ehe ihr die gleiche Ehrung widerfuhr. Sie selbst ordnete die ausgebliebene Anerkennung klar als Folge der zeitgenössischen Geschlechterdiskriminierung ein: „[P]romotion was slow and the men didn't really share their medical experience with the women“ (BALDWIN 1992: 84). Deutlich sah sie, dass die besondere Qualität ihrer Leistungen, die sich an denjenigen ihrer männlichen Kollegen messen ließ, nicht mit dem gleichen symbolischen Kapital (z.B. Preise, Beförderungen, Auszeichnungen, Aufnahme in wissenschaftliche Fachgesellschaften) belohnt wurde (BOURDIEU 1979: 335f.). Dennoch interpretierte sie diese Ungleichbehandlung nicht im Sinne einer emanzipatorischen Kritik am traditionellen Geschlechtermodell. TAUSSIG sprach sich etwa gegen ein Quotensystem aus – mit der sehr aufschlussreichen Begründung, dass diese die Geschlechtergerechtigkeit für Ärzt:innen in eine ferne Zukunft verlagere. Stattdessen proklamierte sie eine zu steigende weibliche „Leistungsbereitschaft“: „I don't think there are as many women in the country who will carry through and be doctors. Many women are more content to be home-makers“, trug sie 1975 in Johns Hopkins vor, um etwas später zu betonen: Ärztinnen „must expect to work shoulder-to-shoulder with men and not

be asking too many favours“ (BALDWIN 1992: 86). Indem sie trotz ihrer eigenen Pionierinnenrolle den vorherrschenden Gender-Bias teils selbst weiter kolportierte, zeigt sich eine starke soziokulturelle Verinnerlichung der zeitgenössischen traditionellen Dominanz des männlichen *Role Models*, an dem sich Frauen nur bei überragender wissenschaftlicher Leistung und hohem zeitlichem Einsatz messen könnten. Gleichzeitig drückt sich im Zitat auch die selbstvergewissernde Funktion bezüglich der Herausstellung ihrer eigenen – und damit singulären – Leistungen aus.³

Alternative Formen der Anerkennung HELEN B. TAUSSIGS: Wachsende internationale Reputation und emotionalisierte Öffentlichkeit

Nach FOUCAULT stellte die „Geburt der Klinik“ zu Beginn des 19. Jahrhunderts einen Wendepunkt in der Entwicklung der Krankenhäuser vom Hospiz zu einer Stätte der wissenschaftlichen Erforschung von Krankheitsursachen und -verläufen dar (FOUCAULT 1991). Hier verfügten Pathologen und Anatomen über den ordnenden und erklärenden –männlichen– Blick. Die Regularität pathophysiologischer Verläufe wurde an den Strukturen und Veränderungen des Körperinneren erforscht, systematisiert und es wurden Therapien entwickelt, die dem neuen Wissen adäquate Praktiken und Technologien des Situierens zur Seite stellten (ebd.: 19–37). Dieser Phase folgte das Eindringen in die molekularbiologischen Strukturen der Körpergewebe; feinste Gewebe, Aufbau und Funktion, ihre Pathologien, Bakterien und Viren wurden Gegenstand von Forschungen im Labor.

Bei der Erforschung der AHF stand der Zusammenhang der komplexen anatomisch-pathologischen Erscheinungsformen der Herzfehler und ihre Folgen für die Physiologie des Herz- und Kreislaufsystems im Zentrum, entsprechend wurde eine Lösung im Bereich der effektiven Verlagerung und Neuverbindung der betroffenen Gefäße gesucht (THOMAS 1985: 80–96; NEILL 1994; YUAN *et al.* 2009). Die mediale Berichterstattung verbreitete die Nachricht des – die bisherigen Grenzen des Möglichen überschreitenden – *Blalock-Taussig-Shunts* und machte die ‚Geburt‘ der herznahen Gefäßchirurgie in der Symbiose der beiden beteiligten Disziplinen als neue, weiter gefasste – hier mit dem moder-

nen Begriff so bezeichnete – Herzmedizin bekannt (NEILL 1987: 256).

In den folgenden drei Jahren gingen beide Disziplinen Wege, die aufgrund der organisatorischen Trennung der Fächer in den Kliniken und Medical Schools auch Konflikte hervorriefen. Zunächst führte die Nachricht über die neuen Operationstechniken zu einem doppelten Andrang: von Lernwilligen und Trainees einerseits, von Eltern mit ihren herzkranken Kindern in die Abteilungen von HELEN B. TAUSSIG und ALFRED BLALOCK andererseits:

Many who heard them were drawn to enter the new field, as yet unnamed, of Pediatric Cardiology. Many were inspired to study heart disease by new approaches, since a new therapy had now appeared! (NEILL 1987: 257)

Die Abteilungen von BLALOCK und TAUSSIG in Baltimore waren in der ersten Zeit damit beschäftigt, die Routine der Abläufe strukturell und räumlich an die steigende Nachfrage nach Operationen und Ausbildungskapazitäten anzupassen (THOMAS 1985: 100–104; MEYER-LENZ 2019: 31–35; NEILL 1987: 257f.). Bis 1971 wurden in der Abteilung von TAUSSIG und der von BLALOCK/THOMAS 1.037 Patient:innen behandelt, wovon 69 nicht aus den USA stammten. Der über Jahrzehnte anhaltende Zustrom von *Fellows* und Trainees veränderte Didaktik und Konzeption der Lehre (BEASLEY *et al.* 2016; ENGLE 2005: 4). Während der Europareise von HELEN B. TAUSSIG und ALFRED BLALOCK im Herbst 1947 entfaltete – vom Publikum wie ein Wunder wahrgenommen – die Darstellung der gelungenen Operation, wenn sich die Hautfarbe der Kinder von einem zyanotischen Blau ins Rosa verfärbte, eine als verzaubernd beschriebene Wirkung:

The effect of the operation was electrifying, and it gained worldwide acceptance. In 1947, Blalock and Taussig gave a combined lecture in the great hall of the British Medical Association in London. Brock [a pediatric cardiologist from London (ML)] described the culmination of the lecture in the now darkened hall: „a spotlight shone on a small cherub-like girl of 2 1/2 years with a halo of blonde curly hair and looking pink and well; she had been operated on at Guy's by Blalock a week earlier“ [...] no one there could possibly forget it. (NEILL 1987: 257)

Der *Blalock-Taussig-Shunt* wurde in den kommenden Jahren durch neue operative Techniken abgelöst, die durch die offene Herzchirurgie mit dem routinemäßigen Einsatz der Herzlungenmaschine (HLM) möglich wurden. Fortgeschrittene Diagnostiken und Eingriffe wurden in das Katheterlabor verlagert. Den Anfang machte 1966 die *Rashkind*-Prozedur, ein sehr erfolgreicher palliativer Eingriff bei schweren angeborenen Herzfehlern wie z. B. der Transposition der Großen Arterien (TGA) (NEILL 1994: 499f.; AL MALULI *et al.* 2015).

Wie lässt sich die Kooperation zwischen dem Chirurgen BLALOCK und der Kinderkardiologin HELEN B. TAUSSIG im Rahmen des Geschlechterverhältnisses der 1940er Jahre und danach deuten? Die Department-Struktur im Hospital in Kombination mit der Fächerstruktur der Medical School am Johns Hopkins definierte für die Departments und Disziplinen verbindliche Organisations- und Fachstrukturen; innerhalb dieses Rahmens planten die Kinderkardiologin und die (experimentellen) Gefäßchirurgen gemeinsam ihr kooperatives Projekt. Was HELEN B. TAUSSIG, ALFRED BLALOCK und VIVIEN THOMAS verband, war ihr Forschungsgeiz, war letztlich eine innere Überzeugung, die richtig Konsequenz aus ihren Einsichten und ihrem praktischen wie theoretischen Wissen gezogen zu haben, um damit das Leiden der betroffenen Patient:innen zu mildern. Wurde der Erfolg seitens der kooperierenden Disziplinen als gemeinsamer wahrgenommen oder kam es zu einer unterschiedlichen – auch geschlechterdifferenten – Wahrnehmung?

Liest man die Berichte über den OP-Verlauf wie auch die Veröffentlichung im JAMA, so scheint das Zusammenwirken der Akteur:innen beider Departments angesichts der Erfolge unproblematisch gewesen zu sein. Doch TAUSSIG, die zu Beginn ihres Studiums den Gender-Bias als einen „continuing roadblock to her desire to enter medicine“ (ENGLE 2005: 1) wahrnahm, musste feststellen, dass dieser im Laufe ihrer weiteren Karriere, auch nach der erfolgreichen *Blalock-Taussig-Anastomose*, nicht kleiner wurde. Die Konkurrenz zwischen BLALOCK und TAUSSIG um die eigene professionelle Reputation und das eigene Standing in der Klinik wurde mit dem Eingriff nicht geringer, sondern nahm zu. So berichtete der Kinderkardiologe und Leiter des 1945 neu im Johns Hopkins auf die Initiative von

BLALOCK hin eingerichteten Katheterlabors, Richard Bing (1909–2010), in einem Oral-History Interview mit dem Medizinhistoriker ALLEN B. WEISSE rückblickend, dass Streitigkeiten zwischen TAUSSIG und BLALOCK an der Tagesordnung gewesen seien und sich zwischen beiden ein außerordentlich kompetitives Verhältnis entwickelt habe (WEISSE 2002: 66). Aus dem Interview geht jedoch auch Richard Bings eigene Gender-Bias-Prägung hervor, wenn er über HELEN B. TAUSSIG angesichts des von ihr gewählten Lebensmodells der nicht verheirateten und berufstätigen Wissenschaftlerin urteilt:

Taussig, like many women in science, never married and never had children, and her profession was her whole life. She was extremely possessive and had an ego as big as the Empire State building. Now, Blalock's ego was of equal magnitude [...]. So they had tremendous egos, which conflicted and here I was between the two [...]. (WEISSE 2002: 65)

Das Trio ALFRED BLALOCK, HELEN B. TAUSSIG und VIVIEN THOMAS repräsentierte in seinem Zusammenwirken einen intersektionalen Schnittpunkt von sich durch *race*, Geschlecht und sozialen Status unterscheidenden Akteur:innen: Der weiße privilegierte Herzchirurg, die mit ihm um eine gleichwertige akademische Position und Anerkennung konkurrierende Pädiaterin und Kinderkardiologin HELEN B. TAUSSIG und der chirurgische Operationsassistent VIVIEN THOMAS, dem als Mitglied der afroamerikanischen Community angesichts des Rassismus in den USA vor dem Civil Rights Act eine akademische medizinische Ausbildung und Karriere verschlossen blieben. Seine Rehabilitation und wissenschaftliche Anerkennung erfolgten erst 1976 mit der Verleihung der Ehrendoktorwürde – allerdings der juristischen Fakultät (THOMAS 1985: 225–231).

HELEN B. TAUSSIG hingegen trat als weiße Wissenschaftlerin und Medizinerin in das Rampenlicht nationaler und internationaler Anerkennung. Dem gesellte sich umfangreiches soziales Kapital durch den wachsenden Kreis ehemaliger Schüler:innen im In- und Ausland hinzu (MCNAMARA *et al.* 1987: 667f.). Geschlechtliche Hierarchien von Männlichkeit vor Weiblichkeit blieben jedoch in der Abänderung des ursprünglichen Eponyms der *Blalock-Taussig-Anastomose* bzw. auch des dann sogenannten *Blalock-Thomas-Taussig-Shunt* erhalten. Die ursprüngliche Benennung wurde somit in Anerkennung der Forschungs-

arbeit und Leistungen von VIVIEN THOMAS 2003 umbenannt (ALAHMADI *et al.* 2024; EVANS 2009). Diese Änderung setzte zwar dem Rassismus, der das erste Eponym geprägt hatte, etwas entgegen, nicht jedoch der Rangordnung der Geschlechter, gepaart mit der der Disziplinenunter der Führung der Chirurgie. So scheint es auf den ersten Blick. Allerdings gestalten sich die Veränderungen des Eponyms komplizierter: Folgt man einer anderen Lesart, so wurde diese ‚traditionelle‘ Ordnung der Geschlechter 2020 dadurch ausgeglichen, dass bei der Namensgebung des Congenital Centers am Johns Hopkins die geschlechtergemischte Reihenfolge Blalock-Taussig-Thomas gewählt wurde.⁴ Diese galt offensichtlich auch für das Eponym des modifizierten *Blalock-Taussig-Thomas-Shunt*. Dieser wurde jedoch ein Jahr später in *Blalock-Thomas-Taussig-Shunt* umbenannt. Hier beherrscht die Chirurgie die Reihenfolge und bestimmt auch die Rangordnung der Fächer und Geschlechter. Die Disziplin der Kinderkardiologie, zu TAUSSIGS Zeiten auch dem Lehrstuhl für Pädiatrie zugeordnet, steht im Rang weit hinter der Chirurgie. RICHARD BING hatte umgekehrt kein Problem, TAUSSIG den Vortritt bei der Wahl des Eponyms der *Taussig-Bing-Anomaly* zu lassen (KONSTANTINOV 2009: 580–585), die sie beide gemeinsam entdeckt hatten – eine Geste der kollegialen Anerkennung über die Geschlechtergrenzen hinweg. Doch war er in Bezug auf das Eponym des Blalock-Taussig-Shunts der Ansicht, dass TAUSSIG hier eine untergeordnete Rolle zukommen sollte (EVANS 2009: 126).

Weltweite Wertschätzung wurde TAUSSIG für ihre akribischen Forschungen über die 1961 auf den US-amerikanischen Markt drängende Medikamentengruppe mit dem Wirkstoff Thalidomid zuteil. Im Januar 1962 hatte ihr Alois Beuren, einer ihrer ersten Fellows aus der Bundesrepublik und seit 1968 erster Inhaber der Professur für Kinderkardiologie am Universitätsklinikum Göttingen, von dem Verdacht berichtet, dass die Einnahme dieses Medikamentes, in der Bundesrepublik unter der Bezeichnung Contergan gehandelt, in der Frühschwangerschaft bereits bei nur einmaliger Einnahme für schwerste angeborene körperliche Beeinträchtigungen, die an Neugeborenen beobachtet wurden, verantwortlich sei (MEYER-LENZ & WEIL 2021: 361, 367). Dank der Gutachten von HELEN B. TAUSSIG und der für die Zulassung von

Medikamenten zuständigen Pharmakologin der *Food and Drug Administration (FDA)*, Frances Kelsey (1914–2015), wurde die Zulassung der Medikamente mit dem Wirkstoff Thalidomid für die USA nicht erteilt. Die Entscheidung stützte sich maßgeblich auf HELEN B. TAUSSIGS Arbeiten, die nach einschlägigen Forschungen in der Bundesrepublik und im Vereinigten Königreich im Frühjahr 1962 veröffentlicht wurden. Die Informationskampagne TAUSSIGS in der US-amerikanischen Öffentlichkeit, Vorträge vor dem *American College of Physicians*, Artikel im *Scientific American* und im *JAMA* sowie Rundfunksendungen in den Jahren 1961 und 1962 sorgten für schnelle Verbreitung der Ergebnisse (BALDWIN 1992: 93, 87–96). Diese Vorgänge und die Anhörung TAUSSIGS vor dem Kongress bewirkten das Verbot des Medikaments in den USA, zusätzlich wurde die Regelung eingeführt, vor der Zulassung eines Medikaments in den USA dieses einer strengen Prüfung durch die FDA zu unterziehen. HELEN B. TAUSSIG wurde in Anerkennung ihrer Leistung für die gesundheitliche Prävention der Bevölkerung 1964 die Freiheits-Medaille, die höchste öffentlich zu vergebende Auszeichnung, durch Präsident Lyndon B. Johnson (1908–1973) verliehen.

Weibliche Karrieren in der Kinderkardiologie der zweiten Generation

TAUSSIG wurde zum Vorbild für viele Frauen, die ihre Berufswahl an ihrer besonderen Karriere ausrichteten und sich für die Fachausbildung Pädiatrie mit der Spezialisierung Kinderkardiologie entschieden (ENGLE 2005: 4f.; MCNAMARA *et al.* 1987). Beispielhaft für die Vertreterinnen der nachfolgenden Generation der Kinderkardiologinnen seien hier die Karrieren von zwei ihrer weiblichen *Fellows* vorgestellt, die beide in den USA in Spitzenpositionen des Faches gelangten.

CATHERINE ANNIE NEILL (1921–2006): Die Nachfolgerin HELEN B. TAUSSIGS an der Johns Hopkins Medical School

CATHERINE ANNIE NEILL (1921–2006) trat 1956 als *Full Professor* der Pädiatrie und Leiterin der Abteilung für Kinderkardiologie die Nachfolge von HELEN B. TAUSSIG an der Medical School von Johns Hopkins an. Zum Zeitpunkt der Verabschiedung

NEILLS in den Ruhestand 1989 hatte die Kinderkardiologie eine enorme Entwicklung hinter sich und kooperierte sowohl in Europa als auch in den USA in großen Herzzentren oder in neu konzipierten Klinikverbünden mit den benachbarten Disziplinen. Die Akzeptanz von Frauenkarrieren in der Kinderkardiologie und den kooperierenden Fachdisziplinen in den USA schien vielerorts zu funktionieren.

NEILL konnte ebenso wie HELEN B. TAUSSIG auf eine günstige Ausgangssituation für die Aufnahme ihres medizinischen Studiums in London, die weitere Fachausbildung und die daran anschließende medizinisch-wissenschaftliche Karriere zurückblicken. Ihre fachmedizinische Ausbildung zur Pädiaterin schloss sie 1946 am Queen Elizabeth Hospital For Children in Hackney/London mit dem MD ab. Sie stammte aus einer Familie der britischen Oberschicht, der Vater war 1911 einer der Mitbegründer des Krankenversicherungswesens in Großbritannien und dafür 1920 geadelt worden. Die Brüder konnten klassische Aufstiegskarrieren in hohe Ämter in der Justiz und in der Universitätsverwaltung aufweisen. CATHERINE ANNIE NEILL selbst begegnete in ihrer Lehrerin, der angesehenen Pädiaterin und Pionierin der Präventivmedizin bei frühkindlichen Ernährungsdefiziten, Helen Mackay (1891–1965), einem eindrucksvollen *Role Model* im Vereinigten Königreich. Helen Mackay genoss eine breite Anerkennung, da sie mit ihren Forschungen wesentlich dazu beigetragen hatte, in der Zwischenkriegszeit ein Programm für Kinder zu entwickeln, um sie vor Unterernährung und Mangelkrankheiten wie Skorbut und Rachitis zu schützen. War Helen Mackay ein Vorbild für die Ausbildung, so wurde für CATHERINE ANNIE NEILL die Teilnahme am Vortrag von TAUSSIG und BLALOCK 1947 im Royal College über die ‚Blue-Baby-Operation‘ entscheidend – danach widmete sie sich der Ausbildung zur Kinderkardiologin. Ihre Stationen führten sie 1950 an das Hospital for Sick Children in Toronto und 1951 nach Baltimore zu HELEN B. TAUSSIG. Zwei Jahre verbrachte sie am Johns Hopkins, ein Jahr forschte sie zur Embryologie und zur Ätiologie angeborener Erkrankungen. Beachtung erlangte ihre Erstbeschreibung einer seltenen Pathologie, des *Neill-Dingwall-Syndroms*. Ein weiteres Forschungsprojekt, an dem sie gemeinsam mit der Medizinerin Charlotte Ferencz

arbeitete, die ebenfalls bei HELEN B. TAUSSIG eine *Fellowship* durchlief, führte 1960 zur präzisen Beschreibung des *Scimitar-Syndroms*, einer seltenen Form einer partiellen Lungenvenenfehlmündung (NEILL *et al.* 1960). TAUSSIG schätzte NEILLS Wissen, ihre Kompetenz im klinischen Alltag, ihre Gesprächsführung mit Patient:innen und Eltern. Sie galt als eine ihrer fähigsten Schüler:innen (ORANSKY 2006: 1312). NEILL kehrte zunächst 1954 als ausgebildete Fachärztin für Kinderkardiologie nach London zurück, bevor sie 1956 endgültig nach Baltimore übersiedelte. 1964 übernahm sie als *Full Professor* die Nachfolge HELEN B. TAUSSIGS. In dieser Position blieb sie bis 1986 tätig, wurde jedoch erst 1989 offiziell emeritiert. Unter ihrer Leitung vollzogen sich einschneidende Veränderungen in der Kinderkardiologie: so die Entwicklung der offenen Herzchirurgie, der Übergang zur High-Tech-Medizin, die neuen interventionellen Techniken im Katheterlabor, gestützt auf moderner Bildgebung wie Echokardiographie, MRT und CT.

CATHERINE ANNIE NEILL führte als Wissenschaftsautorin Themen ein, die vorrangig den Bedürfnissen der Familien herzkranker Kinder Rechnung trugen. So wandte sie sich an die Eltern sehr junger Herzpatient:innen, beschrieb ausführlich die Symptome und den Verlauf der Therapie in einem Zuversicht ausstrahlenden Narrativ, mit dem Ziel, die Eltern als selbstbewusste Akteur:innen in das Behandlungssset einzubinden (NEILL *et al.* 1992). Ihre Geschichte der Kinderkardiologie weist über die Entwicklungen der TAUSSIG-Ära hinaus; diese ordnete sie dem ersten Zeitalter der Anatomie zu, eine zweite definierte sie als Dominanz der Gefäßchirurgie (= BLALOCK-TAUSSIG-Ära). Die dritte Ära war durch die Vorreiterrolle der offenen Herzchirurgie bestimmt, gefolgt von der vierten, die bereits die zunehmende Bedeutung der Molekularbiologie vorhersagte (NEILL 1995).

In ihrem Nachruf im *Guardian* vom 2. März 2006 unterstrich die Journalistin CAROLINE RICHMOND, dass sich NEILL mit der Teilnahme und Koordination großer multizentrischer Studien gemeinsam mit ihren Kolleg:innen ein neues Forschungsfeld in der Kinderkardiologie erschloss: „As co-director of the Baltimore Washington infant study, she analysed the genetic and environmental factors of malformations in 5000 infants. This laid the groundwork for current genetic counselling, foetal assessment and maternal care“

(RICHMOND 2006). Insbesondere weibliche Studierende berichteten von ihren didaktischen Fähigkeiten und ihrer besonderen zugewandten Art, wodurch sie angehende Fachärztinnen ermutigte, ihren eigenen beruflichen Weg in die Kinderkardiologie zu gehen:

[A] place for women in medicine was hard to find [...]. That place became very clear in paediatric cardiology. I believe that her quiet mentoring and support was one of the reasons so many women chose paediatric cardiology, because they had such a strong role model and mentor. (ebd.)

MARY ALLEN ENGLE (1922–2008): Leiterin der Abteilung für Kinderkardiologie und Professorin für Pädiatrie an der Cornell Medical School/Hospital New York

MARY ALLEN ENGLE (1922–2008) gehörte derselben Generation wie CATHERINE ANNIE NEILL an. Anders als NEILL absolvierte sie ihre medizinische Ausbildung als gebürtige US-Amerikanerin direkt im Harriet Lane Home bei HELEN B. TAUSSIG. Sie konnte als Kinderkardiologin der zweiten Generation davon profitieren, dass sich anhand der neuen Bedarfe an ausgebildeten (Kinder-)Kardiolog:innen sichere Karrieren mit größeren Aufstiegschancen abzeichneten. Diese Chance eröffnete sich ihr mit der Neuanstellung an einem der großen New Yorker Krankenhäuser, dem Cornell Hospital mit angeschlossener Medical School (GOTTO & MOON 2016).

Die Ehe mit dem Mediziner und Hämatologen Ralph Landis Engle (1920–2000), am 7. Juni 1945, am Tag ihrer Graduation in Johns Hopkins geschlossen, war keine Verbindung, die dazu führte, dass sie das Modell der Ehefrau der 1950er Jahre annahm. Die beiden führten eine Ehe als Forscherehepaar, wobei für MARY ALLEN ENGLE der Glücksfall eintrat, dass sie gleichzeitig mit ihrem Ehepartner im Cornell-Krankenhaus, gemäß ihren Spezialisierungen in getrennten Abteilungen, eingestellt wurden – Ralph Landis Engle als Pathologe und Internist und MARY ALLEN ENGLE als Kinderkardiologin und Pädiaterin. Er wurde 1973 zum *Professor of Public Health* ernannt, sie 1969 zur Professorin für Pädiatrie mit dem Schwerpunkt Kardiologie (ENGLE 2001).

Die Karrieren von MARY ALLEN ENGLE und ihren kinder-kardiologischen Kolleg:innen aus der Schule TAUSSIGS stellen – angesichts der Ergebnisse von MARGARET W. ROSSITER – einen von der Normalentwicklung abweichenden Pfad dar. Die Kinderkardiologie im Osten der USA zeichnete sich vergleichsweise durch eine stärkere Besetzung von Spitzenpositionen mit Frauen aus. Dies ist auf mehrere Faktoren zurückzuführen: Zum einen auf die hier ausführlich beschriebenen weitreichenden medizinischen Leistungen von Pionierinnen wie HELEN B. TAUSSIG, die Frauen einen – wenn auch verzögerten – Karriereaufstieg in Spitzenstellungen der Kardiologie ermöglichten. Zum anderen spielten auch Einzelentscheidungen wie die des Pädiaters Park von 1930 eine Rolle, von der männlichen Besetzungstradition in der Kinderklinik abzuweichen. Einen weiteren, vornehmlich strukturellen Faktor für die vergleichsweise starke weibliche Präsenz in der Kinderkardiologie mag die zunehmende Anzahl freier Leitungsstellen in den neu gegründeten kinder-kardiologischen Abteilungen dargestellt haben. Insofern lässt sich dem Urteil des Wissenschaftsjournalisten IVAN ORANSKY folgen, wenn er schreibt: „Medicine was changing, attracting increasing numbers of women and Hopkins, with its tradition of unbiased enrolment, was an epicentre of this movement“ (2006: 1312). Dies scheint auch am Cornell-Krankenhaus der Fall gewesen zu sein, wie sich Berichten von MARY ALLEN ENGLE als Leiterin der frisch eingerichteten kinder-kardiologischen Klinik entnehmen lässt (ENGLE 2005: 6).

ENGLE arbeitete als pädiatrische Kardiologin in der Pharmakologie, war Direktorin der *Pediatric Electrocardiography* und als *Medical Director* des Instituts für die Versorgung der Frühgeborenen zuständig, ebenso für die Abteilung für Phonokardiographie (MOORE 2009). Sie verkörperte so einen neuen und flexiblen Typus von Kardiolog:innen, förderte etwa wegweisend die Versorgung von Kindern mit AHF in New York in binationaler Kooperation. 300 griechische, schwer herzkranken Babys und Kleinkinder wurden im Laufe mehrerer Jahre zunächst in den USA behandelt (ENGLE 2001), später initiierte ENGLE die Errichtung eines kinder-kardiologischen Krankenhauses in Griechenland mit (ENGLE 2005: 10). 1979 wurde die Stavros-S. Niarchos-Professur für Kinderkardiologie

an der Cornell-Universität eingerichtet und MARY ALLEN ENGLE wurde als erste mit der Verleihung dieser Professur geehrt.

ENGLE betrat auch in weiteren Feldern ihrer Profession Neuland. Sie arbeitete maßgeblich am Auf- und Ausbau der eigenen Fachorganisation mit und entwickelte – entgegen der traditionellen Geschlechtervorstellung – starkes Durchsetzungsvermögen in diesem von Männern dominierten Feld. Als Mitglied des Komitees für Strukturreformen setzte sie sich in der *American Heart Association* (AHA) für Organisationsformen, Ausbildungsgänge und Regelungen ein, um wichtige Grundlagen für die Ausbildung und Etablierung der Kinderkardiologie festzulegen. Sie fungierte ebenso als „a trustee and governor of the American College of Cardiology, and a member of President Nixon's Advisory Panel on Heart Disease“ (MOORE: 2009). Ebenso wie ihre Kolleginnen Ferencz und NEILL trat sie als Mitautorin der großen *Baltimore-San Francisco-Studie* zur Erforschung von genetischen und umweltbedingten Ursachen der AHF auf (ebd.).

Hürden, die wissenschaftliche Gesellschaften weiblichen Karrieren entgegenzustellen pflegten, schwanden zwar zunächst nicht völlig, wurden aber weniger. Die *Clinician and Climatological Association* (CCA) nahm von 1979 an Frauen als Mitglieder auf. MARY ALLEN ENGLE trat 1983 als eines der ersten weiblichen Mitglieder ein und wurde 2005 als zweite Frau in das Amt der Präsidentin gewählt (MOORE 2009).

Der Gender Gap in der Bundesrepublik und eine sich verschiebende Diskussion

HELEN B. TAUSSIG wurde mit ihrer Arbeit und nach dem mit überwältigendem Medienecho einsetzenden Bekanntwerden des Erfolges des *Blalock-Taussig-Shunts* zu einer Berühmtheit, die sie dazu nutzte, sich der Etablierung der neuen Fachdisziplin in ihrer Breite und Tiefe in den USA zu widmen. Darüber hinaus förderte sie die Ausbildung einer verhältnismäßig großen Anzahl von Frauen, aus denen sich die neue Generation der Kinderkardiologinnen – wie etwa die eben vorgestellten CATHERINE ANNIE NEILL und MARY ALLEN ENGLE – in Führungspositionen in vielen der in den USA aufsprießenden Fachabteilungen rekrutierte.

Der Transfer kinder-kardiologischen und herzchirurgischen Wissens nach Europa erfolgte erst nach dem Zweiten Weltkrieg. Die Einrichtung kinder-kardiologischer Abteilungen an den medizinischen Fakultäten in Europa traf auf unterschiedlichste nationale medizinische Kulturen mit ihren jeweiligen Ausformungen des Gender-Bias.⁵ So reproduzierte sich beispielsweise das für die USA beobachtbare Phänomen der ‚weiblichen‘ Kinderkardiologie in der BRD nicht (MEYER-LENZ & WEIL 2021; MEYER-LENZ 2003; WEIL & SCHMALTZ 2019: 106–113). Zum einen waren die Fachentwicklungen in der Bundesrepublik und in der DDR kriegsbedingt in den 1950er Jahren verzögert; zum anderen wirkten in den medizinischen Fakultäten langlebige akademische Traditionen der Universitätsverfassungen des 19. Jahrhunderts bis in die 1960er Jahre, teils noch länger fort. Kollegien und Gremien blieben als überwiegend männlich dominierte Institutionen bis zu den Reformen der Universitäten in den 1960er Jahren bestehen. Auch die Geschlechterverteilung unter den Studierenden der medizinischen Fächer, war – in der Bundesrepublik wie in der Deutschen Demokratischen Republik – noch lange von einer enormen Geschlechterungleichheit zu Ungunsten des weiblichen Anteils geprägt. In beiden deutschen Staaten waren die leitenden Positionen in den universitären Abteilungen der Kinderkardiologie bis zur Wende und noch darüber hinaus überwiegend männlich besetzt (WEIL & SCHMALTZ 2019: 106–113). Dies mag auch als langfristige Folge des Gender-Bias in der Herzmedizin der BRD interpretiert werden, dessen anhaltende Nachwirkung sich, wenn auch inzwischen in abgeschwächter Form, nach wie vor in der Besetzungspolitik bei leitenden Stellen in den akademischen Fachdisziplinen und Instituten bemerkbar macht.

Zahlenmäßig lässt sich dies für die Kinderkardiologie wie auch für die Herzchirurgie inklusive Kinderherzchirurgie belegen. Die Anzahl an Habilitationen von Frauen in der Herzmedizin in beiden deutschen Staaten zwischen 1950 und 1990 war recht niedrig. Für die Kinderkardiologie lag sie in der BRD laut einer Umfrage anlässlich des 50-jährigen Bestehens der Fachdisziplin bei 133 männlichen Habilitanden gegenüber 21 habilitierten Frauen. Leitungspositionen hatten im Zeitraum von 1958 bis 2018 insgesamt fünf Frauen inne, ihnen standen 110 Männer gegenüber (ebd.).

In der Herzchirurgie entfaltete das Leitbild des männlichen Chirurgen eine besonders hohe kulturelle Prägekraft (RODEWALD 2008). Frauen setzten sich erst spät und zunächst nur vereinzelt in der Herzchirurgie durch; Umfragen zeigen, dass der Anteil der Frauen bei der Zulassung zur Habilitation und beim Erstreben einer Führungsposition immer noch hinter den männlichen Kollegen zurückliegt. Dieser bestehende Gender Gap wird gegenwärtig angesichts des zunehmenden Anteils von Frauen, die eine Ausbildung in der Herzmedizin anstreben, mehr und mehr kritisch hinterfragt (HANKE *et al.* 2023: 254–262). Die Diskrepanz zwischen der Forderung nach Gleichheit und der bestehenden Ungleichheit hat sich die Debatte mittlerweile stärker auf die ungleiche Verteilung der Geschlechter in Bezug auf Care-Arbeit und tief verwurzelte kulturell-traditionelle Muster von Elternschaft und Familie fokussiert. Die Diskussion im Zuge der Suche nach geschlechtergerechter Verteilung der Aufgaben hat hier Fahrt aufgenommen.

Anmerkungen

1 Die Konstellation, ein Screenshot einer Live-Übertragung aus dem OP-Saal 1947, ähnelt der Originalsituation von 1944. Vivien Thomas befand sich direkt hinter Blalock, sah ihm über die Schulter und beriet ihn durch die gesamte OP. Die Frau zu Blalocks Rechten ist Olive Berger, die Anästhesieschwester. Henry T. Bahnson steht links neben Blalock. Freundliche Information von Tim Wisniewski, Collections Management Archivist for Digital and Audiovisual Materials, Alan Mason Chesney Medical Archives, Johns Hopkins Medical Institutions. Persönliche Mail an Vf. vom 01.04.2025.

2 Gleichzeitig ist hervorzuheben, dass BALDWIN zahlreiches, zum Teil schwer von Europa aus zugängliches Material von Zeitgenoss:innen, der medialen Berichterstattung und aus archivalischen Quellen zur schulischen und universitären Berufskarriere von HELEN B. TAUSSIG zusammengetragen hat, das sich in dieser Dichte so nirgends sonst findet. Leider hat der Verlag auf eine sorgfältige bibliografische Dokumentation dieser Quellen bei Baldwin verzichtet; immerhin gibt es einige Verweise im Anhang (1992: 125f.). Vergleiche mit der hier zugrunde gelegten Literatur haben keine inhaltlichen Abweichungen ergeben. Darüber hinaus wird die Publikation sehr häufig auch in Beiträgen in medizinischen Journals als Quelle zitiert. Insofern sind die ‚authentischen‘ Informationen, die auf BALDWIN rekurrieren, mit diesen Einschränkungen zu lesen.

3 Ihre gelebte Praxis entspricht nicht durchgängig diesen rigiden Einstellungen, wenn sie etwa familiäre und freundschaftliche Formen der Kommunikation und des Austausches mit ihren einstigen Schüler:innen

pflegte. Sie lud diese jährlich zur geschlechterübergreifenden Debatte in ihr Sommerhaus nach Cape Cod zu einer Sommerakademie ein.

4 „In January 2020, the Blalock-Taussig-Thomas Pediatric and Congenital Heart Center opened at Johns Hopkins and with that the former BT shunt was accordingly renamed as Blalock-Thomas-Taussig (BTT) shunt. The modified BTT Shunt (MBTTS) was first introduced in 1962 and is now performed more widely than the classic one. It consists of a Gore-Tex (PTFE) graft (3.5–5.0 mm in diameter) interposed between the innominate or subclavian artery and the ipsilateral pulmonary artery (PA)“ (ISMAIK *et al.* 2024). Um jedoch die Verwirrung vollständig zu machen, sei auf einen Artikel auf der Homepage der NIH von 2024 hingewiesen, in dem die Namensgebung für den inzwischen modifizierten Shunt die Reihenfolge Blalock-Taussig-Thomas bevorzugt: “The modified Blalock-Taussig-Thomas (mBTT) shunt represents an advancement over the classical Blalock-Taussig (BT) shunt introduced in 1944. The mBTT is utilized to palliate specific cyanotic congenital heart lesions as a systemic-to-pulmonary shunt” (ALAHMADI *et al.* 2024).

5 Vgl. EUROPÄISCHES PARLAMENT: Auf einen Blick. Plenum – Januar I 2019; zum Gender-Bias vgl. LLORENS *et al.* 2021.

Abbildungsverzeichnis

Abb. 1 Fotografie von Sy Friedman 1947. Image courtesy of the Chesney Archives of Johns Hopkins Medicine, Nursing, and Public Health.

Literatur

- ABBOTT, MAUDE 1936. *Atlas of Congenital Cardiac Disease*. New York: Wiley Periodicals.
- ALAHMADI, MOHAMED H.; SHARMA, SANJEEV & BISHOP, MICHAEL A. 2024. Modified Blalock-Taussig-Thomas Shunt. StatPearls [digital]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025 Jan. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK597363/> [24.03.2025].
- AL MALULI, HAYAN; DE STEPHAN, CHRISTINE E.; ALVAREZ, RENE J. & SANDOVAL, JULIO 2015. Atrial Septostomy: A Contemporary Review. *Clinical Cardiology* 38, 6: 395–400. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25733325/> [27.02.2024].
- APITZ, JÜRGEN (ed) 2002. *Pädiatrische Kardiologie. Erkrankungen des Herzens bei neugeborenen, Säuglingen, Kindern und Heranwachsenden*. Darmstadt: Steinkopff [orig. 1998].
- BALDWIN, JOYCE 1992. *To Heal the Heart of a Child. Helen Taussig, M.D.* New York: Walker and Company.
- BEASLEY, GARY S.; MURPHY, ANNE M.; BRENNER, JOEL I. & RAVEKES, WILLIAM J. 2016. The Past, Present and Future of Paediatric Cardiology Training at the Johns Hopkins Hospital, in the Tradition of Dr Helen Taussig. *Cardiology in the Young* 26, 8: 1494–1498.
- BLAKE, KATHLEEN & YANCY, CLYDE W. 2021. Change the Name of the Blalock-Taussig Shunt to Blalock-Thomas-Taussig Shunt. *JAMA Surgery* 157, 4: 287–288.
- BLALOCK, ALFRED & TAUSSIG, HELEN B. 1945. The Surgical Treatment of Malformations of the Heart in Which There is Pulmonary Stenosis or Pulmonary Atresia. *Journal of the American Medical Association (JAMA)* 128: 189–202.
- BOURDIEU, PIERRE 1979. *Entwurf einer Theorie der Praxis*. Frankfurt a. Main: Suhrkamp.
- CHESNEY, RUSSELL W. 2003. *Who Was John Howland and Why Was an Award Named After Him 50 Years Ago?* *Pediatric Research* 53, 3: 523–525.
- CHILDS, BARTON 1994. Edwards A. Park. Profiles in Pediatrics II. *The Journal of Pediatrics* 125, 6: 1009–1013.
- ENGLE, MARY ALLEN 1985. Dr. Helen Brooke Taussig, Living Legend in Cardiology. *Clinical Cardiology* 8: 372–374.
- 2001. Ralph Landis Engle, Jr. *Transactions of the American Clinical and Climatological Association* 200.112: lxiii–lxiv.
- 2005. Growth and Development of Pediatric Cardiology: A Personal Odyssey. *Transactions of the American Clinical and Climatological Association* 116: 1–12.
- EUROPÄISCHES PARLAMENT: Auf einen Blick. Plenum – Januar I 2019. [https://www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/ATAG/2019/630359/EPRS_ATA\(2019\)630359_DE.pdf](https://www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/ATAG/2019/630359/EPRS_ATA(2019)630359_DE.pdf) [27.02.2024].
- EVANS, WILLIAM N. 2008. The Relationship Between Maude Abbott and Helen Taussig: Connecting the Historical Dots. *Cardiology in the Young* 18, 6: 557–564.
- 2009. The Blalock-Taussig-Shunt: The Social History of an Eponym. *Cardiology in the Young* 19: 119–128.
- FLEXNER, ABRAHAM 1910. Medical Education in the United States and Canada: A Report to the Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching. Bulletin No. 4. New York City: The Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching.
- FOUCAULT, MICHEL 1991. *Die Geburt der Klinik. Eine Archäologie des ärztlichen Blicks*. Frankfurt a. Main: Suhrkamp. [orig. 1963. *Naissance de la Clinique*. Paris: Presses Universitaires de France].
- GOTTO, ANTONIO & MOON, JENNIFER 2016. *Weill Cornell Medicine: A History of Cornell's Medical School*. Ithaca, NY, and London, UK: Cornell University Press.
- HANKE, JASMIN S.; FÄRBER, GLORIA; BECKMANN, ANDREAS; SCHMIDTKE, CLAUDIA; KLAUTZSCH, ERIK; ERMAN, BENIYE; HAVERICH, AXEL; FALK, VOLKMAR; BÖNING, ANDREAS; DOENST, TORSTEN; SCHMITTO, JAN D.; GUMMERT, JAN & BLEIZIFFER, SABINE 2023. Frauen in der Herzchirurgie. Ergebnisse einer deutschlandweiten Umfrage. *Zeitschrift für Herz-, Thorax- und Gefäßchirurgie* 5: 252–262.
- HOPKINS, JOHNS 1873. Letter of Johns Hopkins to the Trustees. <http://www.snowden-warfield.com/Stories/Letter-Johns-Hopkins-Trustees.htm> [01.02.2024].
- ISMAIK, SAMEH R. E.; KABBANI, MOHAMMED S. K. & ALQASHAMI, AZZAM M. A. 2024. Blalock-Thomas-Taussig (BTT) Shunt: Early and Follow-Up Management. In YELBUZ, TALÂT MESUD; BIN-MOALLIM, MOHAMMED A.; HUSAIN, WAEEL J. M.; ALAKEEL, YOUSIF SALEH; KABBANI, MOHAMED SALIM & ALGHAMDI, ABDULLAH ALI (eds) *Manual of Pediatric Cardiology*. Cham: Springer.

- tric Cardiac Care*: 165–169. <https://link.springer.com/book/10.1007/978-981-99-5683-8> [24.03.2025].
- KLATETZKI, THOMAS 2012. Professionelle Organisationen. In APALT, MAJA & TACKE, VERONIKA (eds) *Handbuch Organisationstypen*. Wiesbaden: VS-Verlag: 165–183.
- KONSTANTINOV, IGOR E. 2009. Taussig-Bing Anomaly. From description to the Current Era. *Texas Heart Institute Journal* 36, 6: 580–585.
- LLORENS, ANAÍS; TZOVARA, ATHINA; BELLIER, LUDOVIC; BHAYYA-GROSSMAN, ILINA; BIDET-CAULET, AURÉLIE; CHANG, WILLIAM K.; CROSS, ZACHARIAH R.; DOMINGUEZ-FAUS, ROSA; FLINKER, ADEEN; FONKEN, YVONNE; GORENSTEIN, MARK A.; HOLDGRAFF, CHRIS; HOY, COLIN W.; IVANOVA, MARIA V.; JIMENEZ, RICHARD T.; JUN, SOYEON; KAM, JULIA W.Y.; KIDD, CELESTE; MARCELLE, ENITAN; MARCIANO, DEBORAH & DRONKERS, NINA F. 2021. Gender Bias in Academia: A Lifetime Problem That Needs Solutions. *Neuron* 109, 13: 2047–2074.
- MCNAMARA, DAN G.; MANNING, JAMES A.; ENGLE, MARY ALLEN; WITTEMORE, RUTH; NEILL, CATHERINE A. & FERENCZ, CHARLOTTE 1987. Historical Milestones: Helen Brooke Taussig: 1898 to 1986. *Journal of the American College of Cardiology (JACC)* 10, 3: 662–671.
- MEYER-LENZ, JOHANNA & WEIL, JOCHEN 2021. *Kinderkardiologie(n) in Berlin, Erlangen, Hannover, London, Minneapolis, München und Tübingen 1950–2000. Die Entwicklung der Kinderkardiologie als neue Spezialdisziplin der medizinisch-technischen Revolution des 20. Jahrhunderts. Zur Geschichte der Kinderkardiologie in Deutschland in transnationalem Rahmen und in berufsbiografischer Erzählperspektive. Band 1.* Leipzig: Leipziger Universitätsverlag.
- MEYER-LENZ, JOHANNA 2019. *Kinderkardiologie in Halle und in Leipzig 1950–2000. Die Entwicklung der Kinderkardiologie als neue Spezialdisziplin der medizinisch-technischen Revolution des 20. Jahrhunderts. Zur Geschichte der Kinderkardiologie in Deutschland in transnationalem Rahmen und in berufsbiografischer Erzählperspektive. Band 2.* Leipzig: Leipziger Universitätsverlag.
- 2003. *Zur Geschichte der Kinderkardiologie 1940–2000. Wissensdiskurse und Formierung einer neuen wissenschaftlichen Disziplin in der Bundesrepublik.* In Hering, Rainer & Nicolaysen, Rainer (eds) *Lebendige Sozialgeschichte. Gedenkschrift für Peter Borowski*. Hamburg: VS Verlag für Sozialwissenschaften: 688–707.
- MOORE, ANNE 2009. Mary Allen Engle (1922–2008). *Transactions of the American Clinical and Climatological Association (ACCA)* 120: lxxvii–lxxix.
- MUKAU, LESLIE 2012. Johns Hopkins and the Feminist Legacy: How a Group of Baltimore Women Shaped American Graduate Medical Education. *American Journal of Clinical Medicine* 9, 3: 118–127.
- Müller, Hans-Peter 1992. *Sozialstruktur und Lebensstile. Der neue theoretische Diskurs über soziale Ungleichheit.* Frankfurt a. Main: Suhrkamp.
- NEILL, CATHERINE A. 1987. Obituary. Dr. Helen Brooke Taussig May 24, 1898 – May 21, 1986. *International Cardiologist. International Journal of Cardiology* 14, 2: 255–261.
- 1994. Helen Brooke Taussig. Profiles in Pediatrics II. *The Journal of pediatrics* 125, 3: 499–502.
- 1995. *The Developing Heart: A 'History' of Pediatric Cardiology.* Dordrecht: Springer Science+Business Media.
- NEILL, CATHERINE A.; CLARK, EDWARD B. & CLARK, CARLEEN 1992. *The Heart of a Child. What Families Need to Know about Heart Disorders in Children.* Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- NEILL, CATHERINE A.; FERENCZ, CHARLOTTE; SABISTO, DAVID C. & SHELDON, HUNTINGTON 1960. The Familial Occurrence of Hypoplastic Right Lung with Systemic Arterial Supply and Venous Drainage "Scimitar Syndrome". *Bull Johns Hopkins Hosp.* 107: 1–21.
- ORANSKY, IVAN 2006. Obituary: Catherine Neill. *The Lancet* 367: 1312.
- PRAKTIKSCHARZT MAGAZIN 2024. Immer noch eine Aufgabe – Gleichstellung bei Ärztinnen. <https://www.praktisch-arzt.de/magazin/immer-noch-eine-aufgabe-gleichstellung-bei-aerztinnen/> [27.02.2024].
- RICHMOND, CAROLINE 2006. Obituary: Catherine Neill. Cardiologist who Pioneered Research in Congenital Heart Defects. *The Guardian* 2 Mar 2006. <https://www.theguardian.com/science/2006/mar/02/obituaries.guardiano-bituaries> [21.01.2024].
- RODEWALD, INGELNE 2008. *Der lange, mühsame Weg zur Verwirklichung neuer Wege in der Herzchirurgie: Vom Medizinstudenten 1944 zum Direktor für Herzchirurgie in Hamburg.* Hamburg: Rodewald.
- ROSSITER, MARGARET W. 1982. *Women Scientists in America. Struggle and Strategies to 1940.* Baltimore: The Johns Hopkins University Press.
- SAMUELS, WARREN J. 2018: Taussig, Frank William (1859–1940). In *The New Palgrave Dictionary of Economics*, 1987. London: Macmillan Publishers. https://link.springer.com/content/pdf/10.1057/978-1-349-95121-5_1808-1.pdf?pdf=inline%20link [29.01.2024].
- SCHUMPETER, JOSEPH A. 1951. Frank William Taussig (1859–1940). In Schumpeter, Joseph A. *Ten Great Economists. From Marx to Keynes.* New York: Oxford University Press: 191–216.
- TAUSSIG, HELEN B. 1947. *Congenital Malformations of the Heart.* New York: The Commonwealth Fund, 1947. Revised edition 1960: Volume I. General Considerations. Volume II. Specific Malformations, Cambridge, MA: Published for The Commonwealth Fund by Harvard University Press, 1960: 1–1019.
- 1970. Edwards A. Park 1878–1969. *The Journal of Pediatrics* 77, 4: 722–731.
- THE EDWARDS A. PARK COLLECTION 2024. Edwards A. Park. <https://medicalarchives.jhmi.edu/collection/edwards-a-park-collection/> [21.01.2024].
- THE JOHNS HOPKINS SCHOOL OF MEDICINE (ed) 2023. *Mary Elizabeth Garrett: Philanthropist and Suffragist. Social Welfare History Project.* <https://socialwelfare.library.vcu.edu/woman-suffrage/garrett-mary-elizabeth-1854-1915-philanthropist-and-suffragist/> [21.01.2024].
- THOMAS, VIVIAN 1985. *Partners of The Heart. Vivien Thomas and His Work With Alfred Blalock.* Pennsylvania: University of Pennsylvania Press.

WEIL, JOCHEN & SCHMALTZ, ACHIM A. 2019. Übersicht über die Klinikdirektoren/Leiter und Habilitierten in den Herzzentren/Kliniken. In Weil, Jochen; Kallfelz, Hans Carlo; Schmaltz, Achim A. & Lindinger, Angelika (eds) *Kinderkardiologie in Deutschland. 50 Jahre Deutsche Gesellschaft für Pädiatrische Kardiologie*. München: Elsevier: 106–113.

WEISSE, ALLEN B. 2002. *Heart to Heart. The Twentieth Century Battle against Cardiac Disease. An Oral History*. New Brunswick, New Jersey, London: Rutgers University Press.

WOBBE, THERESA 2003. Instabile Beziehungen. Die kulturelle Dynamik von Wissenschaft und Geschlecht. In Wobbe, Theresa (ed) *Zwischen Vorderbühne und Hinterbühne. Beiträge zum Wandel der Geschlechterbeziehungen in der Wissenschaft vom 17. Jahrhundert bis zur Gegenwart*. Bielefeld: Transcript Verlag: 14–38.

YUAN, SHI-MIN; SHINFELD, AMIHAY & RAANANI, EHUD 2009. The Blalock-Taussig Shunt. *Journal of Cardiac Surgery* 24: 101–110.

Dieser Artikel wurde vor seiner Veröffentlichung einem doppelblinden Peer-Review-Verfahren unterzogen.



Johanna Meyer-Lenz, Dr., promovierte 1995 im Fachbereich Geschichte der Universität Hamburg mit einer Studie zum Wandel der Arbeiterbewegung im Hamburger Schiffbau in der Hochindustrialisierung des 19. Jahrhunderts. Zum Wandel und zur Transformation von Gesellschaften im Kontext der Globalisierung des 19. und 20. Jahrhunderts forschte sie seitdem zu unterschiedlichen Themenbereichen (Gender, Migration, Medizingeschichte, Unternehmensgeschichte) der deutschen, hamburgischen, europäischen Geschichte und der Geschichte der USA. Mehr und mehr in den Fokus rückte die jeweilige Verschränkung von transnationalen, nationalen und lokalen Machtpolitiken, gesellschaftlicher Entwicklung und individueller Biographie. Zur Medizingeschichte liegt eine zweibändige Monographie über die Entwicklung der Kinderkardiologie vor, die dem komplexen transnationalen Wissenstransfer mit Deutschland, dem Vereinigten Königreich und USA und seinen vielfältigen Dynamiken von 1950 bis 2000 gewidmet ist. Weitere Projekte zur Geschichte der Kinderkardiologie und der Kardiologie in Österreich sind erschienen bzw. in Arbeit.

Universität Hamburg
 Koordination Forschungsverbund zur Kulturgeschichte Hamburgs
<https://www.fkggh.uni-hamburg.de/>
 e-mail: j.meyer-lenz@gmx.net

