

bricolage 5

Innsbrucker Zeitschrift für Europäische Ethnologie



The
innsbruck **university press**
in series

Medikale Kulturen

SERIES

bricolage

Innsbrucker Zeitschrift für Europäische Ethnologie

Herausgegeben von Ingo Schneider, Reinhard Bodner und Kathrin Sohm

Band 5



iup • *innsbruck* university press

www.uibk.ac.at/iup

© 2008

1. Auflage

Alle Rechte vorbehalten.

Universität Innsbruck

ICT-Technologiepark, Technikerstraße 21 a

A-6020 Innsbruck

www.uibk.ac.at/iup

Herausgeber: Ingo Schneider, Reinhard Bodner und Kathrin Sohm

Verlagsredaktion: Carmen Drolshagen, Gregor Sailer

Umschlaggestaltung: Kathrin Sohm

Layout: Kathrin Sohm

Herstellung: Sterndruck, Fügen

ISBN: 978-3-902571-56-4

bricolage
Innsbrucker Zeitschrift für Europäische Ethnologie

Heft 5: Medikale Kulturen

Autorinnen und Autoren

Christina Antenhofer, Reinhard Bodner, Elisabeth Dietrich-Daum, Ellinor Forster, Dagmar Hänel, Marina Hilber, Susanne Hoffmann, Christine Holmberg, Vera Kalitzkus, Martin Krieger, Michael Riss, Michael Simon, Kathrin Sohm, Alois Unterkircher, Eberhard Wolff

Herausgeber

Alois Unterkircher, unter Mitarbeit von Reinhard Bodner und Kathrin Sohm

Layout

Kathrin Sohm

Mit freundlicher Unterstützung von



iup
innsbruck university press

2008

Inhaltsverzeichnis

Editorial

- 7 *Alois Unterkircher*
„Medikale Kultur“ – zur Geschichte eines Begriffes und zur Einführung in diesen Band

Theoretische Reflexionen und Befunde

- 24 *Eberhard Wolff*
Patientenbilder
Zur neueren kulturwissenschaftlichen Gesundheitsforschung
- 39 *Michael Simon*
Laienätiologien und die Popularisierung medizinischer Diskurse – zwei sinnvolle Konzepte der Medikalkulturforschung?
- 53 *Michael Riss*
Die medizinische Wissenschaft und ihr ‚Anderes‘
Die ‚Tuberkulose-Präsentation‘ und die ‚Wunderkammer eines Alchemisten‘
im Wiener Pathologisch-anatomischen Bundesmuseum

Das erfahrene Leiden – Krankheitserleben medizinischer Laien

- 70 *Christina Antenhofer*
„Wir stecken bis zu den Augen im Schlamm“.
Der Briefwechsel der Markgrafen Gonzaga von Mantua (ca. 1475-1500) als mögliche Quelle für Krankheitserfahrungen
- 95 *Ellinor Forster*
„Ich bin halt nicht ganz recht ...“
Annäherungsversuche an Selbstbeschreibungen psychisch Erkrankter des 19. Jahrhunderts
- 112 *Christine Holmberg*
Vom Krank Sein zum Krank Fühlen – Krankheitserleben von Frauen mit Brustkrebs im Zeitalter der Früherkennung

Das verhandelte Leiden – Interaktionsprozesse zwischen medizinischen Laien und ExpertInnen

- 126 *Martin Krieger*
Kranksein kostet.
Krankheit als Gegenstand und Strategie der Aushandlung von Behandlung und Bezahlung am Beispiel eines lokalen „Armenfonds“ um 1930
- 141 *Alois Unterkircher*
Die Gründung der Landesstelle Tirol der Österreichischen AIDS-Hilfe 1986 – ein Beispiel für die gelungene Zusammenarbeit zwischen Betroffenen, medizinischen ExpertInnen und Gesundheitspolitik?
- 165 *Marina Hilber*
„Crystal merkst du erst, wenn es zu spät ist“.
Betreute Online-Foren als Orte des Austausches von Suchterfahrungen
- 178 *Reinhard Bodner*
,Moscheenkampagne‘ und ‚Gesundheitsstraße‘.
Zwei Tiroler Beispiele der Präventivmedizin für türkische Migrantinnen aus volkskundlicher Sicht

Das bewältigte Leiden – medikale Praktiken und medizinische Techniken zur Gesundung

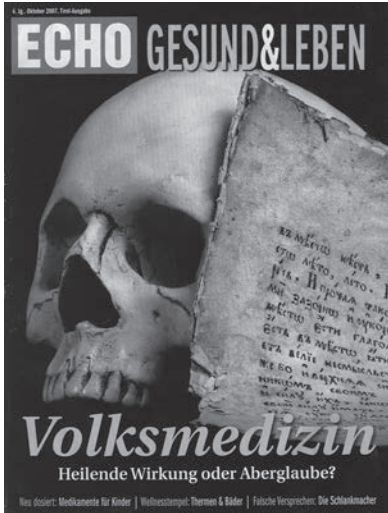
- 202 *Elisabeth Dietrich-Daum*
Die Klage der Ärzte. Marktprobleme und Professionalisierung in der
zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts in Österreich
- 223 *Susanne Hoffmann*
„Einen Arzt haben wir Kinder meines Wissens nie benötigt“.
Gesundheitsselbsthilfe und Geschlecht im 20. Jahrhundert
- 239 *Vera Kalitzkus*
„Intime Fremde“: „Organspende“ und -transplantation im Spannungsfeld
von Körper und Leib
- 251 *Dagmar Hänel*
Ritual, Religion und Krankheit – popularreligiöse Handlungspraxen im
Kontext von Gesundheits- und Körperkonzepten

„Medikale Kultur“ – zur Geschichte eines Begriffes und zur Einführung in diesen Band

Alois Unterkircher

Der Zufall erspart einem manchmal tagelanges Grübeln und mitunter sogar schlaflose Nächte. Während ich im Herbst 2007 über einen möglichst packenden „Aufhänger“ für die Einführung in den vorliegenden fünften Band der Zeitschrift *bricolage* zum Thema „medikale Kulturen“ nachdachte, widmete sich die Gesundheitsbeilage des monatlich in Tirol erscheinenden Magazins ECHO¹ in ihrer Oktoberausgabe ausgerechnet dem weiten Feld der „Volksmedizin“. Genauer gesagt interessierte sich die zuständige Journalistin für die Frage, ob den diversen „volksmedizinischen“ Praktiken nun tatsächlich eine heilende Wirkung zugesprochen werden könne, oder ob diese besser in das Reich puren Aberglaubens zu verweisen seien. Die Verantwortlichen für Layout und Gestaltung glaubten in den Abbildungen eines Totenschädels und einer alten Handschrift, deren fremdartige Schriftzeichen den Nimbus geheimnisvoller Zauberformeln vermitteln, eine entsprechende bildliche Illustration zu dieser Frage gefunden zu haben. Warum also nicht diesen journalistischen Essay als Einstieg für einen Band mit dem Titel „medikale Kulturen“ wählen, von dem sich viele LeserInnen vermutlich eine kulturwissenschaftliche Reflexion über den Glauben an die blutstillende Kraft des Mondes oder über das Tragen Krankheit abwehrender Amulette erwarten werden.

In besagtem Artikel selbst ist demnach auch von magisch-religiösen und von empirischen, von kuriosen und von schon auch einmal selbst angewandten Heilmitteln zu lesen, von der Nichterreichbarkeit ärztlicher Hilfe für die ländliche Bevölkerung in Zeiten vor der Medikalisierung und der Professionalisierung des Ärztestandes und davon, dass die Wirksamkeit der meisten volksmedizinischen Therapien mit wissenschaftlichen Methoden nur schwer zu beweisen sei. Wenig zu überraschen vermag vor dem Hintergrund aktueller Debatten über den Schutz des „immateriellen Erbes“² der Hinweis auf die Existenz eines Salzburger Vereines mit dem Kürzel TEH („Traditionelle Europäische Heilkunde“), der das systematische Sammeln überlieferten Wissens über bewährte Hausmittel und -praktiken in seine Statuten festgeschrieben hat.



Bezeichnend für die öffentliche Aufbereitung „volksmedizinischer“ Inhalte war für mich auch ein weiterer Punkt: Die Journalistin wählte nämlich als Einstieg in ihren Essay nicht etwa die Tätigkeiten der Tiroler Selbsthilfegruppe nach Krebs oder die zunehmende Zahl von Inseraten neo-schamanistischer HeilerInnen an den öffentlichen Anschlagtafeln der Universität Innsbruck, sondern den feingesponnenen Seidenfaden zum Abbinden und Wegsprechen ungeliebter Warzen. Der Journalistin schien offensichtlich gerade diese spezifische medikale Praktik in ihrer allgemeinen Bekanntheit repräsentativ genug für den Gegenstand der „Volksmedizin“ zu sein, um ihre LeserInnen mit den dadurch ausgelösten Assoziationen und Emotionen zum Weiterlesen des Artikels bis zur letzten Zeile zu animieren.

Kritik am Konzept „Volksmedizin“

Nun sind publizierende Forschende aus den kulturwissenschaftlichen Disziplinen – und aus solchen kommen viele Autoren und Autorinnen dieses Sammelbandes – nicht ganz unschuldig an dieser doch recht selektiven journalistischen Wahrnehmung jener gesellschaftlichen Phänomene im Umgang mit Krankheit, die landläufig als „volksmedizinische Praktiken“ bezeichnet werden. Denn das gängige und in der breiten Öffentlichkeit vorherrschende Bild einer „Volksmedizin“ stützt sich vielfach auf Feldforschungen, Archivrecherchen, mehr aber noch auf Auswertungen ärztlicher Kompilationen des 19. Jahrhunderts zum „Volksarzneischatz“ von Seiten jener VertreterInnen des Faches Volkskunde/Europäische Ethnologie, die seit den ersten Jahrzehnten des 20. Jahrhunderts unter dem Namen einer „Volksmedizinforschung“ diese Teildisziplin der Volkskunde zu konstituieren begannen.³ Die mit diesen Forschungen vielfach verbundenen Wertungen, Ausschließungen und Konstrukte werden hingegen selten zum Thema popularisierender Darstellungen wie jener des ECHO-Artikels erhoben.

Die Problematik und die Unschärfe der meisten dieser frühen „volksmedizinischen“ Untersuchungen liegen dabei in der Referenz auf die Kategorie „Volk“, ohne den zugrundeliegenden „Volksbegriff“ genau zu erklären und zu definieren. Meistens

begnügen sie sich mit der Unterscheidung zwischen einer Stadt- und Landbevölkerung als analytischem Rahmen. Repräsentativ für diesen simplifizierenden Zugang steht etwa das Werk Elfriede Grabners⁴, die noch in der zweiten Auflage ihres bekanntesten Buches aus dem Jahre 1985 die Position vertritt, bestimmte Krankheitsvorstellungen, die die Völker „seit je“ begleiteten, wären durch die Erkenntnisfortschritte der naturwissenschaftlichen Medizin seit dem 18. Jahrhundert zwar obsolet geworden, „[i]n der Volksmedizin des Ostalpenraumes sind sie jedoch stark ausgeprägt.“⁵ Das Erkenntnisinteresse, die „Volksmedizin“ einer bestimmten Region in ihrer Gesamtheit darstellen zu können, muß zwangsläufig auf eine ahistorische und sozial undifferenzierte Verwendung des Begriffes „Volk“ zurückgreifen.

Aber wechselt ein ländlicher Tagelöhner des 19. Jahrhunderts mit der Veränderung seiner sozialen Stellung zum städtischen Industriearbeiter zugleich sein Konzept der Krankheitsdeutung? Musste das Krankheitsverhalten eines in der dörflichen Hierarchie ganz oben stehenden Hofbesitzers des 18. Jahrhunderts nicht schon wegen der unterschiedlichen Verfügbarkeit von Ressourcen von jenem der an der untersten Ebene stehenden Kleinbauern und Söllhäusler divergieren? Und inwiefern erlebte im 16. Jahrhundert die Frau eines im Bergbau tätigen Großgewerkes krankhafte Veränderungen ihrer Brust tatsächlich anders als etwa ihre Köchin? Der „Abschied vom Volksleben“⁶, den einzelne Forschungsbereiche innerhalb der Volkskunde seit den 1970er Jahren nach und nach vollzogen haben, war für die Forschenden zur „medikalen Kultur“, so konstatiert Eberhard Wolff, eher ein „Abschied auf Raten“⁷.

Die in den frühen 1970er Jahren vereinzelt geäußerte Kritik an der „älteren Volksmedizinforschung“⁸ erfuhr in den 1990er Jahren in richtungsweisenden Aufsätzen, konzeptuell anspruchsvollen Einzelstudien und regelmäßigen Arbeitstreffen⁹ ihre konsequente Umsetzung.¹⁰ Wie eine vor dieser Neuorientierung konzipierte „Volksmedizin“ von der neueren „Volksmedizinforschung“ „als historisches Konstrukt“¹¹ entlarvt wurde, ist bereits in groben Linien nachgezeichnet worden und muss hier nicht noch einmal wiederholt werden.¹² Mittlerweile sind sowohl die Themen volkskundlich-kulturwissenschaftlicher Gesundheitsforschung als auch die methodischen Zugänge und eingenommenen Perspektiven auf krankheits- und gesundheitsbezogene Phänomene so zahlreich und vielfältig geworden, dass Eberhard Wolff in diesem Band sogar den Abschied von seinem vor zehn Jahren postulierten „Abschied auf Raten“ ausrufen kann.

Im Zuge dieser Neuorientierung rekurren nur noch die wenigsten AutorInnen aus den Kulturwissenschaften auf den Begriff der „Volksmedizin“, wenn sie Gesundheit und Krankheit zum Gegenstand ihrer Analyse machen. Viel eher sprechen sie von „volkskundlicher Gesundheitsforschung“, „Medikalkulturforschung“, von einem „medikalen System“ oder von der „medikalen Kultur“. Dieser letztgenannte Begriff

erscheint nun den HerausgeberInnen wegen seiner grundsätzlichen theoretischen Implikationen geeignet, um den einzelnen Beiträgen im fünften Band der *bricolage* als konzeptuelle und titelgebende Klammer zu dienen. Ziel dieses einführenden Beitrages soll es daher sein, die Entwicklung des Begriffes der „medikalen Kultur“ kurz zu umreißen.

Neubewertung und Erweiterung

Der Begriff wurde erstmals 1983 von der Volkskundlerin Jutta Dornheim und dem Volkskundler Wolfgang Alber als mögliches Konzept in die volkskundliche Gesundheitsforschung eingeführt.¹³ Dieser in einem Sonderband des gesellschaftspolitisch ausgerichteten Argumente-Verlages erschienene Beitrag versucht, dem Prozess zunehmender Normierungen im Umgang mit dem kranken Körper sowie dem mit diesem Prozess einhergehenden Verlust krankheitsbezogener Wissenskompetenzen bei medizinischen Laien nachzugehen. Die Autorin und der Autor, die ihren Beitrag aus einer dezidiert professionalisierungs- und medikalisierungskritischen Perspektive schreiben, gehen dabei von einem bis ins 18. Jahrhundert hinein vorherrschenden Pluralismus am Markt medizinischer Dienstleistungen aus, der sich als „Fundus medikaler Kultur“ aus den unterschiedlichsten, aber noch wenig hierarchisierten Praktiken des Heilens zusammensetzte. Erst durch die Professionalisierung der akademischen Ärzteschaft, deren Streben nach Monopolisierung sowie durch eine verstärkte Medikalisierung breiter Bevölkerungsschichten wäre dieser Markt in „legitime“ und „illegitime“ AnbieterInnen geteilt und der Bereich magisch-ritueller Praktiken dem „abergläubischen Landvolk“ zugeschrieben worden. Um diese Prozesse, die in der bisherigen Forschung vielfach aus dem Blickwinkel der Ärzte und aufgeklärten Gesundheitsreformer interpretiert wurden, aus der „Innenperspektive historischer Subjekte“¹⁴ nachzeichnen zu können, plädieren die Autorin und der Autor für einen konzeptuell neuen Zugang zu medizinhistorischen Quellen (Gesundheitskatechismen, Hausväterliteratur, sanitätspolizeiliche Gesetzessammlungen). So könnten jene tradierten Wissensvorräte, Verhaltensweisen sowie die Inanspruchnahme breiter Bevölkerungsschichten hinsichtlich verschiedener Heilergruppen und therapeutischer Angebote, die die Autorin und der Autor unter dem Begriff der „medikalen Laienkultur“ zusammen fassen, rekonstruiert werden.

Mit diesem Begriff gehen sie zwar von zwei nebeneinander existierenden „medikalen Kulturen“ aus und setzen dichotomische Denkweisen in gewisser Weise fort. Allerdings erlaubt ihnen dieser Blickwinkel, den im 18. Jahrhundert einsetzenden Distanzierungsprozess der naturwissenschaftlichen Medizin vom medizinischen Verständnis breiter Bevölkerungsschichten als noch nicht abgeschlossen wahrzunehmen,

was sich etwa im Phänomen der sich seit den 1970er Jahren rasant konstituierenden Gesundheitsselfhilfegruppen zeige.¹⁵ Mit dieser kurzen Anmerkung brechen Dornheim/Alber die thematische Fixierung der bisherigen „Volkmedizinforschung“ auf das Sammeln und Dokumentieren magischer Formeln und Heilmittel auf und verweisen auf die Notwendigkeit, Ausformungen wie etwa jene von Selbsthilfegruppen im zeitgenössischen Gesundheitswesen zum Gegenstand volkskundlicher Forschung zu machen. In einem späteren Artikel¹⁶ fasst Jutta Dornheim ihre vorgebrachten Argumente für diesen erweiterten Volksmedizinbegriff nochmals zusammen und arbeitet das Konzept der „medikalen Kultur“ präziser heraus. „Von ‚medikaler Kultur‘ spreche ich, wenn alle medizinischen Wissensvorräte und Handlungsweisen einschließlich der dazugehörigen Institutionen unserer Kultur gemeint sind.“¹⁷ Für eine Geschichte der medikalen Laienkultur sei die Dokumentation medikalen „Volkswissens“ daher um die Analyse der öffentlichen Diskurse um Gesundheit und Krankheit sowie der daran beteiligten Institutionen und Gruppierungen zu erweitern.

Für diese sich in den 1980er Jahren abzeichnende Erweiterung des „Volkmedizin“-Begriffes von der Heilkunde einer als homogen konzipierten ländlich-bäuerlichen Gesellschaft hin zu stärker sozialwissenschaftlichen Fragestellungen nach den „medikalen Kulturen“ spezifischer sozialer Gruppen lässt sich exemplarisch die Arbeit von Bernhard Herrmann herausgreifen. Herrmann untersucht in seiner am Medizinhistorischen Institut der Universität Mainz 1989 entstandenen Dissertation Beweggründe für das Engagement von Arbeitern in der seit den 1880er Jahren im Deutschen Kaiserreich verstärkt vereinsmäßig organisierten Naturheilkundebewegung.¹⁸ Am Fallbeispiel des von 1908 bis 1933 hauptsächlich in Sachsen wirkenden „Verbandes der Vereine für Volksgesundheit“ fragt er nach der Funktion, die dieser „Naturheilbund“ für das Gesundheitsverhalten seiner hauptsächlich aus dem Arbeiterstand bestehenden Mitglieder erfüllte. Herrmann sieht seine Studie demnach als „Beitrag zur Erforschung der medikalen Kultur der Unterschichten, also ein Stück medizinischer Mentalitätsgeschichte“¹⁹. Für ihn belegten solche naturheilkundlichen Vereine mit ihren leicht umzusetzenden therapeutischen Maßnahmen und ihrer Parteinahme für nicht approbierte Heilkundige jene Nischen in der „medikalen Kultur“ der in die Städte abgewanderten Arbeiter, die durch den Wegfall des vertrauten Netzes medizinischer Versorgung und der tradierten Verhaltensweisen im Krankheitsfall entstanden waren. Mit den Repräsentanten der „Schulmedizin“, denen die Arbeiter nicht zuletzt durch das Krankenkassensystem im Sinne des Medikalisationkonzeptes Ute Freverts²⁰ „ausgeliefert“ gewesen wären, hätte sie weder eine soziale Nähe noch dasselbe Bezugssystem verbunden. Auf noch weniger Verständnis wären die Gesundheits- und Präventionsentwürfe der bürgerlichen Ärzte gestoßen.²¹ Anknüpfungspunkte hätte

diese zur „schulmedizinischen“ Ausrichtung der Kassenärzte „abweichende Kultur der Unterschichten“²² vielmehr mit der naturheilkundlichen Ausrichtung der Lebensreformbewegung aufzuweisen gehabt. Denn diese bot sich als das Heilsystem an, das „den vom Land in die Stadt gekommenen Arbeitern von seinem Wesen her am nächsten lag und die Lücke zwischen der ursprünglichen volksheilkundlichen Prägung und der ‚fremden‘ Schulmedizin füllte“²³.

Herrmann konzipiert in seiner Analyse die traditionelle „medikale Kultur“ der Arbeiter zwar als einen von „schulmedizinischen“ Lehren nahezu völlig unberührten Bereich, dessen „Wesen“ erst im Zuge des Medikalierungsprozesses von naturwissenschaftlich ausgerichteten Ärzten „rational“ überformt worden sei. Dennoch gelingt es Herrmann unter Bezugnahme auf das Konzept der „medikalen Kultur“, die fehlende historische Dimension früherer „volksmedizinischer“ Arbeiten weit hinter sich zu lassen und das konkrete gesundheitsbezogene Handeln einer Bevölkerungsgruppe mit relativ klarem Sozialprofil in Wechselwirkung zwischen einer staatlich unterstützten Medizin und einer auf diese Monopolisierung medizinischer Dienstleistungen agierenden Gegenbewegung präzise herauszuarbeiten.

Quer zur Disziplin

Eine solche Betrachtungsweise, die staatlichen Bestrebungen um Ausweitung medizinischer Dienstleistungen auf breite Bevölkerungsgruppen in erster Linie als Konflikt zwischen zwei unabhängig voneinander existierenden „Blöcken“ – etwa zwischen *den* (städtischen) „Ärzten“ und *dem* (ländlichen) „Volk“ – zu interpretieren, stellte Forschende bei der Auswertung ihrer Quellen jedoch vor methodische Probleme. An vielen volkskundlichen und medizinhistorischen Arbeiten kritisiert die Historikerin Francisca Loetz daher sowohl das unkommentierte Übernehmen von Begriffen spezifischer Interessensgruppen als auch das mangelnde Bewusstsein dafür, dass die gebrauchten Termini nur gemeinsam als aufeinander bezogene und sich gegenseitig ausschließende Kategorien funktionieren würden.²⁴ Für eine Analyse der wechselseitigen Beziehungen zwischen den „medikalen Kulturen“ würde somit kein interpretatorischer Rahmen geboten.²⁵ Beispielsweise wäre der Begriff „Schulmedizin“ von Alternativmedizinern seit der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts in die Diskussion um die Kurierfreiheit eingeführt worden, um die strikt naturwissenschaftliche Ausrichtung ihrer Repräsentanten zu diskreditieren. „Volksmedizin“ wiederum suggeriere eine scharfe Trennlinie zwischen der Medizin von „Eliten“ und jener der „Massen“, die durch die wechselhafte Geschichte des „Volksbegriffes“ zudem mit Naturverbundenheit, Fort-

schrittsfeindlichkeit und Aberglauben in Verbindung gebracht werden. Alternative Abgrenzungsversuche rekurrten vielfach auf voreingenommene Perspektiven der Gesetzgeber („offiziell“/„inoffiziell“) oder verweisen auf wenig taugliche Kategorien wie den „Zufall“ („Wissenschaft“/„Empirie“).

Konsequenterweise verzichtet Loetz daher möglichst auf sprachliche Gegenüberstellungen, da diese „Grenzlinien [ziehen], wo Grauzonen ineinander übergehen“²⁶. Zur Entwicklung von Leitfragen in ihren Arbeiten orientiert sie sich an den konkreten medizinischen Praktiken, die von AnbieterInnen und von NachfragerInnen medizinischer Dienstleistungen nach deren individuellen Bedürfnissen wechselseitig ausgehandelt werden. Für einen solchen Zugang eröffne das Konzept der „medikalen Kulturen“, wie es Dornheim vorschlägt, ein weitaus weniger vordefiniertes Feld an Fragestellungen als die erwähnten Termini. In ihrer Untersuchung zum Prozess der Medikalisierung am Beispiel Badens im 18. und 19. Jahrhundert kann Francisca Loetz in Ergänzung zu früheren Sichtweisen auf die Medikalisierung letztlich nachweisen, dass viele Änderungen im Gesundheitssystem nicht nur als willkürliche Durchsetzung ärztlicher Interessenpolitik zu sehen seien, sondern dass die vereinzelte Einrichtung medizinischer Angebote auch als Ausdruck einer gezielten Nachfrage („Druck von unten“) interpretiert werden könne.²⁷

Perspektivenwechsel

Nicht nur innerhalb der Medizinhistoriographie selbst kam es infolge der zunehmenden Etablierung einer Medizingeschichte als Sozialgeschichte zu einem Perspektivenwechsel.²⁸ Inzwischen hatten auch einige am Rande des institutionalisierten Wissenschaftsbetriebes stehende VertreterInnen der historischen Wissenschaften unter dem Einfluss der Alltags-, Mikro- und Mentalitätsgeschichte²⁹ verstärkt gesundheits- und krankheitsbezogenen Themen aus historischer Perspektive in den Blick genommen. In kritischer Auseinandersetzung mit den unilinearen Sichtweisen einer überwiegend von historischen Individuen abstrahierenden, quantifizierend arbeitenden Strukturgeschichte auf historische Prozesse wie die Medikalisierung wandte sich eine neue HistorikerInnengeneration der Rekonstruktion konkreter „Lebensrealitäten“ zu. Sie fragte danach, wie historische AkteurInnen in spezifischen Epochen und Gesellschaften mit einer Krankheit oder mit dem Tod umgingen und wie sie ihren gesunden Körper zu schützen versuchten. Eine solche Perspektive eröffnete nicht zuletzt neue Blicke auf den Leib, dessen Wahrnehmung und Beschreibung.³⁰ Unter dem Begriff der „Patientengeschichtsschreibung“ greift diese neue Forschungsrichtung dabei viele Themenfelder auf, die sich mit den Fragestellungen der „Volksmedizinforschung“ decken.³¹

Im sich seit den 1970er Jahren neu konstituierenden Feld der Sozialgeschichte der Medizin bestritt beispielsweise Robert Jütte neue Wege, indem er sich im Rahmen einer Mikrostudie mit dem Krankheitserleben und der Krankheitsbewältigung, der Krankenrolle und dem Arzt-Patienten-Verhältnis in einer frühneuzeitlichen Stadt beschäftigte.³² In Anlehnung an die Aussage des italienischen Historikers Giovanni Levi, Mikrohistoriker untersuchten keine Dörfer, sondern *in* Dörfern³³, erläutert Jütte die Herangehensweise an sein Thema: „Im Mittelpunkt steht nicht wie üblich *das* Gesundheitswesen einer bestimmten Stadt, sondern das medikale System *in* einer Stadt.“³⁴ Ein solch mikroanalytischer Blick auf den medizinischen Alltag in Köln ermöglicht nun die angestrebte Medizingeschichte aus der Perspektive der PatientInnen, die als Erwidern und Ergänzung einer bis dato überwiegend standespolitisch und wissenschaftsgeschichtlich betriebenen medizinhistorischen Forschung zu verstehen ist. Zugleich relativiert und präzisiert Jütte mit dem Einnehmen einer patientenorientierten Perspektive auf das Krankheitsverhalten und die therapeutische Inanspruchnahme historischer AkteurInnen aber auch jenen unscharfen „Volksbegriff“, mit dem die ältere „Volksmedizinforschung“ spezifische gesundheitliche Phänomene breiter Bevölkerungsschichten zu fassen versucht hatte. Durch seine Bearbeitung zahlreicher Quellen zum medikalen Alltag im Köln des 16. und 17. Jahrhunderts, die neben traditionellen Archivalien der Medizingeschichte wie einem „Beleidbuch“ der städtischen Wundärzte auch Testamente und Verhörprotokolle, v.a. aber die autobiographischen Aufzeichnungen des Kölner Ratsherren Hermann Weinsberg mit einschließt, gelingt Jütte ein differenzierter und komplexer Blick auf die „medikale Kultur“ der Kölner EinwohnerInnen. Auf das Konzept der „medikalen Kultur“ wird zwar in erster Linie in jenen Passagen zurückgegriffen, in denen die Gruppe der approbierten und autorisierten Heiler im professionspolitischen Sinne von jenen Heilkundigen unterschieden werden soll, die abseits etwa der zünftisch organisierten Wundärzte die medizinische Versorgung der KölnerInnen sicherstellten.³⁵ Ahistorische Grenzziehungen zwischen einer irrationalen „Medizin“ als Teil der ländlichen „Volkskultur“ und einer deutlich von dieser abgrenzbaren rationalen „Medizin“ als Teil der städtischen „Elitenkultur“ werden dennoch vermieden. Vielmehr erscheint das Bild eines facettenreichen Pluralismus von professionellen, halbprofessionellen und nicht lizenzierten AnbieterInnen medizinischer Dienstleistungen in dieser frühneuzeitlichen Stadt, aus denen die Kranken und deren Angehörige jene Therapien, die ihnen augenblicklich für die Linderung des spezifischen Leidens am wirkungsvollsten erschienen, auswählen konnten. Jüttes Studie ist auch als Ausdruck jener Debatten zu lesen, die die Geschichtswissenschaften im Zuge ihrer „kulturwissenschaftlichen Wende“ seit den 1990er Jahren beschäftigen. Für die Medizingeschichte bedeutete dieser Perspektivenwechsel eine Reflexion dahingehend, wie sich ihre Fragestellungen mit dem neuartigen Theorien- und Methodenapparat der Kulturwissenschaften sinnvoll erweitern ließen.³⁶

Neufokussierung

Einen solchen Richtungswechsel vollziehen auch die beiden Sozialhistoriker Jens Lachmund und Gunnar Stollberg mit ihrer 1995 erschienen Studie, in der sie auf der Quellengrundlage von Autobiographien des ausgehenden 18. bis frühen 20. Jahrhunderts den „alltäglichen Praktiken des Umgangs mit Krankheit“³⁷ nachzugehen versuchen. Die beiden Autoren legen ihren Schwerpunkt weniger auf Krankheit als Ablauf biologischer Prozesse als auf jene kulturellen Überformungen, mit denen Krankheit in den jeweiligen Epochen und Gesellschaften „als Ereignis“ konstruiert wird. Denn somatische Prozesse würden „das Erleben und das Handeln eines Individuums niemals direkt, sondern stets vermittelt durch kulturelle Empfindungsweisen, Körperbilder, Vokabularien, Metaphern und Erklärungsmodelle“³⁸ beeinflussen.

Dieser Zugang zu vergangenen „Patientenwelten“ aus einer bewusst gewählten Patientenperspektive ist repräsentativ für den eingeleiteten Abschied von der ehemals postulierten klaren „Demarkationslinie zwischen zwei weitgehend voneinander abgetrennten Welten“³⁹ (der „Schul-“ und der „Volksmedizin“, A.U.) und die neuen Erkenntnismöglichkeiten durch konzeptuelle Erweiterungen unter Verwendung des Begriffes „medikale Kultur“. Für die beiden Autoren stellen Krankheitsempfindungen und Körpererfahrungen weniger universale Größen dar als vielmehr kulturelle Konstruktionen, die in unterschiedlichsten Gesellschaften, Kulturen und Epochen mit jeweils anderen Inhalten gefüllt werden und die in ihrer Fremdheit nicht problemlos in zeitgenössische Muster und Denkkategorien einordenbar sind. Um nun die oftmals konfliktreich verlaufenden Vermittlungsprozesse aus der Innenperspektive der historischen AkteurInnen – der „Kranken“ – und weniger aus der Sicht der Ärzte – der „Behandelnden“ – zu rekonstruieren, sehen Lachmund und Stollberg in den Methoden der Historischen Anthropologie ein geeignetes Instrumentarium. Denn das „Auge des Ethnographen“, dessen durch Entfremdung geschulte Wahrnehmungsweise Hans Medick in einem programmatischen Beitrag 1984 für die historische Forschung nutzbar zu machen versucht, schaffe „eine neue Sensibilität für die Eigenartigkeit, Unterschiedlichkeit und Fremdheit historischer Phänomene“⁴⁰. So gesehen eignet sie sich für eine Medizingeschichtsschreibung, die auch die Vormachtstellung der modernen Medizin nicht im Rückblick an ihren Erfolgen und Fortschritten misst, sondern als kulturell bedingt ansieht und somit eine Analyse der sich in der moderne Medizin durchgesetzten Verfahren und Techniken für die Kulturwissenschaften lohnend macht.⁴¹ Mit dem Instrument der Verfremdung können krankheitsbezogene Phänomene und Strategien zur Krankheitsbewältigung, die laut den Prämissen einer frühen „Volksmedizinforschung“ auf eine abgeschlossene, eigenständig existierende „Volksmedizin“ verwiesen hätten, nun als Teil eines kulturellen Systems (bzw. der „medikalen Kultur“) aufge-

fasst werden. Mehr noch: über den „Verfremdungsprozess“ ethnologischer Betrachtungsweisen erscheint plötzlich auch die „Schulmedizin“ als ein überaus komplexes kulturelles System, das mit der „Volksmedizin“ mehr ineinander verwoben ist als zueinander in Distanz steht. Mit diesem analytischen Konzept erscheint auch der in den untersuchten Autobiographien aus den krankheitsbezogenen Bemerkungen herauszulesende Medikalisierungsprozess daher weniger als „kolonialistischer“ Normierungs- und Disziplinierungsversuch auf die gesundheitsbezogene Wissenskompetenz breiter Bevölkerungsschichten. Vielmehr stellt sich dieser für Lachmund und Stollberg in Form „vielfältiger Aushandlungsprozesse, in denen die Problemlösungsangebote der sich professionalisierenden Medizin und die kulturellen Kategorien, in denen die PatientInnen ihre Bedürfnisse artikulierten, sich wechselseitig aufeinander bezogen, sich durchdrangen und umdefinierten“⁴², dar.

MediCultural Turn?

Wie Eberhard Wolff in seinem Beitrag in diesem Band aufzeigt, trägt das zunehmende Interesse verschiedenster Disziplinen neben der Volkskunde/Europäischen Ethnologie an Phänomenen der Gesundheit und der Krankheit einerseits zu einer Pluralisierung der spezifischen Fragestellungen, theoretischen Zugänge, eingenommenen Forschungsperspektiven und angewandten Methoden bei, während den Disziplinen dadurch zugleich auch hinsichtlich explizit historischer bzw. gegenwartsbezogener Themenschwerpunkte keine Beschränkung mehr auferlegt ist. Diese Entwicklung verdeutlicht etwa die seit geraumer Zeit zu beobachtende stärkere Beschäftigung von VertreterInnen der Medizingeschichte mit zeitgeschichtlichen Themen über jenen „Dauerbrenner“ der Rolle der Medizin im NS-Regime hinaus, beispielsweise mit den fachinternen Mechanismen des Eingangs und des Ausschlusses bestimmter medizinischer Techniken in den bzw. vom „Mainstream“ oder mit bisher wenig beachteten Berufsgruppen im Gesundheitswesen wie dem Pflegepersonal.⁴³ Die Ergebnisse zahlreicher Detailstudien im Bereich der „Medikalkulturforschung“ seit den 1980er Jahren führten zudem deutlich vor Augen, dass mit der Spezifizierung und Fokussierung des Erkenntnisinteresses infolge der konzeptuellen Überlegungen der „neueren Volksmedizinforschung“ „die Grenzen dessen verschwimmen, was mit [dem; Artikel fehlt im Originaltext; Anm. A.U.] Begriff überhaupt beschrieben werden soll“⁴⁴, wie Michael Stolberg festhält. Stolberg stellt daher wie andere VertreterInnen der volkskundlichen Gesundheitsforschung zur Diskussion, ob man auf den Begriff „Volksmedizin“ „dann nicht besser in Zukunft gänzlich verzichten“⁴⁵ und ihn durch andere Konzepte wie „Laienmedizin“ oder „medikaler Kultur“ ersetzen sollte. Freilich besitzt jeder dieser Begriffe, wie Mi-

chael Simon in seinem Beitrag in diesem Band problematisiert, Unschärfen und birgt diverse Fallstricke beim Ausarbeiten des empirisch erhobenen Materials.⁴⁶

Die Vorteile, die dabei ein Konzept wie jenes der „medikalen Kultur“ eröffnet, hat Katharina Ernst kürzlich theoretisch durchgespielt und dessen Anwendbarkeit in ihrer Studie zu Krankheitsverhalten und Krankheitsdeutung württembergischer Pietisten des 18. Jahrhunderts auch empirisch an ihrem Quellenmaterial vorgeführt.⁴⁷ Laut Ernst vermeide ein solches Konzept arztzentrierte Sichtweisen, indem es auf die Gruppe der „PatientInnen“ fokussiere ohne jedoch das vorherrschende medizinische System und deren RepräsentantInnen von der Betrachtung auszuschließen. Gleichzeitig konzipiere es „Medizin“ nicht als Gegenüberstellung von Laien und Experten, sondern biete Raum für wechselseitige Interaktionen zwischen jenen Gruppen, die an der Bewältigung von Krankheit und an der Herstellung von Gesundheit beteiligt sind. Im Gegensatz zum Begriff „Patientengeschichte“⁴⁸ impliziere es auch keine abschließliche Beschränkung auf „PatientInnen“ oder „Kranke“ in Behandlung, sondern „umfasst alle Handlungen und Denkweisen in bezug auf Krankheit und Gesundheit“⁴⁹. Und schließlich bliebe trotz der angestrebten „dichten Beschreibung“⁵⁰ von gesundheits- und krankheitsbezogenen Phänomenen in der untersuchten Gesellschaft durch den Rückgriff auf „Kultur“ immer die Rückbindung an „makrohistorische“ und „überindividuelle“ Forschungsfragen der jeweiligen Disziplinen möglich.

Volker Roelcke gibt in seiner Überblicksdarstellung zwar zu bedenken, dass der Rückgriff auf einen Begriff „medikale Kultur“ durch die Referenz auf eine ahistorisch verwendete Kategorie „Medizin“ die Gefahr berge, Phänomene von einem gegenwärtigen Erfahrungshorizont aus als immer schon in der Verantwortung eines medizinischen Systems liegend zu betrachten, die von den entsprechenden Gesellschaften oder AkteurInnen eigentlich dem Bereich von Religion (z. B. bei „Wahnsinn“) oder von Ordnungssystemen sozialen Zusammenlebens (z. B. bei „Tabu- und Regelbrüchen“) überantwortet werden konnten. Doch sieht er wie Ernst den hauptsächlichen Zugewinn bei Anwendung dieses Konzeptes darin, dass „in dieser gleichzeitig erweiterten und relativierenden Perspektive die Deutungen und Handlungen der Kranken sowie in systematischer Weise die kulturelle Bedingtheit jeglicher gesundheits- und krankheitsbezogener Vorstellungen und Praktiken“⁵¹ in den Blick genommen wird.

Im Herausarbeiten und Sichtbarmachen eben dieser kulturellen Bedingtheiten im Umgang mit Krankheit und Gesundheit sieht Eberhard Wolff die Chancen volkscundlich-kulturwissenschaftlicher Disziplinen, sich mit ihren spezifischen Kompetenzen innerhalb der interdisziplinär ausgerichteten Forschungen zu „medikalen Kulturen“ stärker positionieren zu können. Zu Abschluss seines Beitrages regt er daher gerade in Kenntnis der wechselvollen Geschichte der „Volksmedizinforschung“ zu einer grundsätzlichen Diskussion darüber an, „wie weit sich Medikalkulturforschung

als Kulturforschung ein deutlicheres Image geben und damit von anderen Bereichen der Gesundheitsforschungen, etwa der im engeren Sinne soziologischen oder der historischen Forschung absetzen könnte – allerdings nicht im Sinne von Ein- und Ausgrenzungen, sondern von Unterscheidbarkeit“. Aus dem Blickwinkel einer anderen Forschungstradition wiederum sehen auch die beiden Medizinhistoriker Hans-Georg Hofer und Lutz Sauerteig in einer solchen thematischen, methodischen und theoretischen Öffnung für kulturwissenschaftliche Herangehensweisen zu krankheits- und gesundheitsbezogenen Themen den eigentlichen Zugewinn für das Fach der Medizingeschichte, indem dieses für andere Disziplinen anschlussfähig werde. Erst durch die Perspektivenvielfalt könnte jene „produktive Destabilisierung und Dynamisierung des Begriffes ‚Medizin‘“⁵² erreicht werden, die Auffassungen von Medizin als ahistorische Kategorie vermeide und der Komplexität des Feldes gerecht werde. Der an der Universität Innsbruck im Jahre 2006 eingerichtete Fakultätsschwerpunkt „Schnittstelle Kultur“, an den sich seit Herbst 2007 auch eine Arbeitsgruppe „Medikale Kulturen“ angedockt hat, bietet nun gerade durch seine Institutionalisierung und seine interdisziplinäre Ausrichtung für eine volkskundliche Kulturwissenschaft die Möglichkeit, diese aufgeworfenen Fragen vor dem Hintergrund der „Neuorientierung in den Kulturwissenschaften“⁵³ im Zuge des *cultural turn* zu behandeln.

Zu diesem Band

Auch die HerausgeberInnen des vorliegenden Bandes greifen diese Überlegungen insofern auf, als sie die inhaltliche und methodische Vielfalt der einzelnen Beiträge zu übergeordneten Themenbereichen zu verdichten versuchen, die allesamt auf die kulturelle Überformung von Krankheit, deren Erleben, Bewältigung und Prävention verweisen. Bei aller Bewusstheit für die kulturelle Determiniertheit von Krankheits- und Gesundheitskonzepten soll aber die biologische Dimension von Krankheitsprozessen nicht gänzlich ausgeklammert werden: als „am eigenen Leib“ erfahrenes physisches „Leiden“ nämlich infolge schmerzhafter Veränderungen am ehemals unversehrten Körper⁵⁴, seien diese „Leiden“ nun im 14. Jahrhundert infolge der Pest, im 18. Jahrhundert durch die Pocken oder im 20. Jahrhundert durch HIV/AIDS hervorgerufen worden.

Da der Beitrag von Eberhard Wolff die einzelnen Beiträge dieses Bandes in den Kontext der neueren kulturwissenschaftlichen Gesundheitsforschung einbindet, sei hier anstelle eines inhaltlichen Überblicks auf die Analyse von Wolff verwiesen. Mir bleibt nur noch anzumerken, dass die Autoren des Einführungskapitels in ihren theoretisch-reflexiv gehaltenen Beiträgen gebräuchliche Begriffe und Termini problematisieren und einen Überblick über aktuelle Forschungsfragen zu Themen aus dem Be-

reich der „medikalen Kultur“ geben. Im zweiten Abschnitt beschäftigen sich die Autorinnen mit konkreten Krankheitserfahrungen und dem spezifischen Krankheitserleben historischer AkteurInnen vom Spätmittelalter bis in die Gegenwart. Die im dritten Kapitel versammelten Beiträge stellen Interaktionsprozesse zwischen medizinischen „Laien“ und ExpertInnen“ und somit die Frage nach dem „verhandelten Leiden“ in den Mittelpunkt ihrer Arbeiten. Mit welchen medialen Praktiken und medizinischen Techniken zur Gesundung PatientInnen, von Krankheit Betroffene oder Krankheit abzuwehren Versuchende ihr reales oder befürchtetes Leiden zu bewältigen versuchen, behandeln die Autorinnen im abschließenden vierten Kapitel.

Die Projektierung eines Sammelbandes verlangt von allen daran Beteiligten Ressourcen ab, die meistens nur durch die Arbeit im Team wieder aufgefüllt werden können. Neben den in diesem Band vertretenen Autorinnen und Autoren, die ihre (Wissens-)Kompetenz in Form eines Beitrages zur Verfügung gestellt haben, möchte ich daher auch allen externen Gutachterinnen und Gutachtern für die genaue Durchsicht der jeweiligen Manuskripte danken. Ein besonderer Dank gilt auch jenen Zeitzeugen, die für die Aufarbeitung der Geschichte der Tiroler AIDS-Hilfe, des Aufbaus der Online-Drogenberatung *MDA basecamp* des Jugendzentrums Z6 und der „Gesundheitsstraße für türkische Migrantinnen“ für Interviews zur Verfügung gestanden haben. Besonders Christoph Schatzmann vom Verein Heilpädagogische Familien hat diesbezüglich wertvolle Vermittlungsarbeit geleistet. Reinhard Bodner verhinderte durch seine kritische Aufmerksamkeit die drucktechnische Bewahrung so mancher sprachlichen Absurdität für die Nachwelt, Kathrin Sohm hat sich mit gewohnt souveräner Kunstfertigkeit durch das stürmische Meer unterschiedlichster Datei- und Bildformate manövriert. Ein Dank geht schließlich auch an das Vizerektorat für Forschung der Universität Innsbruck sowie an die GRÜNEN Tirol, die die Drucklegung dieses Bandes mit einer Subvention bedacht haben. Ohne den Einsatz der genannten Personen wäre der fünfte Band der *bricolage* in dieser Form und in diesem Umfang wohl nicht zustande gekommen.

¹ ECHO. Gesund & Leben (Tirol-Ausgabe), Oktober 2007.

² Zur Debatte um das kulturelle Erbe siehe das Vorgängerheft: „bricolage. Innsbrucker Zeitschrift für Europäische Ethnologie. Heft 3: Kulturelles Erbe [hgg. von Ingo Schneider, Reinhard Bodner u. Kathrin Sohm], Innsbruck 2005.

³ Die Gewichtung und deklarierte Eigenständigkeit dieses Gegenstandsbereiches innerhalb des volkskundlichen Kanons zeigt sich nicht zuletzt darin, dass dieser Forschungsrichtung ein eigenes Überblickskapitel im wichtigsten volkskundlichen Studienlehrbuch zugestanden wurde. Vgl. *Rolf W. Brednich* (Hg.): Grundriß der Volkskunde. Einführung in die Forschungsfelder der Europäischen Ethnologie. Berlin ²1994 (ich beziehe mich im Folgenden auf die zweite Auflage. Die erste Auflage erschien 1988). Den entsprechenden Artikel „Volksmedizin“ verfasste bis zur dritten Auflage 2001 (in der Eberhard Wolff die Einführung in dieses Themenfeld übernahm) die am Grazer Institut wirkende *Elfriede Grabner*: Volksmedizin. Ebd., 423-446. Dort finden sich auch die Namen früher „Volksmedizinforscher“.

⁴ Zu den wichtigsten Veröffentlichungen siehe die Literaturliste in: *Grabner* (wie Anm. 3), 443 f.

⁵ *Elfriede Grabner*: Krankheit und Heilen. Eine Kulturgeschichte der Volksmedizin in den Ostalpen. Wien ²1997 (= Mitteilungen des Instituts für Gegenwartsvolkskunde, 16), 269.

⁶ So der Titel des programmatischen Aufrufs zur Neuorientierung des Faches. *Klaus Geiger u.a.* (Red.): Abschied vom Volksleben. Tübingen 1970 (= Untersuchungen des LUI, 27).

⁷ *Eberhard Wolff*. „Volksmedizin“ – Abschied auf Raten. Vom definitorischen zum heuristischen Begriffsverständnis. In: *Zeitschrift für Volkskunde*, 94 (1998), 233-257.

⁸ *Rudolf Schenda*: Volksmedizin – was ist das heute? In: *Zeitschrift für Volkskunde*, 69 (1973), 189-210; *Helmuth Fielhauer*: Volksmedizin – Heilkulturforchung, Grundsätzliche Erwägungen anhand von Beispielen aus Niederösterreich. In: ders.: *Volkskunde als demokratische Kulturgeschichtsschreibung. Ausgewählte Aufsätze aus zwei Jahrhunderten*. Wien 1987, 52-74 (es handelt sich hierbei um einen Nachdruck des 1973 erschienenen Beitrages von Fielhauer).

⁹ Seit einem guten Jahrzehnt stellt die neuere „Volksmedizinforchung“ eine eigene Sektion innerhalb der *dgv* dar und richtet ein jährliches Arbeitstreffen in Würzburg aus, an dem neueste Entwicklungen diskutiert und in einer eigenen Reihe auch schriftlich dokumentiert werden. Siehe zu den Tätigkeiten des „Netzwerk Gesundheit und Kultur in der volkskundlichen Forschung“ dessen Homepage: <http://www.netzwerk-gesundheit-kultur.de>.

¹⁰ Diese Kritik zielte einerseits auf die thematische Enge ab, die ihren Fokus hauptsächlich auf magisch-rituelle Heilpraktiken und pflanzliche, tierische und mineralische Heilssubstanzen richtete und somit die Vorstellung „einer von der Außenwelt abgeschlossenen „Volksmedizin“ voller Amulette und Spruchsegen“ weiter tradierte. Auch die großteils ahistorischen Fragestellungen der Untersuchungen wurden kritisiert, die der Suche nach vermeintlich von alters her existierenden kulturellen Grundformen verpflichtet waren. Fragen, die das Aufgezeichnete in einen klar definierten regionalen, zeitlichen und sozialen Kontext stellten, wurden dadurch gar nicht erst gestellt. Und schließlich leistete die ungeprüfte Übernahme des ärztlichen Blicks auf „volksmedizinische“ Phänomene im Zuge der ersten Kompendien Mitte des 19. Jahrhunderts einen Forschungsvorschub, die „Volksmedizin“ als das „Andere“ konzipiert, dem einzelne gesundheits- und krankheitsbezogene Phänomene klar zuordenbar wären oder sich aus ihr ausschließen lassen. Vgl. *Wolff* (wie Anm. 7).

¹¹ *Eberhard Wolff*. „Volksmedizin“ als historisches Konstrukt. Laienvorstellungen über die Ursachen der Pockenkrankheit im frühen 19. Jahrhundert und deren Verhältnis zu Erklärungsweisen in der akademischen Medizin. In: *Österreichische Zeitschrift für Geschichtswissenschaft*, 7 (1996), 405-430.

¹² Vgl. neuerdings *Wolfgang Uwe Eckart* u. *Robert Jütte*: *Medizingeschichte. Eine Einführung*. Köln u.a. 2007, 334-337. Etwas ausführlicher hingegen *Michael Stolberg*: *Probleme und Perspektiven einer Geschichte der „Volksmedizin“*. In: Thomas Schnalke u. Claudia Wiesemann (Hgg.): *Die Grenzen des Anderen. Medizingeschichte aus postmoderner Perspektive*. Köln u.a. 1998, 49-73 sowie *Wolff* (wie Anm. 7).

¹³ *Wolfgang Alber* u. *Jutta Dornheim*: „Die Fackel der Natur vorgetragen mit Hintansetzung alles Aberglaubens“. Zum Entstehungsprozeß medikaler Laienkultur im Etablierungs- und Professionalisierungsprozeß der Medizin. In: Jutta Held (Hg.): *Kultur zwischen Bürgertum und Volk*. Berlin 1983 (= *Argument-Sonderband*, 103), 163-181.

¹⁴ Ebd., 170.

¹⁵ Ebd., Anm. 6.

¹⁶ *Jutta Dornheim*: Zum Zusammenhang zwischen gegenwarts- und vergangenheitsbezogener Medikalkulturforschung. Argumente für einen erweiterten Volksmedizinbegriff. In: *Hessische Blätter für Volks- und Kulturforschung*, 19 (1986), Themenheft: Heilen und Pflegen. *Internationale Forschungsansätze zur Volksmedizin*, 25-41.

¹⁷ Ebd., 37, Anm. 1.

¹⁸ *Bernhard Herrmann*: *Arbeiterschaft, Naturheilkunde und der Verband Volksgesundheit (1880-1918)*. Frankfurt a.M. u.a. 1990 (= *Marburger Schriften zur Medizingeschichte*, 27).

¹⁹ Ebd., 16.

²⁰ *Ute Frevert*: *Krankheit als politisches Problem 1770-1880. Soziale Unterschichten in Preußen zwischen medizinischer Polizei und staatlicher Sozialversicherung*. Göttingen 1984.

²¹ Die Annahme, Faktoren wie Geld, räumliche Entfernung oder soziale Distanz hätten eine Inanspruchnahme von Ärzten für breite Bevölkerungskreise prinzipiell unmöglich gemacht, sind mittlerweile durch Detailstudien widerlegt worden. Vgl. *Francisca Loetz*: *Andere Grenzen: Faktoren ärztlicher Inanspruchnahme in Deutschland, 1780-1830. Empirische Ergebnisse und methodologische Überlegungen*. In: Thomas Schnalke u. Claudia Wiesemann (Hgg.): (wie Anm. 12), 25-48.

²² *Herrmann* (wie Anm. 18), 18.

²³ Ebd., 207.

²⁴ *Francisca Loetz*: *Vom Kranken zum Patienten. „Medikalisierung“ und medizinische Vergesellschaftung am Beispiel Badens 1750-1850*. Stuttgart 1993 (= *Medizin, Gesellschaft und Geschichte*, Beiheft 2).

²⁵ Ebd., 43-56.

²⁶ Ebd., 55.

²⁷ Kurze Überblicke über Gewinne und Problematiken der Forschungen zur „Medikalisierung“ bieten *Elisabeth Dietrich-Daum* u. *Rodolfo Taiani*: Editorial/Editoriale. In: *Geschichte und Region/ Storia e regione*, 14 (2005). Themenheft: *Medikalisierung auf dem Lande/Medicalizzazione in area alpine*, hg. von Elisabeth Dietrich-Daum u. Rodolfo Taiani, 5-18, sowie neuerdings *Eckart u. Jütte* (wie Anm. 12), 312-318.

²⁸ Vgl. die schon etwas älteren Überblicksdarstellungen von *Alfons Labisch*: *Zur Sozialgeschichte der Medizin*. In: *Archiv für Sozialgeschichte*, 20 (1980), 431-469, und von *Robert Jütte*: *Sozialgeschichte der Medizin: Inhalte – Methoden – Ziele*. In: *Medizin, Gesellschaft und Geschichte*, 9 (1990), 149-164.

²⁹ So findet sich beispielsweise in der ersten deutschsprachigen Überblicksdarstellung zu den Themenfeldern der Mentalitätsgeschichte ein eigener Bereich „Krankheit“. *Peter Dinzelbacher* (Hg.): *Europäische Mentalitätsgeschichte. Hauptthemen in Einzeldarstellungen*. Stuttgart 1993, 187-207.

Vgl. dazu die kritische Bestandsaufnahme von *Francisca Loetz*: *Histoire des mentalités und Medizingeschichte: Wege zu einer Sozialgeschichte der Medizin*. In: *Medizinhistorisches Journal*, 27 (1992), 272-291.

³⁰ Eine der ersten Studien zur Körpergeschichte war *Barbara Duden*: *Geschichte unter der Haut*. Ein Eisenacher Arzt und seine Patientinnen um 1730. Stuttgart 1987. Vgl. auch als direkte Referenz zur Untersuchung Dudens *Michael Stolberg*: *Homo patiens*. Krankheits- und Körpererfahrung in der Frühen Neuzeit. Köln u.a. 2003.

³¹ Nicht zuletzt dieser „Kompetenzüberschneidung“ wegen stammt die bisher ausführlichste Überblicksdarstellung zur „Patientengeschichte“ von einem Volkskundler. *Eberhard Wolff*: *Perspektiven der Patientengeschichtsschreibung*. In: Norbert Paul u. Thomas Schlich (Hgg.): *Medizingeschichte: Aufgaben, Probleme, Perspektiven*. Frankfurt a.M. u. New York 1998, 311-334.

³² *Robert Jütte*: *Ärzte, Heiler und Patienten*. Medizinischer Alltag in der frühen Neuzeit. München 1991.

³³ Zitiert nach *Hans Medick*: *Weben und Überleben in Laichingen 1650-1900*. Lokalgeschichte und Allgemeine Geschichte. Göttingen 1996 (= Veröffentlichungen des Max-Planck-Institutes für Geschichte, 126), 21.

³⁴ *Jütte* (wie Anm. 32), 11. Hervorhebung im Original.

³⁵ Siehe etwa ebd., 26, 31, 106 f., 151.

³⁶ Vgl. dazu neuerdings *Hans-Georg Hofer* u. *Lutz Sauerteig*: *Perspektiven einer Kulturgeschichte der Medizin*. In: *Medizinhistorisches Journal*, 42 (2007), 105-141.

³⁷ *Jens Lachmund* u. *Gunnar Stollberg*: *Patientenwelten*. Krankheit und Medizin vom späten 18. bis zum frühen 20. Jahrhundert im Spiegel von Autobiographien. Opladen 1995, hier Fußnote 9.

³⁸ Ebd., 10.

³⁹ *Eberhard Wolff* u. *Michael Simon*: *An den Grenzen der Biomedizin – kulturwissenschaftliche Erkundungen*. In: Thomas Hengartner u. Johannes Moser (Hgg.): *Grenzen & Differenzen*. Zur Macht sozialer und kultureller Grenzziehungen. 35. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Volkskunde, Dresden 2005. Leipzig 2006 (= Schriften zur sächsischen Geschichte und Volkskunde, 17), 485-491, hier 485.

⁴⁰ *Hans Medick*: „Missionare im Ruderboot“? Ethnologische Erkenntnisweisen als Herausforderung an die Sozialgeschichte. In: *Geschichte und Gesellschaft*, 10 (1984), 295-319, hier 304 bzw. 302.

⁴¹ Als ein Beispiel für einen solchen Zugang vgl. *Jens Lachmund*: *Der abgehorchte Körper*. Zur historischen Soziologie der medizinischen Untersuchung. Opladen 1997. Siehe auch *Hofer* u. *Sauerteig* (wie Anm. 36), 112-116.

⁴² *Lachmund* u. *Stollberg* (wie Anm. 37), 220.

⁴³ Vgl. dazu neuerdings *Thomas Schlich*: *Zeitgeschichte der Medizin: Herangehensweisen und Probleme*. In: *Medizinhistorisches Journal*, 42 (2007), 269-398. In den ethnologischen Disziplinen gehören solche Zugangsweisen allerdings seit langem zu ihrem Fachverständnis, mindestens ebensolange werden die damit verbundenen methodischen Probleme diskutiert. Vgl. etwa *Nicholas Eschenbruch*: *Interdisziplinäre Überlegungen zu Ethnographie und Anthropologie des Erzählens in klinischen Kontexten*. In: Rainer Alsheimer u. Roland Weibezahn (Hgg.): *Körperlichkeit und Kultur* 2004. *Interdisziplinäre Medikalkulturforschung*. Dokumentation des 7. Arbeitstreffens des „Netzwerk Gesundheit und Kultur in der volkskundlichen Forschung“ Würzburg, 31. März - 2. April 2004. Bremen 2005 (= *Volkskunde & Historische Anthropologie*, 10), 67-79.

⁴⁴ *Stollberg* (wie Anm. 12), 63.

⁴⁵ Ebd., 65.

⁴⁶ So ist die Verwendung des Begriffes „Laie“ nicht unumstritten. Wie Gisela Welz und ihre Studierenden mit ihrem Forschungsprojekt aufzeigen, wandeln sich etwa chronisch Erkrankte aufgrund ihrer langen Leidensgeschichte nicht selten von medizinischen „Laien“ zu „ExpertInnen“, die aufgrund ihres Erfahrungswissens zu einer wertvollen Stütze der behandelnden ÄrztInnen werden. Vgl. *Gisela Welz* u.a. (Hgg.): *Gesunde Ansichten. Wissensaneignung medizinischer Laien*. Frankfurt a.M. 2005 (= *Kulturanthropologische Notizen*, 74).

⁴⁷ *Katharina Ernst*: *Krankheit und Heiligung. Die medikale Kultur württembergischer Pietisten im 18. Jahrhundert*. Stuttgart 2003.

⁴⁸ Zu den Implikationen des Begriffes „Patient“ vgl. *Wolff* (wie Anm. 31).

⁴⁹ Ebd., 7-10.

⁵⁰ Zum Konzept der „dichten Beschreibung“ siehe *Clifford Geertz*: *Dichte Beschreibung. Beiträge zum Verstehen kultureller Systeme*. Frankfurt a.M. 1997.

⁵¹ *Volker Roelcke*: *Medikale Kultur: Möglichkeiten und Grenzen der Anwendung eines kulturwissenschaftlichen Konzepts in der Medizingeschichte*. In: Norbert Paul u. Thomas Schlich (Hgg.): (wie Anm. 31), 45-68, hier 62.

⁵² *Hofer* u. *Sauerteig* (wie Anm. 36), 115 f.

⁵³ Zu diesem Paradigmenwechsel in den Kulturwissenschaften siehe *Doris Bachmann-Medick*: *Cultural Turns. Neuorientierungen in den Kulturwissenschaften*. Reinbek 2006.

⁵⁴ Auf die Diskussion über die kulturelle Bedingtheit von Schmerzerfahrung kann hier nicht eingegangen werden. Vgl. dazu etwa *Elisabeth List*: *Schmerz – Selbsterfahrung als Grenzerfahrung*. In: Maria Wolf u.a. (Hgg.): *Körper-Schmerz. Intertheoretische Zugänge*. Innsbruck 1998 (= *Sozial- und Kulturwissenschaftliche Studientexte*, 1), 143-160, oder *Elaine Scarry*: *Der Körper im Schmerz. Die Chiffren der Verletzlichkeit und die Erfindung der Kultur*. Frankfurt a.M. 1992.

Patientenbilder

Zur neueren kulturwissenschaftlichen Gesundheitsforschung

Eberhard Wolff

Ein erster Blick auf das Inhaltsverzeichnis dieses „Bricolage“-Bandes mag zunächst verwundert haben. Sicherlich, in diesem Band geht es um Fragen von Gesundheit, Krankheit, Medizin und Körper. Aber was ist der Zusammenhang von Lourdes-Wasser, Partydrogen, Organspende und einem Armenfonds? Wer sich allerdings ein wenig genauer mit dem Forschungsfeld der volkskundlichen oder kulturwissenschaftlichen Gesundheitsforschung bzw. Medikalkulturforschung (ich verwende die Bezeichnungen synonym) auseinandersetzt, wird schnell sehen, dass diese Vielfalt auf der einen Seite durchaus Programm ist und auf der anderen Seite die Ansätze und Fragestellungen mehr Gemeinsamkeiten besitzen, als das thematische Durcheinander anfänglich den Anschein gibt. Und genau darum soll es in diesem einleitenden Aufsatz gehen. Er versucht, einen Eindruck davon zu geben, wie weit viele der Beiträge dieses Bandes in gewisser Weise ein Abbild der kulturwissenschaftlichen Gesundheitsforschung der letzten Jahre allgemein darstellen.

Abschied vom Abschied

Der wichtigste Geburtshelfer der neueren Medikalkulturforschung war zunächst das Unbehagen an der thematischen Enge und ideologischen Befruchtung der volkskundlichen Behandlung von Themen im Bereich „Gesundheit“, „Krankheit“ und „Medizin“. Unter dem Etikett der „Volksmedizinforschung“ ging es, vereinfacht gesagt, vor allem um „Volksmedizin“ als Summe altüberlieferter und meist empirischer oder magischer Heilmittel bzw. Krankheitsvorstellungen, die im Gegensatz zu einer ebenso konstruierten akademischen „Schulmedizin“ standen.¹ Den „Abschied vom Volksleben“ machte dieser Teil der Volkskunde später und langsamer durch als die Heimatdisziplin. Mittlerweile verfügt die Subdisziplin, wenn man sie überhaupt so abgrenzen kann, jedoch über so viel Substanz und Selbstbewusstsein, dass sie sich getrost aus sich selbst legitimieren kann, sich damit aber auch aus sich selbst legitimieren muss. Die alte „Volksmedizinforschung“ dient allenfalls noch als Hintergrundfolie, um die heutige Medikalkulturforschung in ihrem Anderssein zu erkennen.²

Kulturwissenschaftliche Gesundheitsforschung als entgrenztes Forschungsfeld

Die Vielfältigkeit der Beiträge des vorliegenden Bandes ist nur zu typisch für das gesamte Feld der Medikalkulturforschung. Einen guten Eindruck davon geben seit mehr als zehn Jahren die Arbeitstreffen des „Netzwerk Gesundheit und Kultur in der volkskundlichen Forschung“. Jeweils im anbrechenden Frühling trifft sich in Würzburg nämlich eine bunte, beinahe undefinierbare und sich stetig wandelnde Gruppe von Akademikerinnen und Akademikern. Sie hält, hört und diskutiert Vorträge über Themen wie Behinderung, Drogenkonsum, Empfängnisverhütung, Fernsehmedizin, Fitnessstudios, Hebammen und Gebären, Heilkräuter, Hospize, Intersexualität, Krankenfahrräder, Krankengymnastik, Krankenpflege, Leichenpredigten, Menopause, Migrantengesundheit, Nordic Walking, Organtransplantation, Präventionsmedizin, Säuglingsernährung, Schamanismus, Schönheitsoperationen, Sterben und Bestatten oder den ersten Sex.³ Die Teilnehmenden kommen aus der ganzen Bandbreite geisteswissenschaftlicher Disziplinen: Neben der Volkskunde/Kulturwissenschaft/Europäischen Ethnologie etwa aus der Geschichtswissenschaft, der Medizingeschichte, der Soziologie, der Psychologie, der Pädagogik oder der Ethnologie. Einige von ihnen bringen als (z.T. ehemalige) Ärzte, Psychologen, Pflegekräfte, Physiotherapeuten etc. Erfahrungen in medizinischen Berufen mit.⁴

Auch in den Beiträgen des vorliegenden Bandes spiegelt sich dieses Spektrum, und die Beitragenden weisen einen vielfältigen disziplinären Hintergrund auf. Um etwas Übersichtlichkeit in die Themen zu bringen, liegt der Gedanke nahe, Untergruppen von Forschungsbereichen zur Medikalkultur zu machen. Dies ist aber einfacher gesagt als getan. Natürlich bietet sich etwa eine Unterscheidung in historische und gegenwartsbezogene Arbeiten an. Doch bereits hier zeigt sich das für volkskundlich/kulturwissenschaftliche Forschung typische Phänomen, dass diese Unterscheidung nicht immer so einfach zu machen ist. Die von Susanne Hoffmann in diesem Band untersuchten populären Autobiographien reichen etwa bis nahe an die Gegenwart. Auch der Beitrag von Alois Unterkircher über die Entstehung der AIDS-Hilfe in Tirol behandelt Vergangenes, das so nah ist, dass wir es nur mit Anstrengung als „Geschichte“ begreifen können. Eine andere, früher häufig getätigte Unterscheidung wäre diejenige zwischen dem professionellen medizinischen System und dem so genannten „Laiensystem“. Doch auch dies ist nicht so einfach. Dass gerade das professionelle medizinische Wissen immer schon seinen Weg in populäre Krankheitsvorstellungen gefunden hat, thematisiert Michael Simon eigens in seinem Beitrag. Christine Holmberg spricht in ihrem Aufsatz über Brustkrebspatientinnen den großen Einfluss an, den das professionelle System für die individuelle Krankheitsbewältigung ihrer Untersuchungsgruppe hat. Ähnliches gilt für die von Vera Kalitzkus untersuchten Empfänger

von transplantierten Organen. Im Gegenteil scheint gerade in den letzten Jahrzehnten dort, wo früher eine deutlichere Grenze zwischen dem professionellen und dem Laiensystem existierte, ein Zwischenbereich der Verhandlung von Krankheit und ihren Auswirkungen gewachsen zu sein, der dementsprechend zunehmend in das Blickfeld kulturwissenschaftlicher Forschung tritt. Der Beitrag von Marina Hilber über Online-Foren zu Drogenfragen zeigt, wie diese Foren nicht einfach nur freie Kommunikation unter Drogenkonsumenten sind, sondern auch als Strategie öffentlicher Stellen zur Kanalisierung der Drogenproblematik eingerichtet werden. Die AIDS-Hilfe in Tirol entstand als Selbsthilfe-Bewegung von Betroffenen und wurde schnell zum professionellen Träger offizieller medizinischer Aufgaben. Bestimmte Körpervorstellungen lassen sich ebenfalls nicht einfach dem „Laiensystem“ zuordnen, wie die Untersuchung von Vera Kalitzkus über Einstellungen zur Organtransplantation illustriert.

Gerade das Thema „Körpervorstellungen“ macht auch deutlich, wie wenig sich das Forschungsfeld „Gesundheit, Krankheit, Medizin“ von anderen Forschungsfeldern abgrenzen lässt. Themen wie Sucht oder aber die ökonomische Bewältigung des Krankheitsrisikos, wie im Artikel von Martin Krieger behandelt, mögen weniger mit Medizin im engen Begriffsverständnis zu tun haben, aber sie zeigen genauso spezifisch kulturell geprägte Formen des Umgangs mit dem eigenen Wohlergehen oder dem anderer Personen. Ein Ansatz, Medikalkultur als klar umrissenes und strukturiertes Forschungsfeld definieren zu wollen, dürfte damit letzten Endes nicht weit führen. Im Gegenteil, statt das schwer vermessbare Terrain genau definieren zu wollen, dürfte es wohl besser sein, sich seiner prinzipiellen Unübersichtlichkeit nach innen ebenso wie seiner Entgrenztheit nach außen zu stellen.

Kulturwissenschaftliche Gesundheitsforschung als Begegnungsraum wissenschaftlicher Disziplinen und Ansätze

Medikalkulturforschung beruft sich derzeit nicht auf einen bestimmten Kanon von Themen und nicht auf eng umrissene Theorien, Ansätze oder Fragestellungen. In die Medikalkulturforschung bringen derzeit Forscher und Forscherinnen aus unterschiedlichsten Disziplinen ihre spezifischen Herangehensweisen ein. Auch dies wird in diesem Band deutlich. In den Beiträgen von Martin Krieger über einen Armenfonds und von Susanne Hoffmann über gesundheitliche Selbsthilfe in Autobiographien etwa finden sich typische historische Ansätze der Alltags-, Mikro- und Sozialgeschichte. Vera Kalitzkus nutzt über die Theorie des Gabentausches typische ethnologisch-völkerkundliche Deutungen, Dagmar Hänel bringt in ihrer Arbeit über Wallfahrt und Medizin mit der Frage nach Brauch, Ritual und Symbol Kernkonzepte volkskundlicher Analyse

ein. Christine Holmberg analysiert Brustkrebspatientinnen auf der Basis von Ansätzen der angloamerikanischen „Medical Anthropology“. Marina Hilbers Analyse der Online-Drogenforen wiederum basiert auf Erkenntnissen volkskundlicher Erzählforschung wie kulturwissenschaftlicher Kommunikationsforschung. Alois Unterkircher rahmt seinen Beitrag in die Fragestellungen der sozialwissenschaftlichen AIDS-Forschung ein. Elisabeth Dietrich-Daum schließlich verfolgt die typischen Fragestellungen einer Medizingeschichtsschreibung als Teil der Sozialgeschichte.

Arbeitsfelder wie das der Medikalkulturforschung werden landläufig als „interdisziplinär“ bezeichnet. Wie weit in der volkskundlichen Gesundheitsforschung über die unabweisliche disziplinäre Vielfalt hinaus aber wirklich Interdisziplinarität oder Transdisziplinarität, also eine Zusammenarbeit, die über ein reines Nebeneinander hinaus geht, erreicht wurde oder wird, bedürfte eines dezidierten Nachweises auf der Basis genauerer Untersuchungen. Bis dorthin ist es wohl angemessener, die volkskundliche Gesundheitsforschung weniger als interdisziplinäres Kooperationsfeld denn als einen – überaus anregenden – Begegnungsraum (oder als ein Sammelbecken) unterschiedlicher Ansätze, Fragen und Themenstellungen zu verstehen, für den die Volkskunde/Kulturwissenschaft die Rolle der Gastgeberin spielt.

„Patienten“⁵ in der kulturwissenschaftlichen Gesundheitsforschung

Das Fehlen eines gemeinsamen Kanons bedeutet indes nicht, dass alle medikalkulturellen Forschungen in völliger Isolation zueinander stehen. In der Tat zeigen sich immer wieder Gemeinsamkeiten und Überschneidungen hinsichtlich Themenfeldern, Fragestellungen, Methoden oder theoretischem Hintergrund. So bildeten einzelne Gruppen medikalkultureller Forschungen immer wieder etwas, das sich als „Verdichtungszone“ beschreiben ließe. Das Thema „Organtransplantation“ wurde vor einigen Jahren etwa gleich von mehreren Forscherinnen gleichzeitig bearbeitet.⁶

Das Thema „Patienten“, der Schwerpunkt des vorliegenden Bandes, repräsentiert ganz sicher eine dieser „Verdichtungszone“ kulturwissenschaftlicher Gesundheitsforschung. Ein Großteil seiner Beiträge befasst sich entsprechend dem volkskundlichen Interesse an der Untersuchung der Kultur breiter Bevölkerungsschichten mehr oder weniger intensiv mit der Gruppe, für die so schwer eine treffende Bezeichnung zu finden ist. Nennt man sie „Patienten“, sind damit im engeren, heute gebräuchlichen Wortsinn Klienten von meist professionellen Therapeuten, in der Regel Ärzten oder therapeutischen Einrichtungen, häufig Krankenhäusern, gemeint. Im vorliegenden Band untersuchen am ehesten Vera Kalitzkus mit den Empfängern transplantierte Organe und Christine Holmberg mit den an Brustkrebs erkrankten Frauen „Pati-

ten“ bzw. „Patientinnen“, vor allem dann, wenn die Verarbeitung ihrer Krankheit in direktem Bezug zu diesen therapeutischen Angeboten, hier besser: Eingriffen und Beratungsleistungen, steht. Die in den anderen Beiträgen untersuchten Personengruppen sind aber in diesem Sinne nicht unbedingt Patienten oder werden nicht in dieser Rolle untersucht. Wenn, wie von Susanne Hoffmann untersucht, Verfasser von Autobiographien über ihre Selbsthilfe schreiben, dann steht genau das Gegenteil, nämlich ihre Rolle als Therapierende oder Pflegende im Blickfeld. Dagmar Hänel Wallfahrer und Marina Hilbers chattende Drogenkonsumenten werden ebenfalls nicht als Patienten (professionell-)therapeutischer Angebote, sondern als mehr oder weniger entfernt von diesen Angeboten agierende Personen untersucht.

Im ursprünglichen Wortsinn sind Patienten an einer Krankheit Leidende. Marina Hilbers chattende Drogenkonsumenten und Dagmar Hänel Wallfahrer müssen sich aber überhaupt nicht leidend gefühlt haben. Wäre demnach der Rückgriff auf den Begriff des „Kranken“ eine Lösung? Ich glaube dies weniger, denn die besagten Wallfahrer etwa müssen sich nicht einmal krank gefühlt haben. Die untersuchten chattenden Drogenkonsumenten wären ebenso ein Beispiel hierfür. Ein Teil von ihnen fühlte sich selbst überhaupt nicht krank. Selbst professionelle Therapeuten wären sich sicherlich nicht immer einig, welche Drogenkonsumenten als krank zu bezeichnen wären und welche nicht. Auch die untersuchten Angehörigen von verstorbenen Organspendern sind selbst nicht krank, und doch sind sie Gegenstand der medikalkulturellen Untersuchung. Das Thema der Brustkrebs-Früherkennung zeigt darüber hinaus, wie schwierig es ist, genau zwischen Gesunden und Kranken zu unterscheiden. Sind die von Christine Holmberg untersuchten Frauen mit diagnostiziertem hohem Risiko, an Brustkrebs zu erkranken, noch gesund oder bereits krank? Zumindest sind sie bereits in diesem Stadium von der Krankheit betroffen, egal, ob sie bei ihnen ausbrechen wird oder nicht. Auch in den AIDS-Selbsthilfegruppen finden sich Personen, die von dieser Krankheit im weitesten Sinne „betroffen“ waren, und sei es nur als Teil einer gefährdeten oder als besonders gefährdet wahrgenommenen Bevölkerungsgruppe.

Als weitere Alternative bietet sich der Begriff des „Laien“ an, wie er immer wieder verwendet wird. Im Kern bezeichnet der Terminus eine Person, die keine entsprechenden Fachkenntnisse besitzt, im Fall der Medizin verweist er in der Regel auf die fehlende professionelle medizinische Ausbildung. Umgangssprachlich bezeichnet der Begriff im Medizinbereich häufig Nichtärzte und -ärztinnen. Damit ist der Terminus durch ein Fehlen definiert und dementsprechend häufig negativ konnotiert. Der Begriff wird vor allem dann angemessen und mit Vorteil verwendet, wenn das medizinische Wissen und medizinische Vorstellungen von „Patienten“ in ihrem Verhältnis zu professionellen Wissenssystemen untersucht werden.⁷ Überall dort, wo das Wissen von Menschen ohne professionelle medizinische Ausbildung nicht im direkten Verhältnis zu diesem

Expertenwissen betrachtet wird, ist der Begriff des Laien verengend, und er läuft Gefahr, Medizin einseitig aus der Perspektive professioneller medizinischer Interessen zu sehen. In einer Situation, in der der Wissensvorsprung von professionellen Experten gegenüber den Laien immer relativer wird, wird die Verwendung des Begriffes des Laien allerdings generell zunehmend problematisch.

Statt von „Patienten“, „Kranken“ oder „Laien“ müsste man in diesem Band eher von Menschen sprechen, die mit einer Situation konfrontiert sind, die von ihnen selbst oder anderen als Frage von Krankheit oder Gesunderhaltung angesehen wird und die sie selbst oder andere, nicht einmal nur nahe stehende Personen betrifft. Es muss nicht weiter begründet werden, dass sich eine solche Formulierung nur schwerlich in einen Buchtitel nichtbarocken Ausmaßes fassen lässt. Zudem hat eine dermaßen breite Definition nur noch einen sehr eingeschränkten Gebrauchswert. Nicht zuletzt deshalb ist es sinnvoll, weiterhin den problematischen Begriff des „Patienten“ zu verwenden, solange es keine bessere Alternative gibt. Ein anderer Grund ist (forschungs-)geschichtlicher Natur. In den letzten Jahrzehnten wurde zum einen ebenso in der öffentlichen Debatte wie in der sozialwissenschaftlichen Forschung immer wieder beklagt, dass das etablierte professionelle Medizinsystem, nicht zuletzt eine mächtige Ärzteschaft, die Patientenschaft zu einer Art Opfer seiner Interessen und seiner Eigendynamik mache. Patienten selbst hätten kein genügend starkes Sprachrohr, um ihre Interessen zu vertreten. Sie bedürften dadurch einer besonderen Aufmerksamkeit gerade durch die Wissenschaft.⁸ Aus dieser Sichtweise entwickelte sich der Strang einer dezidiert patientenorientierten Forschung. Zum anderen „entdeckte“ die historische Forschung, zum Teil aus einer ähnlichen Motivation heraus, die Patienten im Zuge ihrer sozial- und alltagsgeschichtlichen Wende. Die Folge war, dass sich ein Strang der medizinhistorischen Forschung dezidiert der Patientengeschichtsschreibung zuwandte.⁹ Beide Trends führten dazu, dass sich eher der Terminus des Patienten als etwa der des Kranken in der sozialwissenschaftlichen Forschung etablierte.

Als eine der Leitfragen der HerausgeberInnen dieses Bandes wurde der Begriff der Patientenperspektive vorgegeben, und ein Teil der hier versammelten Beiträge fühlt sich auch dieser Perspektive verpflichtet. Darin spiegelt sich eine weitere Verdichtungszone volkskundlich-kulturwissenschaftlicher Gesundheitsforschung. Die Untersuchung von Patienten lässt sich nämlich durchaus aus unterschiedlichen Perspektiven vornehmen.¹⁰ Die Untersuchung der Klientel eines niedergelassenen Arztes, etwa hinsichtlich ihrer sozialen Zusammensetzung, kann mit Fug und Recht als Patientenforschung bezeichnet werden. In der Medizingeschichtsschreibung entwickelt sich derzeit ein entsprechender Forschungsschwerpunkt.¹¹ So ertragreich eine solche Fragestellung an sich zweifellos ist, wird sie in der Regel eher Erkenntnisse über diesen Arzt und seine medizinische Praxis hervorbringen und nur beschränkt etwas über seine Patienten,

ihre Rolle, ihre Verhaltensweisen oder ihre Vorstellungen einer angemessenen Therapie. Solche Arbeiten verfolgen eher eine Außenperspektive auf die Patientenschaft. In dieser Hinsicht gibt es patientenorientierte Forschung mit unterschiedlichen Graden der Annäherung an die Patienten.¹² Elisabeth Dietrich-Daum etwa untersucht in ihrem Beitrag für diesen Band vornehmlich die berufliche Lage österreichischer Ärzte im späten 19. Jahrhundert sowie deren Deutungen dieser Situation. In dem Kapitel, in welchem sie das Verhältnis zu den Patienten untersucht, stellt sie entsprechend die Patienten so dar, wie sie in ihren Quellen von Kassenärzten und Krankenkassenfunktionären skizziert werden. Die Deutung dieser Situation durch die Patienten selbst kann hier aufgrund der eingenommenen Perspektive keine Rolle spielen.

Andere Beiträge nehmen Perspektiven ein, die eher denen der Patienten entsprechen. Susanne Hoffmann nähert sich in ihrer Analyse von Autobiographien den Patienten vor allem, indem sie deren Verhaltensweisen im Bereich der Gesundheitsselbsthilfe untersucht. Daraus entwickelt sie schicht- und geschlechtsspezifische Rollenmodelle der Krankheitsbewältigung, dies allerdings eher im organisatorischen Sinne als im Sinne subjektiver Krankheitsdeutung. In den Modellen erkennt sie Leitbilder, welche die Autoren der Biographien für sich subjektiv ausformulieren, etwa das des „Selbsthilfe-Patienten“, der die Krankheit ohne das professionelle Medizinsystem bewältigt, oder das der fürsorglichen und auch in Notlagen handlungsfähigen Hausfrau. Christine Holmberg nimmt in einem Teil ihres Beitrags ein Stück weit die subjektive Sicht der Brustkrebs-Patientinnen ein mit der Analyse, wie eine Brustkrebs-Diagnose von den Patientinnen erlebt und verarbeitet wird. Noch radikaler lässt sich Vera Kalitzkus mit dem Konzept des „Leibs“ als dem von den Untersuchten selbst empfundenen Körper auf die Perspektiven von Organempfängern und Angehörigen verstorbener Organspender ein, auch und gerade wenn diese im Widerspruch zu professionell-medizinischen Deutungen stehen – etwa wenn das neue Organ nicht nur als Transplantat, sondern auch als „Gabe“ eines Verstorbenen verstanden wird – mit allen damit verbundenen Verpflichtungen. Selbst Martin Krieger untersucht den Streit eines Winzers um die Unterstützung seiner krankheitsbedingten wirtschaftlichen Notlage nicht, indem er „objektive“ Umstände darstellt, sondern indem er sich ein Stück weit auf die je spezifischen Interessen der Beteiligten einlässt – des „Patienten“ (Winzers), des die Gemeindeinteressen vertretenden Bürgermeisters und des die Interessen des Kreises vertretenden Landrats. Dagmar Hänel untersucht die Art und Weise, wie die Anwenderinnen von Wasser aus der Grotte des Wallfahrtsortes Lourdes dieses Wasser jeweils für sich auf individuelle Art als heilkräftig erklären. Und Marina Hilber analysiert, wie Konsumenten der Droge „Crystal Meth“ deren Krankheitspotenzial je aus ihrer Sicht unterschiedlich einschätzen.

Die wissenschaftliche Rekonstruktion von Patientenperspektiven ist allerdings methodisch anspruchsvoll und hat eine Reihe von Fallstricken. Allein schon eine angemessen vorsichtige Interpretation der Quellen ist eine besondere Herausforderung, und es ist das Verdienst von Christina Antenhofer und Ellinor Forster, im vorliegenden Band auf diese Problematik aufmerksam zu machen. Die von der Ersteren untersuchten spätmittelalterlichen Adelskorrespondenzen zum Beispiel sind ein teilöffentliches Medium, an dem viele Menschen ihren Anteil hatten. Sie sind nicht etwa mit einem privaten bürgerlichen Brief der Neuzeit zu verwechseln. Die Inhalte sind dementsprechend auch formalisiert und nur sehr bedingt Ausdruck subjektiver Deutungen.

So schwierig die Einnahme von Perspektiven der Patienten selber auch sein mag und so sehr sie auch nur partiell gelingen mag, bietet sie doch Vorteile, auf die Michael Simon in seinem Beitrag hinweist: Die Untersuchung des Erlebens betroffener Menschen in Bezug auf Gesundheit und Krankheit kann helfen, Denk- und Verhaltensweisen zu deuten, die aus der Außenperspektive zunächst als unverständliche Widersprüche erscheinen. Deutlich wird dies etwa in Ellinor Forsters „Annäherungsversuch“ an Selbstbeschreibungen psychisch Erkrankter im 19. Jahrhundert. In den Wahnvorstellungen lassen sich bei aller Problematik der Quellenanalyse Strukturen der religiösen Vorstellungen der Patienten entdecken.

Bilder vom Patienten

Vorstellungen und Wünsche von Patienten sind jeweils Ausdruck ihrer eigenen Zeit und ihrer eigenen Kultur. Michael Simon spricht in seinem Beitrag einige dieser kulturbedingten Spezifika von Patientenvorstellungen neuerer Zeit an, etwa die zunehmende Vernetzung, die verbreitete Medizinkritik oder eine deutliche Sympathie für exotische oder exotisierende Therapieformen. Ich selbst möchte hier eine andere Blickrichtung verfolgen. Nicht nur Patienten agieren zeit- und kulturgebunden, auch die Forschung über sie folgt entsprechenden Trends.

Die alte Volksmedizinforschung zeichnete, vereinfacht gesprochen, das Bild einer medikalen Kultur „des Volkes“, die sich etwa mit Warzenbesprechen¹³, Heilkräutern und Heilsegen aus Empirie und „Aberglauben“ zusammensetzte. Die Medizin des „Volks“ konnte auf diese Weise deutlich von derjenigen der gelehrten Ärzte abgesetzt werden. Diese Dichotomie entsprach dem professionellen Ideal der akademischen Medizin, sich als Wissenschaftler zu etablieren und so deutlich wie möglich von medizinischen „Laien“ zu unterscheiden. Aber auch in der Gesellschaft bestand, besonders vom späteren 19. bis um die Mitte des 20. Jahrhunderts, der deutliche Wunsch nach einer starken, autoritären Ärzteschaft (Stichwort: „Halbgötter in Weiß“) mit der Folge einer

eher passiven Patientenrolle. Das von der traditionellen Volksmedizin, aber auch der frühen Medizingeschichte gezeichnete Bild des unaufgeklärten, abergläubischen, die akademische Medizin allenfalls passiv konsumierenden Patienten passte so in gewisser Weise in seine Zeit. Vor zwei bis drei Jahrzehnten war in der aufkommenden Patientengeschichtsschreibung dagegen eher eine Art „Robin-Hood“-Ansatz verbreitet, der einer im Gesundheitswesen benachteiligten, „schweigenden“ Gruppe zu Ausdruck und damit implizit sogar ex post zum „Recht“ verhelfen wollte.¹⁴ Das Ergebnis war, dass anstelle des Bildes eines irrationalen oder passiven Volkes nun eher das Bild eines Patienten als Opfer „der Medizin“ gezeichnet wurde. Aktive Patienten wurden eher im Kleid widerständiger „Rebellen“ dargestellt, wie es sich in einem Trend zur Untersuchung „medizinkritischer“ Bewegungen spiegelte.

Gibt es auch heute Forschungstendenzen, Patienten auf eine ganz bestimmte Art zu zeichnen und ganz bestimmte Merkmale besonders hervorzuheben? Dies breit zu untersuchen wäre eine spannende Aufgabe, die hier allerdings nicht geleistet werden kann. In den Beiträgen dieses Bandes scheinen aber doch einige Tendenzen durch, die auf spezifische „Patientenbilder“ der gegenwärtigen Forschung schließen lassen.

Männliche und weibliche Patienten

Einer der heutigen Schwerpunkte der Forschung besteht sicherlich darin, geschlechtsspezifische Muster von Patienten zu unterscheiden, wie es etwa im Artikel von Susanne Hoffmann über Gesundheitsselbsthilfe deutlich wird. „Die Patienten“ werden viel stärker als früher in männliche Patienten und weibliche Patientinnen aufgeteilt. Auch Ellinor Forster entdeckt geschlechtsspezifische Unterschiede in den Wahnvorstellungen von Psychiatriepatienten des 19. Jahrhunderts. Christine Holmberg untersucht sogar ausschließlich Patientinnen. Man mag das mit Fug und Recht als Fortschritt oder Bereicherung der Forschung ansehen. Skeptiker könnten formulieren, dass Patienten hier als geschlechtsdeterminiert erscheinen. Aus einer weniger wertenden Perspektive bedeutet dies aber, dass auch hier bestimmte Entscheidungen getroffen wurden, welche Merkmale an den Patienten für besonders wichtig gehalten werden und mithin, welche Bilder von Patienten gezeichnet werden. In diesem Fall wäre dies das Bild des besonders durch sein soziales bzw. kulturelles Geschlecht gekennzeichneten Patienten. Ähnlich wie andere Bilder von Patienten erscheint mir dieses deutlich als zeitspezifisch beeinflusst.¹⁵

Aktive Patienten

Über die Genderfrage hinaus wird in den Aufsätzen dieses Sammelbandes mehr oder weniger explizit eine Vielfalt von weiteren Patientenbildern gezeichnet. Eine Gemeinsamkeit, die viele der Beiträge besitzen, ist, dass Patienten hier im Vergleich zu früher als bewusster, aktiver sowie eigenständiger handelnde und nur selten als passiv empfangende Personen auftreten. Dies ist sicherlich eine Reaktion auf vorangegangene Bilder vom passiven oder unbewusst traditionsgebunden agierenden Patientenbild früherer Forschungsepochen. Es scheint mir aber verkürzend, dies ausschließlich als notwendige Korrektur einer früheren Schräglage der Forschung zu interpretieren. Mehr noch scheint dieses Patientenbild dem derzeit verbreiteten Wunschbild des emanzipierten, mündigen Patienten zu entsprechen, das in der öffentlichen Diskussion seit längerer Zeit propagiert wird.¹⁶ Man könnte sich also überlegen, ob hierin neben „objektiven“ Umständen nicht auch noch Spuren einer Idealisierung der Patienten mitschwingen. Vielleicht werden spätere Rückblicke auf die Forschung unserer jetzigen Zeit aus der Distanz diesen Eindruck haben.

„Eigen-sinnige“ Patienten

Deutlich ist auch ein weiteres Merkmal. In den Aufsätzen von Kalitzkus und Hänel wird explizit hervorgehoben, wie sich die Vorstellungswelt der Patienten von quasi „offiziellen“ Vorstellungen etwa der akademischen Medizin unterscheidet. Es ist allerdings weniger ein „eigensinniger“ im Sinne eines protestierenden, aufmüpfigen Patienten, sondern eher ein „eigen-sinniger“ Patient, der sich seine eigene, persönliche oder individuelle, etwa religiös-medizinische Vorstellungswelt „bastelt“, oder der sich in seinen Vorstellungen vom Körper („Leib“) von den Vorstellungen der Biomedizin unterscheidet. Deutlich ist auch, dass dieser „eigen-sinnige“ Patient hier weder zum Helden stilisiert wird, noch zu einem medizinisch-intellektuellen Mängelwesen, das die notwendige Erkenntnis-Stufe noch nicht erreicht hat. Allenfalls im Beitrag von Martin Krieger scheint darüber hinaus zwischen den Zeilen ein wenig das Modell des Patienten als sympathischem Rebell durch, der sich dem System nicht unterordnet, stattdessen selbstbewusst mit den Behörden verhandelt. Im Großen und Ganzen werden die „eigen-sinnigen“ Patienten eher als Faktum vorgeführt und sind damit Ausdruck eines Verständnisses von Patienten mit dem Anspruch auf eigene Interessen. Man könnte dies als das Bild vom Patienten als einer „Patienten-Persönlichkeit“ bezeichnen. Darüber hinausgehend wäre es auch eine Vorstellung von einer Pluralisierung der Möglichkeiten, als Patient in Erscheinung zu treten.

Patienten als Teil des Gesundheitssystems

In mehreren Beiträgen dieses Bandes treten Patienten nicht als Individuen oder separierte Gruppe, sondern als Teil des gesamten Gesundheitssystems auf. Dies mag zunächst selbstverständlich erscheinen, ist es aber nicht. Hier scheint mir eine Sicht auf Patienten aufzuscheinen, die sich zum einen von der alten Vorstellung der Volksmedizinforchung absetzt, die lediglich dasjenige Handeln „des Volks“ untersuchte, das in Distanz zum offiziellen Gesundheitssystem stand, sich zum Beispiel für das Warzenbesprechen interessierte, aber nicht dafür, ob die gleichen Personen auch Ärzte konsultierten. Zum anderen unterscheidet sich diese neuere patientenorientierte Forschung von einer Deutung, die vor einigen Jahrzehnten in der kulturwissenschaftlichen Medizinforchung als genereller Trend proklamiert wurde: der sich immer weiter auftuende Gegensatz einer Entfremdung zwischen dem „Expertensystem“ und dem „Laiensystem“.¹⁷ Zumindest ansatzweise scheint das Bild des vom offiziellen Gesundheitssystem differierten Patienten in den Beiträgen von Michael Simon, Vera Kalitzkus und Susanne Hoffmann durch. Darin erscheinen Patienten allerdings nicht als grundsätzlich und zunehmend vom offiziellen Gesundheitssystem entfremdet. Es wird eher konstatiert, dass es auch eine Patientenwelt außerhalb dieses Systems gibt. Mehrere andere Beiträge des vorliegenden Bandes zeichnen in dieser Hinsicht allerdings ein entgegengesetztes Bild von Patienten, bei dem diese als Teil des offiziellen Gesundheitssystems agieren und mehr noch, es mit konstituieren, statt sich von ihm abzusetzen.¹⁸ Elisabeth Dietrich-Daum zeigt in ihrem Beitrag, wie zumindest die städtischen Krankenversicherten im späten 19. Jahrhundert die Leistungen der Kassenärzte durchaus intensiv nutzten, auch wenn sich diese Nutzung häufig als konfliktreich erwies. Christine Holmberg untersucht, wie das biomedizinische Expertensystem Frauen mit Brustkrebs bzw. Brustkrebs-Risiko eine Neuorientierung vermittelt und wie diese von den betroffenen Frauen auch angenommen wird. Auch die Betroffenen im Prozess der Organspende und -transplantation agieren nicht als reine Protestgruppe, sondern eher als Teil eines komplexen Systems. Alois Unterkircher zeigt am Beispiel der entstehenden AIDS-Hilfe, wie Betroffene unter speziellen Bedingungen sogar zum unverzichtbaren Teil des Systems der Bewältigung der AIDS-Gefahr und AIDS-Auswirkungen werden konnten und selbst sozusagen in eine Art Professionalität wechselten. Das gemeinsame, daraus entwickelte Patientenbild ist das eines integrativen Teils des Gesundheitssystems. Voraussetzung hierfür ist allerdings, dieses Gesundheitssystem nicht einfach als Gegenüber von Experten auf der einen Seite und Laien auf der anderen Seite zu sehen, sondern als heterogenes, komplexes Modell, das durchaus konfliktgeladen sein kann.

Kommunizierende Patienten

In der Folge dieses Bildes von in größere Zusammenhänge eingebundenen Patienten erscheinen diese auch eher als kommunizierende, interagierende, ja vernetzte Personen. In der älteren Volksmedizin- oder Medikalkulturforschung standen die Agierenden mit ihrem Wissen häufiger für sich allein oder in einer eher abgeschlossenen Gruppe. Neuere Ansätze heben mehr darauf ab, wie Patienten ihre Vorstellungen von Medizin und Gesundheit kommunikativ erarbeiten. Als deutlichstes Beispiel für die Beiträge dieses Bandes steht dabei der Artikel von Marina Hilber über Drogen-Online-Foren. In einer medialen Gesellschaft nehmen Medien auch im Gesundheitswesen eine wachsende Rolle ein.¹⁹ Michael Simon etwa weist in seinem Beitrag auf die verschlungenen Wege hin, die medizinisches Wissen zwischen Experten und Nichtexperten gehen kann. Gleichzeitig heißt dies aber auch, dass mit entsprechenden Forschungen ein bestimmtes, zeittypisches Bild des medial vernetzten Patienten hergestellt wird.

Die Liste unterschiedlicher Patientenbilder ließe sich sicherlich problemlos erweitern und differenzieren, vor allem unter Einbezug weiterer Literatur. An diese Stelle ging es lediglich darum zu zeigen, dass auch ein Band wie der vorliegende nicht einfach Patienten oder Patientengruppen in der Geschichte und der Gegenwart so abbildet, wie sie waren bzw. sind, sondern dass Wirklichkeit in der Forschung immer zu einem gewissen Grad konstruiert wird. Es wäre ein großes Missverständnis, dies als generelle Kritik an der Forschung zu verstehen. Die Frage nach der Konstruktion von Patientenbildern hat stattdessen das Ziel, Strukturen und Trends der Forschung bewusster zu machen.

Medikalkulturforschung als Kulturforschung

Dieser Artikel hat sehr auf die Heterogenität und Entgrenztheit der Medikalkulturforschung abgehoben. Auch der ganze Sammelband zieht keine strengen Grenzen um ein klar definiertes Forschungsfeld, und wahrscheinlich ist es gerade auch dieser Umstand, der die kontinuierliche Attraktivität dieses offenen Forschungsfeldes ausmacht.²⁰ Zusammenhänge wurden hier allenfalls innerhalb eines extrem weit gesteckten inhaltlichen Rahmens vor allem in Form von thematischen Verdichtungszone gesucht. Will das Forschungsfeld aber irgendwann mehr Profil gewinnen, stellt sich die Frage größerer Zusammenhänge wieder. Solche Kohärenzen aber ausschließlich über bevorzugt herausgegriffene Themen herzustellen, erschiene mir ein fragliches Unterfangen. Man kann in der volkskundlichen Gesundheitsforschung nicht einfach einen Themenkanon proklamieren und damit gleichzeitig ein- wie auch ausgrenzen.

Ein möglicher roter Faden in der Medikalkulturforschung besteht sicherlich darin, dass bei aller Vielfalt von Themen, Quellen und Ansätzen doch eine Perspektive auf Phänomene von Krankheit und Gesundheit oder den menschlichen Körper vorherrscht. Es ist die Perspektive, in Medizin, Gesundheit oder Körper nicht etwas ausschließlich Objektives, Gegebenes zu sehen, sondern vor allem etwas von Menschen in ihrer Umwelt und Geschichte Gemachtes, als Ausdruck von Anschauungen und Praktiken, Traditionen oder Werthaltungen und Wertentscheidungen, etwas zwischen den Beteiligten Ausgehandeltes. In einem Wort: Medizin als Produkt und Ausdruck von Kultur zu sehen.

Ich für meinen Teil sehe einen Weg zu kohärenterer Medikalkulturforschung darin, Zusammenhänge stärker, bewusster und expliziter als bislang über den Begriff der „Kultur“ herzustellen. Eben dieser Begriff repräsentiert die größte Gemeinsamkeit von Forschungen zu Medikalkulturen, und er kann weit genug gefasst werden, um nicht auszugrenzen.²¹ Es wäre eine Aufgabe für die Forschung, sich Gedanken zu machen, wie weit sich die Medikalkulturforschung als Kulturforschung ein deutlicheres Image geben und damit von anderen Bereichen der Gesundheitsforschung, etwa der im engeren Sinne soziologischen oder der historischen Forschung absetzen könnte – allerdings nicht im Sinne von Ein- und Ausgrenzungen, sondern von Unterscheidbarkeit und damit spezifischer Kompetenz innerhalb der Gesamtheit geisteswissenschaftlicher Untersuchungen der Phänomene Gesundheit, Krankheit, Medizin und Körper. Mehr als diese Anregung zu geben, kann der vorliegende Beitrag allerdings nicht leisten, die Umsetzung muss weiterer Forschung vorbehalten bleiben.

¹ Siehe dazu detaillierter den Beitrag von Michael Simon in diesem Band sowie *Eberhard Wolff: Volksmedizin – Abschied auf Raten. Vom definitiven zum heuristischen Begriffsverständnis*. In: *Zeitschrift für Volkskunde*, 94 (1998), 233-257.

² Vgl. *Eberhard Wolff: Volkskundliche Gesundheitsforschung, Medikalkultur- und „Volksmedizin“-Forschung*. In: Rolf W. Brednich (Hg.): *Grundriß der Volkskunde. Einführung in die Forschungsfelder der Europäischen Ethnologie*. Berlin ³2001, 617-635.

³ Siehe www.netzwerk-gesundheit-kultur.de. Von den Tagungen der Jahre 2000 bis 2004 erschienen unter dem Titel „Körperlichkeit und Kultur“ Protokollbände, die von Rainer Alsheimer herausgegeben wurden. Berichte der mittlerweile elf Tagungen finden sich in volkskundlichen Periodika, vor allem der „*Zeitschrift für Volkskunde*“, der „*Rheinisch-westfälischen Zeitschrift für Volkskunde*“ und den „*Bayerischen Blättern für Volkskunde*“.

⁴ Es ist hier nicht möglich, einen breiten Überblick über neuere Arbeiten aus dem Umfeld dieses Netzwerks zu geben. Zusätzlich zu den anderen Hinweisen in diesem Beitrag sei beispielhaft genannt: *Nicholas Eschenbruch: Nursing Stories. Life and Death in a German Hospice*. New York u. Oxford 2007 (= *New Directions in Anthropology*, 27). *Elsbeth Kneuper: Mutterwerden in Deutschland. Eine ethnologische Studie*. Münster 2004 (= *Forum Europäische Ethnologie*, 6). *Michael Simon: „Volksmedizin“ im frühen 20. Jahrhundert. Zum Quellenwert des Atlas der deutschen Volkskunde*. Mainz 2003 (= *Studien zur Volkskultur*, 28).

⁵ Ich verzichte im Folgenden auf die Nennung der weiblichen Form und verstehe den Begriff „Patient“ hier geschlechtsübergreifend.

⁶ Vgl. zusätzlich zu den Arbeiten von Vera Kalitzkus in diesem Band und darüber hinaus: *Sibylle Obrecht: Grenzgänge. Das „immunologische Selbst“ und die ersten Herztransplantationen Ende der 1960er Jahre*. In: Rainer Alsheimer (Hg.): *Körperlichkeit und Kultur*. Bremen 2001 (= *Volkskunde & Historische Anthropologie*, 2), 57-75. *Oliva Wiebel-Fanderl: Herztransplantation als erzählte Erfahrung*. Münster 2003.

⁷ Siehe als neueres Beispiel *Gisela Welz u.a. (Hg.): Gesunde Ansichten. Wissensaneignung medizinischer Laien*. Frankfurt a.M. 2005 (= *Kulturanthropologie Notizen*, 74).

⁸ Vergleiche eine ähnliche Argumentation im Beitrag von Vera Kalitzkus.

⁹ Vgl. den bereits älteren Überblick von *Eberhard Wolff: Perspektiven der Patientengeschichtsschreibung*. In: Norbert Paul u. Thomas Schlich (Hgg.): *Medizingeschichte: Aufgaben, Probleme, Perspektiven*. Frankfurt a.M. u. New York 1998, 311-334. Seitdem ist eine Vielzahl weiterer patientengeschichtlicher Literatur erschienen, die hier nur in einer kleinen, unsystematischen Auswahl genannt werden kann: *Martin Dinges u. Vincent Barras (Hgg.): Krankheit in Briefen im deutschen und französischen Sprachraum. 17.-21. Jahrhundert*. Stuttgart 2007 (= *MedGG, Beiheft 29*). *Michael Stolberg: Homo patiens. Krankheits- und Körpererfahrung in der Frühen Neuzeit*. Köln 2003. *Gudrun Piller: Private Körper. Spuren des Leibes in Selbstzeugnissen des 18. Jahrhunderts*. Köln 2006. *Katharina Ernst: Krankheit und Heiligung. Die medikale Kultur württembergischer Pietisten im 18. Jahrhundert*. Stuttgart 2003. *Aline Steinbrecher: Verrückte Welten. Wahnsinn und Gesellschaft im barocken Zürich*. Zürich 2006.

¹⁰ Zu unterschiedlichen Perspektiven und ihrer Problematik siehe *Wolff* (vgl. Anm. 9).

¹¹ Vgl. *Elisabeth Dietrich-Daum u.a. (Hgg.): Arztpraxen im Vergleich: 18.-20. Jahrhundert*. Innsbruck, Wien u. Bozen 2008 (= *Veröffentlichungen des Südtiroler Landesarchivs*, 26).

¹² Als Beispiele für den Ansatz einer Untersuchung der subjektiven Sicht siehe z.B. *Christine Schönebeck: Abseits der Wege. Befindlichkeiten einer Landarbeiterin*. In: *Westfälisches Schieferbergbau- und Heimatmuseum Schmalleberg-Holthausen (Hg.): Bauern im südwestfälischen Bergland*,

Bd. 2. Münster 2006, 130-140.

¹³ Grundsätzlich ist natürlich nichts gegen Forschungen über „volksmedizinische“ Praktiken wie das Warzenbesprechen zu sagen. Die Frage ist, welche Patientenbilder im Einzelnen wie im Gesamten dadurch hergestellt werden. Vgl. als „post-volksmedizinische“ Arbeit etwa: *Matthias Badura*: „Herr, nimm Du die Warzen mit!“ Laienmedizinische Praktiken in einem Dorf auf der Schwäbischen Alb. Tübingen 2004 (= Studien und Materialien des Ludwig-Uhland-Instituts, 28).

¹⁴ Ich sehe aus einer skeptischen Distanz meine eigenen, früheren Arbeiten ebenfalls von dieser Perspektive durchzogen. Vgl. z.B. *Eberhard Wolff*: Gesundheitsverein und Medikalisierungsprozeß. Tübingen 1989 (= Studien und Materialien, 2), ders.: Einschneidende Maßnahmen. Pockenschutzimpfung und traditionale Gesellschaft im Württemberg des frühen 19. Jahrhunderts. Stuttgart 1998 (= MedGG, Beihefte, 10).

¹⁵ Vgl. *Martin Dinges* (Hg.): Männlichkeit und Gesundheit im historischen Wandel ca. 1800 - ca. 2000. Stuttgart 2007 (= MedGG-Beihefte, 27).

¹⁶ Vgl. zu dieser Problematik neuerdings *Welz* u.a. (Hgg.) (wie Anm. 7).

¹⁷ Vgl. dies referiert in *Wolff* (wie Anm. 2), 626-628.

¹⁸ Auf dem 35. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Volkskunde zum Thema „Grenzen“ lotete eine Sektion explizit den uneindeutigen Bereich „An den Grenzen der Biomedizin“ kulturwissenschaftlich aus. Siehe die entsprechenden Beiträge in: *Thomas Hengartner* u. *Johannes Moser* (Hgg.): Grenzen & Differenzen. Zur Macht sozialer und kultureller Grenzziehungen. 35. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Volkskunde, Dresden 2005. Leipzig 2006 (= Schriften zur sächsischen Geschichte und Volkskunde, 17), 485-527.

¹⁹ Vgl. die Sektion „Medienwirklichkeit und Lebenswirklichkeit. Gesundheit und Wohlergehen zwischen medialer Konstruktion und Alltagspraxis“ auf dem 36. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Volkskunde, 2007 in Mainz. Der Kongressband „Bilder, Bücher, Bites. Zur Medialität des Alltags“ wird von Michael Simon herausgegeben werden. Siehe im genannten Band auch den Beitrag von Katrin Amelang. Vgl. hierzu auch *Welz* u.a. (wie Anm. 7).

²⁰ Ein Beleg dieser Attraktivität mag sein, dass die Tagungen des „Netzwerk Gesundheit und Kultur“ in dieser offenen Form über mehr als ein Jahrzehnt stetig neuen Zulauf erhielten.

²¹ Als Beispiel aus einer Nachbardisziplin vgl. *Thomas Lux* (Hg.): Kulturelle Dimensionen der Medizin. Ethnomedizin – Medizinethnologie – Medical Anthropology. Berlin 2003.

Laienätiologien und die Popularisierung medizinischer Diskurse – zwei sinnvolle Konzepte der Medikalkulturforschung?

Michael Simon

Wer Kulturanthropologie oder Volkskunde betreibt und die Arbeit im geisteswissenschaftlichen Milieu gewohnt ist, betritt mit dem Besuch einer medizinischen Fachbibliothek ein fremdes Terrain. Statt die etwas staubige und muffige Luft zu spüren, die unsere Lesesäle gemeinhin erfüllt, steht man an jenen anderen Orten für gewöhnlich vor Regalen mit überwiegend neuen, druckfrischen Werken auf Hochglanzpapier, die ein ungewohntes Flair verbreiten. Hier gibt es kaum Altes zu entdecken, zumindest nichts, das älter als 20 oder 30 Jahre ist. Auch wirkt alles in der Aufstellung sehr viel kompakter, geschlossener, nicht durchsetzt von alten Systematiken oder Büchern, bei denen bestimmt nicht nur die Formate und Bindungen, sondern auch die Inhalte in die Jahre gekommen sind. Wer sich die Mühe macht, nicht nur die Buchreihen zu inspizieren, sondern einzelne Werke herausgreift und aufschlägt, wird diese Eindrücke festigen: offensichtlich stehen sich hier zwei Systeme gegenüber, in denen wissenschaftliches Arbeiten unterschiedlich organisiert ist.

Zum Selbstverständnis der modernen Medizin gehört es, dass sie sich zum Wohle der Menschheit ständig an den neuesten Erkenntnissen orientiert und älteres Wissen konsequent beiseite schiebt. Die Sorge, als Patient/in Mediziner/inne/n in die Hände zu fallen, die nicht auf dem Stand der Forschung sind und womöglich mit veralteten Vorstellungen und Praktiken mehr Schaden als Heil anrichten, dürfte nicht unbekannt sein. Die Medizin reagiert auf solche Befürchtungen mit der Versicherung, ihre Standards ständig neu zu definieren und ihr Wissen praktisch im Laufe von zehn bis zwanzig Jahren komplett zu hinterfragen. Die „Halbwertszeit“ medizinischer Erkenntnisse ist demnach eine ganz andere als in der gesellschaftswissenschaftlichen Forschung, die selbstverständlich auch Wandlungen und (modischen) Strömungen unterliegt, aber mit einer gewissen Gelassenheit auf „wissenschaftliche Revolutionen“ reagiert. Statt überkommenes Wissen aus den Reihen ihrer Bibliotheken zu verbannen, belässt man es dort sehr wohl als möglichen Ausgangspunkt späterer Forschungen, ohne es unter dem Eindruck eines neuen, allgemein anerkannten Paradigmas auszusondern. Wohl nicht zu Unrecht fragt daher Thomas S. Kuhn in seinem einflussreichen Werk über „Die

Struktur wissenschaftlicher Revolutionen⁶, „welche Teilgebiete der Sozialwissenschaft überhaupt schon solche [allgemein anerkannten] Paradigmata erworben haben.“¹

Dieser prinzipielle Unterschied, der sich hier andeutet, ist insofern bemerkenswert, als er auf verschiedene Funktionen wissenschaftlicher Arbeit verweist. Während die Medizin zunächst und vor allem eine Handlungswissenschaft ist, die ihren Vertreter/inne/n Ideenkonstrukte mit Werkzeugcharakter an die Hand gibt, stehen Sozial- und Kulturwissenschaftler/innen bei ihrer Arbeit vor hermeneutischen Aufgabenstellungen, die nach einer größtmöglichen Differenzierung und Relativierung verlangen. Obwohl beide Ansätze wissenschaftlichen Arbeitens legitim und gleichberechtigt erscheinen, begegnen sich ihre Vertreter/innen im Alltag mit einer bemerkenswerten Intoleranz, die gleichwohl nachvollziehbar ist und durch die Organisation des Wissens regelmäßig eingeübt wird.

Für Notfallmediziner/innen, die an einen Unfallort zur Ersten Hilfe gerufen werden, ist es schlechterdings unmöglich, sich alle denkbaren Handlungsoptionen zu vergegenwärtigen und nach einem mühsamen Prozess des Abwägens zu einer Entscheidung zu gelangen. Stattdessen werden sie sich auf eingeübte Hilfsmaßnahmen konzentrieren, die ihnen im Laufe der Ausbildung vermittelt wurden und deren Unterlassung – bei einem tragischen Ausgang – für sie obendrein rechtliche Konsequenzen hätte. Älteres Wissen oder ein Nachdenken darüber, wie man unter anderen medizinischen Vorannahmen ihr Eingreifen beurteilen könnte, würden sie nur verunsichern und erscheinen unter der Vorgabe der an sie gestellten Erwartungen problematisch. Es macht also Sinn, solche Denkansätze aus der medizinischen Praxis zu verdrängen. Leicht könnten sie sonst das bestehende System in Frage stellen, dem in der Gegenwart bedingungslos zu vertrauen ist, obwohl es durch den wissenschaftlichen Fortschritt schon morgen außer Kraft gesetzt sein kann.

Kulturwissenschaftler/innen haben dagegen die Aufgabe, durchaus frei von drängenden Entscheidungsprozessen gesellschaftliche Handlungsoptionen zu entwickeln und Denkanstöße zu vermitteln. Für sie wäre es geradezu fahrlässig, mögliche Sichtweisen außer Acht zu lassen oder auf die Wahrnehmung von Überlegungen zu verzichten, nur weil sie im Augenblick nicht systemkonform erscheinen. Sie verwalten einen Ideenpool, der grundsätzlich offen bleiben muss, um sein analytisches Potential zu bewahren. Diese fundamentalen Unterschiede muss man sich vergegenwärtigen, wenn man sich mit einem Bereich wie dem der Medikalkulturforschung auseinandersetzt, in dem sich beide Positionen unmittelbar begegnen. Sie sind darüber hinaus wichtig, um die hier aufgeworfene Frage nach den Laienätiologien und der Popularisierung medizini-

scher Diskurse zu verstehen, der ich im Folgenden auf Anregung der Redaktion gerne nachgehen möchte.

Systematisierungsprobleme

Beide Konzepte, das der Laienätiologien sowie das der Popularisierung medizinischer Diskurse, verweisen auf medizinische Systeme jenseits der so genannten „Schulmedizin“ oder Biomedizin.² Diese hat sich zwar in den westlichen Industrienationen zur führenden Deutungs- und Handlungsmacht in Fragen von Krankheit und Gesundheit aufgeschwungen, steht aber auch dort weiterhin in Konkurrenz zu alternativen Konzepten und laienmedizinischen Praktiken. Unter Laienätiologien wird man all jene Vorstellungsmuster über die Ursachen von Krankheiten fassen, die von den Erklärungsansätzen der etablierten Medizin abweichen und auf tradierten oder aus anderen Kontexten entlehnten Konzepten beruhen. Magische oder religiöse Einflüsse können hier eine Rolle spielen, aber auch höchst individuelle Vorstellungen über die Hintergründe des eigenen Leids. Die Rede von der Popularisierung medizinischer Diskurse folgt ebenfalls der Idee von einer breiten Öffentlichkeit mit alternierenden Ansichten über Krankheit und Gesundheit, die gezielt durch fachmedizinisches Wissen beeinflusst werden soll. Spätestens seit den Tagen der Aufklärung und der „Geburt der Klinik“³ können wir entsprechende Bemühungen verzeichnen, die spektakuläre Maßnahmen wie die Durchsetzung von neuen Standards bei der Hygiene, die Einführung von Schutzimpfungen oder die Trimm Dich-Bewegung der 1970er-Jahre umfassen. Daneben ist aber auch an Phänomene eines nicht gelenkten kulturellen Wandels zu denken, der auf der freiwilligen Übernahme approbierten Wissens beruht, aber gleichfalls das Nebeneinander konkurrierender Systeme voraussetzt.

Beide Konzepte schließen damit an einen Begriff an, der in der neueren kulturwissenschaftlichen Forschung in die Kritik geraten ist, nämlich den der „Volksmedizin“.⁴ Seiner Herkunft nach steht der Begriff der „Volksmedizin“ in einem engen Verhältnis zu dem der „Schulmedizin“, er ist sozusagen ihr natürlicher Widerpart. Dieser Umstand erklärt sich aus der Tatsache, dass es einst Ärzte waren, die jenen Forschungsbereich absteckten und nach ihren Bedürfnissen charakterisierten. Frühe und zentrale Beiträge auf diesem Gebiet wurden etwa von Georg Friedrich Most (1794-1845), Max Höfler (1848-1914), Adolf Kronfeld (1861-1938), Oskar von Hovorka (1866-1930), Carly Seyfarth (1890-1950) oder Paul Diepgen (1878-1966) veröffentlicht, die allesamt Mediziner waren. Erst mit dem „Grundriss“ von Gustav Jungbauer (1886-1942) aus dem Jahre 1934 wandte sich ein Nichtmediziner der systematischen Erschließung die-

ses Themengebietes zu. Sein Vorwort zeigt, dass er das Grundproblem der bisherigen Forschung sehr wohl ahnte: „Die Volksmedizin war bisher ein Stiefkind der deutschen Volkskunde. [...] Dafür besteht von seiten der Ärzte und medizinischen Fachgelehrten ein umfangreiches Schrifttum, das einseitig ist, weil sich überall die Einstellung des Arztes zeigt, der den Stoff zuweilen mit dem überlegenen Lächeln des alles besser Wissenden betrachtet“.⁵ Gleichwohl blieb auch Jungbauer dem medizinischen Denkansatz verpflichtet, der letztlich das Konstrukt des Volksmedizinbegriffs dafür nutzte, die Ausschließlichkeit des eigenen Ansatzes zu legitimieren.

Dieser Punkt bedarf weiterer Erläuterungen. Wer sich als Kulturwissenschaftler/in mit den klassischen Phänomenen der so genannten „Volksmedizin“ befasst, erkennt rasch, dass die unter diesem Begriff gebündelten Vorstellungsinhalte, Praktiken und Objekte kein weiteres Merkmal untereinander aufweisen als das der Nichtzugehörigkeit zum jeweiligen „schulmedizinischen System“. Ihre Kohärenz ergibt sich nur aus dieser Perspektive und nicht aus den betrachteten Phänomenen selbst. In der Frühphase der „volksmedizinischen“ Forschungen, also im letzten Drittel des 19. und im ersten Drittel des 20. Jahrhunderts, wies das nach diesem Gesichtspunkt geordnete Sachgebiet eine gewisse Schlüssigkeit auf, die freilich mit dem fortlaufenden Paradigmenwechsel in der Medizin zunehmend in Frage gestellt wurde. Manche der als „Volksmedizin“ apostrophierten Praktiken errangen etwa im Lichte der modernen Forschung den Status eines approbierten Heilverfahrens⁶, wohingegen sich propagierte Vorstellungen der „Schulmedizin“ als falsch oder schädlich herausstellten und als Irrweg der Forschung abqualifiziert werden mussten.⁷

Eine ähnliche Funktion wie die Volkskunde übernahm daher im medizinischen System der Zeit die Historiographie der Medizin, die ebenfalls der Abgrenzung und Selbstvergewisserung des eigenen Tuns diene. Hauptaufgabe war in diesem Falle, aus der Unzahl der vorliegenden Quellen und Informationen über frühere Zeiten den Gang des medizinischen Fortschritts zu (re-)konstruieren, also all jene Ideen und Personen herauszugreifen, die sich im Hinblick auf den aktuellen Wissensstand als vielversprechende Vorläufer identifizieren ließen, und diese von jenen anderen zu trennen, die nach herrschender Meinung das Fach ins Abseits führten. Anne-Christin Lux hat am Beispiel des Barockarztes Christian Franz Paullini (1643-1712) dieses Vorgehen plausibel nachgezeichnet.⁸ Paullini war im ausgehenden 17. und frühen 18. Jahrhundert eigentlich ein hoch geachteter Arzt, der über eine internationale Ausbildung verfügte, einflussreiche Positionen innehatte und mit den intellektuellen Größen seiner Zeit wie Gottfried Wilhelm Leibniz korrespondierte. Für die Medizingeschichtsschreibung blieb er allerdings nur als Verfasser der „Heylsamen Dreck-Apotheke“ in Erinnerung,

einem Buch, das „die erschöpfendste Zusammenstellung aller Kotrezepte seiner Zeit“⁹ bot. Ohne sein weiteres Werk genauer in den Blick zu nehmen, avancierte Paullinis Wirken in einschlägigen medizinhistorischen Abhandlungen zur therapeutischen Verirrung par excellence. Erst der medizinische Fortschritt der Folgezeit habe diesem Aberglauben Einhalt geboten, wie wir des Weiteren erfahren.

Mehr Glück hatten in den fraglichen Rückblicken jene Ärzte, deren Einzelerkenntnisse oder -handlungen eine gewisse Anschlussfähigkeit an die moderne Medizin boten, auch wenn sie auf ganz anderen gedanklichen Grundlagen fußten. Ein Beispiel dafür ist die Pockenschutzimpfung des englischen Arztes Edward Jenner (1749-1823) am Ausgang des 18. Jahrhunderts¹⁰, der über die virologischen Zusammenhänge seiner Methode nichts gewusst haben konnte, aber dennoch in den vorhandenen Überblickswerken als „Segensbringer“¹¹ der Menschheit gefeiert wird. Dabei klingt sein Verfahren, nämlich den Menschen mit tierischen Sekreten zu infizieren, im Grunde nicht viel besser als ein Unterkapitel aus der Ekel erregenden Dreckapotheke.

„Wer heilt, hat Recht“, lautet eine altbekannte Einsicht, die selbst scheinbar natürliche Scham- und Ekelgrenzen zu Fall bringen kann, wie man etwa am Beispiel der Madentherapie aufzuzeigen vermag.¹² Bereits im 19. Jahrhundert war bekannt, dass sich Maden zur Behandlung schlecht heilender Wunden eignen. In den Kriegszeitern des 19. und 20. Jahrhunderts wurde mit dieser Erkenntnis immer wieder „operiert“. Dann kam die Madentherapie mit der Einführung der Antibiotika schnell in Verfall. Noch 1988 meinte der Mikrobiologe Milton Wainwright: „Glücklicherweise ist die Madentherapie heute ein historisch totes Gewässer, deren Interesse eher in ihrer bizarren Natur als in ihren medizinischen Effekten liegt. [...] Eine Therapie, deren Ableben niemand nachtrauert.“¹³ Seit Mitte der 1990er Jahre greifen Ärzte und Ärztinnen freilich wieder auf diese Behandlungsmethode zurück, nachdem beobachtet worden war, dass Maden den Heilungsprozess durchaus befördern können, da sie das infizierte oder abgestorbene menschliche Gewebe auffressen und mit ihren Ausscheidungen zusätzlich zur Linderung beitragen. Das Verfahren firmiert mittlerweile unter dem wohlklingenden Begriff der „Biochirurgie“ und dürfte damit einiges von seiner einstigen Anrüchigkeit verloren haben.

Wie unsere Beispiele zeigen, gibt es keine festen Grenzen zwischen natürlichen und „bizarren“ Heilverfahren, zwischen wissenschaftlichen und „abergläubischen“ Praktiken, zwischen veralteten und modernen Vorstellungen, zwischen „Schul-“ und „Volksmedizin“. Das medizinische System jeder Zeit definiert diese Grenzen neu, bedient sich dabei geeigneter Kategorisierungen, die den Sinn haben, das jeweils approbierte

Wissen als das beste, effektivste, wissenschaftlichste und modernste auszuweisen. Damit verschafft es seinen Vertreter/inne/n jene Zuversicht und Handlungssicherheit, die sie für die Ausübung ihres Berufes brauchen. Die dafür nötigen Anleihen bei anderen Wissenschaften unterliegen ebenfalls einem temporären Wandel. Zur Zeit der Kurierfreiheit in Deutschland vor hundert Jahren scheint es tatsächlich die junge Wissenschaft der Volkskunde gewesen zu sein, die wichtige Hilfestellungen bei der Diskreditierung „abergläubischer“, „magischer“ oder „religiöser“ Alternativen zu leisten hatte. Nicht weniger instrumentalisiert wurden historische und soziologische Argumentationen, während in der Gegenwart vor allem ethischen Aspekten eine besondere Bedeutung zugemessen zu werden scheint.

Alltagsperspektiven

Die bisherigen Ausführungen mögen mancher Leserin oder manchem Leser wenig zielgerichtet im Hinblick auf das angekündigte Thema erscheinen, waren aber nötig, um den langen Weg der Emanzipation einer kulturwissenschaftlichen Gesundheitsforschung anzudeuten. Anknüpfungspunkte für eine neue Perspektive auf unseren Gegenstandsbereich liegen mit den Überlegungen des Arztes und Philosophen Viktor von Weizsäcker (1886-1957) vor, der sich bereits in der Zwischenkriegszeit um die Grundlegung einer Medizinischen Anthropologie bemühte.¹⁴ Statt an normativen Systematiken zur Beschreibung von Krankheitsvorstellungen und -praktiken zu feilen, schlug er vor, die wissenschaftliche Betrachtung auf das Erleben der betroffenen Menschen zu fokussieren, egal ob sie nun krank oder gesund sind, Arzt oder Nichtarzt, wissenschaftlich denkend oder religiös fühlend bzw. magisch handelnd.

Nur dieser Ansatz ermöglicht es, viele Widersprüche innerhalb unserer eigenen Kultur aufzulösen, die sich eben immer wieder auf das Individuelle zurückführen lassen, auf den Kranken/die Kranke, der/die sowohl zum Arzt/zur Ärztin geht als auch Heilpraktiker/innen aufsucht, der/die möglicherweise als gläubiger Mensch in der Kirche um Hilfe bei Gott nachsucht, gleichzeitig aber mit der Anschaffung von Heilsteinen liebäugelt und darüber hinaus noch andere Heilverfahren ausprobiert.¹⁵ Auf der Ebene des Alltags lässt sich dieser hier nur angedeutete Pluralismus leicht weiter verkomplizieren. Wenn bisher vom medizinischen System die Rede war, mag man sich ein einheitliches Gedankengebäude vorgestellt haben, das es in der Wirklichkeit so nie gibt. „Zwei Ärzte, drei Meinungen“, weiß der Volksmund wohl aus leidvoller Erfahrung zu berichten. Die Diagnosen und Empfehlungen von Ärzt/inn/en können sich trotz internationaler Standards in der Medizin erheblich voneinander unterscheiden. Zu welchen Abwei-

chungen es dabei kommen kann, hat schon vor Jahren Lynn Payer am Beispiel von Ärzt/inn/en und Patient/inn/en in England, Frankreich, den USA und hierzulande herauszuarbeiten versucht.¹⁶

Ein anderes instruktives Beispiel für Widersprüche im bestehenden medizinischen System ist die Frage nach der Akzeptanz homöopathischer Behandlungen. Eine wachsende Zahl von Ärzt/inn/en, die im Internet sogar auf ein Fünftel geschätzt wird¹⁷, soll inzwischen von den Vorzügen dieses Heilverfahrens überzeugt sein und es ihren Patient/inn/en als Möglichkeit anbieten. Dagegen halten andere Fachvertreter/innen die Homöopathie für einen unwissenschaftlichen Hokusfokus aus dem frühen 19. Jahrhundert, der mit seinen gedanklichen Anleihen bei der barocken Dreckapotheke eher auf den Index der verbotenen Wissenschaften gehöre. Dazu Johannes Köbberling von der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin im Jahre 1997:

„Für die gläubigen Anhänger dieser Therapieform existiert eine Art Bibel der reinen Lehre, nämlich Hahnemanns *Organon*. Hahnemann hat vor 200 Jahren ein in sich geschlossenes und von ihm selbst als definitiv erachtetes Lehrgebäude errichtet. Solche geschlossenen Systeme, so unsinnig sie auch sind, üben eine gewisse Faszination auf manche Menschen aus. So haben es die Vertreter dieser Lehre geschafft, dass in der Öffentlichkeit der Eindruck entstanden ist, hier sei eine ernsthafte Alternative zur Medizin zu finden, eine Auffassung, die nicht selten auch von sonst kritischen und in anderen Bereichen vernünftigen Menschen geteilt wird. Weder der bekannte Ähnlichkeitssatz noch die Potenzierung durch extremes Verdünnen sind in irgendeiner Weise wissenschaftlich belegt. Erfolgsberichte über homöopathische Heilungen betreffen nie größere Patientengruppen mit bestimmten Krankheiten, sondern bestehen aus einzelnen Fallbeschreibungen. Fallbeschreibungen entziehen sich aber der Falsifikationsmöglichkeit, sie sind prinzipiell wahr.“¹⁸

Es wäre bestimmt lohnend, an dieser Stelle einzuhaken und nachzufragen, ob sich die homöopathischen Mediziner/innen der Gegenwart tatsächlich weiterhin streng an Hahnemanns Organon-Modell orientieren oder ob sie inzwischen nicht andere Erklärungsansätze für sich favorisieren. Was von ihnen davon tatsächlich an ihre Patient/inn/en weitergegeben wird, wäre schon der nächste Puzzlestein bei der Rekonstruktion medizinischer Alltagspraktiken, deren Beeinflussung seitens der Biomedizin man sich auf jeden Fall nicht als einstimmige Botschaft vorstellen darf, sondern als komplexen, unter Umständen vielstimmigen Vermittlungsprozess, der überdies den Eigenarten medialer Kommunikation unterliegt. Nur in seltenen Fällen wird man davon ausgehen können, dass sich die ausgewählten Diskurse im intendierten Sinne popularisieren lassen. Wesentlich alltagsnäher erscheinen dagegen Reaktionen wie Missverständnisse, Umdeutungen, Ablehnungen bis hin zur Nichtwahrnehmung, die bei einer umfassenden Auseinandersetzung mit der medikalen Alltagskultur auf jeden Fall nicht übersehen werden dürfen.

In ähnlicher Weise problematisch sind die individuellen Vorstellungen über Krankheiten und ihre Ursachen, also die Laienätiologien. Selbst derjenige, der biomedizinische Erklärungsangebote akzeptiert, kann diese ganz anders verstehen als sie in der medizinischen Lehre verhandelt und begründet werden. Der Arzt und Volkskundler Lutz Freudenberg hat in einem Beitrag über die Behandlung von Schilddrüsenerkrankungen mit radioaktivem Jod den Laienvorstellungen eigens Beachtung geschenkt und dabei bemerkenswerte Abweichungen zwischen Patientensicht und Biomedizin unter dem vielsagenden Titel „Ihr wollt mich zum Glühwürmchen machen!“ herausgearbeitet.¹⁹ Ähnliches hat auch Günter Wiegmann mit seinen „Ideen zur Parkinsonschen Krankheit aus der Sicht der Patienten“ versucht.²⁰ Seine Ausführungen belegen, dass Laien mit einer biomedizinischen Diagnose zu grundverschiedenen Ansichten über die Ursachen, den Verlauf und die Behandlung einer Erkrankung kommen können und dass die Reaktionen der „Schulmedizin“ auf solche alternativen Modelle zumindest in den 1980er Jahren keinesfalls kompromissbereit waren.

Ein drittes Beispiel geben uns die Untersuchungen von Oliva Wiebel-Fanderl.²¹ Ihre Nachforschungen zur Organtransplantation haben deutlich gemacht, dass für viele Patient/inn/en mit der bloßen Diagnose und erfolgreichen OP die Wiederherstellung von Ordnung im Sinne von Gesundheit noch nicht abgeschlossen ist, sondern nach Erklärungen für das eigene Davonkommen und nach Kompensationen für die gewährte Hilfe verlangt. Die biomedizinische Fixierung des Krankheitsgeschehens auf körperliche Prozesse, auf das Finden von Ursachen und Möglichkeiten ihnen beizukommen, hat aus kulturwissenschaftlicher Sicht zu einer reduktionistischen Betrachtung der Phänomene geführt, die selbst im Alltag als Ursache für neues Leid verstanden wird, wenn die Bedingungen der modernen Medizin als inhuman oder krankmachend angeprangert werden.²² Auch dafür hat der Volksmund eine Redewendung gefunden, die mit der Formulierung „Operation gelungen, Patient tot“ die Auswüchse einer bedingungslosen Medikalisierung thematisiert. Freilich wäre es kurzsichtig, dafür allein der Medizin die Schuld zuzuweisen, denn diese verspricht ihren Patient/inn/en oft weniger, als sie von ihr erwarten, was mit dem neuen „Glauben“ an die Macht der Naturwissenschaften und dem Rückgang bzw. der Aufgabe religiöser und magischer Vorstellungen im kollektiven Bewusstsein zu tun hat.

Unter diesen Bedingungen ist es kein Wunder, dass im Ernstfall die Suche nach Auswegen aus dem Leid viele Möglichkeiten kennt. Probates Wissen in der Gegenwart muss nach laienmedizinischem Verstand nicht approbiert sein, sondern kann seine Berechtigung der familiären Tradition verdanken, der religiösen Überzeugung, der Auflehnung gegen die eigene (krankmachende!) Kultur und der Bewunderung für

alles Exotische in (zeitlicher oder räumlicher) Ferne, dem ökonomischen Aufwand oder der Macht der Medien, um nur einige wichtige Faktoren zu nennen. Gerade der letzte Punkt ist in unserer modernen multimedialen Gesellschaft von großem Einfluss, zumal er sich von der Konsumindustrie bestens vermarkten lässt. „Milch macht müde Männer munter“ und hilft gegen Maroditis, hieß es vor vielen Jahren in der westdeutschen Fernsehwerbung, die damit als Folge von mangelhaftem Milchgenuss ein Krankheitsbild entwarf, das es so gar nicht gibt. Privatwirtschaftliche Marktstrategien, staatliche Aufklärungskampagnen zum Wohle der Volksgesundheit (wie die Antiraucheraktionen), die Sensationslust der Massenmedien, das Sendungsbewusstsein einzelner Heiler/innen und Schulen sowie die relative Offenheit des „Marktes“ formen unser „laienhaftes“ Verständnis von Krankheit und Gesundheit, in dem die Biomedizin – nicht zuletzt dank staatlicher Hilfen – zwar einen prominenten Platz einnimmt, aber keineswegs das Deutungs- und Handlungsmonopol besitzt.

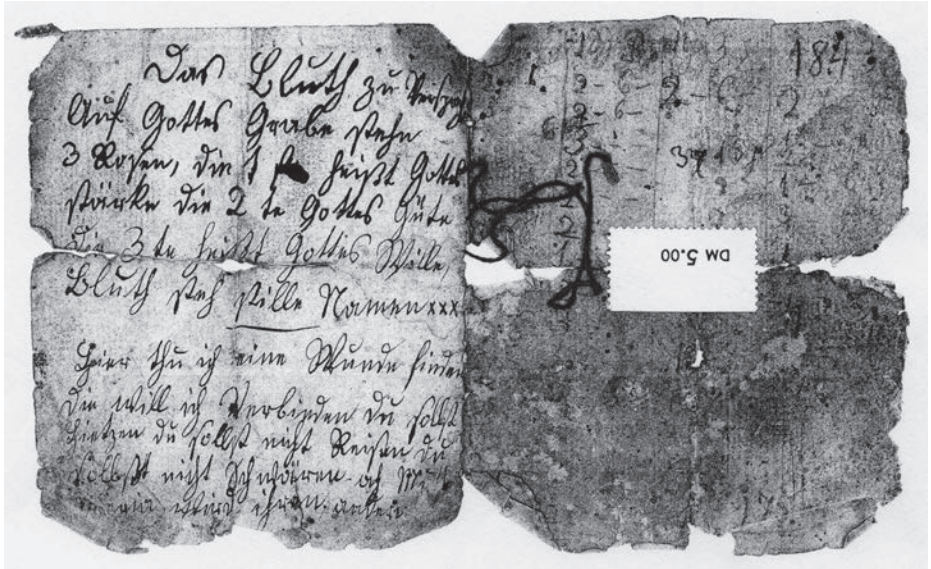
Daneben gibt es eine Reihe weiterer Faktoren, die für unsere Wahrnehmung von unmittelbarem Einfluss sind. Die steigende Lebenserwartung innerhalb unserer Gesellschaft hat uns im Zuge des „epidemiologischen Übergangs“²³ mit einem neuen Krankheits- und Sterbe geschehen konfrontiert; die engen und sich immer weiter verdichtenden Kontakte in einer globalisierten Welt schüren Ängste vor bestimmten Krankheiten wie HIV/AIDS oder der Vogelgrippe, verbinden sich aber auch mit neuen Hoffnungen auf die Ausrottung alter Geißeln der Menschheit oder das Aufspüren bislang unentdeckter Wirkstoffe; der Zuzug vieler Menschen aus ganz fremden „Kulturkreisen“ sowie die wachsenden Auslandserfahrungen der Einheimischen als Urlauber/innen oder Arbeitsmigrant/inn/en beeinflussen ebenfalls das traditionelle Verständnis für die Ursachen von Krankheit und das Wirken der Medizin. Alles in allem erkennen wir in dem umrissenen Themengebiet ein breites Handlungsfeld, das tatsächlich nur zu einem Teil durch biomedizinisches Know-How erfasst wird und dessen weitere Erkundung kulturwissenschaftlicher Ansätze bedarf. Dabei sollte der Blick nicht durch die Gegenüberstellung von „Schul- und Volksmedizin“ verengt werden, etwa durch Fragen dazu, wie das approbierte Wissen popularisiert wurde bzw. sich Laien in ihrem Verständnis davon abgrenzen, sondern wichtiger erscheint es, ausgehend vom einzelnen Menschen und seinem kulturspezifischen Verständnis von Krankheit und Gesundheit die Weite und Vielschichtigkeit des Themas anzuerkennen.

Peter im vorgerochener Polen	Hauptleichen in Maxen gebildet von Joseph Carl.	Todes und Ursach. 2183 Jahr.	Starb am 17ten Tag, Haupt.	war nach vorigen Kranke?
Johann George Silbert.	Leibschmerz im Kopf, Kopf war zu schwach in Maxen.	Todes und Ursach. 2183 Jahr.	Starb am 17ten Tag, Haupt.	war Willen, und fuchte Kopf 2. Bucher.
Mariana Christiana Amboelen,	Leibschmerz im Kopf, Kopf war zu schwach in Maxen.	Todes und Ursach. 2183 Jahr.	Starb am 17ten Tag, Haupt.	war Willen, und fuchte Kopf 3. Bucher.
Friedrich Wilhelm Sauterbuch.	Leibschmerz im Kopf, Kopf war zu schwach in Maxen.	Ein Jahr, 2183 Jahr.	Starb am 17ten Tag, Haupt.	war vor Maxen einzig Bucher.

Auszug aus dem Totenbuch der Kirchengemeinde Maxen bei Dresden aus dem Jahre 1802 (Quelle: Archiv der Kirchengemeinde Maxen). Der unterste Eintrag belegt den Tod eines knapp einhalbjährigen Kindes, das am „Zahndurchbruch“ starb. Die Lehre vom schweren Zahnen der Kinder und der damit verbundenen tödlichen Gefahr lässt sich seit der Antike in der Medizin belegen. Erste massive Zweifel an dieser Auffassung wurden von ärztlicher Seite am Ende des 18. Jahrhunderts geäußert, aber es dauerte praktisch noch ein Jahrhundert, bis man sich von dieser Vorstellung befreite. Dagegen blieb sie in weiten Kreisen der Bevölkerung zumindest in abgeschwächter Form bis zur Gegenwart bestehen, obwohl von medizinischer Seite immer wieder gegen die Anwendung der nun als volkstümlich gebrandmarkten Mittel zur Erleichterung der Dentition polemisiert wurde (vgl. M. Simon, wie Anm. 7). Das Beispiel belegt die Popularisierung eines medizinischen Diskurses, der mit dem Wandel des approbierten Wissens zur Laienätiologie mutierte.



Impfbescheinigung für Anna Hedwig Göhde aus der Gemeinde Oetzen südöstlich von Bremen, die nach ärztlichem Ausweis 14 Tage nach der Vakzination am 28. Juni 1847 „die Schutzblattern nach allen Kennzeichen richtig überstanden“ hatte (Quelle: privat). Die Verbreitung der Pockenschutzimpfung verlangte nach alltagsweltlicher Sinnstiftung, die sie mancherorts etwa durch den Brauch eines Patengeschenks an den geimpften Täufling erfuhr, wie Berichte im Archiv für westfälische Volkskunde (AwVk) in Münster dokumentieren: „Früher war es Mode, daß das Kind, wenn es geimpft wurde, ein Kleidchen oder Anzug von den Paten erhielt [...]“ (AwVk Ms. 1305, S. 3, Berichtsort: Sonsbeck am Niederrhein). Oder: „Es war hier immer Sitte und Brauch, sobald das Kind zur Impfe ging, wurde der Patenrock gebracht“ (AwVk Ms. 1135, Berichtsort: Weiberg, Kreis Büren).



„Blutsegen“ aus dem Nachlass von Adolf Spamer (Quelle: ISGV, Dresden). Das Besprechen von Blutungen war früher keineswegs selten, wie wir aus den Umfragen des Atlas der deutschen Volkskunde für die Zwischenkriegszeit wissen. Der Aufbau für die Segensformeln folgte dem Prinzip der Bricolage, wie aus dem abgebildeten Beispiel zu ersehen ist, in dem sogar „Gottes Grabe“ als machtvoller Ort angerufen wird. Die festgehaltenen Sprüche wurden hier auf der Rückseite eines kleinen Zettels zur Rechnungsführung (1843/44) notiert, was darauf hindeutet, dass viele Praktiken der einstigen „Volksmedizin“ nicht nur auf alternativen Vorstellungen zur Herkunft und Heilung von Krankheiten beruhten, sondern auch aus einer Kultur des Mangels erwachsen, deren Träger sich andere Formen der „Behandlung“ schlicht nicht leisten konnten.

- ¹ *Thomas S. Kuhn*: Die Struktur wissenschaftlicher Revolutionen. Frankfurt a.M. 41979 [1962, 1970], 30.
- ² Zum Begriff der „Biomedizin“ vgl. *Christine Holmberg*: „Anders hätte ich es gar nicht überlebt.“ Magische Objekte im Krankenhaus. In: Michael Simon (Hg.), unter Mitarbeit von Monika Kania-Schütz: Auf der Suche nach Heil und Heilung. Religiöse Aspekte der medialen Alltagskultur. Dresden 2001 (= Volkskunde in Sachsen, 10/11), 197-211, hier 197.
- ³ *Michel Foucault*: Die Geburt der Klinik. Eine Archäologie des ärztlichen Blicks. Frankfurt a.M. 1988 [1963].
- ⁴ Vgl. *Eberhard Wolff*: „Volksmedizin“ – Abschied auf Raten. Vom definitorischen zum heuristischen Begriffsverständnis. In: Zeitschrift für Volkskunde, 94/2 (1998), 233-257.
- ⁵ *Gustav Jungbauer*: Deutsche Volksmedizin. Ein Grundriss. Berlin und Leipzig 1934, V.
- ⁶ Vgl. z.B. *Carl Posner*: Volkstümliche Mittel in der modernen Medizin. In: Elfriede Grabner (Hg.): Volksmedizin. Probleme und Forschungsgeschichte. Darmstadt 1967 [1913], 13-26 (= Wege der Forschung, 63).
- ⁷ Vgl. z.B. *Michael Simon*: Veilchenwurzel und Zahnband – Zum Problem der 1. Dentition in der „Volksmedizin“. In: Dimitrios Ambatielos, Dagmar Neuland-Kitzerow u. Karoline Noack (Hgg.): Medizin im kulturellen Vergleich. Die Kulturen der Medizin. Münster u.a. 1997, 137-148.
- ⁸ *Anne-Christin Lux*: Die Dreckapotheke des Christian Franz Paullini (1643-1712). In: Rainer Alsheimer und Roland Weibezahn (Hgg.): Körperlichkeit und Kultur 2004. Interdisziplinäre Medizinkulturforschung. Dokumentation des 7. Arbeitstreffens des „Netzwerk Gesundheit und Kultur in der volkskundlichen Forschung“, Würzburg, 31. März-2. April 2004. Bremen 2005 (= Volkskunde & Historische Anthropologie, 10), 41-66; dies.: Christian Franz Paullini und die „Dreckapotheke“. In: Volkskunde in Rheinland-Pfalz, 21 (2007), 57-66.
- ⁹ Ebd., 50.
- ¹⁰ Vgl. *Eberhard Wolff*: Die Einführung der Pockenschutzimpfung in die akademische Medizin. Edward Jenner und die Folgen. In: Heinz Schott (Hg.): Meilensteine der Medizin. Dortmund 1996, 284-290.
- ¹¹ Vgl. *Erwin H. Ackerknecht*: Geschichte der Medizin. 7. Auflage von Axel Hinrich Murken. Stuttgart 1992, 101.
- ¹² Vgl. *Gudrun Silberzahn-Jandt*: Vom Ekel in Krankheits- und Heilungsprozessen. Einige Anmerkungen aus dem Feld. In: Michael Simon (Hg.) (wie Anm. 2), 187-196; *Eberhard Wolff*, unter Mitarbeit von Christoph Mörgeli und Iris Ritzmann: verehrt – verflucht – verwertet. Die Bedeutung der Tiere für die menschliche Gesundheit. Dokumentation der Ausstellung im Medizinhistorischen Museum der Universität Zürich 2000/2001. Zürich 2001, 13.
- ¹³ Zitiert nach <http://de.wikipedia.org/wiki/Madentherapie>, aufgerufen am 19. Mai 2007, 19.45 Uhr.
- ¹⁴ Vgl. *Viktor von Weizsäcker*: Gesammelte Schriften, hrsg. von Peter Achilles u.a. Frankfurt a.M. 1986 ff.
- ¹⁵ Über das Nebeneinander unterschiedlichster Vorstellungen im Krankheitsfall berichtet *Christine Holmberg* (wie Anm. 2) anschaulich in ihren Geschichten über den Nachttisch im Krankenhaus. Für Österreich vgl. *Andreas Obrecht* (Hg.): Die Welt der Geistheiler. Die Renaissance magischer Weltbilder. Wien u.a. 1999 sowie ders. (Hg.), Die Klienten der Geistheiler. Vom Umgang mit Krankheit, Krisen, Schmerz und Tod. Wien u.a. 2000. Herrn Alois Unterkircher danke ich für seine freundlichen Literaturhinweise an dieser Stelle sowie für seine kompetente redaktionelle Betreuung meines Beitrages.

- ¹⁶ *Lynn Payer*: Andere Länder, andere Leiden. Ärzte und Patienten in England, Frankreich, den USA und hierzulande. Frankfurt u. New York 1993.
- ¹⁷ So der Hersteller von Homöopathika Heel, Baden-Baden, zitiert nach <http://www.cormeta.de/pharma.referenz.text/nid/33/31.php>, aufgerufen am 19. Mai 2007, 20.15 Uhr.
- ¹⁸ *Johannes Köbberling*: Der Wissenschaft verpflichtet. Eröffnungsvortrag des Vorsitzenden des 103. Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin, Wiesbaden, den 6. April 1997, zitiert nach http://www.uni-duesseldorf.de/WWW/MedFak/KlinikumWuppertal/FSK_M/vortrag.htm, aufgerufen am 19. Mai 2007, 20.00 Uhr.
- ¹⁹ *Lutz Freudenberg*: „Ihr wollt mich zum Glühwürmchen machen!“ Subjektive Konzepte von Radioaktivität bei Patienten vor Therapie mit offenen radioaktiven Stoffen. In: Rainer Alsheimer (Hg.): Körperlichkeit und Kultur 2001. Dokumentation des 4. Arbeitstreffens des „Netzwerk Gesundheit und Kultur in der volkskundlichen Forschung“. Würzburg, 14.-16. März 2001. Bremen 2002, 27-44 (= Volkskunde & Historische Anthropologie, 5).
- ²⁰ *Günter Wiegelmann*: Ideen zur Parkinsonschen Krankheit aus der Sicht des Patienten. In: Hufeland-Journal, 2 (1987), 30-35.
- ²¹ *Oliva Wiebel-Fanderl*: Leben vom Tod eines anderen. Ein Beitrag zur Balanceleistung der Religion in der gegenwärtigen Heilkultur. In: Michael Simon (Hg.) (wie Anm. 2), 221-235.
- ²² Vgl. *Ivan Illich*: Die Nemesis der Medizin. Von den Grenzen des Gesundheitswesens. Reinbek bei Hamburg 1977.
- ²³ Vgl. dazu *Abdel R. Omran*: Epidemiologic Transition in the United States. In: Population Bulletin 32/2 (1977), 1-42; *Reinhard Spree*: Der Rückzug des Todes. Der epidemiologische Übergang in Deutschland während des 19. und 20. Jahrhunderts. Konstanz 1992 (= Konstanzer Universitätsreden, 186).

Die medizinische Wissenschaft und ihr „Anderes“ Die ‚Tuberkulose-Präsentation‘ und die ‚Wunderkammer eines Alchemisten‘ im Wiener Pathologisch-anatomischen Bundesmuseum¹

Michael Riss

Einleitung

Im hinteren Teil des alten AKH in Wien befindet sich der 1784 errichtete ‚Narrenturm‘. Dieses Gebäude beherbergt seit 1971 das ‚Pathologisch-anatomische Bundesmuseum‘. Die Sammlungen dieses Museums (im Folgenden mit ‚PaBM‘ abgekürzt) beinhalten vor allem menschliche und tierische Knochen- und Feuchtpräparate, Moulagen sowie medizinische Geräte. Diese Bestände gehen auf die Sammlungen des pathologischen Institutes zurück und erfuhren v.a. in den 1970er Jahren einen enormen Zuwachs, als Präparate und Moulagen – aufgrund anderer bildgebender Verfahren in der medizinischen Forschung und Lehre – ausgedient worden waren.²

Im Erdgeschoß des ‚Narrenturms‘ wurde in der ersten Hälfte der 1990er Jahre eine öffentlich zugängliche Schausammlung eingerichtet. Denn erst ab diesem Zeitpunkt konnte das gesamte Gebäude vom PaBM alleine genutzt werden. Bei dieser Schausammlung handelt es sich um eine Aufarbeitung verschiedener medizinischer und medizinhistorischer Themenfelder, die über Krankheitsbilder, medizinische Arbeitsstätten oder die Geschichte von Museum und Gebäude informieren sollen. Die einzelnen Präsentationen sind in jenen Zellen eingerichtet, in denen einst die Patienten des ‚Narrenturms‘ untergebracht waren.

Das PaBM ist als Museum eine Institution, die überwiegend medizinhistorisch relevante Exponate für Interessierte zugänglich macht. Als öffentliche Einrichtung stellt es so einen Ort der Vermittlung medizinischer Bilder, Praktiken und Vorstellungen dar.³ Die Besonderheit dieses Museums liegt darin, dass Objekte zu jeweils spezifischen Bild- und Vorstellungswelten arrangiert werden und damit die Wahrnehmung bestimmter Wissens- und Erfahrungserlebnisse einen wesentlichen Stellenwert erlangt.⁴

Im PaBM werden vor allem mit Hilfe von Objektanordnungen und der Raumge-

staltung ganz bestimmte Bilder ‚schulmedizinischer‘⁵ Vorstellungen inszeniert und zur Schau gestellt: erläuternde Texte und Schautafeln treten hingegen in den Hintergrund. Unterschiedliche medizinische Bilder des Menschen, vor allem des menschlichen Körpers, werden entworfen, präsentiert und popularisiert.

Die Intentionen der Museumskuratoren und Museumskuratorinnen (durchwegs akademisch ausgebildete Mediziner und Medizinerinnen) bei der Gestaltung der Präsentationen waren und sind naturwissenschaftlich-medizinisch orientiert. Ihr Ziel ist es, Krankheiten unter der Prämisse ‚Erkennung, Verlauf und Therapie‘ zu präsentieren.

Bemerkenswert und ein Ergebnis der Ausstellungsanalyse ist, dass durch die Ästhetik der Ausstellungen noch ganz andere Bilder, Deutungen und Wertungen konstruiert werden, die vom Museumspersonal in dieser Weise nicht formuliert worden sind.

Im Wesentlichen wird im PaBM eine ‚Schulmedizin‘ gezeigt und popularisiert, die sich als naturwissenschaftliche Medizin versteht und sich dezidiert von älteren Formen medizinischer Praktiken abgrenzt. Gezeigt wird eine Medizin, die objektiv und wissenschaftlich arbeitet, ein effizientes wissenschaftliches Arbeitsumfeld entworfen hat und sich als deutlich effektivere Praxis gegenüber anderen, früheren medizinischen Praktiken positioniert. Schlussendlich wird also nicht nur der Aufklärungs- und Fortschrittsmythos der modernen ‚Schulmedizin‘ popularisiert, sondern auch ein hierarchisches Verhältnis zwischen dieser präferierten Medizin und anderen (in diesem Fall historisch älteren) medizinischen Praktiken.

Die Präsentationen des PaBM spiegeln daher bewusste und unbewusste Vorstellungen von Medizin aus dem Blickwinkel einer gegenwärtigen ‚Schulmedizin‘ wider.

Diese Aspekte sollen im Folgenden exemplarisch anhand zweier Räume aufgezeigt und verdeutlicht werden.

Die Konstruktion einer modernen ‚Schulmedizin‘

Die ersten drei Zellen der Schausammlung sowie der entsprechende vorgelagerte Gangabschnitt sind dem Krankheitsbild der Tuberkulose gewidmet. Mit diesem Thema haben die Ausstellungsmacher und -macherinnen eine Krankheit gewählt, die – unter anderem unter der Bezeichnung ‚Schwindsucht‘ geführt – in Europa vor allem in Metropolen des 19. Jahrhunderts eine außerordentliche Verbreitung erfuhr und als „soziale Krankheit“ eng mit Armut verbunden war.⁶

Sowohl durch die Anordnung der Objekte als auch durch die Ausgestaltung des

Raumes wird hier das Bild einer Medizin gezeigt, die sich ab dem 19. Jahrhundert zunehmend als Naturwissenschaft definierte und Krankheiten unter naturwissenschaftlich-rationalen Gesichtspunkten sah und behandelte.

Hauptsächlich mit Hilfe ästhetischer Mittel, also sinnlich wahrnehmbarer Raumgestaltung und Anordnung der Objekte, und weniger mit Hilfe rationaler Methoden (erklärende Texte, Informationen zu den Exponaten etc.), wird das Bild einer modernen, naturwissenschaftlichen ‚Schulmedizin‘ vorgeführt, deren wichtigste Eigenschaften Ordnung und Systematik, Sauberkeit sowie Erkennen und Heilen von Krankheiten sind.

Im ersten Teil dieser Präsentation – im Gang – sind zwei pathologisch veränderte menschliche Skelette zu sehen; an den Wänden eine Anzahl von Schaukarten, neuere und ältere Artikel und Bilder sowie vier Moulagen. Eine Vitrine mit unterschiedlichen Schriftstücken mit Bezug zur Tuberkulose ist ebenfalls aufgestellt. Vereinzelt Texttafeln weisen auf den übergeordneten Zusammenhang mit der Krankheit Tuberkulose hin.

Im Rundgang, der dunkler als die sonstige Tuberkulose-Präsentation gehalten ist, wird ein noch ungeordnetes Bild dieser Krankheit entworfen: einer Krankheit, die diffus und unverständlich anmutet.

Das ungeordnete und unspezifische Arrangement der Objekte erweckt den Eindruck eines willkürlichen Sammelsuriums, das in die Tuberkulose-Thematik einführen soll. Dieser Eindruck wird – neben der Verschiedenartigkeit der Exponate – auch durch die Lichtverhältnisse hervorgerufen. Denn die Fenster des Ganges zeigen in den Innenhof, der durch seine Enge nicht viel Tageslicht zulässt; künstliche Beleuchtung ist notwendig. Dunkel (düster wäre wohl übertrieben) ist es hier jedenfalls; verstärkend kommt da noch der Ausblick in den baufälligen Innenhof hinzu.

Diese erste Hinführung zum Krankheitsbild der Tuberkulose setzt zu jenem Zeitpunkt ein, an dem eine Tuberkulose-Erkrankung noch nicht geheilt werden konnte. Durch die Unordnung der Objekte, deren Unterschiedlichkeit und durch die schlechten Lichtverhältnisse wird das Bild einer zwar bekannten, aber noch nicht bezwungenen Krankheit gezeichnet.

Beim Betreten der drei Tuberkulose-Zellen wird es – im wahrsten Sinn des Wortes – heller. Dies hat mehrere Gründe. Zum einen liegen die Zellen an der Außenseite des Turmes. Die Glasfenster dieser drei Zellen lassen so wesentlich mehr Tageslicht herein. Dass es wesentlich heller und freundlicher wirkt als im Gang, hat wohl auch damit zu tun, dass die Räume offensichtlich renoviert wurden. Am Boden sind helle Kacheln verlegt, die Wände sichtbar erst kürzlich weiß ausgemalt worden.

Die weißen Wände machen in diesem Kontext durchaus Sinn; eine andere Farbe – Rot etwa oder Schwarz – passt hier als Wandfarbe nicht. Sauber, rein, hygienisch, gesund⁷: Dies wird mittels der Raumfarbe Weiß aufs Anschaulichste verdeutlicht.

Weiß gilt zudem als Standesfarbe der Personen der Ärzteschaft bzw. allgemeiner der (Natur-)Wissenschaft. Konkret sichtbar wird dies meist am weißen Kittel als Standessymbol bzw. -kleidung der Ärzte und Ärztinnen bzw. des Museumspersonals des PaBM. Mit diesem weisen sie sich aber auch als entsprechende Autorität aus; die Farbe Weiß verweist auch auf ein Macht- und Autoritätsverhältnis zugunsten der ‚Schulmedizin‘.⁸ „Deren Berufsstand birgt die Assoziation mit Hygiene, mit Krankheit und Krankenhaus in sich und gleichzeitig mit (...) Autorität.“⁹ Durch diese Ärztekittel sowie durch die weiß ausgemalten Wände wird so in den Zellen konkret eine visuelle Verbindung zur modernen Medizin hergestellt.

Die erste Zelle der Präsentation, die der Person von Robert Koch, der Entdeckung des Tuberkulose-Erregers sowie der Tuberkulosebekämpfung gewidmet ist, kann allerdings nicht vom Gang aus erreicht werden. Um zu dieser ersten Zelle zu kommen, müssen die Besucher durch die bereits wohlgeordnete Tuberkulose-Darstellung zumindest einer der beiden anderen Zellen durchschreiten.

Ausgangspunkt der Darstellungen über Tuberkulose ist die erste Zelle über Robert Koch. Dieser Raum ist visuell durch eine Absperrung aus Holz, die quer durch die Zelle parallel zur Außenwand verläuft, in zwei Teile geteilt. In dem einen, nicht begehbaren Teil der Zelle sitzt eine lebensgroße Puppe von Robert Koch.

Vor dieser Puppe steht ein Tisch samt Mikroskop und zahlreichen, als medizinische Gebrauchsgegenstände erkennbaren Utensilien. Das ungeordnet anmutende Sammelsurium von Reagenzgläsern, Schalen, Email Dosen, Glaskolben oder Büchern setzt sich auf dem daneben stehenden Verbandswagen, auf dem Fenstersims und an den Wänden fort. Das Durcheinander des Ganges wiederholt sich in diesem Bereich der Tuberkulose-Präsentation bei der Puppe Robert Kochs: ein Bereich, der abgesperrt und damit nicht zugänglich ist.



Arrangement um die Robert-Koch-Puppe in der Tuberkulose-Präsentation. Foto: Michael Riss, 2006.

Der Arbeitsplatz von Robert Koch ist museologisch als ‚szenische Darstellung‘ bzw. besser als ‚Inszenierung‘ zu bezeichnen. Inszenierungen als museales Präsentationskonzept arbeiten mit dem Raum als Bezugsgröße (sind also in den Raum hineingebaut), architektonische und/oder bühnenartige Einbauten spielen eine Rolle. Die Objekte sind zu räumlichen Arrangements hergerichtet (stehen also in Konstellation mit den anderen Objekten) und präsentieren sich weniger als einzeln stehende Objekte.¹⁰ Bei dieser szenischen Darstellung liegt der Fokus auf dem sicht- und erkennbaren Prinzip der Unordnung. Das abgesperrte räumliche Arrangement zeigt das Bild eines naturwissenschaftlichen Mediziners, der mittels seines Könnens aus all den ungeordneten Strukturen den Tuberkulose-Erreger identifizierte. Er sitzt hier inmitten all dieser vielfältigen, auch etwas gefährlichen, weil unbekanntem Objekte, um gezielt mit seinem Mikroskop zu forschen. So wäre auch die Absperrung nachvollziehbar: der Besucher darf oder soll nicht diesen gefährlichen Raum einer noch unbeherrschbaren medizinischen Krankheit betreten; einzig dem naturwissenschaftlichen Mediziner Robert Koch ist dies – als Puppe – vorbehalten. Bemerkenswert ist als Detail am Rande, dass Kochs ätiologische Definition der Tuberkulose als Infektionskrankheit von Medizinerinnen und Ärzten in Österreich zunächst nur zurückhaltend kommentiert wurde.¹¹ Die entsprechenden Debatten dauerten, ebenso wie jene um effiziente gesundheitspolitische Strategien, einige Jahrzehnte,¹² ehe die ‚Entdeckung‘ Robert Kochs wissenschaftlich und allgemein akzeptiert worden war.¹³

Robert Koch als moderner Mediziner sitzt hier vor einem Mikroskop, verwendet es also. Dieses Mikroskop ist wichtig. Es spiegelt jenes wissenschaftliche Prinzip wider, wonach Objektivität als Kriterium naturwissenschaftlicher Arbeit nur mithilfe eines technischen Apparates erreicht werden kann. Dieses Mikroskop verhilft also – inmitten der Unordnung – zur objektiven, technisch vermittelten Erkenntnis. Es weist gleichzeitig darauf, dass zwischen Forscher und Beforschtem eine unüberwindliche Distanz herrscht. So kann es sich Robert Koch auch erlauben, sitzend zu forschen. Denn durch seine Objektivität zeigende Haltung bewahrt er eine sichere Distanz zur noch unerforschten, gefährlichen Krankheit.

Dreht man sich als Besucher oder Besucherin um 180 Grad, kann man in dieser ersten Zelle zwei Glasvitrinen und deren Inhalt betrachten. Sie stehen an der Wand, die diese Zelle vom Gang trennt. Bezeichnenderweise sind diese beiden Vitrinen überwiegend der Behandlung von Tuberkulose gewidmet.

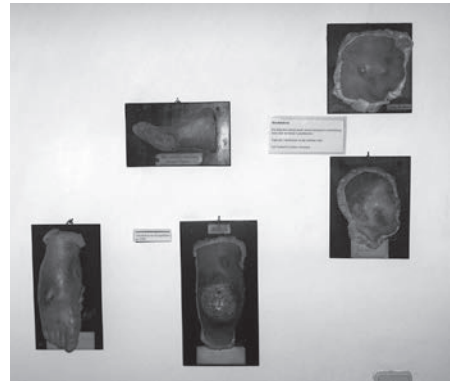
Hier kann Erfolg und Ziel Robert Kochs gesehen werden, dessen Person in Form von Briefmarken und Medaillen in den Vitrinen sowie einiger Bilder an der Wand noch immer präsent ist. Hier können sich die Besucher vergewissern, dass Kochs Ar-

beit von Erfolg gekrönt war und er den Tuberkulose-Erreger dank wissenschaftlicher, weil objektiver und distanzierter Forschung identifiziert hatte.

Nun folgt die Besichtigung der anderen beiden, die Tuberkulose betreffenden Zellen, durch die die Besucher bereits gegangen sind. Auch hier fällt Tageslicht durch die beiden Fenster, die Wände sind in freundlichem Weiß angemalt.

Hier sind besondere Objekte zu sehen: sowohl Feucht- als auch Trockenpräparate sowie Moulagen von Körperteilen, die durch die Tuberkuloseerkrankung geschädigt wurden. Diese fallen auf, sind es doch Objekte, die außerhalb eines medizinhistorischen Museums selten zu sehen sind.

Auffallend und bemerkenswert sind aber einige weitere Aspekte. Alle diese geordneten Präparate und Moulagen sind inventarisiert und in der Regel beschriftet. Dies ist nahe liegend, handelt es sich doch um das Kern-Sammelgebiet des PaBM. Die Beschriftungen direkt an den Objekten sind zwar für die Besucher zum großen Teil seh- und lesbar, bleiben für medizinische Laien allerdings meist unverständlich. Denn die Beschriftungen auf den Feuchtpräparaten benennen zwar das jeweilige Krankheitsbild, sind aber durch die lateinischen Synonyme in einer erkennbar medizinischen Fachsprache verfasst. Bis zum Nachweis des Tuberkulose-Erregers durch Robert Koch und der wissenschaftlichen und allgemeinen Akzeptanz seiner ‚Entdeckung‘ herrschte eine Vielzahl anderer Deutungen der gegenwärtig als ‚Tuberkulose‘ definierten und bezeichneten Krankheit vor. Bis weit in das 20. Jahrhundert hinein war es eine beobachtbare Praxis, tradierte und moderne Begriffe der allgemeinen Benennung dieser Krankheit (etwa ‚Schwindsucht‘, ‚Phthise‘, ‚Auszehrung‘ oder ‚Skrofulose‘) parallel und nebeneinander zu verwenden. Diese Begriffe tauchen etwa in medizinischen Schriften des 19. Jahrhunderts ebenso auf wie in Toten- und Sterbebüchern bis weit nach der Jahrhundertmitte.¹⁴ Mit den modernen medizinischen Beschriftungen direkt an den Präparaten und Moulagen sind diese Präparate nun naturwissenschaftlich benannt und medizinisch sichtbar bezwungen worden.



Geordnete Moulagen in der Tuberkulose-Präsentation. Foto: Michael Riss, 2006.

Präparate und Moulagen sind aber nicht die einzigen Objekte in diesen beiden Zellen. Daneben befinden sich unter anderem noch Texttafeln, Schriftstücke, Bilder, einige

Fotos, ein Modell des Wilhelminenspitals oder eine künstliche Pneumothorax. Irgendwie erscheinen aber all diese Objekte – egal, ob an der Wand hängend oder neben einem Präparat liegend – mehr als Statisten, als dass sie im Mittelpunkt stehen würden. Ein Beispiel: In der dritten Zelle liegt ein Mieder, dem Aussehen nach zu schließen schon etwas älter und wohl als Stütze eines tuberkulosegeschädigten Rumpfes gedacht. Dieses Mieder tritt aber wesentlich zurück gegenüber dem Objekt daneben: einem Schädel, dessen Schädeldecke abgetrennt (und daher sichtbar medizinisch behandelt) wurde. Die Faszination geht von diesem – durch Krankheit veränderten und durch eine Säge halbierten – Stück Knochen aus, das zum Greifen nahe vor dem Besucher liegt.

Als naturwissenschaftliche Beispiele sind die hier ausgestellten Moulagen und Präparate in eine spezifische, weil systematische Ordnung gebracht. In der Museologie werden solche Arrangements als ‚Klassifikationen‘ bezeichnet; ein Ausstellungstypus, dessen Eigenschaft v.a. die Präsentation von Ordnungsprinzipien anhand wissenschaftlicher Klassifikationssysteme ist. Objekte werden hier als in Klassen unterschieden geordnet, in der Regel von sozialen, regionalen oder kulturellen Kontexten isoliert und auf formale und funktionale Eigenschaften reduziert.¹⁵ Durch eine solche Präsentation der Objekte im Bereich der Tuberkulose soll gezeigt werden, wie die ‚Schulmedizin‘ versucht, die Krankheit und ihre körperlich sichtbaren Folgen in den Griff zu bekommen. „Strategien der suggestiven ‚Zähmung‘ von Monstern im Kontext des Museums waren neben der Bildung von Entwicklungsreihen zu ihrer Erklärung und der Ausstellung von Varianten ihrer Aufbewahrung in Konservierungsgläsern und Vitrinen sowie die ‚Sauberkeit und Ordnung‘ innerhalb der Sammlung.“¹⁶ Damit wäre die grundsätzlich geordnete Aufstellung der Präparate und Moulagen erklärt, die so als geordnete, hygienische, saubere und letztlich medizinische Präsentation erscheint. Gleichzeitig wird der Anteil der Medizin an der Bewältigung pathologischer Fehlbildungen präsentiert.¹⁷

Wichtig ist: die Krankheit wurden erkannt, festgehalten und durch Mediziner und Medizinerinnen gebändigt. Damit erscheint es auch verständlich, dass diese Präparate und Moulagen nicht vom Besucher abgesperrt und getrennt sind: eine schützende Trennlinie ist nicht mehr notwendig. Die Krankheitsfälle, die die Präparate und Moulagen zeigen, sind erkennbar von der akademischen Medizin bezwungen, eingeordnet, systematisiert. Die Moulagen hängen – fast könnte man sagen, „in Reih‘ und Glied“ – an den Wänden, die Präparate liegen oder stehen nebeneinander auf hölzernen Regalen: beide sind wissenschaftlich erkannt worden.

Dem Bild, das durch die ästhetische Wahrnehmung vermittelt wird, steht die Sichtweise der Ausstellungsmacher und -macherinnen gegenüber. Anfang der 1990er Jahre

wurde in diesen ersten Zellen eine entsprechende Ausstellung eingerichtet und aufgrund von Schäden nach einem massiven Wassereinbruch in der ersten Hälfte des jetzigen Jahrzehntes renoviert.¹⁸

Die Installation dieser Tuberkulose-Präsentation erfolgte aber immer nach dezidiert medizinischen Gesichtspunkten und Leitideen. Laut der Leiterin des Museum, Dr. Patzak, soll der Tuberkulose-Raum grundsätzlich über das Krankheitsbild der Tuberkulose, über Ansteckung, Verlauf und Therapie informieren.¹⁹ Diese Ansicht spiegelt einen ‚schulmedizinischen‘ Blick auf eine Krankheit wider: Nicht nur die thematische Reihenfolge, auch der Fokus auf die Krankheit und weniger auf den erkrankten Patienten ist kennzeichnend für die Sichtweise der heutigen ‚Schulmedizin‘.

Diese Intention scheint ihre Adressaten teilweise jedoch zu verfehlen, was sich etwa daran zeigt, dass eine am Gang angebrachte Tafel mit der Bezeichnung ‚Ansteckung‘ von museumsinternen Medizinerinnen und von Besuchern unterschiedlich gedeutet wird. Die Museumskuratoren installierten diese Tafel als thematische Beschriftung des Themenraumes ‚Ansteckung und Übertragung der Tuberkulose‘. Besucher interpretieren diese Tafel mitunter dahingehend, dass die einzelnen – nicht abgesperrten und gesicherten – Präparate an sich ansteckend sind. Damit steht auch gleichzeitig eine Erklärung bereit, warum bislang trotz fehlender Absicherungen keines dieser hier ausgestellten Präparate abhanden gekommen ist.²⁰

Die Konstruktion einer ‚unwissenschaftlichen‘ Heilkunde

Das Komplement dieses naturwissenschaftlichen Bildes ist die ‚Wunderkammer eines Alchemisten‘. Was Alchemie in der medizinischen Vorstellung ist, und wie sie in Relation zur modernen Medizin gedacht wird, wird hier ebenfalls mit Hilfe eines ästhetischen Programms umgesetzt. In dieser Wunderkammer begegnen die Ausstellungsbesucher der Alchemie als eine medizinische Praxis, deren Maßstäbe – als Vorläufer zur heutigen ‚Schulmedizin‘ – noch nicht Exaktheit, systematische Ordnung und Rationalität lauten. Sie wird hier als das Gegenteil der heutigen Medizin inszeniert, wobei auch eine deutliche Wertung zugunsten der ‚Schulmedizin‘ vorgenommen wird.

Die ‚Wunderkammer eines Alchemisten‘ befindet sich räumlich etwa in der Mitte der Schausammlung. Zwischen den Räumen zur Tuberkulose und dieser Wunderkammer liegen eine Apotheke aus dem 19. Jahrhundert sowie Räume, die den Themenbereich sexuell übertragbarer Krankheiten behandeln.

Doch stärker als bei den vor- und nachfolgenden Bereichen tritt diese Wunderkammer unversehens in Erscheinung. Denn während bei den meisten anderen Themen bereits

am jeweiligen Rundgang Objekte und Hinweise auf die Inhalte der jeweiligen Zellen wahrzunehmen sind, so ist das hier nicht der Fall. Zwar werden in dem begehbaren vorgelagerten Gangabschnitt sehr wohl Gegenstände ausgestellt; diese können allerdings nicht mit der Wunderkammer in Verbindung gebracht werden: etwa Prothesen, mechanisch stabilisierte Knochen, temporär aufgehängte moderne Malereien.



Abgesperrte Wunderkammer. Foto: Michael Riss, 2006.

Damit gerät die Wunderkammer eher unverhofft ins Blickfeld. Die Besucher müssen schon nahe an eine der drei Zellen herangehen, um sich ein Bild von ihr machen zu können. Hineingehen können sie aber nur in eine Zelle, nämlich in die erste. Die anderen beiden sind mittels Seilen abgesperrt, wodurch in diese Zellen nur hineinzusehen, aber nicht hineinzugehen ist.

Hier also, in dieser ersten Zelle, stellen sich fremde Eindrücke ein. Vor allem die ästhetische Wirkung dieser Zelle (und mehr noch der beiden anderen) ist ungewohnt, scheint aber zu diesem Thema zu passen. Diese Zelle wirkt düster und finster, Tageslicht fällt nur spärlich durch das vorhandene Fenster. Auch bei eingeschalteter Beleuchtung bleibt die düstere Stimmung erhalten. Zudem hat ein Wasserschaden seinen Teil zum verfallenen

Eindruck dieses und der weiteren Räume beigetragen. Durch diesen wurde es notwendig, bei den drei Zellen der Wunderkammer und bei der nachfolgenden Zelle den Verputz zu entfernen. Die rohen Ziegel sind zu sehen, der noch vorhandene Verputz an der Decke und an den oberen Rändern der Wände wirkt grau und schmutzig und blättert teilweise ab.

Der düstere Eindruck dieser ersten Zelle wird noch dadurch verstärkt, dass hier nur wenige Exponate präsentiert werden: in einer der beiden Vitrinen, an der Wand hängend oder einfach als allein stehendes Objekt. Bilder von Paracelsus sind zu sehen, ebenso wie etwa (zeitlich begrenzt aufgehängte) moderne Kunst-Bilder, ein Destillator und eine Bader-Kraxe von 1850, einige Holzgegenstände, Abdrücke der Gebeine von Paracelsus. Dazwischen finden sich schriftliche Erklärungen, aus denen eine allgemeine Verbindung zur Alchemie der Frühen Neuzeit und zur Person des Paracelsus

ersichtlich wird. Die vorhandenen Texte stellen einen gewissen Zusammenhang her, wobei dieser aber doch sehr oberflächlich bleibt (und bleiben muss). Gerade hier wird eindrucksvoll die Lückenhaftigkeit der scheinbar zusammengewürfelten und präsentierten Objekte als Überreste einer bruchstückhaften Überlieferung sichtbar. Die hier präsentierten historischen Überreste spiegeln einen bruchstückhaften, unvollständigen und lückenhaften Prozess der Überlieferung in die Gegenwart wider. Dieser Umstand stellt die Wunderkammer zwar in einen historischen Kontext, weist aber gleichzeitig auf eine verzerrte Darstellung hin. Damit wird aber auch auf die Möglichkeit und Notwendigkeit von Imagination und Vorstellungskraft hingewiesen.²¹

Wenden sich die Besucher den beiden weiteren Zellen der Wunderkammer zu, so wird ihnen ein nicht ganz so kaltes Bild der Alchemie vermittelt. Denn nun sehen sie die eigentliche Wunderkammer, oder besser: die Idee davon, wie eine solche ausgesehen haben könnte.

Zu sehen ist der Arbeitsplatz eines Alchemisten. Dies wird deutlich durch die aufgestellten Tische sowie ein Stehpult samt darauf liegenden, aufgeschlagenen Büchern. Dazu gruppieren sich bereits auf diesen eine größere, ungeordnete Anzahl präparierter Land- und Meerestiere, Korallen, Muscheln, Vögel sowie Gegenstände wie etwa Kerzenständer, Ketten, Mineralien. Dieses Sammelsurium setzt sich am Boden, an den Wänden und so in diese beiden Zellen hinein fort. Körbe aus Bast oder Ton, Tierfelle, ein Schildkrötenpanzer, Tierschädel sind eindeutig zu erkennen. Ein Krokodil hängt von der Decke der einen Zelle, in der anderen ein runder Metalluster mit Meerestieren.

Wollen die Beobachter eine Ordnung in diese Vielfalt an Eindrücken hineinbringen, so wird es ihnen schwer gemacht. Denn näher anschauen dürfen sie die Wunderkammer nicht; diese ist zur Gänze durch Seile abgesperrt und so nur aus sicherer Distanz zu begutachten. Betrachtet werden kann diese nur von den beiden Zellen aus, die unmittelbar vor und nach der Wunderkammer folgen. In der einen, ersten Zelle befindet sich die bereits angesprochene Hinführung zur Alchemie, in der folgenden bereits das nächste Thema: Prothesen, mechanisch ersetzbare Körperteile.

Die beiden Zellen der Wunderkammer sind abgesperrt. Die Besucher müssen sozusagen im sicheren Gebiet der modernen Naturwissenschaft stehen bleiben und können sich der älteren, unbekannteren und ungewohnteren, verwirrenden Alchemie nur geistig und visuell nähern.

Die Seile, die ein Betreten des Raumes verhindern, erschweren es den Besuchern aber, sich in die alchemistische Situation hineinzusetzen. Aufgrund der Distanz bleibt die Wunderkammer fremd und kann schwer angeeignet werden. Ein solches Raumkonzept vermittelt, dass es sich bei der Wunderkammer und den darin ausgestellten Objekten um etwas Besonderes handelt. Die Wunderkammer wird schlussend-

lich zu einem schutzbedürftigen und abgesicherten Ort. Gleichzeitig wird aber nicht nur die Wunderkammer vor den Betrachtern geschützt, sondern auch umgekehrt die Betrachter vor der Wunderkammer. Zwischen den noch ‚natürlichen‘, d.h. noch nicht medizinisch gefassten und damit ‚gefährlichen‘ Objekten, und den Betrachtern wird so eine Grenzlinie gezogen. Ein Umstand, der vor allem im Vergleich zur Tuberkulose-Präsentation auffällt. Dass die absperrenden Seile ausgerechnet die Farbe Rot – also eine gängige Warnfarbe – aufweisen, mag hier nur ein Detail am Rande sein.

Die Impression einer verwirrenden und fremden Arbeits- und Vorstellungswelt wird durch das vorherrschende Ambiente verstärkt. Wände und Zellen wirken finster, auch hier hat der Wasserschaden sichtbare Spuren hinterlassen, die Fenster sind mit roten Vorhängen verhängt, die Objekte erscheinen kaum bis gar nicht systematisiert. Künstliches Licht ist jedenfalls notwendig, um zu erkennen. Die an den beiden gangseitigen Wänden angebrachten Spots beleuchten von außen die Zelle der Wunderkammer. Gleichzeitig setzten sie Licht- und Schatten-Akzente; etwa beim Stehpult in der letzten Wunderkammer-Zelle.

Bei der Präsentation dieser Zellen handelt es sich also offensichtlich um die Rekonstruktion einer alchemistischen Wunderkammer, der Arbeitsstätte eines Alchemisten. Zumindest in der letzten Zelle ist ein Schwerpunkt erkennbar: Hier scheint derjenige Ort zu sein, in dem der Alchemist seine Heilmittel herstellt und forscht. Denn hier befinden sich (nebst Stehpult) Kräuterbüschel als Ausgangsmaterialien für seine Mixturen, kleine und etwas größere Glasbehälter, Stamper, auch ein Fernrohr.

Das Stehpult und das Fehlen eines Sessels weisen aber darauf hin, dass der Benutzer auf den Beinen sein sollte: der Alchemist als Handwerker, der seine Arbeit der Bändigung von Krankheiten noch vor sich hat. Mit der Unterscheidung von sitzender naturwissenschaftlicher Arbeit eines Robert Koch und stehender Arbeit in der Wunderkammer wird subtil auf Unterschiede zwischen beiden Praktiken hingewiesen: Ein Alchemist leistet tatsächliche, körperliche, grobe Arbeit (oder muss diese noch leisten), der moderne Naturwissenschaftler aber kann bereits mithilfe von Geräten feinere, auch objektivere Arbeiten durchführen. Alleine mithilfe dieses kleinen räumlich akzentuierten Unterschiedes wird zudem verdeutlicht, dass die Trennlinie zwischen Forscher und Beforschtem unterschiedlich stark ausgeprägt ist: Der (idealtypische) Alchemist bewegt sich noch inmitten der zu erforschenden Natur, der Mediziner wahrt mithilfe eines (bei Robert Koch: optischen) Gerätes eine objektivierete Distanz.

Die ästhetische Atmosphäre dieser Wunderkammer ist verwirrend und befremdlich, weil die vorhandenen Ausstellungsobjekte in einem eigentümlichen Durcheinander präsentiert werden. Dies hat wenig damit zu tun, was gegenwärtig unter einer Stät-

te wissenschaftlicher Arbeit verstanden wird. Eine naturwissenschaftlich-medizinische Ordnung fehlt in dieser Wunderkammer, ebenso wie eindeutig der naturwissenschaftlichen Arbeit zuzuordnende Geräte und Werkzeuge. Einzig ein Fernrohr ist am Fenster aufgestellt, es kann als Hinweis auf die enge Verbindung der paracelsischen Medizin mit der Astrologie gedeutet werden. Auch die zahlreichen Objekte aus der Tier- und Pflanzenwelt gehören in dieser Form kaum zum Bild eines wissenschaftlichen Labors.



Die Unordnung der Wunderkammer. Foto: Michael Riss, 2006.

Aber darum geht es auch gar nicht. Es geht hier vielmehr darum, durch die Präsentation das Bild eines Umfeldes so zu zeichnen, dass dieses dem uns Bekannten einfach fremd und merkwürdig erscheinen muss. Hier wird ein vorwissenschaftliches Umfeld gezeigt, das sehr verschieden von dem naturwissenschaftlichen ist, so wie wir es gegenwärtig kennen. Exaktheit und Ordnung, Sauberkeit, Systematik und Spezialwissen scheinen weniger dazuzugehören als vielmehr ein unordentliches, aber universelles Naturverständnis.

Natur und Kultur – Begriffe und Wertideen, die im Kontext der Aufklärung zu einem starken Gegensatzpaar wurden – erscheinen in dieser Wunderkammer als noch nicht so stark getrennt gedacht und präsentiert. Natur stellt sich in dieser Wunderkammer als die Summe der belebten und unbelebten Welt dar und vor allem als etwas, das noch nicht so sehr vom (kulturellen) Mediziner verändert wurde.²² Die Naturobjekte treten als Objekte auf, die ohne fremdes Zutun entstanden sind. Der Alchemist leistet jedenfalls tatsächliche, nämlich die noch vor ihm liegende Arbeit. Auch das steht im Gegensatz zur Präsentation der ‚Schulmedizin‘, bei der bereits die Ergebnisse medizinischer Tätigkeiten zu bewundern waren.

In dem Weltbild dieser Wunderkammer sind Naturwissenschaftler als moderne, uningeschränkte Schöpfer der Natur-Gesetze noch nicht etabliert.²³ Christlicher Glaube scheint jedenfalls noch kein Widerspruch zur alchemistischen Medizin zu sein: Auf einem der Tische etwa steht ein Kreuz.

Durch dieses Natur-Bild schimmert aber auch eine Rangordnung, eine Hierarchisierung durch: Dank der Möglichkeit, über die Natur zu bestimmen, ist die moder-

ne, naturwissenschaftliche Medizin höherwertiger als die naturverbundene Alchemie. Die Aneignung natürlicher Phänomene durch die Alchemie steckt noch in den Kinderschuhen.²⁴

Als Unterstützung und zur Orientierung findet der Besucher einige Hinweis- und Erklärungstafeln. Diese sind an den vier versperrten Eingängen der beiden Wunderkammer-Zellen angebracht. Gerade diese Wunderkammer zeichnet sich aber dadurch aus, dass sie ohne viel zusätzliche Information auskommt. Erläuterungen, zum Beispiel in Form von Texten, werden zwar gegeben, sind aber allgemein gehalten und vermitteln so den Besuchern nur einen ersten Überblick. Die Texttafeln zur Wunderkammer bieten Informationen an zur (mystischen) Deutung der ausgestellten Steine, zum Symbolgehalt der Amulette oder zur (vermuteten) Bedeutung der ausgestopften Tiere für den Alchemisten. Ansonsten sind keine Informationen bereitgestellt: das Zentrum und der Ausgangspunkt ist das – visuell wahrnehmbare – Objektarrangement.

Auch hier ist wiederum der Hinweis auf die ursprüngliche Intention von Seiten des PaBM interessant. In diesen Zellen war seit den 1990er Jahren der Schauteil der orthopädischen Sammlung untergebracht. Ein Wassereinbruch in der ersten Hälfte dieses Jahrzehntes führte zu massiven Beschädigungen an Zellen und Objekten. Nach Trockenlegung der Räume und Bergung der restaurierungsbedürftigen orthopädischen Objekte wurde 2005 in diesen Zellen begonnen, eine Präsentation zur „traditionellen europäischen Medizin“²⁵ aufzubauen.

Geschuldet ist die Einrichtung dieser Ausstellung einem historischen Interesse seitens des Museumspersonals und einem vermuteten Interesse seitens der Besucher und Besucherinnen. Die ‚Wunderkammer eines Alchemisten‘ stellt ein Provisorium dar, das – nach Maßgabe der Mittel – noch erweitert und ausgebaut wird.²⁶

Eine zugrunde liegende Konzeption oder ein ausformulierter Plan davon, was genau hier gezeigt werden wird, existiert nicht. Bemerkenswert ist, dass trotz des Fehlens eines solchen ausformulierten Konzeptes ein spezifisch ‚schulmedizinischer‘ Blickwinkel eingenommen worden ist. Dieser Blick ist deswegen ‚schulmedizinisch‘, weil hier eine Wertung zugunsten der modernen ‚Schulmedizin‘ und zulasten einer historischen, nicht-rationalen Arbeitsweise vorgenommen wird.

Zusammenfassung

Das PaBM ist als Museum eine öffentlich zugängliche Institution, die mittels räumlich angeordneter und arrangierter Objekte medizinische Vorstellungen präsentiert und

popularisiert. Dabei wird trotz meist fehlender ausformulierter Präsentationskonzepte seitens des Museums schlussendlich das Bild der Erfolgsgeschichte der modernen Medizin konstruiert, die sich dennoch ganz bewusst von früheren Formen der Heilkunde abgrenzt.

In den die Tuberkulose betreffenden Räumen wird das Bild einer sich zunehmend professionalisierenden akademischen Medizin gezeichnet. Am Beginn steht noch eine Unordnung, die im entsprechenden Gangabschnitt und vor allem im abgesperrten Bereich rund um eine Robert-Koch-Puppe erkennbar wird. Anschließend reihen sich Objekte – vornehmlich Präparate und Moulagen – in geordneter Art und Weise aneinander, sodass ein Bild einer Medizin entsteht, die Krankheiten rational erkennt und heilt.

Mit den Begriffen von ‚Ordnung‘ und ‚Unordnung‘ ist zugleich auf das Arrangement der Objekte als wesentliches Mittel der Präsentation verwiesen. Denn medizinhistorische Exponate sind das spezifische Mittel des PaBM, Wissen zu präsentieren: Erst die Rauminstallation von Gegenständen stellt das eigentliche Medium der Wissensvermittlung dar und schafft bestimmte Bilder. Damit kommt auch dem farblichen Raumeindruck eine besondere Bedeutung zu. Denn in den vorliegenden Präsentationen des PaBM spielen die einzelnen Objekte eine geringere Rolle als der jeweilige Rahmen der Inszenierung. Ausdruck dessen ist eine geringe Beschriftung ebenso wie die Betonung der Raumgestaltung, bei der der farbliche Eindruck wesentlich ist.²⁷ Bei der Präsentation zur Tuberkulose ist Weiß – die Farbe, die eng mit der Medizin verbunden ist – vorherrschend. Freundlich und hell erstrahlt die Tuberkulose-Präsentation.

Demgegenüber steht die ‚Wunderkammer eines Alchemisten‘. Auch hier wird durch die ausgestellten Objekte und deren Arrangement ein bestimmtes Bild erschaffen. Gleichzeitig werden – freilich distanziert durch Absperrungen – durch die Objekte nachhaltige, sinnliche Erfahrungen und Erlebnisse ermöglicht.²⁸

Im konkreten Fall zeigt sich hier eine ungeordnete, nach heutigen Maßstäben noch nicht professionelle medizinische Welt. In dieser inszenierten alchemistischen Arbeitsstätte spielt die Nähe zur Natur eine Rolle, ebenso wie die nur fragmentarisch vorhandenen und daher zusammengewürfelt erscheinenden Objekte. Das handwerkliche Arbeiten des idealtypisch gedachten Akteurs (der Name Paracelsus wird hier genannt) steht noch am Anfang der noch zu bezwingenden Krankheiten. So ließe sich auch erklären, warum die eigentliche Wunderkammer abgesperrt ist. Auch hier in diesen Schauräumen spielen – ebenso wie im Tuberkulose-Raum – schriftliche Erklärungen eine untergeordnete Rolle.

Gerade im Vergleich zur Tuberkulose-Präsentation herrscht hier eine dunkle, düstere Atmosphäre vor. Der düstere Farbeindruck erweckt Assoziationen zu einer fremden, unbekanntem, auch gefährlichen, weil noch nicht ‚schulmedizinischen‘ Arbeitswelt.

Das PaBM präsentiert also mittels eines ästhetischen Programms bestimmte medizinische Bilder aus schulmedizinischer Sicht. In diesem Artikel wurde dies anhand zweier konkreter Beispiele aus diesem Museum veranschaulicht.

Um die hier getroffenen Aussagen und Interpretationen abschließend etwas deutlicher zu illustrieren, bietet sich – als Kontrast – ein Vergleich mit anderen medizinischen Ausstellungen an. Herangezogen werden dazu beispielhaft zwei Ausstellungen: ‚Horizonte des Heilens‘ (eine Ausstellung in der Stadt Celle zur Komplementär-Medizin anlässlich der Expo 2000 in Hannover)²⁹ sowie ‚Kunst des Heilens‘ (Niederösterreichische Landesausstellung 1991 in der Kartause Gaming)³⁰.

Mit diesen beiden Ausstellungen soll als Abschluss gezeigt werden, dass Medizin auf unterschiedliche Art und Weise dargestellt werden kann, es also Alternativen in der Darstellungsweise gibt. Beide Ausstellungsprojekte betonen – so jedenfalls die jeweiligen Kataloge – unterschiedliche medizinische Akzente und kreieren differenzierte Eindrücke medizinischer Praktiken.

‚Horizonte des Heilens‘ entwirft ein vielschichtiges, komplexes und differenziertes Bild medizinischer Verfahren in Vergangenheit und Gegenwart. Der Schwerpunkt liegt dabei auf komplementärer Medizin, die als durchwegs positiv bewertet wird.

Unter dem Blickwinkel eines – von der ‚Schulmedizin‘ differenten, eher ganzheitlichen – Verständnisses von Natur wird etwa auch die paracelsische Medizin anders als im PaBM bewertet. Als Konzept, das – ebenso wie gegenwärtig viele komplementärmedizinische – mit einem ganzheitlichen Verständnis von Natur arbeitete, wird dieses weniger als skurrile und überholte, sondern eher als gleichwertige Methode angesehen.³¹

Die gegenwärtige ‚Schulmedizin‘ wird hingegen als eine Naturwissenschaft dargestellt, deren Sichtweise sich auf einzelne Phänomene beschränkt und weniger den Menschen (und allgemein die Natur) als Ganzes im Blickfeld hat.³² Schlussendlich werden hier ‚Schulmedizin‘ und ‚Komplementär-Medizin‘ weniger (wie im PaBM) hierarchisch geordnet, sondern vielmehr gleichberechtigt nebeneinander gestellt und als sinnvolle Ergänzung gesehen.³³

‚Kunst des Heilens‘ verfolgt demgegenüber ein eher zeitlich lineares Konzept, was sich etwa in der Reihung der Kapitel im Katalog niederschlägt.

Die Entwicklung der Medizin wird hier von den antiken Anfängen bis zur Gegenwart geschildert; wobei die moderne ‚Schulmedizin‘ durchaus als Höhepunkt ei-

nes lange dauernden Fortschrittes dargestellt wird. Ältere Praktiken werden als jeweils zeittypische Vorläufer präsentiert. Der paracelsischen Medizin etwa wird damit zwar die Relevanz für die entsprechende Zeit und damit ein wesentlicher Stellenwert in der medizinischen Entwicklung gewährt. Gleichzeitig aber wird diese als skurril und überholt dargestellt.³⁴

Somit steht hier zwar die moderne ‚Schulmedizin‘ in der Tradition älterer Vorläufer, die ihren Teil zum medizinischen Fortschritt beigetragen haben. Die ‚Schulmedizin‘ ist aber dennoch deutlich positiver bewertet. Der Unterschied zur Präsentation im PaBM liegt demnach weniger in der positiven Bewertung der ‚Schulmedizin‘ an sich, sondern in dem Umstand, dass ‚Kunst des Heilens‘ weniger versucht, Grenzen zu ziehen, sondern Traditionslinien aufzuzeigen.

¹ Dieser Artikel basiert auf der Diplomarbeit des Verfassers (Betreuung: Elisabeth Timm). Die Auswahl gerade der Tbc-Präsentation und der Wunderkammer erfolgte dabei anhand mehrerer Kriterien. Schlussendlich wurden diese beiden Präsentationen für eine Analyse und Interpretation herangezogen, weil sie im hohen Maße aussagekräftig und repräsentativ für die Schausammlung waren (und sind). Vgl. *Michael Riss: Veröffentlichte Medizin. Das Pathologisch-anatomische Bundesmuseum in Wien. Diplomarbeit, Wien 2006.*

² Vgl. *Beatrix Patzak: Ist das Pathologisch-Anatomische Museum ein Museum wie jedes andere? Ein kurzer Abriss zur Geschichte des PaBM. In: Neues Museum. Die österreichische Museumszeitschrift, 05/02 (2005), 33-36.*

³ Vgl. *Friedrich Waidacher: Handbuch der Allgemeinen Museologie. Wien u.a. 1993, 212 ff. (= Mimundus. Wissenschaftliche Reihe des Österreichischen Theatermuseums, 3).*

⁴ Vgl. *Gisela Staupe: „Im Reich der Dinge“. Die neue Dauerausstellung des Deutschen Hygiene-Museums. In: Anke te Heesen u.a. (Hgg.): Dingwelten. Das Museum als Erkenntnisort. Köln u.a. 2005 (= Schriften des Deutschen Hygiene-Museums Dresden, 4), 151-159, hier 155.*

⁵ Der Begriff ‚Schulmedizin‘ wird in diesem Artikel weniger als Konstruktion einer in sich abgeschlossenen akademischen Medizin etwa als Gegensatz zur ‚Volksmedizin‘ verwendet. Vielmehr wird ‚Schulmedizin‘ analytisch als idealtypischer Pol und als abstrakte Orientierungshilfe verstanden, an dessen gegenüberliegendem Part eine ebenso idealtypische ‚Volksmedizin‘ steht. Vgl. *Eberhard Wolff: „Volksmedizin“ – Abschied auf Raten: Vom definitorischen zum heuristischen Begriffsverständnis. In: Zeitschrift für Volkskunde, 94 (1998), 233-257.*

⁶ Vgl. *Elisabeth Dietrich-Daum: Die „Wiener Krankheit“. Eine Sozialgeschichte der Tuberkulose in Österreich. Wien u. München. 2007 (= Sozial- und wirtschaftshistorische Studien, 32), 16 f.*

⁷ Vgl. *Norbert Welsch u. Claus Liebmann: Farben. Natur, Technik, Kunst. Heidelberg u. Berlin 2003, 103 f.*

⁸ Vgl. *Klausbernd Vollmar: Schwarz Weiß. Berlin 1992, 154 f.*

- ⁹ Welsch u. Liebmann (wie Anm. 7), 104
- ¹⁰ Vgl. Anna Schober: Montierte Geschichten: Programmatisch inszenierte historische Ausstellungen. Wien 1994 (= Veröffentlichungen des Ludwig-Boltzmann-Institutes für Geschichte der Gesellschaftswissenschaften, 24), 9 ff. bzw. Jana Scholze: Medium Ausstellung. Lektüren musealer Gestaltung in Oxford, Leipzig, Amsterdam und Berlin. Bielefeld 2004, 192 ff.
- ¹¹ Vgl. Dietrich-Daum (wie Anm. 6), 83 ff.
- ¹² Vgl. ebd., 86.
- ¹³ Vgl. ebd., 31.
- ¹⁴ Vgl. ebd., 31 f.
- ¹⁵ Scholze (wie Anm. 10), 87.
- ¹⁶ Angela Matyssek: Rudolf Virchow. Das Pathologische Museum. Geschichte einer wissenschaftlichen Sammlung um 1900. Darmstadt 2002 (= Schriften aus dem Berliner Medizinhistorischen Museum, 1), 49.
- ¹⁷ Vgl. ebd., 48.
- ¹⁸ Vgl. Interview mit Frau Dr. Beatrix Patzak (Direktorin des PaBM) vom 02. Oktober 2006.
- ¹⁹ Vgl. ebd.
- ²⁰ Vgl. ebd.
- ²¹ Vgl. Schober (wie Anm. 10), 80 f.
- ²² Vgl. Brigitta Hauser-Schäublin: Von der Natur in der Kultur und der Kultur in der Natur. Eine kritische Reflexion dieses Begriffspaars. In: Rolf Wilhelm Brednich u.a. (Hgg.): Natur – Kultur. Volkskundliche Perspektiven auf Mensch und Umwelt. 32. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Volkskunde in Halle vom 27.9. bis 1.10. 1999. Münster 2001, 11-37, hier 11.
- ²³ Vgl. ebd., 16.
- ²⁴ Vgl. ebd., 16 ff.
- ²⁵ Interview mit Frau Dr. Beatrix Patzak (wie Anm. 18).
- ²⁶ Ebd.
- ²⁷ Vgl. Scholze (wie Anm. 10), 194.
- ²⁸ Vgl. Gottfried Korff: Zur Eigenart der Museumsdinge. In: Martina Eberspächer u.a. (Hgg.): Museumsdinge. deponieren – exponieren. Wien u.a. 2002, 140-145, hier 141.
- ²⁹ Vgl. Sabine Sieg (Hg.): Horizonte des Heilens. Eine Ausstellung im Rahmen des Expo-Projektes „KeimCelle Zukunft – Heilen im Dialog“ der Stadt Celle in Zusammenarbeit mit dem Bomann-Museum Celle 7. Mai bis 26. November 2000. Heft 1: Rückblick: Geschichte der (Komplementär-) Medizin. Heft 2: Überblick: Komplementäre Medizin heute. Heft 3: Ausblick: Die Zukunft des Heilens – Heilen im Dialog. Heft 4: Blick-Wechsel: Patientenwünsche und -wahrnehmungen. Celle 2000.
- ³⁰ Vgl. Amt der NÖ Landesregierung, Abt. III/2 – Kulturabteilung (Hg.): Kunst des Heilens. Aus der Geschichte der Medizin und Pharmazie. Niederösterreichische Landesausstellung. Kartause Garming 4. Mai-27. Oktober 1991. Wien 1991.
- ³¹ Vgl. Heinz Schott: „Komplementäre Medizin“: Über das Hereinragen der Medizin in die Gegenwart. In: Sieg (wie Anm. 29, Heft 1), 29-39, hier 31.
- ³² Vgl. Reinhard Saller: Komplementärmedizin – Naturheilkunde – Unkonventionelle Medizinische Richtungen. In: Sieg (wie Anm. 29, Heft 2), 5-21, hier 11.
- ³³ Vgl. ebd., 13.
- ³⁴ Vgl. Karl H. Spitzky: Heilkunde und Heilkunst. In: Amt der NÖ Landesregierung (wie Anm. 30), 189-201, hier 198 f.

„Wir stecken bis zu den Augen im Schlamm“ Der Briefwechsel der Markgrafen Gonzaga von Mantua (ca. 1475- 1500) als mögliche Quelle für Krankheitserfahrungen

Christina Antenhofer

Einleitung

„Illustrissima madona mia madre etc. Ringratio grandemente la illustrissima s(ignoria) vostra del dono la ne ha fatto ala illustre mia sorella e me di quelli pomi aranzi. Sono venuti tropo a tempo e benchè da Padoa se ne potesse pur haver quando fusse stato bisogno non sono perhò cossí belli ne ce sono mandati da tal donatore qual questi che ce fa esser il presente più che gratissimo. M'è stato sing(o)lar contento intender il ben star di vostra illustrissima s(ignoria) cossí pregio el nostro signor e redentore Jesu Christo la conservi a longo tempo. Cercharemo etia(m) dio la illustre mia sorella e me di aiutarsi e conservarsi sane ne vostra ex(cellentia) ha più a dubitare che spero in dio reveniremo tute contente a casa. Stemo ogni dí tute due nel fango fin ali ochii senza uno disturbo e despiacer al mundo spero ne deba reuscire nel avenir e bon frutto e b(e)n(e)fcio assai sichè seguiremo cum la dio gratia fin quanto parerà a vostra illustre s(ignoria) de revocarni ala cui gratia sempre me raccomando. Ex balneis Sancte Helene 10 maii 1475. Illustrissime d(ominationis) vestre filia & servitrix Cecilia cum r(ecomendatio)ne”.¹ (ASM AG b. 2102bis, c. 607)²

Im April 1475 machen sich die 24-jährige Cecilia de Gonzaga und ihre 11-jährige Schwester Paula auf eine längere Kurreise, die sie in die Bäder von Abano („Ebano“) in der Nähe von Padua, S. Elena bei Este und Quistello im Gebiet des Mantovano führt und bis zum August desselben Jahres dauert. Begleitet werden die beiden Fürstentöchter aus Mantua von mehreren Familiaren³, darunter auch ein Arzt. Diese schicken ebenso wie die Töchter regelmäßig Briefe an die Mutter, Barbara von Brandenburg, nach Mantua, die sowohl über die Reise als auch über den Verlauf der Kur und den Gesundheitszustand der Töchter jederzeit genauestens unterrichtet sein will. – Es ist Cecilia, die hier ihrer Mutter schreibt und sich für die Orangen, die diese den Töchtern geschickt hatte, bedankt. Der Brief beginnt zunächst im Stil eines typischen Dankeschreiben; gegen Ende entwickelt er sich jedoch hin zu einem Lagebericht, der sehr direkt die Situation im Bad wiedergibt und beinahe an moderne Postkarten erinnert: Man erhält eine Momentaufnahme der beiden Fürstinnen bei ihren Fangobä-

dern, wo ihnen der Schlamm regelrecht bis an die Augen reicht. Nach dem Dank und der Sorge um das Wohlergehen der Mutter dominiert im Brief vor allem das Bemühen der Töchter, den Badaufenthalt bestmöglich zu nutzen und dem Wunsch der Mutter entsprechend so lange mit der Kur fortzufahren, wie es dieser gut erscheine.

Der kurze Briefwechsel aus dem Bad ist nur eine Episode aus einem dichten Quellenkorpus, das im Archiv der Gonzaga im Staatsarchiv von Mantua überliefert ist. Die Kommunikation über Briefe spielte in den Fürstenfamilien Oberitaliens eine zentrale Rolle; die daraus resultierenden Briefarchive bieten heute Quellenmaterial für vielfältige Forschungsfragen. Gerade das Archiv der Gonzaga stellt einen regelrechten Glücksfall dar: Markgraf und Markgräfin waren häufig räumlich getrennt und schickten sich mehrmals am Tag Briefe, um sich über verschiedenste Angelegenheiten auszutauschen. Aber auch die Kinder und Familiare waren in den Briefwechsel eingebunden, ganz zu schweigen von den Netzwerken, die sich über Italien und jenseits der Alpen bis ins Reich und nach Dänemark erstreckten. Da die Gonzaga sich von der Erlangung der Herrschaft im 14. Jahrhundert bis zu ihrer Absetzung 1708 in Mantua halten konnten, blieb das Archiv auch von Teilungen größtenteils verschont. Somit verfügt dieses Archiv heute über einen relativ geschlossenen und überaus dichten Quellenbestand, der in den letzten Jahren immer mehr von der internationalen Forschung entdeckt wird.⁴

Dieses Interesse der Forschung an den Briefen der Gonzaga gliedert sich ein in ein generelles, neu erwachtes Interesse, das die Forschung seit gut zehn Jahren dem Medium *Brief* zuwendet. Gründe dafür gibt es mehrere: das Interesse für die Alltags- und Mentalitätsgeschichte, die den Brief als „Selbstzeugnis“ oder „Egodokument“ – als das er sich auf den ersten Blick verführerisch zu präsentieren scheint – in Anspruch nimmt; die Kommunikationsgeschichte, die historische Perioden verstärkt nach Kommunikationsrevolutionen gliedern möchte – der Brief markiert dabei so zentrale Epochen wie das 15./16. oder 18./19. Jahrhundert, die massive Erneuerungen in der Kommunikation verzeichneten. Nicht zuletzt mag auch das Verschwinden des Briefes in der aktuellen, von der digitalen Revolution geprägten Kommunikationskultur eine Rolle bei der neuen Aufmerksamkeit für dieses alte Medium spielen. Schließlich hat die seit dem *linguistic turn* wachsende Aufmerksamkeit für die Vermittlung von Geschichte(n) über Sprache und Texte auch dem Brief eine neue Bedeutung zuerkannt und ihn etwa für das Mittelalter aus dem Schatten der Rechtsquellen herausgeholt.

Mit diesem Interesse für den Brief sind jedoch zugleich auch methodische Probleme verbunden, die seine Auswertung betreffen. Schnalke etwa spricht vom „verführerischen Faszinosum“ des Briefes, das die Historikerin und den Historiker dazu verleitet zu denken, hier würde ein historisches Subjekt unmittelbar zu ihr/ihm sprechen und sich offenbaren.⁵ Der suggestiven Kraft der Unmittelbarkeit, die der Brief auszuströmen scheint, widersprechen in gewisser Hinsicht die nach wie vor vergebli-

chen Versuche, dieses schillernde Medium definitorisch und begrifflich zu fassen. Bezeichnenderweise gibt es derzeit nur zwei Standardwerke im deutschsprachigen Raum, die sich mit dem Brief in umfassender Weise beschäftigen: Steinhausens grundlegendes zweibändiges Werk zur Geschichte des deutschen Briefes von 1889 fand lange Zeit keinen wirklichen Nachfolger und gilt nach wie vor als das Standardwerk. Hinzuzufügen ist das kleine Überblickswerk aus germanistischer Perspektive, das Reinhard M.G. Nickisch 100 Jahre später, nämlich 1991, publizierte.⁶ So ist dem Urteil von Weyrauch zuzustimmen, wenn er mit Blick auf die Situation der Briefefforschung feststellt, dass nach wie vor weder die Kulturgeschichte noch die Literaturwissenschaften den Gegenstand voll im Griff haben.⁷

Dieser Beitrag verfolgt zwei Anliegen: Zunächst soll – ausgehend von meiner Auseinandersetzung mit Briefen als historischen Quellen für das späte Mittelalter – eine methodische Reflexion der Gattung *Brief* gegeben werden, die grundsätzlich für alle Arten der Fragestellungen, die an Briefe herangetragen werden, Geltung hat. Der zweite Ansatz beschäftigt sich schließlich mit dem besonderen Wert, den Briefe des späten Mittelalters bzw. der Renaissance für medizinhistorische Fragestellungen haben könnten. Auch hier werden zunächst einige allgemeine Überlegungen angesetzt, die anschließend durch einzelne Fallbeispiele abgerundet werden.

Grundlage bildet ein rund 1.806 Briefe umfassendes Korpus, das ich für meine Dissertation im Staatsarchiv von Mantua und im Tiroler Landesarchiv erfasst habe.⁸ Dabei gilt es festzuhalten, dass dieses Korpus nicht nach medizinhistorischen Fragestellungen erhoben wurde, sondern vielmehr nach Fragestellungen in Bezug auf Hochzeit und Ehe von Paula de Gonzaga und Leonhard von Görz. Deshalb ist es aufgrund dieses Korpus nur möglich stichpunktartige Einblicke vorzunehmen, die lediglich eine rudimentäre Idee davon zu geben vermögen, welche Auswertungsmöglichkeiten der gesamte, weit umfassendere Briefwechsel der Gonzaga bietet. Für eine systematische Auswertung des Gonzaga-Briefwechsels nach medizinhistorischen Fragestellungen wären entsprechend fokussierte Archivrecherchen im Gonzaga Archiv in Mantua notwendig. Da es sich um ein überaus dichtes Archiv handelt, in dem sowohl die fürstliche Korrespondenz, als auch jene des Hofes und der städtischen Verwaltungsorgane überliefert sind, wäre eine derartige Auswertung sehr lohnenswert und würde durch reiches Quellenmaterial gestützt.⁹

Methodische Überlegungen: Was ist ein Brief?

Es kann an dieser Stelle keine umfassende Betrachtung des Phänomens *Brief* gegeben werden, weil dies, wie in der Einleitung erwähnt, noch eine offene Forschungsfrage

ist. Ich stütze mich hier auf einige grundlegende Überlegungen, die nicht zuletzt anlässlich einer Tagung zum Medium *Brief* in Innsbruck im November 2006 angestellt wurden.¹⁰

Zunächst zur Frage der Briefdefinition. Versuche, den Brief definitorisch zu erfassen, gab es mehrere,¹¹ doch bislang ist es nach wie vor nicht gelungen, eine wirklich befriedigende Lösung zu finden, die dem Phänomen in seiner schillernden Vielfalt gerecht wird. Dennoch glauben wir intuitiv zu wissen, was ein Brief ist – wobei manche Schreiben mehr, manche weniger dem Prototyp eines Briefes entsprechen. Hier ist vor allem der Einfluss der Romantik zu nennen, die als „idealen Briefftypus“ den „Liebesbrief“ konstruierte, den Brief als „Urkunde des Herzens“.¹² Mit dieser Vorstellung ist bereits die Idee des Briefes als „persönlich“, wenn nicht sogar „persönlicher Ausdruck von Gefühlen“, verbunden, der Schritt zum „Selbstzeugnis“ und zum „Egodokument“ ist nicht mehr weit. Allein die überflutende Geschäfts- und Werbekorrespondenz, die nach wie vor trotz Briefkrise unsere Postkästen füllt, lässt jedoch erkennen, dass nur ein geringer Prozentsatz an Briefen wirklich als „persönlich“ bezeichnet werden kann – wenn überhaupt, was in der Folge noch zu hinterfragen ist.

An der Basis dieser Vorstellung des persönlichen oder auch „privaten“ Briefes steht eine der ältesten Briefdefinitionen, die auch heute noch diskutiert und rezipiert wird: der Brief als das „Gespräch abwesender Freunde“, das „sermo amicorum absentium“, wie es Cicero nannte.¹³ So wird der Brief vielfach als Gesprächsersatz angesehen und entsprechend mitunter den Regeln mündlicher oder vertraulicher Kommunikation untergeordnet. Der Brief stellt jedoch lediglich eine schriftliche Imitation bzw. Konstruktion einer Gesprächssituation dar (etwa vergleichbar mit einem Drama), er ist selbst nie ein Gespräch. Allenfalls ist er in Zusammenschau mit Antwortbriefen als stilisierter Dialog anzusehen bzw. in erster Linie als Monolog, der nicht immer beantwortet wird. Es stellt sich mitunter sogar die Frage, ob ein Brief überhaupt gelesen werden muss, um als Brief zu gelten. Damit ist eine weitere, ohnehin bereits sehr vorsichtige Definition von Briefen in Frage gestellt, die Honnefelder 1975 in seiner sprechakttheoretisch fundierten „kurze[n] Phänomenologie des Briefes“ gab. Hier machte er vor allem auf jene Momente aufmerksam, die den Brief als „äußeren Vorgang“ bestimmen: „Dazu gehören zwei oder mehr handelnde Personen, zwei oder mehr räumliche Schauplätze, ein Schreibvorgang, ein Empfangs- und Lesevorgang und schließlich das Schriftstück selbst.“¹⁴ Es sind demgegenüber jedoch auch Briefe denkbar, die nur eine Person – nämlich den/die Schreiber/in betreffen – an einem räumlichen Schauplatz verfasst und weder empfangen noch gelesen werden. Nicht zuletzt ist eine derartige Sonderform des Briefes in Gestalt mancher Tagebücher zu finden, die formal als Briefe (an das Tagebuch) anzusehen sind.

Betrachtet man die von Nickisch zusammengestellten Briefdefinitionen, so ergeben sich mehrere Spannungsfelder¹⁵, innerhalb derer sich die Briefform zu bewegen scheint:

1. *Öffentlichkeit* und *Privatheit*
2. *Mündlichkeit* und *Schriftlichkeit* (*Boten* und *Briefe*)
3. *Kunstform* (*fiktive* und *literarische Briefe*) und „*Alltagsbrief*“
4. *Urkunde – Brief – Zeitung*

Das erste Spannungsfeld trifft zugleich eine historische Kernfrage, nämlich jene nach dem Verhältnis und der Definition von *privat* und *öffentlich*, und ist letztlich für manche Epochen schlicht anachronistisch. Beispielsweise spielen sich die fürstlichen Briefe des späten Mittelalters prinzipiell in einem öffentlichen Kontext ab, abgesehen von manchen hochbrisanten Briefen, die direkt an den Empfänger „in dessen eigene Hand“ übermittelt wurden; auch hier waren jedoch mehrere Personen an der Briefzirkulation¹⁶ beteiligt, zumindest ein Schreiber, da die Briefe in der Regel nicht eigenhändig von den fürstlichen Absender/innen/n verfasst wurden.¹⁷ Impliziert wird in diesem Spannungsverhältnis zugleich, dass es offensichtlich „diplomatischere“ Schreiben gibt und persönlichere, in denen sich die Schreiber/innen selbst offenbaren. Die neueren Untersuchungen in der Briefefforschung machen eine solche Vorstellung jedoch obsolet, da selbst „intimste“ Briefe mit Strategien arbeiten, bzw. die – zugegebenermaßen philosophische – Frage zu stellen ist, inwieweit ein unmittelbarer Ausdruck des eigenen Selbst und seiner Erfahrung überhaupt möglich ist.

Manche Forscher – so etwa der Mediävist Jürgen Herold – begreifen Briefe als „empfangsorientiert“ und erklären den Einsatz von Strategien damit, dass der/die Sender/in sich an eine/n Empfänger/in richtet und versucht, diese/n sich geneigt zu stimmen.¹⁸ Laut Herold sei es somit nicht sinnvoll, nach den Absichten des/der Schreiber/in zu fragen, sondern allein nach der Wirkung, die beim/bei der Empfänger/in erzielt werden sollte. Ähnlich sind auch die Überlegungen, die Schnalke in seinem Überblick zum Forschungsstand über Briefquellen anstellt: Hier wird der/die Empfänger/in als eine Art „Zensur“ für den Brief¹⁹ begriffen, Briefautor/in und Briefadressat/in befinden sich „in einem ständigen Rollentausch [...], wobei sich der Verfasser in Abhängigkeit von der Anteilnahme seines Gegenüber erklärt.“²⁰ Der Zürcher Literaturwissenschaftler Peter von Matt geht noch einen Schritt weiter und stellt das simple Modell von Sender, Nachricht und Empfänger in Frage, das in Briefen „geradezu hygienisch“ verwirklicht zu sein scheint. Er bezeichnet das Ausgehen von diesen drei Konstanten geradezu als „Beobachtungsfehler“ und spricht von einem „dramatischen Vorgang einer probeweisen Selbstsetzung“ die der/die Briefautor/in dem/der Partner/in „zur Besiegelung“ vorlegt.²¹

Sowohl Schreiber/in als auch Adressat/in konstruieren sich jeweils in und über

den Text, der Brief selbst wird zu einer Plattform, in der die beiden Ichs entworfen werden, dies alles in der Simulation eines Dialogs. Ich würde angesichts dieser Überlegungen regelrecht in Frage stellen, inwieweit sich diese Konstruktion überhaupt am Adressaten orientiert: Um es salopp zu formulieren: in dieser Textsorte hat jede/r die Chance, selbst zum Autor bzw. zur Autorin zu werden, die Ichs und Dus der Briefe müssen somit ähnlich verschieden von den biographischen Ichs und Dus gesehen werden, wie es die Literaturwissenschaft für Autor/in, impliziten/impliziter Autor/in und Erzähler/in schon längst erkannt hat.²²

Vor dem Hintergrund der bisherigen Überlegungen erübrigt sich eine längere Auseinandersetzung mit dem Spannungsfeld des Briefes zwischen Mündlichkeit und Schriftlichkeit: Natürlich ist der Brief eindeutig eine schriftliche Textsorte, schafft jedoch mit der Imitation und Konstruktion einer Gesprächssituation eine eigene Kommunikationsform, die gewissermaßen als Alternative zum mündlichen Gespräch *face to face* fungiert, mit den entsprechenden Vor- und Nachteilen: Es gibt einen Phasenverzug zwischen Schreibvorgang und Lesevorgang, die Gesprächspartner/innen können nicht unmittelbar interagieren, es kann also Missverständnisse geben, unmittelbare Nachfragen sind nicht möglich, auch entfallen Gestik und Mimik usw. All diese Faktoren können jedoch zugleich auch als Vorteile angesehen werden – der größte, der den Brief als Medium gerade in schwierigen Situationen so beliebt macht, ist wohl der, dass der/die Schreiber/in gewissermaßen ein „Copyright“ auf die eigene Darstellung des Sachverhalts hat, und in dieser Darstellung nicht unterbrochen werden kann.²³

Die letzten beiden der genannten Spannungsbereiche sind schließlich für bestimmte Herangehensweisen einzelner Disziplinen Thema: So differenziert ein eher literaturwissenschaftlicher Ansatz zwischen literarischen Briefen und Zweck- bzw. Alltagsbriefen. Als Beispiele für literarische Formen sind die Humanistenbriefe oder auch Briefromane zu nennen, wobei es noch eine ganze Bandbreite an fiktiven Briefen gibt. Andererseits wurde im Vorhergehenden ausgeführt, dass auch ganz alltägliche Briefe konstruiert und somit als literarisiert zu betrachten sind.

Der vierte Unterscheidungspunkt betrifft schließlich die Gattung an sich, die in fließendem Übergang zu zwei anderen Quellentypen steht: Einerseits zur Urkunde, die im Mittelalter schlicht „brief“ hieß und einen sehr ähnlichen Aufbau aufwies; andererseits zur Zeitung, die aus den herumgereichten, schließlich den so genannten „offenen“ Briefen hervorging.

Was die Differenz Urkunde – Brief angeht, so ist zunächst anzumerken, dass beide formal ähnlich aufgebaut sind; Urkunde und Brief folgen einem sehr ähnlichen Formular, wenngleich dies beim Brief oft weniger bedacht wird. Das Formular bildete sich durch den Usus seit der Antike bzw. seit dem Alten Orient allmählich heraus;²⁴ die rhetorischen Schemata verfestigten sich mit der Zeit und wurden in der *ars dic-*

*tamini*²⁵ zementiert. Es entwickelten sich so genannte Briefsteller und Kanzleihilfen, in denen sich detaillierte Anweisungen zum Verfassen von Briefen sowie Musterbriefe fanden.²⁶ Tatsächlich existieren solche Ratgeber, was das Verfassen von Briefen angeht, bis heute – ein Grund mehr, den individuellen Charakter von Briefen kritisch zu betrachten, wenngleich sich natürlich formelhafte und „individuellere“ Teile von Briefen unterscheiden lassen.

Im Zusammenhang mit diesen Unterscheidungen muss noch der Kommunikationskontext angesprochen werden, in den Briefe meist weit unmittelbarer eingebunden sind als andere Quellentypen – im Unterschied zu Urkunde und Zeitung ist der „prototypische“ Brief ja doch in der Regel an eine/n Adressatin/Adressaten gerichtet, die/der auch antworten soll. Der Unterschied zwischen diesen Quellentypen lässt sich vor allem funktional festhalten: Die Urkunde hat eine rechtssetzende oder -bekräftigende Funktion und dient zugleich der Information; die Zeitung ist per se definiert durch ihre Informationsfunktion.²⁷ Eine wesentliche Funktion des Briefes, die von den anderen beiden Quellentypen nicht getragen werden kann, ist jene, Beziehungen zu stiften und zu stabilisieren. Insofern hat der Brief auch eine soziale Funktion.²⁸ Dies wird besonders deutlich am Beispiel der inhaltsleeren Briefe – heute etwa an den Postkarten – die an sich keinen Inhalt vermitteln, sondern nur signalisieren, dass man an die/den andere/n denkt. Ein weiteres typisches Beispiel sind Briefe mit Appellcharakter, die von der Adressatin/vom Adressaten eine Aktion verlangen.²⁹

Abschließend und zusammenfassend kann angesichts der bisherigen Ausführungen festgehalten werden, dass der Begriff des „Selbstzeugnisses“ oder „Egodokuments“ für Briefe größtenteils nicht zutreffend ist; im Gegenteil: die Verwendung dieser Bezeichnung kann geradezu in die Irre führen und gewissermaßen die Forscher/innen auf die falsche Fährte locken. Entsprechende Vorsicht ist auch für medizinhistorische Untersuchungen angebracht: Gleich mehrere Probleme sind zu bedenken, wenn man sich über Briefe den „Patient/inn/enerfahrungen“³⁰ nähern möchte: Zum einen die Formelhaftigkeit und der konstruierte Charakter der Gattung selbst; zum anderen aber auch das Sprachinventar an und für sich, bzw. der *Diskurs*, der zur Beschreibung der Krankheits- und Körpererfahrung zur Verfügung stand. Gerade für den Bereich von Krankheit, Gesundheit und Körperlichkeit ist mit einem restriktiven und regulierten Sprachinventar zu rechnen – ich verweise hier etwa auf die Untersuchungen von Stolberg und Duden³¹. Nach Foucaults Untersuchungen zum Diskurs und dessen Normierung und Kontrolle kann von einem unmittelbaren Zugang des Individuums zu sprachlichen Mitteln, mit denen es sich und seine Erfahrungen ausdrückt, wohl nur mehr bedingt ausgegangen werden.

Spätmittelalterliche Fürstenbriefe als Quellen für die Medizingeschichte?

Während allgemein das 18./19. Jahrhundert als die große Zeit des Briefes betrachtet wird, wurde lange Zeit übersehen, dass der Brief ab dem 15. Jahrhundert einen derartigen Aufschwung erlebte, dass man bereits in dieser Epoche von einer Briefrevolution sprechen kann. Zentren dieser Briefkommunikation waren neben den Städten³² vor allem die Höfe³³, wobei insbesondere die oberitalienischen Stadtstaaten bzw. Fürstentümer eine regelrechte Briefflut erlebten, die ihre Archive heute zu Fundstätten der historischen Forschung machen. Während die Briefe vor allem für Fragestellungen der Adelforschung oder auch der Diplomatiegeschichte, der (fürstlichen und städtischen) Alltagsgeschichte und nicht zuletzt der Kunstgeschichte für die italienische Renaissance schon seit längerer Zeit intensiver ausgewertet werden, sind *gender-* oder auch medizingeschichtliche Analysen nach wie vor ein Desiderat bzw. nur am Rande angesetzt.³⁴ Aufgrund meiner bisherigen Forschung und Quellenkenntnis sollen im Folgenden fürstliche Briefe aus dem Umfeld der Markgrafen Gonzaga aus Mantua näher vorgestellt werden. Sämtliche zitierten Briefe wurden im letzten Drittel des 15. Jahrhunderts verfasst.

Wie auch Stolberg für sein Korpus aus Patient/inn/enbriefen der frühen Neuzeit ausführt, ist das Problem bei der Auswertung von Briefen für die Medizingeschichte zunächst der selektive Charakter des Briefes³⁵ und gleichzeitig seine „unsystematische“, ja geradezu beliebige Art³⁶: Der Brief umfasst in der Regel ganz verschiedene „vermischte“ Informationen und Nachrichten, die relativ unsystematisch aneinandergereiht sind. Das erschwert seine Auswertung für gezielte Fragestellungen, sofern es sich nicht wie bei Stolbergs Material um Patient/inn/enbriefe handelt, die sich mit gezielten Anfragen an einen Arzt wenden. Beim hier betrachteten Material ist das nicht der Fall; es handelt sich um Briefe, die innerhalb der Gonzaga Familie und ihrer Familiare ausgetauscht wurden. Wenngleich auch mehrere Ärzte zum Hof der Gonzaga gehörten, befinden sich in dem von mir erfassten Korpus kaum Briefe an und von Ärzten; diese werden jedoch in der Korrespondenz erwähnt. Dessen ungeachtet stellen Krankheit und Gesundheit ein zentrales Thema der Korrespondenz dar. Nolte weist in ihrer Untersuchung zu den Markgrafen von Brandenburg darauf hin, dass das gegenseitige Erkunden nach dem jeweiligen Befinden keineswegs als Floskel angesehen werden darf (als die sie sich bis heute erhalten hat), sondern in der Tat den damaligen Umständen entsprach, wo eine Krankheit in kürzester Zeit zum Tod führen konnte. Gerade bei größerer räumlicher Entfernung (etwa im Fall der an andere Höfe verheirateten Töchter) war man besonders am jeweiligen Befinden interessiert.³⁷

Traditionellerweise erfolgte die Mitteilung des jeweiligen Gesundheitszustandes am Ende des Briefes. Wie festgelegt dies war, zeigt sich in einem Schreiben des Gon-

zagakardinals Francesco, der seiner Mutter Barbara von Brandenburg am 24. September 1476 wie folgt schreibt:

“Illustrissima madonna mia matre. Havuta questi dí la l(itte)ra de vostra s(ignoria) de dí vi del presente come curioso de intendere del stato suo me voltai subito l’ ochio al ultimo capitulo de essa l(itte)ra nel qual me faceva intentione del suo miglior successo significandomi che gratia de dio se trovava essere stata quelli doi di munda.” (ASM AG b. 845 c. 677)³⁸

Dieses Beispiel macht deutlich, dass je nach Dringlichkeit, Stärke der Krankheit oder auch Besorgtheit der Angehörigen die Information zur Krankheit und Gesundheit auch an den Briefbeginn wandern oder den gesamten Brief dominieren konnte.

Zu den Konventionen gehörte es ebenso, von eventuell überstandenen Krankheiten zu berichten. Dies geschah jedoch häufig erst nach bereits erfolgter Genesung, da man die Verwandten mit Krankheitsmeldungen nicht unnötig erschrecken und beunruhigen wollte.³⁹ Auch hier lassen sich unterschiedliche Verfahren beobachten: Barbara von Brandenburg berichtete beispielsweise ihrem Gatten laufend von Gesundheits- und Krankheitszustand, sowohl von ihr selbst als auch von den Kindern und anderen Familiaren. Ganze Korrespondenzen waren durch diese Berichte geprägt, insbesondere, wenn mehrere Personen zugleich erkrankten. Erfolgt Krankheiten auf Reisen oder unterwegs, so berichteten Verwandte und andere Mitglieder des Gefolges ständig vom Zustand der Kranken. Seltener meldeten sich die Kranken selbst zu Wort, in der Regel geschah dies erst, wenn sie bereits wieder gesund und bei Kräften waren. Somit finden sich in den Briefen vielfach Berichte von Verwandten und Familiaren, die Krankheitserfahrungen schildern, und weniger Berichte der „Patienten“ und „Patientinnen“ selbst.

Schilderungen des Krankheitsverlaufs finden sich auch häufig in jenen Briefen, mit denen man den Tod von Angehörigen mitteilte. Hier war es oft üblich, kurz den vorausgegangenen Krankheitsverlauf zu schildern. Dies geschah etwa im Fall des Todes der Markgräfin Barbara von Brandenburg: In der offiziellen Todesmitteilung, die ihr Sohn Federico an seine Freunde und Verwandte schickte, schilderte er zunächst kurz die Todesumstände: Barbara sei von einem langsamen Fieber befallen worden; vier Tage habe sie in ärgerem Fieber gelegen als sonst üblich. Dann habe sie ein heftiger Fieberanfall überfallen, und mit keinen Medikamenten konnte sie im irdischen Leben zurückgehalten werden. So starb sie an diesem Tag um die siebte Stunde, mit großer Würde und gesundem Geist und Herzen, wie es sich für die besten Christen gehöre, versehen mit den heiligen Sterbesakramenten.⁴⁰

Neben Krankheitsschilderungen bieten Briefe immer wieder Einblicke in den Austausch von Arzneien und Ärzten zwischen den Höfen, ebenso wie in die Empfehlung von verschiedenen Heilmitteln bis hin zu Wunderölen zur Bekämpfung der

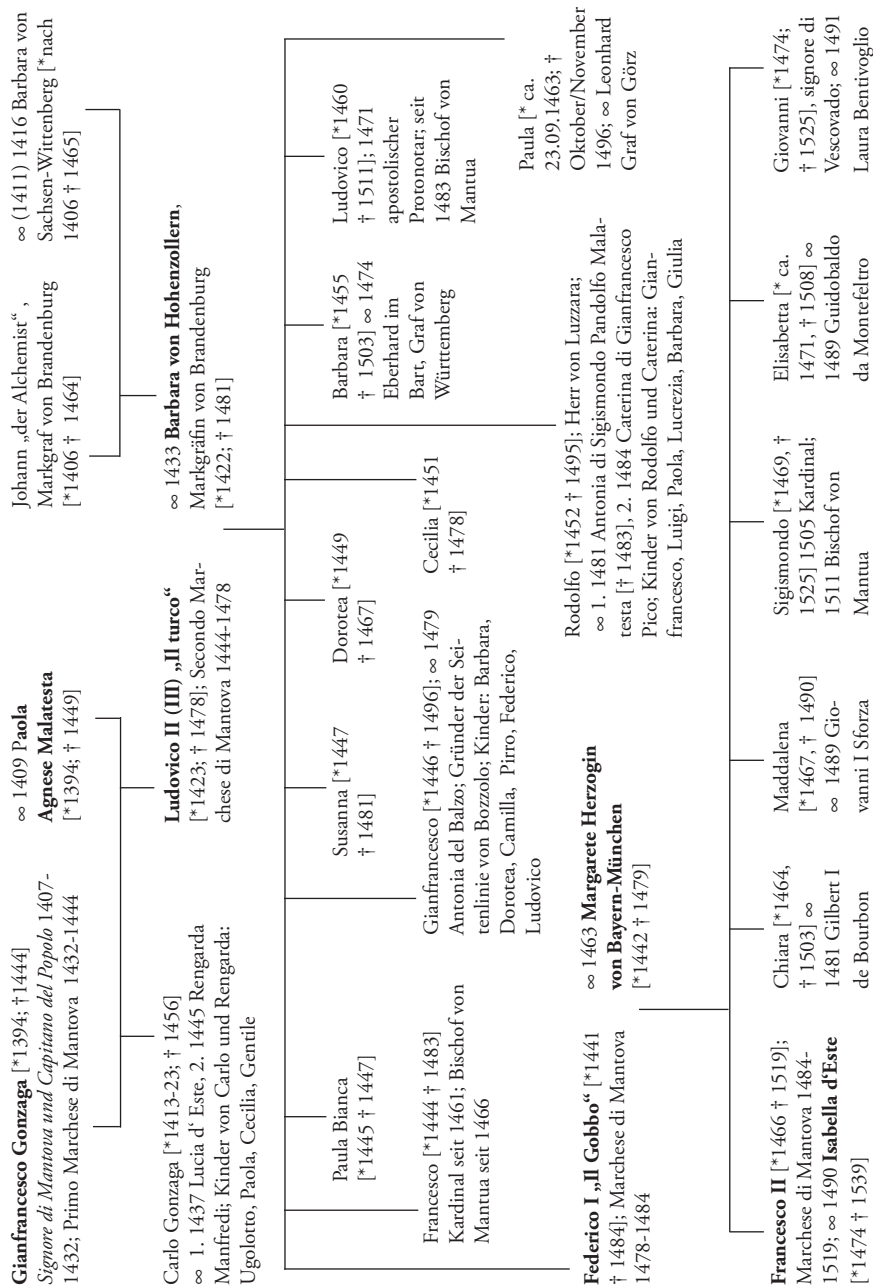
Pest. Für weiteren „Gesprächsstoff“ sorgten auch die Kuraufenthalte, zu denen man in diverse Bäder fuhr. Schließlich lassen sich noch Schwangerschaft und Geburt als besonderes Themenfeld herausgreifen; einen eigenen Themenkreis, den ich hier ausklammere, stellen Schilderungen über die Auswirkungen von Pestzügen dar.

Ehe im Folgenden die Fallbeispiele vorgestellt werden, seien hier kurz die wichtigsten Personen und ihre Verwandtschaftsverhältnisse angeführt, um den Überblick über das Geschehen zu erleichtern. Ich verweise zugleich auf den Stammbaum (siehe folgende Seite), der genauere Informationen enthält. Der Großteil der betrachteten Briefe stammt aus der Regierungszeit des Markgrafenpaares Ludovico de Gonzaga und Barbara von Brandenburg (1444-1478). Diese hatten elf Kinder: Federico, der 1478 als Markgraf auf seinen Vater folgte, nachdem dieser verstorben war; Francesco, der Kardinal wurde, Gianfrancesco und Rodolfo, die sich mit dem Bruder das Herrschaftsgebiet teilten, und schließlich Ludovico, seit 1471 apostolischer Protonotar und später Bischof. Von den Mädchen starb die erste, Paula Bianca, noch als Kind, Susanna und Dorotea wurden nacheinander mit Galeazzo Maria Sforza verlobt, jedoch aufgrund (diagnostizierter bzw. befürchteter) körperlicher Missbildung schließlich abgelehnt.⁴¹ Cecilia war vermutlich bereits als Kind für das geistliche Leben bestimmt.⁴² Barbara heiratete Graf Eberhard von Württemberg und Paula Graf Leonhard von Görz; beide gebaren eine Tochter, die jedoch im Falle Barbaras als Kleinkind starb, bei Paula war es eine Früh- und Fehlgeburt. Beide hatten sonst keine Kinder mehr. Aus der Folgegeneration ist für die betrachtete Korrespondenz das Markgrafenpaar Federico de Gonzaga und Margarete von Bayern-München zu nennen; sie hatten sechs Kinder, darunter die im Folgenden erwähnten Töchter Chiara und Magdalena.

Krankheitsbeschreibungen aus der Gonzaga Korrespondenz: Fallbeispiele

Die folgenden Fallbeispiele geben aufgrund der Auswahl des Briefkorpus nur einen sehr reduzierten Einblick in die Krankheitsbeschreibungen der Gonzaga – eine systematische Auswertung ist, wie bereits am Beginn erwähnt, anhand des von mir nach anderen Fragestellungen erhobenen Quellenbestandes nicht möglich. Betrachtet man zunächst die Quellenbegriffe⁴³ für die Krankheiten, so ist vor allem die Rede von „febbre“ („Fieber“), „epilepsia“, *Quartana* und *Terzana doppia* sowie generell von „male“ oder „dolore“ bzw. „passione“ („Übel“, „Schmerz“, „Leid“), das verschiedene Körperteile erfassen konnte – etwa den Magen, den Rücken, das Bein, die Nieren, Zähne und Zahnfleisch. Beschrieben wurden insbesondere auch Kälte und Hitzeschübe, sowie Unruhe und Angst, die die Kranken erfuhren, bis hin zu Traurigkeit oder Melancholie („melancolia“), die sich verschiedentlich äußern konnte. So schrieb die 55-jährige Markgräfin Barbara von Brandenburg 1477 an ihren Gatten Ludovico:

Stammbaum der Gonzaga



„Mi per la gratia de dio spero star bene poi che me lassò la febre no(n) ho havuto altro se non qualche volta un pocho de tristeza o fumanella come intervene a q(ue)lli de mia etade che cussí presto non se possiamo rehavere pur ogni dí me sento fortificare.“⁴⁴ (ASM AG b. 2103 c. 288; 24. August 1477)

Lohnenswert wäre eine systematische Untersuchung und Erfassung des Wortschatzes und der Begrifflichkeiten, die für die Krankheiten und deren Erfahrung zur Verfügung standen. So ist die Rede von „infirmità“ oder „male“, in deutschen Briefen von „krankeyt“ oder „plodikait“.⁴⁵ Dabei wird die Krankheit meist als „Über- oder Anfall“ erfahren, was sich bereits in der Formulierung „die Person überkam das Fieber“ (z.B. „al protonotario nostro è venuta la febre“⁴⁶) ausdrückt oder in den Formulierungen „assalto“ („Überfall“), „parosimso“ („Paroxysmus“) oder „accidente“ („Unfall“), die typischerweise mit den Krankheitsbeschreibungen verbunden sind. Es folgen meist auch Angaben zu den Uhrzeiten sowie Hinweise auf den Schlaf und das Essverhalten der Kranken bis hin zu genaueren Beschreibungen der Speisen und Getränke. Die erhaltenen Schilderungen stammen mitunter von mehreren Personen, oft ergänzt durch Schilderungen der Kranken selbst, die jedoch alle einem fast stereotypen „Beobachtungsschema“ des Krankheitsverlaufs folgen.

Relativ typisch sind hierfür die Schilderungen, die Barbara von Brandenburg ihrem Gatten von den Kranken im Haushalt Gonzaga schickte. So etwa im September 1475, als ihr fünfzehnjähriger Sohn Ludovico (genannt der „Protonotar“, weil er für die geistliche Karriere bestimmt war) und die zwölfjährige Tochter Paula zugleich krank waren:

„Heri el protonotario nostro stette bene e de bona voglia e mondo da febre de le hore più de octo et passate de gran spacio l'hore del suspecto ritrovandose necto et haver voglia de cenare da una hora de nocte se gli dette la cena laquale fu panada cum del ala d'uno pollo e doi turchi e manzò cum buon gusto et alegremente sichè me credeva dovesse esser libero. Ma da circa le tre hore gli venero pur grisoli de freddo poi se rescaldoe et fin a questa hora ha havuta la febre de laqual non è mondo anchora. Non che sia stata gran cosa ni che lo habia molto molestato ni dove(di)tolì il dormire. Un'altra me è poi sopragionta che ala Paula nostra da le viiii hore venero grisoli e rigore gran che gli duroe una hora e un terzo e forse più e poi se rescaldoe molto et ha havuta inquietudine assai e mal dormito. Adesso gli è dato un bichiero d'aqua cocta con orzo in loco de siruppo et s'è posta per dormire. Io starò a vedere il progresso che farano et ne tenirò avisata vostra s(ignoria) [...]. (ASM AG b. 2102bis c. 404; 1475 09 24)⁴⁷

Deutlich wird aus dieser Beschreibung die Beteiligung der Adeligen an der Pflege der Kranken. Männer wie Frauen nahmen an der Pflege teil, machten Krankenbesuche oder wachten gar bei den Kranken; die Fürsorge konnte sich dabei auch auf erkrankte Familiare erstrecken und war nicht nur auf die engeren Blutsverwandten beschränkt.

Hervorstechend ist ein Bericht aus Lienz über die Situation am Görzer Hof, nachdem Paula de Gonzaga zunächst eine Fehlgeburt und danach weitere „Krankheitsanfälle“ erlitten hatte. Ihr Gatte, Leonhard von Görz, beharrte darauf, sie ganz alleine zu pflegen. Paulas Diener Filippo da Parma berichtete Barbara von Brandenburg von den Ereignissen, und diese schilderte wiederum in einem Brief vom 20. August 1479 ihre Eindrücke an ihre Schwiegertochter Margarete von Bayern-München: Sie könne kaum sagen, wie große Beunruhigung sie durch den Grafen von Görz erfahren habe, was Margarete aus dem mitgeschickten Brief ersehen könne. Filippo da Parma schreibe dasselbe, nämlich dass Paula abgesehen von den Schmerzen, die sie in der Brust und an den Augen hatte, Sonntagnacht auch einen Anfall erlitt. Sie war wie tot und konnte vielleicht für den Zeitraum einer Stunde nicht sprechen; außerdem hatte sie Herz- und Kopfschmerzen. Nicht dass er es wüsste, weil er es gesehen hatte, sondern weil es ihm so von den Frauen⁴⁸ gesagt worden war. Der Graf wolle nicht, dass irgendjemand zu ihr gehe; nur er allein wolle sich um sie kümmern. – Offen bleibt, ob man in diesem Verhalten eine besondere Fürsorge des Grafen sehen kann, oder eher einen „besitzer-greifenden“ Zug des als cholerisch geschilderten Gatten. Barbara quittierte das Verhalten Leonhards jedenfalls mit der sarkastischen Bemerkung, sie überlasse es Margarete daraus zu schließen, wie gut Paula umsorgt werde.⁴⁹

Herausgehoben und mit Ausdrücken des „Mitleidens“ der anwesenden Personen unterstrichen wurden besonders heftige Anfälle, wie sie beispielsweise Paula immer wieder erlitt; ihre Krankheit gab bereits den Zeitgenoss/inn/en Rätsel auf und ihre Mutter Barbara äußerte schließlich gar die Vermutung, es handle sich um Anfälle, die im Abstand von zwölf Monaten wiederkehrten und alle Jahre im Herbst am schlimmsten seien.⁵⁰ – Auf seltsame Weise behielt sie mit dieser Prognose Recht, da Paula schließlich auch am Beginn des Novembers 1496 verstarb.⁵¹

Besonderes Aufsehen und Mitleid erregte etwa auch der Epilepsieanfall, den Chiara de Gonzaga, die Tochter von Federico de Gonzaga und Enkelin von Barbara von Brandenburg, 1477 erlitt. Barbara schilderte diesen Anfall in einem Brief vom 28. September an ihren Gatten Ludovico: Nachdem Federico Barbara am Morgen des Vortages mitgeteilt hatte, dass seine Tochter große Schmerzen habe und er für sie bei „nostra dona de gratia“ (wohl die Kirche Santa Maria delle Grazie bei Mantua) beten wolle, war Barbara sofort zu ihr gegangen und den ganzen vorigen Tag sowie die Nacht stets bei ihr geblieben. Der Fall lag ihrer Meinung nach folgendermaßen: zwischen acht und neun Uhr der Nacht des vorigen Tages hatte Chiara Epilepsieanfälle erlitten, doch man sagte, es seien Magenschmerzen gewesen (die das auch verursachten, so Barbara). Chiara hatte am Vortag circa zwölf solche Anfälle und, so Barbara, sie habe noch nie einen schrecklicheren Schmerz in einem menschlichen Körper gesehen. Es überkamen sie sechs Anfälle, von denen kaum dass der eine vorbei war schon der nächste folgte.

Das alles war mit so großem Schmerz für das arme Mädchen verbunden, dass es das größte Leid auf Erden war. Chiara konnte in keiner Weise still liegen, sie hörte und sah nichts und nahm keine Nahrung zu sich; die Zähne waren schwarz und sie hatte so viel Katarrh, dass ihre ganze Brust, der Hals und der Mund voll davon waren. Kurzum, die Ärzte und alle anderen Personen hatten die Hoffnung aufgegeben. Es wurde ihr die letzte Ölung gegeben, die Seele Gott empfohlen und alle waren bereit, dass sie jeden Augenblick sterben würde. Die Ärzte wandten alle Mittel an und zum guten Schluss – obwohl sie keine Hoffnung mehr hatten, jedoch um alles probiert zu haben – gab man ihr drei „ponte de focho“ („Punkte bzw. Spitzen aus Feuer“) auf den Kopf. Die Anfälle dauerten bis spät an, doch schließlich erholte sich Chiara allmählich, sie begann wieder etwas zu hören und zu sehen und antwortete, wenn man sie rief. Der Katarrh löste sich – Barbara wusste gar nicht auf welche Weise, nachdem es eine so große Menge war und er weder nach unten noch nach oben abgeflossen war. In der Nacht nahm Chiara schließlich ein bisschen Nahrung zu sich, erholte sich allmählich und ihre „virtude“ [Konstitution und seelische Verfassung] stärkte sich. In diesem Zustand befinde sie sich auch zum Zeitpunkt von Barbaras Schreiben, da es die achtzehnte Stunde sei. Die Markgräfin teilte noch mit, dass die anwesenden Ärzte, Magister Johann Antonio und Magister Ludovico den Fall detailliert beschreiben würden, sie selbst wolle nichts weiter dazu sagen, doch der Markgraf werde vom Zustand seiner Enkelin informiert. Man könne nur schließen, dass Gott sie wieder auferweckt habe, aus Mitleid mit dem Vater und der Mutter, die über alle Maßen schmerzerfüllt waren wie alle anderen auch. Vor allem aber habe der Vater gelitten⁵², der vor Schmerzen geradezu „krepierete“.⁵³

Der Umgang mit dem kranken Körper

Aus dem eben betrachteten Brief lässt sich ersehen, dass Krankheitsschilderungen häufig durch mehrere Personen, Angehörige bzw. Familiare, die anwesend waren, erfolgen; spezielle Aufzeichnungen lieferten die Ärzte und schließlich folgten mitunter Beschreibungen der „Patient/inn/en“ selbst. In die Schilderung der Krankheit mischten sich auch Überlegungen zur Verantwortung der „Patientinnen“ und „Patienten“ für die Krankheit bzw. reagierten die Kranken mit entsprechenden Erklärungen, um sich gegen erfolgte Vorwürfe zu verteidigen. Darin zeigt sich, dass in den höheren Schichten dietätische Maßnahmen durchaus zum „Alltagswissen“ gehörten.⁵⁴ Auch in der Korrespondenz von Paula sind zahlreiche dietätische Maßnahmen überliefert. Beispielsweise wurde sie öfters von ihrer Mutter Barbara mit entsprechenden Anweisungen ermahnt, auf ihre Gesundheit zu achten; so etwa in einem Brief vom 2. September 1477:

„Nui havemo havuto dispiacere assai de questa tua febre de l'altro zorno perché stiamo in dubio che se la te andasse visitando a questo modo la non se vertesse in quartana. Però ne pare ricordarte che metti mente a governarte per modo che ti non te ne di(e) casone che quando la te se butasse in quartana tu poi pensare como tu staresti. Questo dicemo che habi advertencia a non dartene casone et perchè havamo pur inteso che tu hai disordenato in voler esser andata fora de casa e pigliare troppo ayre e hai manzato de l'uva. Nui te havemo mandata li per il tuo bene che meglio te potesti rehavere e conservarte sana et quando te accadesse male per esser de piacere de dio haressemo pacienta ma che'l te succedesse per tua casone e per haver poca advert(inc)a in governarti el ce rincresser(à) pur troppo però voglie per dio mettere mente al facto tuo et attendere a guarire e non darce a nui affano e ti havere il male guardati da non pigliare molto ayre finchè non se ben rehavuta e non manzare frute ne uva che a la persona ch'è stata infirma sono de gran pericolo.” (ASM AG b. 2895 libro 85 c. 3r; 2. September 1477)⁵⁵

Die Mahnungen Barbaras waren nicht nur durch die mütterliche Sorge bedingt, sondern vor allem auch daher, dass jede Krankheit Paulas bevorstehende Hochzeit mit dem Grafen von Görz bedrohte. Eine kranke Braut hatte auf dem mittelalterlichen Heiratsmarkt keine guten Chancen, wie die Gonzaga bereits mehrfach schmerzlich erfahren hatten: Zwei ihrer Töchter waren von den Sforza als Heiratskandidatinnen bzw. bereits als Verlobte mit der Begründung zurückgewiesen worden, man befürchte bei ihnen die Erbkrankheit der Gonzaga – die Buckligkeit. Von daher lässt sich eine gesteigerte Sorge der Gonzaga um Krankheit und Gesundheit annehmen – generelle Aussagen sind hier jedoch nicht möglich, da Vergleiche mit anderen Fürstenkorrespondenzen angestellt werden müssten. Fest steht, dass die Gonzaga stets mehrere Ärzte an ihrem Hof hatten⁵⁶, mitunter auch Ärzte aus Ferrara zu Rat zogen, wenn ihre eigenen versagten.⁵⁷ Zudem engagierten sie auch „Kräuterkundige“, beispielsweise Johannes von Köln, den Barbara während Paulas Schwangerschaft an den Görzer Hof schickte, damit er Paula mit Heilkräutern unterstützen würde.⁵⁸

Abschließend noch ein Blick auf die Krankheitserfahrungen aus Sicht der „Patient/inn/en“: Als Paula im Juni 1478 einen neuerlichen Krankheitsschub hatte, reflektierte sie selbst über ihr eigenes Verschulden an diesem Anfall und unterrichtete am 10. Juni in einem Brief ihre Mutter über ihren Gesundheitszustand: Es gehe ihr sehr gut und sie habe keine Kopfschmerzen. Zwar sei es wahr, dass sie in den beiden vorhergehenden Nächten etwas Fieber gehabt habe, jedoch nur sehr leichtes, und sie glaube, dies komme daher, dass sie am vergangenen Samstag ein bisschen Salat mit frischen Zwiebelchen und etwas Portulak gegessen hatte. Außerdem sei sie unmittelbar nach dem Abendessen zum Vergnügen ausgeritten, sodass sie glaube, die Nahrung sei im Magen verdorben, denn am Morgen hatte sie im Hals einen Geschmack wie von faulen Eiern. Sie hoffe allerdings, sie werde mit der Hilfe Gottes keine weitere Krankheit erfahren – dies auch aufgrund der guten Fürsorge, die sie jetzt beschlossen habe, an-

zuwenden. Gleichzeitig entschuldigte sich Paula, dass sie den Brief nicht eigenhändig schrieb, da der Bote zu schnell aufbrach und sie nicht allzu schnell schreiben konnte. Außerdem wolle sie nicht Kopfschmerzen hervorrufen, weshalb sie die gebeugte Haltung vermied.⁵⁹

Als präventive Maßnahme gegen Krankheiten bzw. auch als Kur und Erholung nach erfolgter Krankheit boten sich zwei Wege an: Zur Erholung zunächst der Luftwechsel, wobei man gerade in Mantua die Stadt mit ihren stinkenden Kanälen verließ und auf die Landsitze auswich. Der zweite Weg, der zugleich nachhaltig gegen künftige Leiden helfen sollte, waren die Badaufenthalte. Auch hier sind zahlreiche Schilderungen bis hin zu den Details der Behandlung aus der Sicht der „Patient/inn/en“ überliefert. Wie anstrengend etwa die Trinkkuren waren, ist aus einem Brief der elfjährigen Paula zu ersehen, die vom anfangs zitierten Badaufenthalt am vierten Mai 1475 ihrer Mutter berichtete:

„Haveria ben anchora me per far il debito mio scritto questa di mane mia a vostra illustrissima s(ignoria) ma il bever e star a bancha mi da tanto da fare che prego quella se digni perdonarmi e non mi voria tropo fatichare per non vegnir cossí magra a casa come è la Magdalena. Spero pur si fazo come ho p(re)cipato che vegnarò grassa e gagliarda. La illustre mia sorella m(adon)a Cecilia sta bene e mi anchora meglio.“ (ASM AG b. 2102bis c. 606)⁶⁰

Diese Sicht Paulas wird bestätigt durch den Bericht des begleitenden Familiars Stephanino Guidotto:

„De quanti di nostri ha bevuta questa aqua non si è portata meglio persona che la illustre m(adon)a Paula e porta etiam al parir mio benissimo el bagno e la doza insieme. La illustre m(adon)a Cecilia comenzò heri a bevere e ne bevetti 10 becheri prima cum alquanto di fastidio. La seconda volta ne pigliò nove e subito li rezettò cum molte colere che fu optima cosa. La terza bevetti pur altri dece e li retenni benissimo et hozi ha bevuto becheri trenta e benchè cum tedio pur meglio che heri spero che ogni dí farà meglio. Finirà lei et(iam) dominica di bever.“ (ASM AG b. 1431bis c. 997)⁶¹

Schluss

Was bleibt als Schlussbemerkung nach diesem zweifellos sehr sprunghaften Streifzug durch Krankheitserfahrungen aus der Korrespondenz der Gonzaga? Es bleibt zumindest die Anregung, die umfangreiche Korrespondenz der Gonzaga auf medizinhistorische Fragestellungen hin zu sichten. Die Briefe geben reichhaltige Einblicke in Krankheits- und Gesundheitserfahrungen, beleuchten die Wahrnehmung des eigenen Körpers aus verschiedensten Perspektiven und zeigen nicht zuletzt den zentralen Stellenwert auf,

den Krankheit und Gesundheit im Leben der spätmittelalterlichen Menschen einnehmen. Als Wermutstropfen bleibt das Bewusstsein, dass diese Erfahrungen vor allem nur für privilegierte Schichten dokumentiert sind, die sich schriftlich ausführlich dazu äußerten. Allerdings ist es gerade für die komplexe Institution des Hofes durchaus möglich, Dokumentationen von Krankheiten auch der unteren Schichten (etwa für die Dienerschaft) zu untersuchen. Einmal mehr zeigt sich der Hof als heterogenes Gebilde, dessen Alltagsgeschichte anhand der Korrespondenzen sehr gut erschlossen werden kann. Zu bedenken bleiben die „Filter“, die die Historikerin/den Historiker jedoch von einer „unmittelbaren Erfahrung“ der Krankheiten jener Menschen trennen – dies sollte vor allem im vorangestellten methodischen Kapitel bewusst gemacht werden. Besonders die Fragen nach den Empfindungen – im Sinne des körperlichen Wahrnehmens wie auch des Fühlens und Mitfühlens⁶² mit den (leidenden) Angehörigen und Familiaren – stoßen auf Probleme der Begrifflichkeiten und werfen generell das Problem auf, nicht vorschnell von heutigen Befindlichkeiten auf historische Zustände rückzuschließen oder gar unreflektiert von „anthropologischen Konstanten“ auszugehen. So haben die jüngeren Forschungen zur Genüge gezeigt, dass selbst Empfindungen wie Schmerz kulturell geformt werden.⁶³ Gerade diese methodischen Schwierigkeiten sollten jedoch als Beginn neuer Forschungsfragen gesehen werden, die Empfindung, Körperwahrnehmung, aber auch Gefühle als heuristische Kategorien ernst nehmen, hinterfragen und anhand sensibler Quellenarbeit kontextualisieren und historisieren. Gerade in Zeiten einer neuen Biologisierung der Wissenschaft und einer gesellschaftlich fast unreflektierten Akzeptanz gegenüber „harten“ naturwissenschaftlichen Erkenntnissen liegt es in der Verantwortung der Historiker/innen, auf die historische Bedingtheit des Körpers selbst hinzuweisen und darauf, dass eben auch Medizin und „Natur“, bzw. die künstliche Trennung von Natur und Kultur, Konstrukte der Kultur ihrer Zeit sind.

¹ „Durchläuchtige Madonna meine Mutter etc. Ich danke eurer Durchlaucht ganz außerordentlich für die Orangen, die sie der durchläuchtigsten Schwester und mir zum Geschenk gemacht hat. Sie sind gerade zur rechten Zeit gekommen, und obwohl man auch aus Padua welche hätte bekommen können, wenn der Bedarf bestanden hätte, so sind diese jedoch nicht so schön, noch sind sie uns von einem derartigen Schenker geschickt worden wie diese, was uns dieses Geschenk mehr als teuer macht. Ich war überaus erfreut von eurem Wohlfinden zu hören und ich bitte unseren Herrn und Retter Jesus Christus, dass er sie lange so erhalte. Meine durchläuchtige Schwester und ich werden ebenfalls versuchen, uns zu helfen und gesund zu erhalten, sodass eure Herrschaft nicht mehr zweifeln braucht und ich hoffe bei Gott, dass wir alle ganz zufrieden und fröhlich nach Hause kommen werden. Wir stecken alle beide jeden Tag bis zu den Augen im Schlamm ohne eine Störung oder irgendeinen Missmut auf der Welt. Ich hoffe, dass daraus in Zukunft guter Erfolg und große Wohltat resultieren wird, sodass wir mit Gottes Hilfe fortfahren werden, bis es eurer durchläuchtigen Herrschaft an der Zeit scheint, uns zurückzuholen. Ich empfehle mich eurer Gnade. Aus den Bädern der Heiligen Helena am 10. Mai 1475. Eurer durchläuchtigen H(errschaft) Tochter und Dienerin Cecilia mit Empfehlung.“ Alle Übersetzungen stammen von mir selbst.

² Hier und bei den folgenden Angaben der Archivalien aus dem Staatsarchiv von Mantua sind die Abkürzungen wie folgt aufzulösen: ASM (Archivio di Stato di Mantova) AG (Archivio Gonzaga) b (busta) c (carta). Zur Transkription der Quellen: Gekennzeichnet werden nur unsichere Auflösungen (durch runde Klammern); bei den italienischen Quellen werden Worttrennungen sowie Akzente und Apostrophe des modernen Italienisch gesetzt, um den Lesefluss zu erleichtern und weil dies in der italienischen Forschung Usus ist; Interpunktion wird nur sehr gemäßigt gesetzt, ansonsten wird die Originalorthographie beibehalten. *V* und *u* werden jedoch an die heutige Schreibung angepasst und entsprechend differenziert, ebenso werden *i* und *j* an den heutigen Usus angeglichen; zu den Transkriptionsprinzipien vgl. *Christina Antenhofer*: Briefe zwischen Süd und Nord. Die Hochzeit und Ehe von Paula de Gonzaga und Leonhard von Görz im Spiegel der fürstlichen Kommunikation (1473-1500). Innsbruck 2007 (= Schlern-Schriften, 336), 30 ff.

³ Der Begriff *Familiare* umfasst jene Personen, die die *Familia*, also hier den engeren Bereich der „Hausgenossenschaft“ des Hofes ausmachten. Vgl. *Knut Schulz*: Familia. In: Lexikon des Mittelalters, Band IV, München 2003, 254-256.

⁴ Zum Gonzaga Archiv vgl. *Axel Jürgen Behne*: Das Archiv der Gonzaga von Mantua im Spätmittelalter. Dissertation (MS) Marburg an der Lahn 1990. Das Briefarchiv der Gonzaga wurde gerade in jüngerer Zeit Gegenstand immer intensiverer Forschungen, sowohl von italienischer als auch deutscher Seite; hier seien nur die wichtigsten Werke genannt: *Isabella Lazzarini*: Fra un principe e altri stati. Relazioni di potere e forme di servizio a Mantova nell'età di Ludovico Gonzaga. Roma 1996 (= Istituto storico italiano per il medio evo/nuovi studi storici, 32); *Ebba Severidi*: Familie, Verwandtschaft und Karriere bei den Gonzaga. Struktur und Funktion von Familie und Verwandtschaft bei den Gonzaga und ihren deutschen Verwandten (1444-1519). Leinfelden-Echterdingen 2002 (= Schriften zur südwestdeutschen Landeskunde, 45); *Franca Leverotti* (Hg.): Carteggio degli oratori mantovani alla corte sforzesca (1450-1500). Vol. I-XVI. Roma 1999 ff (= Pubblicazioni degli archivi di stato); *Jürgen Herold*: Politischer Kontakt und kultureller Transfer. Untersuchungen zum fürstlichen Brief-, Boten- und Gesandtenwesen im Spätmittelalter am Beispiel der transalpinen Korrespondenz der Markgrafen von Mantua mit deutschen Reichsfürsten und dem dänischen Königshaus. Dissertation an der Universität Greifswald. Derzeit in Arbeit. Erscheint 2008; *Antenhofer* (wie Anm. 2); für einen ausführlichen Forschungsüberblick siehe ebd. 19 ff.

⁵ *Thomas Schnalke*: Medizin im Brief. Der städtische Arzt des 18. Jahrhunderts im Spiegel seiner

Korrespondenz. Stuttgart 1997 (= Sudhoffs Archiv. Zeitschrift für Wissenschaftsgeschichte. Beihefte, 37), 18 f.

⁶ *Georg Steinhausen*: Geschichte des deutschen Briefes. Zur Kulturgeschichte des deutschen Volkes. Erster Teil. Berlin 1889; Ders.: Geschichte des deutschen Briefes. Zur Kulturgeschichte des deutschen Volkes. Zweiter Teil. Berlin 1891; *Reinhard M. G. Nickisch*: Brief. Stuttgart 1991 (= Sammlung Metzler, 260). Das seit einigen Jahren neu erwachte Interesse an den Briefen zeigt sich an der Fülle von Sammelbänden, die diesem Thema in der Zwischenzeit gewidmet wurden. Dabei handelt es sich jedoch auch wieder um Kompendien von Fallbeispielen – eine intensive methodologische und wünschenswerter Weise auch sprachen-, epochen- und disziplinenübergreifende Darstellung steht nach wie vor aus. Ein wesentlicher Beitrag dazu ist von *Herold* (wie Anm. 4) zu erwarten. Vgl. bislang an Sammelbänden beispielsweise *Heinz-Dieter Heimann* u. *Ivan Hlaváček* (Hgg.): Kommunikationspraxis und Korrespondenzwesen im Mittelalter und in der Renaissance. Paderborn u.a. 1998; *Klaus Beyrer* u. *Hans-Christian Täubrich* (Hgg.): Der Brief. Eine Kulturgeschichte der schriftlichen Kommunikation. Museumstiftung Post und Telekommunikation. Heidelberg 1996; *Horst Wenzel* (Hg.): Gespräche – Boten – Briefe. Körpergedächtnis und Schriftgedächtnis im Mittelalter. Berlin 1997 (= Philologische Studien und Quellen, 143). Speziell zu Briefen von Frauen vgl. *Gabriella Zarri* (Hg.): Per lettera. La scrittura epistolare femminile tra archivio e tipografia secoli XV-XVII. Roma 1999 (= I libri di Viella, 16); *Jane Couchman* u. *Ann Crabb* (Hgg.): Women's Letters Across Europe 1400-1700. Form and Persuasion. Burlington VT and Aldershot UK 2005 (= Women and Gender in the Early Modern World).

⁷ *Erdmann Weyrauch*: „Offene Briefe“ im 16. Jahrhundert. Bemerkungen und Beispiele. In: *Heimann* u. *Hlaváček* (wie Anm. 6), 191-204, hier 193.

⁸ Gegenstand der Dissertation waren Verlobung, Hochzeit und Ehe der Gonzaga Tochter Paula mit dem letzten Grafen von Görz, Leonhard. Hauptaugenmerk galt besonders der Kommunikation zwischen den Höfen und der Konfliktbewältigung, da die Ehe von großen Spannungen geprägt war. Die Dissertation ist mittlerweile in überarbeiteter Fassung als Buch erschienen, vgl. *Antenhofer* (wie Anm. 2).

⁹ Zum Archiv der Gonzaga vgl. *Behne* (wie Anm. 4), sowie *Pietro Torelli*: L'archivio Gonzaga di Mantova. Vol. I. Ostiglia 1920. Mantova 1988 (= Pubblicazioni della R. Accademia Virgiliana di Mantova. Serie I = Monumenta); *Alessandro Luzio*: L'Archivio Gonzaga di Mantova. La corrispondenza familiare, amministrativa e diplomatica. Vol. II. Verona 1922. Nachdruck Mantova 1993 (= Pubblicazioni della R. Accademia Virgiliana di Mantova. Serie I = Monumenta = Vol. II).

¹⁰ Der Workshop betrachtete Briefe vom Alten Orient bis ins 20. Jahrhundert, vereinte Wissenschaftler/innen aus Italien, Deutschland und Österreich und vor allem auch aus unterschiedlichen Disziplinen, in erster Linie Historiker/innen, Soziolog/innen, Medienwissenschaftler/innen und Philolog/inn/en. Damit sollte versucht werden, Ansätze und Erfahrungen aus verschiedenen Disziplinen zu bündeln und anhand leitender Forschungsfragen zu diskutieren. Die Ergebnisse werden voraussichtlich 2008 bei Vandenhoeck&Ruprecht, Göttingen, publiziert: *Christina Antenhofer* u. *Mario Müller*: Briefe in politischer Kommunikation.

¹¹ Eine Zusammenstellung bietet *Nickisch* (wie Anm. 6), 1 ff.

¹² Vgl. ebd. 1 f.

¹³ Vgl. *Bruno Dini* u.a.: Brief, Briefliteratur, Briefsammlungen. In: Lexikon des Mittelalters, 2. Band, München u. Zürich 1983, 648-682, hier 660. Zur ausführlichen Auseinandersetzung mit dieser Definition vgl. *Antenhofer* (wie Anm. 2), 240 ff; relativ unreflektiert führt noch *Schnalke* den Briefwechsel im Sinne eines „literarischen Gesprächsersatzes“ als einen der zwei von ihm betrachteten

Ansätze für die Auseinandersetzung mit Briefen an, *Schnalke* (wie Anm. 5), 23ff. Er unterscheidet einen literaturwissenschaftlichen Ansatz, dem er einen enger historisch-archivalischen entgegensetzt (ebd. 21 f); ein Ansatz, der jedoch die Vielfalt der Herangehensweisen sehr verkürzt; vor allem entspricht die Klassifizierung der Briefe als „Überreste“ nicht mehr der aktuellen Forschungsdiskussion.

¹⁴ *Honnefelder* 1975, 5 zit. nach *Nickisch* (wie Anm. 6), 5 f.

¹⁵ Vgl. dazu *Antenhofer* (wie Anm. 2), 214 ff.

¹⁶ Zur fürstlichen Briefzirkulation im späten Mittelalter vgl. ebd. 221 ff.

¹⁷ Zur Besonderheit eigenhändiger Schreiben vgl. *Cordula Nolte*: Pey eytler finster in einem weichen pet geschrieben. Eigenhändige Briefe in der Familienkorrespondenz des Markgrafen von Brandenburg (1470-1530). In: Heinz-Dieter Heimann (Hg.): *Adelige Welt und familiäre Beziehung. Aspekte der „privaten Welt“ des Adels in böhmischen, polnischen und deutschen Beispielen vom 14. bis zum 16. Jahrhundert*. Potsdam 2000 (= *Quellen und Studien zur Geschichte und Kultur Brandenburg – Preußens und des Alten Reiches*), 177-202.

¹⁸ Vgl. *Jürgen Herold*: Empfangsorientierung als Strukturprinzip. Zum Verhältnis von Zweck, Form und Funktion mittelalterlicher Briefe. In: Karl-Heinz Spieß (Hg.): *Medien der Kommunikation im Mittelalter*. Stuttgart 2003 (= *Beiträge zur Kommunikationsgeschichte*, 15), 265-287.

¹⁹ *Boschung* zit. nach *Schnalke* (wie Anm. 5), 15.

²⁰ Ebd. 16, er paraphrasiert *Wenzel*.

²¹ *Peter von Matt* 1985 zit. nach *Stephan Kammer*: *Gestörte Kommunikation. Robert Walsers Briefschreibspiele*. In: Werner M. Bauer u.a. (Hgg.): „Ich an Dich“. Edition, Rezeption und Kommentierung von Briefen. Innsbruck 2001 (= *Innsbrucker Beiträge zur Kulturwissenschaft. Germanistische Reihe*, 62), 229-245, hier 229.

²² Vgl. *Hans-Jürgen Bachorski*: *Träume, die überhaupt niemals geträumt. Zur Deutung von Träumen in mittelalterlicher Literatur*. In: Heinz-Dieter Heimann u.a. (Hgg.): *Weltbilder des mittelalterlichen Menschen*. Berlin 2007 (= *Studium Litterarum*, 12), 15-51, hier 32 u. 45. *Bachorski* bezieht sich auf *Umberto Eco*: *Lector in Fabula. Die Mitarbeit der Interpretation in erzählenden Texten*. München 1987.

²³ Dies mag medizingeschichtlich wieder interessant sein, etwa wenn *Stolberg* die (über)langen Krankheitsbeschreibungen der von ihm untersuchten Patient/inn/enbriefe reflektiert. Hier bot sich den Patientinnen und Patienten zugleich die Möglichkeit, den eigenen Krankheitsverlauf ohne Unterbrechung in extenso schildern zu können – lediglich mit der Gefahr verbunden, dass der Brief unter Umständen nicht gelesen wurde! Vgl. *Michael Stolberg*: *Homo patiens. Krankheits- und Körpererfahrung in der Frühen Neuzeit*. Köln u.a. 2003, 95; *Stolberg* spricht laufend auch von der großen Ausführlichkeit, ja fast Langatmigkeit der Krankheitsschilderungen, beispielsweise 21 ff.

²⁴ Zur Entwicklung des mittelalterlichen Briefformulars vgl. *Jürgen Herold*: *Von der tertialitas zum sermo scriptus. Diskurswandel im mittelalterlichen Briefwesen und die Entstehung einer neuen Briefform von der Mitte des dreizehnten bis zum Ende des fünfzehnten Jahrhunderts*. Erscheint 2008 in *Antenhofer* u. *Müller* (wie Anm. 10).

²⁵ Siehe dazu beispielsweise *Hans M. Schaller*: *Ars dictaminis, ars dictandi*. In: *Lexikon des Mittelalters*, Band 1, Aachen bis Bettelordenskirchen. München u. Zürich 1980, 1034-1039.

²⁶ Vgl. *Reinhard M. G. Nickisch*: *Die Stilprinzipien in den deutschen Briefstellern des 17. und 18. Jahrhunderts. Mit einer Bibliographie zur Briefschreiblehre (1474-1800)*. Göttingen 1969 (= *Palaestra. Untersuchungen aus der deutschen und englischen Philologie und Literaturgeschichte*, 254); *Inka K. Kording*: „Wovon wir reden können, davon können wir auch schreiben“. *Briefsteller und*

Briefknicge. In: Beyrer u. Täubrich (wie Anm. 6), 27-33; *Emil J. Polak*: Medieval and Renaissance letter treatises and form letters. A census of manuscripts found in Eastern Europe and the former U.S.S.R. Leiden u.a. 1993 (= Davis medieval texts and studies, 8); *Adriana Chemello*: Il codice epistolare femminile. Lettere, “Libri di lettere” e letterate nel Cinquecento. In: Zarri (wie Anm. 6), 3-42.

²⁷ So bedeutete *Zeitung* ursprünglich ‚Botschaft, Nachricht, Meldung‘; Kluge. Etymologisches Wörterbuch der deutschen Sprache. Bearb. von *Elmar Seebold*. Berlin u. New York ²³1999, 906.

²⁸ Vgl. dazu auch *Schnalke* (wie Anm. 5), 15 f.; zu den verschiedenen Funktionen der Briefkommunikation vgl. *Antenhofer* (wie Anm. 2), 254 ff.; *Nickisch* (wie Anm. 6), 13 ff.

²⁹ Die so genannte „Ausdrucksfunktion“ in der Form, dass ein Ich im Brief Botschaften über sich selbst gibt, sich selbst ausdrückt, ist für die mittelalterlichen Briefe weit seltener zu finden. Wenn sich die Briefeschreiber/innen zu sich selbst und ihrem Befinden oder gar ihren Emotionen äußern, ist wiederum zu hinterfragen, inwieweit es sich hierbei nicht um Strategien handelt; vgl. dazu *Antenhofer* (wie Anm. 2), 266 ff.

³⁰ Zum Wandel dieses Begriffes vgl. *Eberhard Wolff*: Perspektiven der Patientengeschichtsschreibung. In: Norbert Paul u. Thomas Schlich (Hgg.): *Medizingeschichte: Aufgaben, Probleme, Perspektiven*. Frankfurt a.M. u. New York 1998, 311-334.

³¹ *Barbara Duden*: *Geschichte unter der Haut. Ein Eisenacher Arzt und seine Patientinnen um 1730*. Stuttgart 1987; *Stolberg* (wie Anm. 23).

³² Vgl. etwa *Mathias Beer*: Eltern und Kinder des späten Mittelalters in ihren Briefen. Familienleben in der Stadt des Spätmittelalters und der frühen Neuzeit mit besonderer Berücksichtigung Nürnbergs (1400-1550). Nürnberg 1990 (= Nürnberger Werkstücke zur Stadt- und Landesgeschichte/Schriftenreihe des Stadtarchivs Nürnberg, 44); *Ann Crabb*: *The Strozzis of Florence. Widowhood and Family Solidarity in the Renaissance*. Michigan 2000 (= Studies in medieval and early modern civilization)

³³ Vgl. beispielsweise die Arbeiten von *Cordula Nolte*, *Karl-Heinz Spieß*, *Jörg Rogge*, *Heinz-Dieter Heimann*, *Jürgen Herold*.

³⁴ Für den Quellentyp „Patientenbriefe“ siehe hingegen den kürzlich erschienenen Sammelband von *Martin Dinges u. Vincent Barras* (Hgg.): *Krankheit in Briefen im deutschen und französischen Sprachraum. 17.-21. Jahrhundert*. Stuttgart 2007. Er beschränkt sich jedoch auf die Neuzeit und Moderne.

³⁵ Vgl. *Stolberg* (wie Anm. 23), 26.

³⁶ Schnalke spricht in diesem Zusammenhang von der Heterogenität der im Brief geäußerten Gedanken, *Schnalke* (wie Anm. 5), 18.

³⁷ Vgl. *Cordula Nolte*: Familie, Hof und Herrschaft. Das verwandtschaftliche Beziehungs- und Kommunikationsnetz der Reichsfürsten am Beispiel der Markgrafen von Brandenburg-Ansbach (1440-1530). Ostfildern 2005 (= Mittelalter-Forschungen, 11), 363 ff.

³⁸ „Durchläuchtigste Madonna meine Mutter. Nachdem ich in diesen Tagen den Brief eurer Herrschaft vom 6. Tag des gegenwärtigen Monats erhalten habe und weil ich neugierig war, von ihrem Zustand zu hören, wandte ich mein Auge sofort auf das letzte Kapitel dieses Briefes, in dem sie mir von ihrem besseren Zustand Bescheid gab und mir mitteilte, dass sie Gott sei Dank die letzten beiden Tage fieberfrei gewesen war.“

³⁹ Vgl. *Nolte* (wie Anm. 37), 371.

⁴⁰ „Illustrissime etc. Et si illustrissime dominationi vestre significare malemus res prosperas quam adversas tum cum proprium sit vere amicitie et affinitatis que occurrant in utramque fortunam pari modo invicem significari debere noluimus pretermittere quin casum et si nobis molestissimum maxi-

mique doloris eidem scriberemus accidit a quibusdam mensibus citra ut illustrissima q(uedam) genitrix nostra lenta quadam febre fere assidua vexata sit quatuor deinde dies tum transiere quibus eadem illustrissima genitrix nostra gravius quam solita erat egrotare cepit adeoque vehementi impetu febris ipsa supervenit ut nullis somtis remediisque medicinalibus in hac vita mundana retineri quiverit hodierna igitur die circa septimam horam noctis sumptis summa cum devotione ut optimos christianos decet sanoque mentis et cordis intellectu sacramentis ecclesiasticis expiravit non sine animi nostri gravissimo merore accerbissimoque luctu et contristatione. Amisimus enim singularis modestie et integritatis preclara genitrice nobis et dominam privatique sumus hac subsequuta crudeli morte ineffabili eiusdem iocunditate consuetudineque participem vero illustrissima dominatio vestra de huiusmodi casu fecimus ut officio nostro erga eandem ut tenemur satisfaceremus. Dedentes nos ex corde prefate illustrissime dominationis vestre que diu feliciterque bene prospereque valeat.” (ASM AG b. 2897 I. 103 c. 39r; 7. November 1481; Federico de Gonzaga an seine Verwandten und Freunde).

⁴¹ Siehe dazu *Luca Beltrami*: L' annullamento del contratto di matrimonio fra Galeazzo Maria Sforza e Dorotea Gonzaga (1463). In: Archivio Storico Lombardo 6 (1889), 126-132; *Stefano Davari*: Il matrimonio di Dorotea Gonzaga con Galeazzo Maria Sforza. In: Giornale Ligustico XVII (1890), 3-43; *Giuseppe Amadei u. Ercolano Marani*: I Gonzaga a Mantova. Milano 1975, 48. Bei Dorotea werden aber auch politische Gründe als Motiv für die Lösung der Verlobung vermutet; Dorotea starb wenig später offiziell an der Schmach der Ablehnung und an gebrochenem Herzen. Manche Forscher/innen und auch Zeitgenoss/inn/en vermuteten dahinter jedoch eher einen Giftanschlag, um die ungeliebte Braut zu entfernen. Susanna, die erste Braut, war schon als Kind mit dem Sforza-Sohn verlobt worden; als sich die ersten Anzeichen der Buckligkeit bemerkbar machten, war die Verlobung jedoch aufgelöst worden. Sie kam daraufhin ins Kloster. Ausführlich dokumentiert ist diese schwere Zeit auch im Band VII des Carteggio des Mantuaner Gesandten in Mailand, vgl. *Leverotti* (wie Anm. 4).

⁴² Vgl. *Severidi* (wie Anm. 4), 234.

⁴³ In der Medizingeschichte gibt es eine lange Diskussion, ob historische Krankheitsbezeichnungen mit heutigen Bezeichnungen gleichgesetzt werden können. – Eine Frage, die insgesamt historische Begrifflichkeiten betrifft, deren Bedeutung sich im Laufe der Zeit meist erheblich ändert. Insofern verursacht auch jede Übersetzung einen zusätzlichen Eingriff, den ich dahingehend zu umgehen versuche, dass ich möglichst auch das Original zitiere bzw. die Begriffe der Quellen verwende. Zur Frage der historischen Krankheitsbezeichnungen vgl. *Karl-Heinz Leven*: Krankheiten: Historische Deutung versus retrospektive Diagnose. In: Paul u. Schlich (Hgg.) (wie Anm. 30), 153-185.

⁴⁴ „Ich hoffe, bei der Gnade Gottes, dass es mir gut geht, nachdem ich, seit mich das Fieber verlassen hat, nichts anderes gehabt habe außer ab und zu ein bisschen Traurigkeit oder ‚fumanella‘ (‚Nebelchen‘), wie es jenen meines Alters ergeht, da ich mich so bald nicht erholen kann, doch jeden Tag fühle ich, wie ich stärker werde.“

⁴⁵ Synonym mit Krankheit; „blöde“ bedeutete entsprechend „krank“. *Jacob u. Wilhelm Grimm*: Deutsches Wörterbuch. Elektronische Ausgabe der Erstbearbeitung von Jacob Grimm und Wilhelm Grimm (Der Digitale Grimm). Frankfurt a.M. 2004, 138 u. 141.

⁴⁶ „Unseren Protonotar überkam das Fieber“; ASM AG b.2102bis c.391-392; 19. September 1475; Barbara von Brandenburg an ihren Gemahl Ludovico; es handelt sich um ihren Sohn Ludovico, der später Bischof werden sollte.

⁴⁷ „Gestern ging es unserem Protonotar gut, er war mehr als acht Stunden lang guten Mutes und frei von Fieber: Als die Stunde des Verdachts bereits lange vorüber war, war er immer noch fieberfrei und hatte Lust zu essen, und so gab man ihm um ein Uhr nachts das Abendessen, welches aus

Brotsuppe bestand mit dem Flügel eines Huhnes und zwei ‚turchi‘ [‚Türken‘, Bedeutung unklar] und er aß mit gutem Appetit und fröhlich, sodass ich dachte, dass er fieberfrei sei. Um circa drei Uhr überkamen ihn jedoch Kälteschauer [‚grisolì de freddo‘], dann erhitze er sich und hat bis zur jetzigen Stunde Fieber gehabt, von dem er noch immer nicht frei ist. Nicht, dass es eine große Sache gewesen sei, noch dass es ihn sehr gequält habe oder ihn am Schlafen gehindert. Dann ist noch ein Zweites passiert, dass nämlich unsere Paula um neun Uhr Schauer [‚grisolì‘] und große Starre [‚rigore‘] überkamen, die eine Stunde und ein Drittel, vielleicht auch etwas länger dauerten; dann erhitze sie sich sehr, hatte große Unruhe und schlief schlecht. Jetzt gab man ihr ein Glas gekochtes Wasser mit Gerste statt Sirup und sie ist eingeschlafen. Ich werde weiterhin den Fortschritt beobachten, den sie machen, und eure Herrschaft darüber auf dem Laufenden halten.“

⁴⁸ Wohl Paulas Hofdamen.

⁴⁹ „Nui de qua non possiamo se non dirve de guai tribulatione nostre hozzi havemo dal illustre signor conte de Goricia quanto vedereti per l’alligata sua littera. Filippo da Parma ce scrive questo medesimo effecto cioè che Paula vostra sorella ultra ‘l malle che ha havuto a pecti e ali ochii (domenica) de nocte hebbe etiam uno accidente che stette stramortita che non poteva parlare forse per spacio d’una hora cum passione de cuore e mente non che lui lo sapia perchè habia veduto ma perchè cussì da le donne li è dicto. El conte non vole che alcuno vada ad lei e lui vole essere quello chi serva ala (paiolata). Lasiamo pensare a vui como essa Paula debbe essere ben servita.“ (ASM AG b. 2104b c. 302; 20. August 1479)

⁵⁰ ASM AG b. 2104b c. 307; 4. September 1479; Barbara an Federico.

⁵¹ Vgl. dazu *Antenhofer* (wie Anm. 2), 139; die genauen Umstände ihres Todes sind jedoch nicht bekannt.

⁵² Federico hatte eine sehr enge Bindung zu seinen Kindern, dies zeigte sich besonders auch nach dem frühen Tod seiner Gattin Margarete 1479 und anlässlich Chiaras Heirat nach Frankreich; vgl. *Antenhofer* (wie Anm. 2), 256; *Severidi* (wie Anm. 4), 113.

⁵³ „Federico heri matina che era duodice hore passate me mandò a dire che ‘l voleva andare a nostra dona de gratia perchè sua figliola havea gran male e che volesse andare la. Subito gli andai ne tuto heri e questa nocte mai me ne son partita. Il caso suo è stato questo: me pare che heri de nocte tra le 8 e le 9 hore gli principiasse accidenti de epilensia [sic] ma se vole dire che siano stati dolori de stomaco che è pur cussì sono causat(i) de la et ne hebe heri circa duodice de questi accidenti che la s(ignoria) vostra non vite mai la più teribele cosa de affano in un copo [sic] humano. Ma ge ne vene sei che non era finito l’uno che l’altro era in gran principio e cum tanto affano de questa povera putta che era la mazor compassione del mondo. Non poteva star ferma per alcuno modo non oldeva ne vedeva pigliare cibo niente e li denti nigravati e tanta abundantia de cataro che ‘l havea pieno el pecto la golla e la bocha che non era possibile ge ne potesse star più cum rocho manifestissimo in forma che li medici et ogni persona ne era fori de ogni speranza. Ge fu dato lo olio sancto e recomandato l’anima e stavamo attenti che la terminasse in un attimo. Non se gli mancò per questi medici de ogni remedio e lo ultimo fu non havendo de lei alcuna speranza ma aciò se intendesse se ge fusse facto tuto quello se poteva ge deteno tre ponte de focho su la testa. Continuamo a questo modo cum questi accidenti fin in sul tardo e per se che la se resentsse un pocho e ritornoge un pocho la olduta e lo vedere e se la era chiamata la rispondeva. Quello cattaro se resolse ne so pensare a che modo in tanta abundantia era e non essendo andata ne de sotto ne de sopra. Questa nocte l’ha pigliato cibo non però gran facto bene la reposita pur alquanto e la virtude s’è pur fortificata a questo termine la se ritrova fin qui che è le 18 hor. Magistro Zohanneantonio e magistro Ludovico scrivieno particolarmente il caso suo però non me extendo più oltra. Del successo suo la s(ignoria) vostra ne serà avisata. In vero signore se può

concludere che messer Domenedio la ha resusitata e che la havuto compassione al patre et ala matre che ne erano oltra modo adolorati cussì nui altri ma el patre più de tuti che certo signore el crepava de dolore.“ (ASM AG b. 2103 c. 306; 28. September 1477)

⁵⁴ Vgl. *Peter Schneck*: Galens diätätisches Leitbild. In: Peter Kemper (Hg.): *Die Geheimnisse der Gesundheit. Medizin zwischen Heilkunde und Heiltechnik*. Frankfurt a.M. 1996, 115-126.

⁵⁵ „Wir hatten großes Missfallen über dieses dein kürzliches Fieber, denn wir befürchten, wenn du weiter in dieser Art fortfährst, könnte sich daraus Quartana entwickeln. Es scheint uns aber, dich daran erinnern zu müssen, dass du den Sinn darauf legen musst, dich so zu verhalten, dass du dazu keinen Grund gibst. Denn wenn es dich in die Quartana „werfen“ wird, dann kannst du dir vorstellen, wie es dir gehen wird. Das sagen wir, damit du aufpasst, dir keinen Grund dazu zu geben, und weil wir gehört haben, dass du nicht gefolgt hast, weil du aus dem Haus gehen wolltest und zu viel Luft abbekommen und Trauben gegessen hast. Wir haben dich dorthin [nach Goito, einem Landsitz der Gonzaga, C.A.] geschickt zu deinem Besten, damit du dich besser erholen und gesund bleiben kannst. Und wenn dir ein Übel widerfährt, weil es Gott so gefällt, dann hätten wir Geduld, doch wenn es dir zustieße aus deinem eigenen Verschulden und weil du wenig auf dich Acht gibst, dann würde uns das nur allzu sehr schmerzen. Doch nun mögest du bei Gott dich auf deinen Zustand besinnen und darauf schauen, gesund zu werden und uns nicht Kummer zu bereiten indem es dir nicht gut geht. Schau darauf, dass du nicht viel Luft abbekommst, ehe du nicht gut erholt bist, und kein Obst noch Trauben zu essen, die für eine Person, welche krank war, von großer Gefahr sind.“

⁵⁶ Vgl. den Brief Barbaras an Leonhard von Görz, wo sie diesem versicherte, dass jeder der Gonzaga sogar mehrere Ärzte zur Verfügung hatte: „Auch in halt, da mit er ursach hab, lenger zu pleiben, wan unser tochter Paula vor mals vir oder sex arczt ursach ir cranckait halb gehabt hat. Des geleich unser herr und gemahel loblicher gedechtnus hetn mer dan acht arczt zu Manta.“ (TLA Sigm 4a.029.085; 28. Jänner 1479); die Abkürzung TLA bezeichnet das Tiroler Landesarchiv; Sigm steht für die Abteilung Sigmundiana.

⁵⁷ So etwa bei einem akuten Krankheitsfall Paulas im November 1477; ASM AG b. 2895 l. 85 c. 60r.

⁵⁸ TLA Pestarchiv I/173; folio 39. Barbara an Leonhard. „Impresentiarum mittimus Johannem de Colonia famulum nostrum quia in arte speciarie aliquid est edoctus maxime in aquis herboraliis faciendis.“ Johannes von Köln erschien auch in der Folge immer wieder im Görzer Gebiet; so kam er im Februar 1480 in die Lienzer Gegend, um Kristalle für Federico einzukaufen. (TLA Sigm 4a.029.102; 20. Februar 1480; Barbara an Leonhard).

⁵⁹ „Io sto molto bene per la dio gratia e senza doglia di capo. E vero che le due notte precedente ho havuta un pocho de febre assay lezera e questo credo perchè sabato proxime passato manzay un pocho de insalata con civiolete fresche e porzelane pocho dentro et la domi(ni)ca dopo cena immediate cavalcai asolazo per modo che credo me savazasse el cibo nel sto(ma)co che fusse casone de corrompere esso cibo perchè la martina me sentì ne la gola como ovi marci ma spero che non harò altro male mediante la dio gratia et la bona guardia che ho deliberata de fare. Prego vostra illustre s(ignoria) mi pardini se non glie scrivo de mia mane perchè il messo se parte tropo infreza et io non scrivo tropo velocemente. Et(iam) perchè sentendome hora bene non voria comovere la doglia di'l capo stando china con esso.“ (ASM AG b. 2103bis c. 696; 10. Juni 1478)

⁶⁰ „Ich hätte wohl, um meine Pflicht zu erfüllen, diesen Brief an eure Durchlaucht eigenhändig geschrieben, doch das Trinken und auf der Bank liegen strengt mich so sehr an, so dass ich sie bitte, sich herabzulassen mir zu verzeihen, und ich wollte mich nicht zu sehr ermüden, um nicht so dünn nach Hause zu kommen, wie es die Magdalena ist. Ich hoffe nämlich, dass ich, wenn ich so vorgehe,

wie ich es mir vorgenommen habe, dick und kräftig zurückkommen werde. Meiner durchläuchtigen Schwester Cecilia geht es gut und mir noch besser.“

⁶¹ „Von allen den unseren, die dieses Wasser getrunken haben, verhielt sich keine Person besser als die durchläuchtige Madonna Paula und sie verträgt auch meines Erachtens das Bad und die Dusche hervorragend. Die durchläuchtige Madonna Cecilia begann gestern mit dem Trinken und sie trank zehn Gläser, zunächst mit einiger Abscheu. Beim zweiten Mal nahm sie neun und spuckte sie sofort mit großen „colere“ [Koliken?] aus, was eine ausgezeichnete Sache war. Beim dritten Mal trank sie weitere zehn und behielt sie ausgezeichnet und heute hat sie dreißig Gläser getrunken, und wenn auch mit Überdruß, so doch besser als gestern. Ich hoffe, dass sie es jeden Tag besser macht. Auch sie wird am Sonntag mit dem Trinken aufhören.“ – „Colera“ bezeichnet heute Gallenkoliken, begleitet mit Erbrechen. Vgl. *Salvatore Battaglia*: Grande dizionario della lingua italiana, Band 3. Torino 1964, 276.

⁶² Zu einem derart weiten Begriff der „Gefühle“, der auch sinnliche Wahrnehmungen einschließt, vgl. *Heiner Hastedt*: Gefühle. Philosophische Bemerkungen. Stuttgart 2005, sowie neuerdings: ders.: Kultur, Natur und Innerlichkeit in der Philosophie der Gefühle. Eine Auseinandersetzung mit der Neurobiologie. In: Agnes Neumayr (Hg.): Kritik der Gefühle. Feministische Positionen. Wien 2007, 45-62.

⁶³ Vgl. *Stolberg* (wie Anm. 23), 18; *Duden* (wie Anm. 31); zum Schmerz vgl. *Elisabeth List*: Schmerz – Selbsterfahrung als Grenzerfahrung. In: Maria Wolf u.a.: Körper–Schmerz. Intertheoretische Zugänge. Innsbruck 1998 (= Sozial- und Kulturwissenschaftliche Studententexte, 1), 143-160. Einen Forschungsüberblick zu diesem Themenfeld bietet: *Martina Kaller-Dietrich, Silvia Ruschak* u. *Gabriele Sorgo*: Hefteitorial. Aktuelle Kontroversen zum Thema Körper. In: Wiener Zeitschrift zur Geschichte der Neuzeit, 4 (2004), Heft 2, 3-8.

„Ich bin halt nicht ganz recht ...“¹ **Annäherungsversuch an Selbstbeschreibungen psychisch Erkrankter** **des 19. Jahrhunderts**

Ellinor Forster

Die Patientengeschichtsschreibung scheint mittlerweile etabliert: Aussagen von PatientInnen über ihr eigenes Krankheitsempfinden, ihre Erklärungsversuche, ihre Ansichten über Therapien und Prognosen stehen schon längere Zeit im Fokus der Forschung.² Der Vergleich von Wahrnehmungen bzw. Erklärungen der Laien mit ärztlichen Beschreibungs- und Erklärungsmodellen liefert zusätzliche Erkenntnisse über die gegenseitigen Beeinflussungen der jeweiligen Vorstellungen.

Bei psychischen Erkrankungen scheint die Erfassung der Perspektive von unmittelbar Betroffenen zunächst schwieriger. Klare Unterscheidungen zwischen einzelnen Krankheitsbildern – wie etwa affektiven Erkrankungen (z. B. Depressionen) und Psychosen (z. B. Schizophrenie mit Wahnleben) – haben sich weder in der Gegenwart bewährt, noch würde es Sinn machen, aufgrund von historischen Krankenakten im Nachhinein Diagnosen zu stellen. Viele Erkrankte, die im 19. Jahrhundert in „Irrenanstalten“ aufgenommen wurden, zeigten jedoch eine starke Wahnthematik. Erst wenn der Umgang mit Erkrankten im Alltag aufgrund beispielsweise von Tobanfällen oder Selbstmordversuchen zu schwierig geworden war, versuchten Angehörige oder Gemeindevorsteher, die betreffenden Personen in einer Anstalt unterzubringen. Viele Aussagen der Betroffenen wirken daher auf den ersten Blick chaotisch und der Zustand der Erkrankten veränderte sich zudem immer wieder.

Trotzdem soll in diesem Beitrag der Schritt gewagt werden, sich den meist durch dritte Personen vermittelten Selbstbeschreibungen von PsychiatriepatientInnen aus der Zeit von 1830 bis 1850 anzunähern. Der Blick richtet sich zunächst auf ihre Bezugnahme zur Umgebung: Wie nahmen sie sich im Vergleich zu Nichterkrankten wahr? Bemerkten sie einen Unterschied? Auch die Frage nach der Verortung ihrer Erkrankung im Körper wird gestellt. Schließlich aber stehen die Wahnthematiken im Mittelpunkt. In der Analyse von Inhalten und Strukturen dieser Äußerungen sollen Wege angedeutet werden, wie sich daraus Erkenntnisse über die jeweilige Gesellschaft und den Platz der Individuen darin gewinnen lassen könnten.

Quellenproblematik

Psychische Krankheiten lassen sich auch heute – trotz aller Definitionsversuche mittels Diagnoseschemata – nicht in fein säuberlich getrennte Kategorien einteilen.³ Wahnvorstellungen können bei unterschiedlichen psychischen Erkrankungen auftreten – in verschiedener Ausprägung. Sie beeinträchtigen nicht die gesamte Persönlichkeit des Menschen, sondern kommen oft nur in bestimmten Zusammenhängen zum Ausdruck. Als Beispiel soll die Beschreibung Peter B.'s bei der Aufnahme in die Anstalt dienen:

„Er verräth beym Fragen und Antworten keine Sinnesverwirrung, redet über alles verständig, wenn man seine herrschende Vorstellungsweise unberührt läßt. Kommt er aber auf die schon in der Anamnese angeführte Idee, so geräth er in Eyfer, nennt sich einen Sünder, der große Strafe verdiene, dabey zeigte er sich sehr niedergeschlagen, und ängstlich.“⁴

Die Schwierigkeit der Abgrenzung ergibt sich nicht nur zwischen den Krankheitsbildern, sondern auch hinsichtlich des Verlaufs der Erkrankungen, die sich während des Aufenthalts in der Anstalt veränderten. Besonders den psychischen Erkrankungen ist es eigen, dass sie in so genannten Episoden oder Schüben auftreten. Auch zeitgenössisch wurde das bereits beobachtet und dann von hellen oder intermediären Zwischenräumen zwischen Krankheitsepisoden gesprochen. Die Ärzte entwickelten daraus in der ersten Hälfte des 19. Jahrhunderts die Vorstellung einer Einheitspsychose – das Konzept einer Erkrankung, die von einem Erscheinungsbild zum anderen überging. Ein idealtypischer Krankheitsverlauf begann demnach mit Schwermut und wechselte schließlich zu Tobsucht bis hin zu völliger ‚Narrheit‘.⁵

Wenn man es nun mit Äußerungen von psychisch Erkrankten zu tun hat, geben sie häufig ein sehr unterschiedliches Bild wieder – je nachdem, in welcher Verfassung sich der oder die Erkrankte gerade befand. Zuordnungen der Äußerungen zu verschiedenen Stadien sind schwer leistbar. Ein Wechsel der Verfasstheit kann sich natürlich auch bei somatisch erkrankten Personen äußern, jedoch hat man es hier nicht mit derartigen Beeinträchtigungen des Bewusstseins zu tun.

Daran schließt sich ein zweiter problematischer Punkt: In welcher Form liegen Äußerungen von psychisch Erkrankten vor? Den Quellenbestand der folgenden Untersuchung bilden 59 Krankenakten von PatientInnen der „Kaiserlich-königlichen Provinzial-Irrenanstalt“ in Hall in Tirol aus dem Tiroler und Vorarlberger Raum der Jahre 1830 bis 1850 – 30 Frauen und 29 Männer.⁶ Dieselben Akten wurden bereits im Zusammenhang der Erörterung von Laien- und Expertenvorstellungen von Wahrnehmung und Erklärung von psychischen Krankheiten analysiert.⁷ Die Perspektive der direkt Betroffenen wurde jedoch ausgeklammert, weil sie eine andere Behandlung als die Vorstellungen von nicht erkrankten Laien verlangte. Allgemeine Laien- und

in etwas schwächerem Ausmaß ebenso Expertenvorstellungen sind jedoch auch bei der vorliegenden Untersuchung mitzudenken, da sie den Hintergrund der Bilder der Erkrankten selbst bilden. Konkrete Aussagen zu ihrer Krankheit fanden sich in diesem Aktensample bei 22 Frauen und 24 Männern. Die Krankenakten bestehen jeweils aus einer Krankengeschichte, die vor der Anstaltseinweisung von den Kreis- und Distriktsärzten erstellt worden war, der in der Anstalt erfolgten Anamnese und den täglichen Ordinationsanmerkungen, die zudem in Form von Monats- oder Quartalsberichten zusammengefasst wurden. Manchmal liegen auch zusätzliche Dokumente, wie Briefe bzw. Berichte der Erkrankten und ihrer Angehörigen oder Gerichtsprotokolle von zusätzlichen Vernehmungen nahe stehender Personen vor.

Die meisten Äußerungen Erkrankter müssen den Informationen entnommen werden, welche die – einem anzunehmenden Selektionsprozess unterliegenden – Niederschriften der Ärzte liefern. Die zur Erstellung der Krankengeschichte beauftragten Kreis- oder Distriktsärzte gaben manchmal Aussagen der Erkrankten bei der Untersuchung oder über die Vermittlung von befragten Angehörigen wieder. Bei der Aufnahme in die Anstalt wurden die PatientInnen nochmals untersucht und befragt. Auch hier finden sich also Informationen über Aussagen der Erkrankten selbst. Schließlich flossen solche Bemerkungen auch in die täglichen und monatlichen Berichte ein. Selbstzeugnisse im eigentlichen Sinn liegen in diesem Sample nur von einer Frau – der Gattin eines Polizeikommissärs – in Form einer Lebensgeschichte⁸ und einem Mann aus bäuerlichem Kontext in Form von Briefen, die er an die Obrigkeiten richtete⁹, vor.

In Bezug auf die soziale Herkunft lassen sich sieben Frauen der sozialen Oberschicht, 20 der sozialen Mittelschicht aus dem bäuerlichen Milieu bzw. städtischen Handwerk und drei der sozialen Unterschicht zuordnen. Bei den Männern lautet die entsprechende Verteilung vier zu 23 zu zwei Personen. Selbstzeugnisse sind in den sozial mittleren und unteren Schichten seltener anzutreffen. Trotzdem ist es lohnenswert, auch jene soziale Schichten, von denen kaum oder keine Selbstzeugnisse vorliegen, in Untersuchungen über die Selbstwahrnehmung psychischer Krankheit einzubeziehen.

Ein im Moment in Berlin laufendes Forschungsprojekt über die „Wahrnehmung psychischen Krankseins in den Krankenakten der Berliner Charité 1880-1900“¹⁰ setzt sich mit ebendiesen Quellenproblemen auseinander. Man kann auf die ersten Ergebnisse gespannt sein.¹¹

Bezug zur Umgebung

Eine Selbstbeschreibung als ‚anders‘ im Vergleich zur Umgebung wurde meist nur von erkrankten Personen ohne bewusstseinsverändernde Symptome oder von wahnhaft

Erkrankten mit abnehmender psychischer Symptomatik vorgenommen. Nothburga K. klagte bei ihrer Aufnahme in der Anstalt beispielsweise, „sie schein sich gar nicht mehr dieselbe, die sie war; es sey ihr, als habe sie die Fehler der ganzen Welt angenommen, und taue nicht mehr unter die Menschen; oft durch Kreuzen sich ihre Ideen sodaß sie nicht denken könne, ganz verwirrt sey, bald diese, bald jene Umgebung sehe.“¹² Typisch für ihre Herkunft aus bürgerlichem Kontext brachte sie ihre Krankheit mit den Nerven in Verbindung¹³, indem „sie bekannte, daß sie nervenkrank sey, daß ihre Ideen sich manchmal so verwirren, daß sie nicht denken könne.“¹⁴ Ähnlich äußerte sich auch Gottfried v. M. in bestimmten Momenten zu seinen eigenen Wahnideen, dass er vergiftet und bedroht würde: Er stellte es dann „nicht in Abrede, daß seine Phantasie ihn manchmal in spekulative Forschungen verwikle, die er sich nicht entwirren könne u. nennt sich einen Phantasten.“¹⁵

Die Grenzen zur Außenwelt wurden fließend und verschwommen beschrieben, etwa wenn Kreszenz S. bei ihrer Aufnahme in der Anstalt angab, „daß sie eine gerade ausgestochene Person, wie sie sagt, niemals war u. es noch nicht ist.“¹⁶

Wenn PatientInnen erkannten, wo sie sich befanden, rief das unterschiedliche Reaktionen hervor. Vielfach stellten sie dann die Rechtmäßigkeit ihrer Anwesenheit in der Anstalt in Frage. Joseph Ha., ein ehemaliger Theologe, „behauptete, er gehöre nicht in das Irrenhaus, denn er sei ja nicht irre“¹⁷ und verlangte sogar „den Paragraph [zu] hören, der ihn zum Irrenhause verurtheile“¹⁸. Auch der Tagelöhnersohn Josef A. beharrte immer wieder darauf, „daß er solche Naren, wie er seyn soll, gar viele wüßte.“¹⁹ Die Aussagen des Bauern Thomas B. schwankten zwischen „Recht bin ich nicht, wie es sich gehört“²⁰ und „Ich sage dieses mit gescheidten Worten ich bin nicht närrisch“²¹, während sich der ehemalige Leutnant Gottfried v. M. über die Art beschwerte, wie er in die Anstalt gebracht worden war und von verletzter Ehre sprach.²²

Körperliche Wahrnehmungen

Über den Körper wurde sehr viel gesprochen. Bei jeder Untersuchung und jeder Visite forderten die Ärzte die PatientInnen auf, sich über ihr körperliches Befinden zu äußern. Welche körperlich empfundenen Symptome auf zugrunde liegende somatische Erkrankungen zurückgingen und welche in engem Zusammenhang mit der psychischen Erkrankung standen, lässt sich dabei schwer entscheiden. Zudem gingen die ärztlichen Theorien dieser Zeit zunehmend stärker von einer körperlichen Verursachung psychischer Krankheiten – vor allem durch Fehler in der Gehirntätigkeit – aus und formulierten ihre Fragen dementsprechend.²³

Aussagen über Kopfschmerzen erhielten so für die Ärzte besonderes Gewicht –

beispielsweise über „Eingenommenseyn des Kopfes“²⁴ oder „ein Kuriösseyn im Kopfe (wodurch Peter B. ein Wirbeln in der Stirngegend ausdrücken will)“, das ihn zum Ausruf „Mein Kopf ist halt nicht, wie bey andern Leuten“²⁵ veranlasste. Bertha H., die Ehefrau eines jüdischen Handelsmannes, empfand morgens „immer Kopfwehe, und eine besondere Schwermuth.“²⁶ Der Weber Dismas K. „klagte über Schwere und Schmerzen im Kopfe, Schlaflosigkeit.“²⁷

Nicht nur die Selektion, sondern auch die Vermischung der Aussagen mit der ärztlichen Interpretation macht bei der Auswertung der Akten Schwierigkeiten, wenn etwa Abraham L. „noch durchgehends über allgemeine Schwäche, Steifigkeit u. Ziehen vom Hinterhaupte, zwischen den Schulterblättern gegen den Rücken u. die Schenkel zufolge der Onanie“²⁸ klagte. Nur selten hatten sich PatientInnen der unteren und mittleren sozialen Schicht die ärztliche Vorstellung von der angeblichen Schädlichkeit der Onanie schon zueigen gemacht.²⁹ Dazu kamen die Vorurteile gegenüber Juden und Jüdinnen, die sich beispielsweise darin äußerten, dass die Ärzte zur Aussage Abraham L.'s, „daß seine Schwäche sich verminderte“ den Beisatz hinzufügten: „auf seine Äußerung ist wenig zu geben, er ist ein Jude“.³⁰

Körperliche Empfindungen, die sich auf keine somatische Ursache zurückführen lassen, werden heute als *hypochondrischer Wahn* bezeichnet. Laut einer Untersuchung aus den 1970er Jahren hat diese Wahnform seit dem Beginn des 20. Jahrhunderts zugenommen. Gründe dafür sahen die AutorInnen in der „stärkeren Aufmerksamkeit auf ‚Jugendfrische und Gesundheit‘ als ‚Zeitwerten‘.“³¹ Mit der zunehmenden Kenntnis von medizinischen Vorgängen seien die Vorstellungen zudem detaillierter geworden. Jedoch sind die von den PatientInnen beschriebenen Empfindungen in einem breiteren Kontext zu sehen. Zum einen spielten – gerade bei psychischen Erkrankungen – Vorstellungen von Dämonen, die sich im Körper bewegen, eine Rolle. Zum anderen ähneln sehr viele Beschreibungen älteren medizinischen Körperbildern, die popularisiert worden waren.³²

In den untersuchten Akten kam *hypochondrischer Wahn* – wenn man ihn denn klassifizieren möchte – mit je drei Nennungen bei Frauen und Männer in gleicher Anzahl vor. Aufgrund dieser geringen Fallzahl lassen sich kaum Aussagen zu schichtspezifischen Häufigkeiten treffen.

So glaubte die Gutsbesitzerin Josepha v. M. nicht nur, dass sie „ihrer Sünden wegen verdamt sey“, sondern auch, „daß sich in ihrem Unterleibe 2 Straffen befinden, eine schreyende und eine laufende, in Folge dessen sie nicht ruhig seyn könne.“³³ Sie klagte vor allem aber über einen „spannenden Schmerz, der sich von der Gegend der Eyerstöcke zur Schambeingegend erstreckt.“³⁴ In der Folge fühlte sie ihren Körper immer enger werden und zusammenwachsen³⁵ und nur mehr aus einer hohlen Haut bestehend.³⁶ Als ihr wegen einer Zahnfleischentzündung zwei Blutegel angesetzt wer-

den sollten, nahm sie diese aus dem Glas „und verschluckte sie, damit sie sich, wie sie sagte, innerlich verbluten könnte“³⁷ und klagte später über die in ihrem Leib herumkriechenden und alles zerreißenden Blutegel.³⁸ Die Bauerntochter Josefa S. beschrieb bei ihrer Aufnahme die Empfindung, dass „dieses zusammenziehende, spannende Gefühl bald im Unterleibe [beginne], und steige dann von hier gegen die Brust und den Hals, den es ihr beynahe ganz zusammenschnüre, und komme dann in den Kopf, von wo es sich auf die Hände verbreitet, es sey gerade als wenn ein lebendes Thier sich in ihr befinde, und dieses sey der böse Feind, sie verlangt stets, daß unser H. Caplan sie benedicire, denn sie habe schon öfters bemerkt, als jener Pfarrer sie benedicirte, daß der Teufel vom Kopfe hinein gefahren, und durch die Ferse von ihr gewichen sey.“³⁹

Ein ähnliches Empfinden beschrieb der Insasse des Zwangshauses in Schwaz (Tiroler Unterland) Franz W., wenn er über „Schwindel, und von Zeit zu Zeit eintretendes Gefühl einer Kugel [klagte], welche vom Nabel heraufsteige, und bis an die Brust oder den Hals gelangt ihm allen Athem benehme.“⁴⁰ Während der Medizinstudent Alois N. sich manchmal über das Gefühl äußerte, „als ob der Schädelknochen des Hinterhauptes gleichsam auseinandergedrängt würde“, ⁴¹ schilderte der Bergknappe Anton B. eindrücklich, „daß sein linkes Auge ein Loch habe, wo es beständig ausrinne, und zwar durch die Brust hinab, und daß er sich daher sehr schwach fühle.“⁴²

Schließlich kam auch ein Phänomen vor, das in der Forschung – ohne bis jetzt gründlich erforscht zu sein⁴³ – den Namen *Dermatozoenwahn* erhielt: Die Magd Viktoria P., die als Kind zum Viehhüten in Schwaben war und von dort zurückgeschickt wurde, weil sie nach einem Erlebnis, über das sie nie sprach, „völlig sinnesverwirrt“ zu sein schien, klagte später „öfters über die Empfindung von Ameisenkriechen über die gesammte Körpers-Oberfläche.“⁴⁴ Etwas abstrakter hingegen ist die Klage Thomas B.’s „über zeitweise Nässe des Herzens u. Geistlosigkeit, so daß er sich wie ein Stockfisch vorkomme.“⁴⁵

Interpretationsmöglichkeiten von Wahnvorstellungen

Schon in diesen körperlichen Wahrnehmungen spielten Wahninhalte eine Rolle. Was sind aber Wahnvorstellungen? Das Diagnosesystem der Psychiatrie zielte stets darauf ab, festzustellen, ob das Symptom Wahn vorhanden sei oder nicht, um die weitere Therapie zu planen, die auf die Beseitigung des Wahnerlebens zielte. Seit einigen Jahren beschäftigt sich die so genannte *Hermeneutische Psychopathologie der Psychosen* jedoch intensiver mit der Struktur des Wahns. Sie lässt sich in der Therapie auf die konkreten Inhalte des Wahns ein und versucht, „die wahnhaften und halluzinatorischen Erlebnisse gemeinsam mit dem Kranken retrospektiv aufzuarbeiten.“⁴⁶ Als Ursprung

von Wahnideen nimmt man ein stark psychotisches Erlebnis an, das zu einem völligen Zusammenbruch der bisherigen psychischen Ordnungsstruktur eines Menschen führe, zu einer radikalen Verunsicherung des Weltverständnisses. Dieses Erlebnis und diese Situation müssten Erkrankte für sich selber sinnhaft deuten und in einen logischen Zusammenhang bringen, um damit fertig zu werden. Die innere Wirklichkeit des psychotisch Unverständlichen wird also in eine Sphäre der Bedeutungshaftigkeit transformiert. Dadurch entsteht für die Erkrankten Einsichtigkeit und eine kognitive Sicherheit, die sich in der Folge auch mitteilen lässt. Schließlich dringen diese Sinndeutungen in Form von sprachlichen Äußerungen und Handlungen nach außen.

Dieser neue Lebensentwurf der Erkrankten lasse sich laut diesem Ansatz nun entschlüsseln – nicht in erster Linie über die Inhalte der Wahnideen, sondern über die strukturellen Merkmale: Das ursprüngliche Gefühl des Ausgeliefertsein könne sich zum Beispiel in einem Verfolgungswahn konkretisieren.⁴⁷ Anliegen der PsychiaterInnen ist es vor allem, sich über das Verständnis der Wahnstruktur zusammen mit den Erkrankten diesem auslösenden Ereignis zu nähern und es zu bearbeiten.

Für HistorikerInnen stellen sich andere Fragen. Solche auslösenden traumatischen Erlebnisse stehen nicht im luftleeren Raum, sondern sind eng mit der Persönlichkeitsstruktur, den Lebensumständen und den kulturell-historischen Bedingungen verbunden. Das Material, das sich dazu historischen Krankenakten entnehmen lässt, ermöglicht nur einen bedingten und vor allem durch die jeweiligen Vorstellungen geprägten Blick auf die Person. In faszinierender Weise knüpft die moderne Annahme eines traumatisierenden Erlebnisses an die Laienvorstellung des frühen 19. Jahrhunderts an, wonach psychische Krankheit durch ein bestimmtes Ereignis ausgelöst würde, während die ärztliche Sicht zur selben Zeit ein breites Repertoire an zusammenwirkenden Ursachen sah.⁴⁸ Wenn man davon ausgeht, dass Erkrankte versuchen, sich ihre neue Welt bestmöglich zu erklären, dann ist es wahrscheinlich, dass sie dafür bekannte Bausteine aus ihrer nächsten Umgebung und ihrem bisherigen Denken verwenden. So müsste es möglich sein, aus diesen Bestandteilen der Wahnphantasien auf die Vorstellungswelten der Individuen und ihrer kulturellen Verortetheit in der Gesellschaft schließen zu können. Dazu wäre allerdings eine breit angelegte Studie mit einer intensiven Rückkoppelung der Äußerungen – und in der Folge auch der Handlungen – auf die biografischen und sozialen Verhältnisse nötig, was im Rahmen dieser Untersuchung nur annähernd geleistet werden kann.

In der Psychiatriegeschichte gab es ab Mitte des 20. Jahrhunderts Versuche, die Veränderung von Wahnformen zu greifen.⁴⁹ Abgesehen von der – den AutorInnen bewussten – Methodenproblematik, historische Krankenakten einer Diagnostizierung zu unterziehen, um sie mit aktuellen Krankenakten vergleichen zu können, zeigten sich doch einige Trends. Demzufolge seien im Zeitraum vom Beginn des 20. Jahrhunderts

bis zu den 1970er Jahren beispielsweise *Beziehungswahn* (wenn alles auf die eigene Person bezogen wird), *religiöser Wahn*, *Beeinträchtigungs-* und *Verfolgungswahn* konstant geblieben, der *hypochondrische Wahn* habe jedoch signifikant zugenommen, *Größen-* und *Liebeswahn* hingegen abgenommen. Ein Zusammenhang zwischen *Größenwahn* und männlichem Geschlecht habe sich gehalten, während sich in den 1970er Jahren der Zusammenhang zwischen *Liebeswahn* und weiblichem Geschlecht im Vergleich mit der ersten Dekade des 20. Jahrhunderts nicht mehr nachweisen ließ.⁵⁰ Neben solchen Untersuchungen, die meist an der Oberfläche bleiben, wurde immer wieder das interessante Faktum registriert, dass bei Wahnausprägungen jeweils die neuesten technischen Errungenschaften aufgenommen und in das Wahrnehmungs- und Interpretationssystem eingebaut werden. Die Beziehungen zu technischen Geräten habe sich beispielsweise gewandelt: Stellte das Telefon in Wahnvorstellungen zu Beginn des 20. Jahrhunderts noch einen Apparat dar, aus dem bedrohliche Stimmen kamen, so war es in der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts gefährlich geworden, weil es abgehört werden konnte.⁵¹ Acht Jahre nach der Konzeption des World-Wide-Webs wurde vom ersten Patienten berichtet, der das Internet in seinen Wahn einbezogen hatte.⁵²

Blickt man auf die Wahninhalte des vorliegenden Samples, so sieht man sich sofort mit der Schwierigkeit der Zuordnung konfrontiert, weil einzelne Erkrankte durchaus mehrere Wahnformen ausprägten. Zudem stellt sich die Frage, wie etwa *Größenwahn* von *religiösem Wahn* zu unterscheiden sei, wenn jemand zum Beispiel überzeugt war, Papst zu sein. Man müsste genauer ins Detail gehen und fragen, in welcher Weise sich die Erkrankten mit bestimmten Personen identifizierten.

Dies zeigt bereits die Grenzen einer alleinigen Herangehensweise über die unterschiedlichen Formen des Wahns, die nur einen Aspekt der Analyse darstellen können. Daher wurden die Wahnformen zwar ausgezählt, in der Folge aber im Zusammenhang mit der generellen Struktur von Wahnvorstellungen interpretiert.

Strukturelle und inhaltliche Aspekte der Wahninhalte

Dem ursprünglichen Verlorensein der Erkrankten kommen am ehesten – nicht sehr häufig anzutreffende – Schilderungen von Desorientiertheit nahe. Der Weber Dismas K. gab beispielsweise dem Arzt gegenüber an, „er möchte doch wissen, was er wäre, und was aus ihm würde, und wohin er gehöre, und was er thun müsse etc.“⁵³

Ein erster Schritt der Sinndeutung konnte offensichtlich darin bestehen, dass sich Erkrankte ein nicht auszuhaltendes Gefühl durch selbst verursachte Schuld zu erklären versuchten. „Sie könne nichts dafür, sie sey schuldig, sie habe es nicht geflüßentlich gethan, man thue ihr unrecht, man möchte ihr es deßwegen verzeihen u.s.w.“⁵⁴ oder

„um mich ist es schon geschehen, ich kann nicht bethen, ich habe zu viel gethan [...] mit mir wird nichts mehr zu machen seyn“⁵⁵ waren typische Äußerungen von Erkrankten, die sich auf keine objektiven Sachverhalte bezogen.

Manchmal sind die Angaben, wofür sich Leute schuldig fühlten, aber auch sehr konkret: Joseph H. glaubte, seine Mutter umgebracht zu haben, „doch gleich darauf sagt er weiter: Er habe seine Mutter stark geärgert und da sey sie aus Verdruß gestorben.“⁵⁶ Obwohl sie nicht wirklich tot war, deutete er damit seine Schuld an. Josef E. glaubte, „er habe jedermann beleidigt; weshalb er jedermann nacheilt, um ihn um Vergebung zu bitten.“⁵⁷ Solche Aussagen lassen auf vielleicht im Kern vorhandene Konflikte schließen, die im Wahnerleben übersteigert thematisiert wurden. Ein sozialer Bezug könnte beispielsweise hinter der immer wieder geäußerten Reue der Ehefrau eines jüdischen Handelsmannes, Sofia S., „über den erst vollbrachten Baue einer Waschküche“⁵⁸ liegen, von dem ihre Dienstmädchen berichteten.

Vor allem aber bot sich das religiöse Glaubenssystem an, um den neuen Lebensentwurf daran auszurichten. Mit dem SünderInnendasein, der ständigen Gefahr der Verdammung und den verschiedenen Praktiken (gottesfürchtiges Leben, gute Werke und im katholischen Glauben Beichte), um eine Befreiung von der Sünde und der auf sich geladenen Schuld erlangen zu können, bot es alle Bestandteile, mit der sich Erkrankte ihre Welt erklären konnten. Dementsprechend häufig waren solche Inhalte. Frauen identifizierten sich mit acht von insgesamt 22 Frauen, die sich zu ihrer Krankheit äußerten, häufiger mit negativen religiösen Inhalten als Männer (vier von 24). Da die Frauen der Gesamtstichprobe im Vergleich zu den Männern von ihrer Umgebung in einem höheren Maß als sich zurückziehend und sich in übertriebenem Maß religiöser Literatur widmend geschildert wurden⁵⁹, könnte hier ein Zusammenhang bestehen.

PatientInnen nahmen sich als „verdammte“⁶⁰, „schlecht und eine grosse Sünderin“⁶¹, „verdammte [ohne] Antheil an der Seeligkeit“⁶² wahr oder wähten sich „in der Hölle, und ihre Umgebung voll Donner, d. i. voller Teufel.“⁶³ Der Bergknappe Anton B. glaubte, „daß auch ihn das Loos der Kreuzigung wie seinen Heiland, treffen werde.“⁶⁴ „Teufel seien in sie hineingefahren“⁶⁵, gab die Kammerjungfer Babette L. an.

Neben der Vorstellung von Teufeln wurden auch andere übersinnliche Elemente geschildert. Dismas K. hielt beispielsweise seinen Bruder „für Teufel, seine Schwestern aber für Hexen.“⁶⁶ Thomas B. glaubte, „dass jedes Kind verzaubert sei u. im Gegentheile bezaubernd wirken könne“⁶⁷, während Maria Anna J. „die fixe Idee [hatte], daß Hexen und Gespenster großen Einfluß auf sie ausüben.“⁶⁸

Ausweglosigkeit schimmert besonders in Josefa v. M.'s Aussagen durch: „Ihre Seele sey fort, und Gott habe sie auch verlassen; dies sey eine Strafe Gottes, und sie sey jetzt nur dazu bestimmt immer zu laufen, zu schreyen, und zu verzweifeln, kein Mensch könne mehr helfen; denn man müßte einen ganz neuen Leib machen, und

eine von Gott verhängte Strafe könne man doch nicht aufheben.“⁶⁹

Angehörige und Seelsorger unterstützten dieses religiöse Deutungssystem, indem Beichte, Segnungen und Exorzismen auch in der Vorstellung von nicht Erkrankten als Heilmittel gegen psychische Krankheit galten bzw. die Grenzen zwischen Sünde und den Auswirkungen von psychischer Krankheit nicht so klar gezogen wurden. Johanna R.'s Eltern suchten beispielsweise für den Zustand ihrer Tochter Hilfe bei der Geistlichkeit, woraufhin Johanna nicht nur oft freiwillig beichten ging, sondern laut Krankengeschichte auch manchmal von ihrer Mutter zur Beichte gezwungen wurde. Die Handlungsweise der Mutter überrascht nicht, wurde doch über sie angegeben, dass sie vor Jahren von einem Irrsinn befallen worden war, der aber „bloß durch Tröstung, Belehrung und geistlichen Zuspruch“ verschwunden sei. Der Beichtvater warnte Johanna, „daß sie zusehen solle, damit ihr Glaubenslicht nicht ganz erlösche, so bemächtigte sich ihrer die Idee, daß ihr Glaubenslicht nun erloschen, daß sie verdammt und sie und andere unrettbar verloren seyen.“⁷⁰

Der inneren Logik des Wahrnehmungs- und Deutungssystems folgend suchten Erkrankte auf verschiedene Weise Abhilfe ihres Zustands. Ein sehr häufiger Weg schien im Selbstmordversuch zu liegen – durch „Hunger, Ersäufen und Erfrieren“⁷¹ oder in der Bitte „man solle ihn verbrennen, oder den Kopf abhauen, oder er wolle dies selbst thun.“⁷² Manchmal wurde die Verantwortung für das Handeln von der eigenen Person weg geschoben: Der Priester Johann M. fühlte „sich angetrieben, sich selbst in das Wasser zu stürzen“⁷³, und Thomas B. gab zu seinen bellenden Geräuschen an, „daß nicht er die Ursache des Lärmens sei, sondern daß ein Anderer (eine andere Persönlichkeit) aus ihm schreie“⁷⁴, oder er meinte, „Ich bin halt ein geschlagener Mensch, ich kann nicht anders.“⁷⁵ Auf die von ihm ständig gemachten Kreuzzeichen befragt, erwiderte er: „Ja ich weis es halt nicht, ich muß es halt thun.“⁷⁶

Solche religiöse Praktiken stellten eine andere Möglichkeit zur Verbesserung des Zustands dar: Kreuzzeichen oder Hilferufe – „Herr sey mir gnädig“⁷⁷ oder „Laß mich nicht verdammt werden, mein lieber Jesus. Ich will meine Freiheit haben.“⁷⁸ Johann M. „sah dann überall Teufel, Verfolgung, Verführung; nahm seine Zuflucht zum Kreuzmachen, Bethen u. Fluchen; oder lief mit großer Unruhe u. Hast in seinem Zimmer auf u. nieder.“⁷⁹ Manchmal verlangten Erkrankte einen Exorzisten.⁸⁰ Zur psychischen Entlastung entwickelte Anton B. zu seiner ersten Überzeugung, gekreuzigt zu werden, noch eine zweite Idee: Er hielt seine Aufnahme in den Himmel für sicher, weil es nicht zwei Strafen nebeneinander geben könne, „und er eine hier bereits im höchsten Maße leide, indem niemand begreifen könne, was er hier zu dulden habe.“⁸¹ Peter B. wiederum „konnte sich [...] von der irrigen Idee – als sey er der gröste Sünder und müsse, um in den Himmel zu kommen, schon auf dieser Welt gestrafet werden, nicht mehr loßreißen.“⁸² So hatte er in der Folge versucht, vier Personen umzubringen, was

ihm schließlich bei seiner Mutter auch wirklich gelungen war. In seiner Vorstellung konnte ihn die Abbüßung einer irdischen Strafe von den Sünden befreien. Weniger häufig vorkommende, „weltliche“ Versuche, den eigenen Zustand positiv zu verändern, lagen beispielsweise darin, Menschen um Verzeihung zu bitten⁸³ oder sich beim Kaiser beklagen zu wollen.⁸⁴

Die einen solchen Zustand begleitende Angst und Bedrohung konnte in spezifischere Ängste transformiert werden, um besser damit umgehen zu können. Man musste sich dann nur noch vor bestimmten Ereignissen schützen. In der ausgeprägten Häufigkeit spezifischer Ängste verhielten sich Frauen und Männer gleich, unterschieden sich jedoch in der Art des Inhalts. Die Angst vor Vergiftung kam beispielsweise nur bei Männern vor, wahrscheinlich korrespondierend zu dem Umstand, dass sie in den meisten Fällen nicht selber kochten. Der Priester Johann M. sah „giftige u. unkeusche Dinge in den Speisen u. Getränken, behauptete, man wolle ihn geistig u. leiblich morden, ihn zu bösen Gedanken u. Handlungen zwingen, u. verführen.“⁸⁵ Seiner Angst beugend, „daß man ihm überall schaden, und ihn kreutzigen wolle, daß man ihn zu vergiften trachte etc.“⁸⁶, kochte sich Joseph N. beispielsweise selber. Josef E. „erblickte in jedem eine unheilvolle Vorbedeutung; dass er sich u. anderen durch Essen großen Schaden zufüge.“⁸⁷ Eine typische männliche Angst schien auch „die Furcht [zu sein], nicht mehr im Stande zu sein, seiner so zahlreichen Familie Brod zu verschaffen.“⁸⁸ Frauen hingegen machten manchmal ihre Kinder zum Gegenstand ihrer Ängste – sei es ein „Sohn, welcher erwachsen als verabschiedeter Soldat, ohne Handwerk, ohne eigene Schuld dem Elende u. der Noth blos aus unverzeihlicher Nachlässigkeit seiner ausschweifenden Mutter Preis gegeben sei, [...] und somit unter dem unüberwindlichen Drucke des verhängnißvollen Schicksales zu Grunde“⁸⁹ gehe oder Kinder, die verfolgt und in Gefahr, umgebracht oder verbrannt zu werden, gesehen wurden. In diesem letzten Fall wechselte die Furcht der Mutter mit ihrer Forderung nach Messern, „um ihre Kinder zu morden, od. [sie] forderte andere dazu auf.“⁹⁰ Solche drastischen Übergänge in den Wahnideen kamen häufig vor. Auch die Furcht der Schmiedstochter Maria R. vor dem Geköpftwerden wechselte mit dem Wunsch, geköpft zu werden.⁹¹

Größenideen können als die andere Seite der Medaille gesehen werden. Die Vorstellung, eine mächtige Persönlichkeit zu sein, stellte einen anderen Weg dar, die Welt neu zu organisieren bzw. einen wirksamen Schutz gegen das Gefühl, ausgeliefert zu sein. Auch hier wechselten oft Größenphantasien mit Ängsten bzw. Schuldempfinden und deuten so die Zwiespältigkeit dieses Zustands an. So hielt sich der Knecht Joseph G. einerseits für den „Antechrist, und von Gott auserwählet, um die Welt zu regieren.“ Andererseits hatte er aber „auch die schwere Pflicht alle Sünden seines noch lebenden Bruder abzubüssen.“⁹² Dazu passte, dass er „ohne Unterbrechung, sowohl bey Tag, als bey der Nacht, eine Musik, welche abwechselnd bald von den Engeln, bald von den

Teufeln produziret werde, [hörte]. Manchmahl beobachtet er ein hartnäckiges Still-schweigen.“⁹³

Fast die Hälfte – 41 Prozent – der Männer mit Wahnvorstellungen hatten Größenphantasien, während sich nur drei Frauen – 14 Prozent – für eine sozial höher stehende Person hielten. Sebastian U. sah sich „als Prediger neuer religiöser Wahrheiten – und endlich gar als von Oben-Gesandten.“⁹⁴ Auch Josef A. hielt sich „einmal für einen von Gott gesandten“⁹⁵ und Roman K. „dückt sich nun Gott zu seyn, will die benachbarten Reformirten bekehren, und alle Arme reich machen etc.“⁹⁶ Für den Priester Johann M. lag es vielleicht näher, sich mit dem Papst zu identifizieren.⁹⁷ Aus dem weltlichen Bereich nahm der Musiker und Müller Michael S. seine Vorbilder: „Er imaginirte sich der Schaar seiner neuen Zöglinge die Märsche der berühmtesten Compositare vortragen, [...] und – war auf einmahl ein Mozart – ein Haidn etc.“ Später jedoch hielt er sich jedoch wieder für „Lucifer, die Menschen zu peinigen, ein Prophet, sie zu bekehren, ein Geist [des Komponisten] Lanners, ein Welteroberer etc. etc.“⁹⁸ Römischer Kaiser, Zuchthausverwalter, Teufel und Förster war der Förster Michael G. in ein und demselben Augenblick.⁹⁹

Die Magd Viktoria P. währte sich hingegen als „Königin oder eine andere hohe Person [...], und ihr Handeln wurde diesen Ideen entsprechend hochmüthig und besonders gegen ihre Umgebung feindselig, da selbe die hohe Würde ihrer Persönlichkeit in Zweifeln zu ziehen wagte.“¹⁰⁰ Ursula P., die Gattin eines Sattlermeisters, „bildete sich ein, eine sehr mächtige reiche Person zu seyn, die Andere mit Ehrenstellen und Reichthum beschenken könnte [...] manche Leute wollte sie nicht sehen, beschimpfte sie, andere erklärte sie zu Heiligen, vom Bischofe ihr zugesandt.“¹⁰¹ Weiters sah sie „allerhand Gestalten, und verkehrte mit abwesenden Personen, mit guten u. bösen Geistern,“ glaubte „daß ein Bild sich in Gold verwandeln würde, und sah es deßwegen sehr oft an, und ließ auch ihren Gatten fleißig nachsehen.“¹⁰² Bemerkenswert scheint auch die Vorstellung der Wirtschafterin Kreszenz G., die sich für Gott hielt.¹⁰³

In diesen Bildern geht es um Positionen, in denen Macht ausgeübt werden konnte und die je höher, desto weniger Unterordnung verlangten, die alles möglich zu machen schienen und materielle bzw. ideelle Wünsche widerspiegeln, die mit Reichtum und Ansehen einhergingen. Die Möglichkeit, andere Personen zu beschenken oder reich machen zu können, wurde zum Markzeichen der Überfülle. Bei den Größenideen lohnt besonders ein Blick auf die gewählten Identifikationspersonen. Die Kirche mit ihren männlichen Vorbildern – Gott und sein Gegenspieler der Teufel, Christus, Papst und Bischöfe – schien sich vor allem für Männer zu eignen. Interessanterweise kommt Maria als Mutter Gottes nicht als äquivalente Identifikationsfigur bei den Frauen vor. Sie wurde vielleicht nicht als ausreichend machtvoll empfunden. Stattdessen wählten die Patientinnen mächtige Frauen, wie Königinnen, oder allgemein reiche Frauen. Un-

terstrichen werden konnte der Status durch die Betonung von wichtigen Beziehungen, wie zum Beispiel zum Bischof, der Ursula P. Heilige sandte. Die im Vergleich zu den Männern selteneren Größenphantasien der Frauen könnten auf ihren untergeordneten rechtlichen Status deuten, wenn man die möglichen Inhalte von Größenphantasien an die tatsächliche Geschlechterhierarchie angelehnt sieht. Dazu würde auch die Gottesvorstellung Kreszenz G.'s passen, die mit ihrer Funktion als Wirtschaftlerin des Bades Obladis (Tiroler Oberland) eine von den Ärzten hervorgehobene selbständige Position einnahm. Zugleich enthalten Größenvorstellungen jedoch auch kompensatorische Aspekte, sodass ihr häufiges Vorkommen bei Männern anzeigen könnte, dass diese unter einem größeren gesellschaftlichen Druck standen, einen eigenen Hausstand zu gründen und wirtschaftlich unabhängig zu sein.

Beide Geschlechter wiesen in ihren Wahnvorstellungen in je drei Fällen – modern genannten – *Liebeswahn* auf. Da der Heiratswunsch nicht nur die Liebeserfüllung bedeutete, sondern zugleich die Begründung eines angestrebten unabhängigeren Status, knüpfen diese Inhalte unmittelbar an die Größenphantasien an. Anton B.'s „Hauptidee, er sey Herr im Hause, alles gehöre ihm, und Niemand könne von ihm etwas fordern“¹⁰⁴, nimmt die Mittlerstelle zwischen den Größenphantasien und Heiratsideen ein. Die Bauerntochter Kreszenz G. „bekam schlaflose Nächte, schrie immer um den Bräutigam, sie gehe in kein Bett mehr vor sie nicht ins Brautbett gehen kann, machte zur Nachtszeit öfters Feuer auf den Herd und sprach so für sich als wenn der Liebhaber mit ihr spreche.“¹⁰⁵ Später hielt sie sich schon für lange verhehlicht und sprach ständig von ihren Kindern.¹⁰⁶ Auch die 28-jährige Magd Maria G. glaubte sich verheiratet und „erzählte, daß sie gekommen sei, um ihren Mann aufzusuchen, sie sei verheirathete Wirthin, habe schon 20 Kinder geboren, wovon das Älteste schon 40 Jahre alt. Auf die Frage, wie alt sie selbst sei, antwortete sie 63 Jahre alt.“¹⁰⁷ Franz F.'s „liebstes Gespräch ist von Handl, und Heyrathen, es scheint als wenn er Bauer wäre.“¹⁰⁸ Die Ideen des Hauptmanns im Kaiserjägerregiment Joseph S. schlagen schließlich wieder die direkte Brücke zu den Größenvorstellungen. Auch er glaubte sich – reich – verheiratet.¹⁰⁹ Im späteren Verlauf der Erkrankung kamen Entbindungsphantasien dazu: Durch Onanieren erzeugte er Kinder, vermehrte sie ins Millionenfache, machte aus den ausgezogenen Fäden einer Decke Kinder und produzierte auf diese Weise auch Geld. Er sprach nur noch von Samen und Kindern. „Er ist Kaiser, Gott u. noch mehr; Geld nach Millionen, Weiber u. Kinder alles macht er u. gehört ihm; er masturbirt sich, um nur die Welt mit Myriaden seiner Kinder bevölkern zu können [...] hat Affen und Elefanten im Leib; die ersten laßt er herauschneiden u. schickt sie in die Schule.“¹¹⁰ Zugleich schlug er seiner Soldatenlaufbahn entsprechend „tausend 1000000 Engländer“¹¹¹ und „Tieger und Kuraßier todt.“¹¹² Feinde würden ihn verfolgen „u. ihm Stiche durch den Kopf, die Haut u. die Füße“ beibringen, „ihm Degen in den Bauch zwängen, seine

Eingeweide vergiften, welche er deßwegen herausgenommen, u. ausgewaschen u. dadurch seinen Zustand weniger unerträglich gemacht habe.“¹¹³

Zusammenfassung

Selbstbeschreibungen psychisch erkrankter Personen sind schwieriger in den Griff zu bekommen als solche somatisch Erkrankter, weil der psychische Zustand auf die vielfältigste Weise wechseln kann. Handelt es sich zudem um Angehörige der mittleren und unteren sozialen Schichten, stehen kaum selbst verfasste Dokumente zur Verfügung, sondern Aussagen der Kranken lassen sich fast ausschließlich nur über die Vermittlung von Mitteilungen von Angehörigen oder Ärzten, die die Angaben der Erkrankten in ihren eigenen Systemen von Wahrnehmung und Erklärung selektierten und interpretierten, greifen.

Ausgehend von der Annahme der *Hermeneutischen Psychopathologie der Psychosen*, dass psychotisch Erkrankte versuchen, mit den ihnen zur Verfügung stehenden Deutungsmustern das Krankheitsgeschehen zu verstehen und sich zu erklären, wurde jedoch eine Annäherung an die Analyse von Wahninhalten und Wahnstrukturen gewagt. Über die Untersuchung der Bausteine von Wahninhalten konnten einige Aussagen zu den Vorstellungswelten der Menschen unterschiedlicher sozialer Herkunft getroffen werden. In den Wahnvorstellungen bildete sich beispielsweise eine katholisch-religiöse Struktur ab, die sich mit ihren Konzepten der Schuld und möglichen Erlösung gut für die Erklärung der Verfasstheit Erkrankter eignete. Wechselnde Wünsche und Befürchtungen gaben Einblick in die angestrebten Ziele der Personen innerhalb der Gesellschaft. Geschlechtsspezifische Unterschiede deuteten sich vor allem in der Auswahl von Identifikationspersonen an, die Männer in größerer Häufigkeit und Variationsbreite zwischen Gott, dem Teufel oder kirchlichen Würdenträgern wählen ließ, während sich Frauen mit Königinnen, allgemein hochgestellten Frauen und in einem Fall mit Gott identifizierten.

- ¹ Psychiatrisches Krankenhaus Hall (fortan PKH), Krankenakten (fortan KA) 1846, Thomas B., Anamnese 1846.
- ² Vgl. *Eberhard Wolff*: Perspektiven der Patientengeschichtsschreibung. In: Norbert Paul u. Thomas Schlich (Hgg.): *Medizingeschichte: Aufgaben, Probleme, Perspektiven*. Frankfurt a.M. u. New York 1998, 311-334.
- ³ Vgl. einen Überblick über die Diagnoseproblematik der gegenwärtigen Psychiatrie bei *Michael Musalek*: Die unterschiedliche Herkunft von Schizophrenien und ihre philosophischen Grundlagen. In: *Fortschritte der Neurologie – Psychiatrie*, 73 (2005), 16-24.
- ⁴ PKH, KA 1830, Peter B., Anamnese 1835.
- ⁵ Vgl. *Heinz Schott* u. *Rainer Tölle*: *Geschichte der Psychiatrie. Krankheitslehren, Irrwege, Behandlungsformen*. München 2006, 331-333.
- ⁶ Der ursprüngliche „30. Mann“ wurde für diese Untersuchung ausgesondert, weil er sich während des Aufenthalts in der Anstalt als nicht erkrankt erwies.
- ⁷ Vgl. *Ellinor Forster*: Soziale Repräsentationen von psychischer Krankheit. Ein Vergleich der Vorstellungswelten von Laien und Ärzten im 19. Jahrhundert (1830-1850). In: *Virus. Beiträge zur Sozialgeschichte der Medizin*, 6 (2007), 25-53.
- ⁸ Vgl. PKH, KA 1831, Nothburga K., selbstverfasster Bericht 1831.
- ⁹ Vgl. PKH, KA 1846, Thomas B., undatierte Briefe.
- ¹⁰ Vgl. die Projektbeschreibung von Annett Bretthauer unter <http://www.charite.de/medizingeschichte/forschung/wahrnehmung.pdf> (Stand: 25.07.2007).
- ¹¹ Vgl. den Tagungsbericht der Tagung „Psychiatrische Krankenakten als Material der Wissenschaftsgeschichte. Methodisches Vorgehen am Einzelfall“ in Berlin, 17.-19. Mai 2007 von Michaela Ralser unter <http://hsozkult.geschichte.hu-berlin.de/tagungsberichte/id=1602&count=2&recno=1&sort=datum&order=down&search=Ralser> (Stand: 25.07.2007).
- ¹² PKH, KA 1831, Nothburga K., Anamnese 1832.
- ¹³ Zum Nervendiskurs vgl. *Joachim Radkau*: *Das Zeitalter der Nervosität. Deutschland zwischen Bismarck und Hitler*. München 1998; *Michael Stolberg*: *Homo patiens. Krankheits- und Körpererfahrung in der Frühen Neuzeit*. Köln 2003, 229-233.
- ¹⁴ PKH, KA 1831, Nothburga K., Ordinationszettel Juli 1831.
- ¹⁵ PKH, KA 1830, Gottfried v. M., Gerichtsprotokoll Mutter 1830.
- ¹⁶ PKH, KA 1839, Kreszenz S., Anamnese 1839.
- ¹⁷ PKH, KA, 1843, Joseph Ha., Ordinationszettel Febr. 1846.
- ¹⁸ Ebd., Ordinationszettel 1. Mai 1846.
- ¹⁹ PKH, KA 1835, Josef A., Ordinationszettel März 1835.
- ²⁰ PKH, KA 1846, Thomas B., Ordinationszettel 30. April 1846.
- ²¹ Ebd., Ordinationszettel Mai 1846.
- ²² Vgl. PKH, KA 1830, Gottfried v. M., Anamnese 1831.
- ²³ Vgl. z. B. *Wilhelm Griesinger*: *Die Pathologie und Therapie der psychischen Krankheiten, für Aerzte und Studirende*. Stuttgart 1845.
- ²⁴ PKH, KA 1835, Johann Ach., Ordinationszettel Nov. 1835.
- ²⁵ PKH, KA 1830, Peter B., Krankengeschichte 1830.
- ²⁶ PKH, KA 1830, Bertha H., Krankengeschichte 1830.
- ²⁷ PKH, KA 1837, Dismas K., Krankengeschichte 1837.
- ²⁸ PKH, KA 1837, Abraham L., Anamnese 1839.
- ²⁹ Vgl. *Karl Braun*: *Die Krankheit Onania. Körperangst und die Anfänge moderner Sexualität im 18. Jahrhundert*. Frankfurt a.M. 1995; *Stolberg* (wie Anm. 13), 261-281.

- ³⁰ PKH, KA 1837, Abraham L., Ordinationszettel 26. Juli 1837. Vgl. *Gilman L. Sander* (Hg.): *Der schejne Jid. Das Bild des jüdischen Körpers in Mythos und Ritual*. Wien 1998.
- ³¹ *Eveline Steinebrunner* u. *Christian Scharfetter*: *Wahn im Wandel der Geschichte*. In: *Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten*, 222 (1976), 47-60, hier 51.
- ³² Vgl. *Stolberg* (wie Anm. 13).
- ³³ PKH, KA 1843, Josefa v. M., Krankengeschichte 1843.
- ³⁴ Ebd., Ordinationszettel Juli 1843.
- ³⁵ Ebd., Ordinationszettel Aug. 1843.
- ³⁶ Ebd., Ordinationszettel Okt. 1843.
- ³⁷ Ebd., Ordinationszettel Juli 1844.
- ³⁸ Ebd., Ordinationszettel Aug. 1844.
- ³⁹ PKH, KA 1843, Josefa S., Anamnese 1843.
- ⁴⁰ PKH, KA 1848, Franz W., Anamnese 1847.
- ⁴¹ PKH, KA 1843, Alois N., Ordinationszettel Aug. 1843.
- ⁴² PKH, KA 1844, Anton B., Anamnese 1844.
- ⁴³ Vgl. *Roland W. Freudenmann*: *Der „Dermatozoenwahn“*. Eine aktuelle Übersicht. In: *Fortschritte der Neurologie – Psychiatrie*, 70 (2002), 531-541.
- ⁴⁴ PKH, KA 1831, Viktoria P., Krankengeschichte 1831.
- ⁴⁵ PKH, KA 1846, Thomas B., Ordinationszettel Mai 1846.
- ⁴⁶ *Meinhard Schmidt-Degenhard* u. *Harald Feldmann*: *Hermeneutische Psychopathologie der Psychosen. Wissenschaftstheoretische Grundlegung – Konzepte – Klinische Aspekte*. In: *Der Nervenarzt*, 74 (2003), 16-22, 20f.
- ⁴⁷ Vgl. diess.: *Strukturelle Affinitäten des Unverständlichen im schizophrenen Wahn*. In: *Der Nervenarzt*, 68 (1997), 226-230, hier 229.
- ⁴⁸ Vgl. *Forster* (wie Anm. 7).
- ⁴⁹ Vgl. eine Zusammenstellung der unterschiedlichen Untersuchungen bei *Steinebrunner* u. *Scharfetter* (wie Anm. 31), 48f.
- ⁵⁰ Vgl. ebd., 51-59.
- ⁵¹ Vgl. ebd., 59.
- ⁵² Vgl. *Klaus Podoll* u. a.: *Internet als Wahnthema bei paranoider Schizophrenie*. In: *Der Nervenarzt*, 71 (2000), 912-914, hier 912.
- ⁵³ PKH, KA 1837, Dismas K., Krankengeschichte 1837.
- ⁵⁴ PKH, KA 1846, Kreszenz G., Krankengeschichte 1846.
- ⁵⁵ PKH, KA 1830, Peter B., Anamnese 1835.
- ⁵⁶ PKH, KA 1841, Joseph H., Krankengeschichte 1841.
- ⁵⁷ PKH, KA 1847, Josef E., Krankengeschichte 1847.
- ⁵⁸ PKH, KA 1835, Sofia S., Krankengeschichte 1835.
- ⁵⁹ Vgl. *Forster* (wie Anm. 7).
- ⁶⁰ PKH, KA 1847, Josef E., Krankengeschichte 1847.
- ⁶¹ PKH, KA 1830, Bertha K., Krankengeschichte 1830.
- ⁶² PKH, KA 1835, Johanna R., Anamnese 1835.
- ⁶³ PKH, KA 1849, Eva S., Gerichtsprotokoll mit Mutter 1849.
- ⁶⁴ PKH, KA 1844, Anton B., Krankengeschichte 1844.
- ⁶⁵ PKH, KA 1849, Babette L., Krankengeschichte 1849.
- ⁶⁶ PKH, KA 1837, Dismas K., Krankengeschichte 1837.
- ⁶⁷ PKH, KA 1846, Thomas B., Anamnese 1846.

- 68 PKH, KA 1836, Maria Anna J., Krankengeschichte 1836.
69 PKH, KA 1843, Josefa v. M., Anamnese 1843.
70 PKH, KA 1835, Johanna R., Krankengeschichte 1835.
71 PKH, KA 1830, Peter B., Krankengeschichte 1830.
72 PKH, KA 1837, Dismas K., Krankengeschichte 1837.
73 PKH, KA 1839, Johann M., Krankengeschichte 1838.
74 PKH, KA 1846, Thomas B., Ordinationszettel Juni 1847.
75 Ebd., Ordinationszettel Febr. 1850.
76 Ebd., Ordinationszettel Mai 1850.
77 PKH, KA 1837, Dismas K., Krankengeschichte 1837.
78 PKH, KA 1839, Johann M., Anamnese 1843.
79 Ebd., Ordinationszettel Mai 1840.
80 Vgl. PKH, KA 1847, Josef E., Anamnese 1847.
81 PKH, KA 1844, Anton B., Krankengeschichte 1844.
82 PKH, KA 1830, Peter B., Krankengeschichte 1830.
83 Vgl. PKH, KA 1837, Dismas K., Krankengeschichte 1837.
84 Vgl. PKH, KA 1835, Josef A., Ordinationszettel 9. März 1835.
85 PKH, KA 1839, Johann M., Krankengeschichte 1838.
86 PKH, KA 1844, Anton B., Krankengeschichte 1844.
87 PKH, KA 1847, Josef E., Anamnese 1847.
88 PKH, KA 1847, Josef E., Krankengeschichte 1847.
89 PKH, KA 1841, Katharina T., Anamnese 1844.
90 PKH, KA 1849, Anna S., Anamnese 1849.
91 PKH, KA 1830, Maria R., Anamnese 1835.
92 PKH, KA 1831, Joseph G., Krankengeschichte 1831.
93 Ebd.
94 PKH, KA 1831, Sebastian U., Anamnese 1834.
95 PKH, KA 1835, Josef A., Ordinationszettel März 1835.
96 PKH, KA 1835, Roman K., Krankengeschichte 1835.
97 Vgl. PKH, KA 1839, Johann M., Krankengeschichte 1838.
98 PKH, KA 1847, Michael S., Krankengeschichte 1847.
99 Vgl. PKH, KA 1835, Michael G., Anamnese 1836.
100 PKH, KA 1831, Viktoria P., Krankengeschichte 1838.
101 PKH, KA 1842, Ursula P., Krankengeschichte 1842.
102 Ebd.
103 PKH, KA 1846, Kreszenz G., Ordinationszettel März 1849.
104 PKH, KA 1844, Anton B., Gerichtsprotokoll Vater 1846.
105 PKH, KA 1839, Kreszenz S., Krankengeschichte 1839.
106 Vgl. ebd., Anamnese 1839.
107 PKH, KA 1845, Maria G., Ordinationszettel April 1847.
108 PKH, KA 1831, Franz F., Krankengeschichte 1830.
109 Vgl. PKH, KA 1838, Joseph S., Krankengeschichte 1838.
110 Ebd., Ordinationszettel I. Quartal 1838.
111 Ebd., Ordinationszettel 14. Juli 1839.
112 Ebd., Ordinationszettel 6. Juli 1839.
113 Ebd., Ordinationszettel Jan. 1840.

Vom Krank Sein zum Krank Fühlen Krankheitserleben von Frauen mit Brustkrebs im Zeitalter der Früherkennung

Christine Holmberg

Die Geschichte, die ich erzähle, handelt von Krankheit, vom Sterben und vom Leben. Es ist eine Geschichte von und über Krankheitserfahrungen am Beispiel von Brustkrebs im Jahr 2000.¹

Krankheitserfahrungen werden über Erzählungen vermittelt. Als solche sind sie als Datenquelle für MedizinethnologInnen, MedizinsoziologInnen und ÄrztInnen bedeutsam², um Leiden zu erfassen, zu analysieren und zu behandeln.³ Sie bieten einen Zugang zur Lebenswelt der Erkrankten. Aber auch für Kranke selbst sind Krankengeschichten wichtig. Vor allem Autobiographien von ehemals oder chronisch Kranken helfen PatientInnen, ihre Krankheitserlebnisse zu strukturieren. Denn Erzählungen machen das Erlebte für den Einzelnen wie für Andere *erfahrbar*.⁴

Die narrative Forschungstradition versucht, lokale Vorstellungen von Krankheit herauszuarbeiten und zu untersuchen, wie individuelle Erfahrungen durch gesellschaftliche und politische Prozesse beeinflusst und strukturiert werden.⁵ Die Untersuchung von Erzählungen hilft, lokales Wissen wissenschaftlich sichtbar zu machen⁶ und Coping-Strategien gegenüber biomedizinischen Kategorisierungen⁷ zu identifizieren. Allerdings werden Ereignisse nur dann narrativ erfasst, wenn sie reflektiert und objektiviert werden können und wenn sie als bedeutungsvoll angenommen werden. Der narrative Forschungsansatz setzt ein „handelndes Subjekt“ voraus. Damit können Momente des Chaos und der Fragmentierung, Momente, die sich nicht objektivieren lassen, nur bedingt erforscht werden. Andere Aspekte, die möglicherweise in der Lebenswelt bedeutungsvoll sind, bleiben unsichtbar.⁸ Gerade aber das Erleben von Krankheit geht einher mit Gefühlen des Chaos. Frank⁹ hat daher Krankengeschichten in unterschiedliche Sequenzen eingeteilt – in strukturierte und unstrukturierte Erzählungen. Die unstrukturierten Teile bezeichnet er als „chaos narratives“. Nun zeigt sich, dass diese Sequenzen der Erzählungen von zentraler Bedeutung sind, um Krankheitserfahrung phänomenologisch zu verstehen.¹⁰ Um darüber hinaus die langfristigen gesellschaftlichen Konsequenzen der Krankheitserfahrung zu erfassen, muss die narrative For-

schung mit dekonstruktivistischen Forschungstraditionen verbunden werden. Damit wird der Kontext der Erzählung miterfasst und ihre Einbettung in einer bestimmten Raum- und Zeitstruktur aufgezeigt.¹¹

Dekonstruktivistische Forschungstraditionen versuchen, die Herstellung der Wirklichkeit zu fassen.¹² Dadurch wird die historische Situiertheit jeder Realität deutlich.¹³ Erleben kann so entfremdet und als historisch geprägt interpretiert werden.¹⁴ Damit werden gleichzeitig die Machtstrukturen offenbar, innerhalb derer Erleben strukturiert und erfahrbar wird. Die feministische Wissenschaftsforschung zeigt die Produktion der Zweigeschlechtlichkeit¹⁵ und damit verbunden die Darstellung des weiblichen Körpers als defizitär auf.¹⁶ Es ist diese Forschungstradition, vor deren Hintergrund ich narrative Forschung verwende. Denn die von den Forscherinnen aufgedeckten Strukturen wirken weit in das Leben von Frauen hinein.¹⁷ Sie sind für die gegenwärtige Praxis der Brustkrebsfrüherkennung ausschlaggebend. Wie sich diese Praxis auf das Erleben brustkrebskranker Frauen auswirkt, hat tiefgreifende körperliche Folgen, die machtstabilisierend wirken.

Wie eine Krankheit verstanden und definiert wird, beeinflusst, wie sie behandelt und erlebt wird. Wie sie wiederum anderen als Erfahrung präsentiert wird, indem sie in eine reflektierte und objektivierte Geschichte umgewandelt wird, determiniert, wie gesellschaftliche Machtverhältnisse stabilisiert werden. Am Beispiel der Diagnose Brustkrebs geht dieser Artikel der Frage nach, wie gegenwärtige Verständnisse von Gesundheit und Krankheit¹⁸ das Erleben von Brustkrebs beeinflussen und wie dadurch bestimmte Formen von Krankheitserzählungen entstehen. Anhand von Krankenerzählungen argumentiere ich, dass der Prozess des Krankseins bei einer Brustkrebserkrankung heute nicht körperlich-somatisch beginnt, sondern emotional-kognitiv von anderen vermittelt wird. Der Aneignungsprozess des Krankseins läuft über psychische Erlebnisse. Dadurch verändert sich, was es heißt, sich mit Brustkrebs krank zu *fühlen*. In diesen Prozessen kommt dem Arzt¹⁹ eine zentrale Bedeutung zu. Er ist grundlegend daran beteiligt, Brustkrebserkrankten durch die biomedizinische Therapie Hoffnung zu vermitteln. Dadurch verändert sich die Lebenswelt der Erkrankten über die Krankheitszeit hinaus. Über diese Erfahrung „verkörpern“²⁰ sich biomedizinisch-geprägte Sichtweisen tiefer in die Gesellschaft.

Krankheits- und Gesundheitskonzeptionen

Gegenwärtige Krankheitskonzeptionen sind beeinflusst von einem Präventionsbegriff, in dem proaktiv versucht wird, „Krankheit“ aufzuspüren, um schwere Krank-

heit zu verhindern. In diesem Verständnis gilt Gesundheit als prekärer Zustand²¹, der überwacht werden muss.²² Die Annahme ist, dass eine Früherkennung von Fehlbildungen/Erkrankungen zu besseren Heilungschancen führt. Dieses Verständnis trägt dazu bei, dass „Vorsorgeuntersuchungen“ Teil des Leistungskatalogs der gesetzlichen Krankenkassen sind. Die eine oder andere Art der Überwachung wird heute allen gesellschaftlichen Gruppierungen empfohlen, ihre Wurzeln gehen allerdings auf die Disziplinierung von Frauen und marginalisierten Schichten zurück.²³ Heute werden Frauen ab dem zwanzigsten Lebensjahr dazu angehalten, sich regelmäßig gynäkologischen Untersuchungen zu unterziehen, damit Gebärmutterhals- und Brustkrebs frühzeitig erkannt werden können. D. h., dass Menschen, die als gefährdet betrachtet werden, auf ihre Gefährdung aufmerksam gemacht werden müssen, um sie in das Überwachungssystem aufnehmen zu können. Dies gelingt nur bedingt.²⁴ Trotzdem hat sich durch die staatlichen Kampagnen und Maßnahmen das Erleben der Krankheit Brustkrebs verändert.

Heute werden nur noch selten große Brusttumore diagnostiziert. Die gesellschaftlichen Diskurse zu Brustkrebs in Deutschland sind derart, dass Frauen um die Gefahren des Brustkrebses „wissen“²⁵ und zum Arzt/zur Ärztin gehen, wenn sie einen Knoten in der Brust finden, denn sie wissen, dass ein Knoten in der Brust bedrohlich sein kann. Ebenso wissen viele Frauen, dass Brustkrebs früh erkannt werden sollte, um gute Heilungschancen zu haben. Dadurch, dass heute ÄrztInnen kleine Brustknoten diagnostisch abklären²⁶, verändert sich das Erleben und die Erfahrung dessen, was es heißt, brustkrebskrank zu sein. Tatsächlich *fühlen* sich die meisten Frauen bei der Diagnosestellung nicht krank. Mit der Zeit jedoch sind sie nicht nur schwerkrank, sondern sie sind auch körperlich sehr eingeschränkt. Der Prozess des Krankseins beginnt nicht körperlich-somatisch, sondern wird emotional-kognitiv von außen vermittelt. Damit stellt sich die Frage, *wie* die Veränderung im Krankheitserleben die Lebenswelt der Erkrankten beeinflusst und verändert. Diesem Prozess geht dieser Artikel nach, wobei er die zeitlich spezifischen Besonderheiten einer Diagnose Brustkrebs herausarbeitet.

Das Material

Der Artikel beruht auf einer Feldforschung, die ich in den Jahren 1999-2001 in einem Krankenhaus durchführte.²⁷ Ausgangsort meiner Forschung war eine Krankenhausstation, auf der Frauen mit gynäkologischen Krebserkrankungen, meist Brustkrebs oder Gebärmutterkrebs, behandelt wurden. Nach einiger Zeit erweiterte ich die Forschung und schloss die „Mammaspreechunde“ in die Forschung mit ein. In die Mamma-

sprechstunde kommen Frauen mit „verdächtigen Befunden“ an der Brust, d. h. dass bei den Frauen bereits eine Brustuntersuchung durchgeführt wurde, die eine weitere Diagnoseabklärung nötig macht. Dieser Ort ist ein zentraler Ort in der spätmodernen Erfahrung, brustkrebskrank zu sein.²⁸

In meiner Forschung begleitete ich einzelne Patientinnen während ihrer Krankenhauszeit; ich war mit bei Untersuchungsterminen und nahm an den Gesprächen mit den behandelnden Ärzten teil. Alle meine Beobachtungen protokollierte ich anschließend. Wenn möglich, begannen meine Beobachtungen mit dem ersten Kontakt der Frau mit der Klinik in der Mammaspreekstunde. Zusätzlich zu den Beobachtungen und den Gesprächen mit den Frauen führte ich mit 25 Patientinnen ein bis zwei formale Interviews. Die Interviews zeichnete ich entweder am Ende des ersten Klinikaufenthalts auf oder während der Zeit der Chemotherapie. Im Jahr 2000 waren Brustkrebspatientinnen häufig mehrmals stationär in der Klinik. Sie wurden sowohl zur Operation als auch für die Chemotherapie stationär aufgenommen.²⁹ Zwei Jahre nach der Feldforschung verabredete ich mich mit allen von mir begleiteten Frauen zu einem gemeinsamen Nachtreffen. Viele der Frauen kannten sich bis dahin nicht und das Treffen generierte sich als Erfahrungsaustausch der Frauen untereinander. Mir ermöglichte das Treffen, der Komplexität des Phänomens „brustkrebskrank“ eine weitere Facette hinzuzufügen. In diesem Text beziehe ich mich auf die Geschichten, die mir die Frauen in den Interviews über ihre Krankheit erzählten. In die Analyse fließt dabei all das ein, was ich in meiner Zeit in der Klinik gelernt habe.

Die Geschichte einer Diagnose

Frau Weichsel ist Sekretärin und zweifache Mutter, die mit Anfang 40 die Diagnose Brustkrebs erhielt. Ich lernte sie kennen, als sie nach ihrer Diagnose im Krankenhaus operiert wurde. Auch Frau Weichsel sah ich beim Nachtreffen wieder. Leider kämpfte sie zu diesem Zeitpunkt mit einem Wiederauftreten der Krankheit. Das ist in der folgenden Darstellung, in der ich mich auf die Interviewerzählung stütze, nicht berücksichtigt. Das Interview führten wir, als sie zur Chemotherapie in die Klinik kam.

Frau Weichsel ertastete in ihrer Brust einen Knoten, den sie bei einem Arzt untersuchen ließ. Da der Arzt im Ultraschall nichts feststellen konnte, entschied er, dass Frau Weichsel einen Menstruationszyklus abwarten sollte, falls sich der Knoten wieder auflösen würde. Aber nach der nächsten Menstruation und einem kleinen Urlaub hatte sich am Zustand ihrer Brust nichts geändert und Frau Weichsel entschloss sich, beim

Arzt eine Überweisung zur Mammografie einzuholen. Beim zweiten Besuch konnte der Arzt im Ultraschall „etwas“ sehen und fragte Frau Weichsel, ob sie bereits wisse, in welche Klinik sie gehen wolle. Das Ultraschallbild sah nicht gut aus. Frau Weichsel beschreibt, wie sie die Zeit bis zum Mammografietermin erlebt:

„Und da, wenn dann sowas ist, das schlägt mir dann gleich auf den Magen oder so. Dann konnte ich eben die zwei Tage bis zur Mammografie nichts mehr essen und so, ja. Und ich sag mal, ich hab zu meinen Kindern oder so was in dieser Richtung nichts gesagt. Zwar, dass ich zum Arzt muss, aber nicht, dass da schon irgendwie halt fast hundertprozentig sicher wollte, das wirklich in wie weit und so, aber irgendwo, bricht da schon was zusammen. So, wenn man mit sowas überhaupt nicht rechnet. [...]

Klar gibt es Phasen, wo ich die Woche jetzt zu Hause war, Kinder zur Schule oder zur Arbeit, mein Mann nicht da, da können schon die Tränen mal rollen am Tag. Ja. Das ist dann paar Minuten oder mal ne halbe Stunde und dann fängt man sich wieder. Ja.

C: Und was passiert in den Minuten?

Weiß ich auch nicht, das ist so ganz komisch. Oftmals, also vor der OP war es so, wenn ich jetzt morgens aufgewacht bin, wo ich schon krank geschrieben war eben, und, und bevor ich hier ins Krankenhaus gegangen bin. Aufgewacht und hab immer überlegt, war das jetzt ein Traum, oder ist es wirklich wahr. Ja. Und da hab ich auch immer dann morgens auch eine Phase gehabt, wo ich denn erst mal ein paar Minuten geheult habe vor mich hin und so. Und dann war es eben nachher halt wieder gut. Ja. Und dann hab ich mir gesagt ‚Des schaffst du schon, das haben schon ganz andere geschafft.‘ Ja, und dann ... Ja, und, und, jetzte hab ich mir, letzte Woche hat mir des auch gutgetan. [Frau Weichsel war zwischen der Operation und dem Beginn der Chemotherapie zu Hause] Also, wenn sie mich gesehen haben, ‚ach, siehst du gut aus, als wenn Du zur Kur warst.‘ (lacht). Naja, des ist, ja, dann hab ich mir immer selber gesagt: ‚Ja, kann ich selber nicht fassen, dass ich so eine OP hinter mir habe‘. Ja, weil mir des eigentlich wirklich sehr gut geht. Ja, kann man echt nichts sagen... Muss man hoffen, dass alles so bleibt.“

Frau Weichsel begegnete ihrer Erkrankung mit viel Elan und sehr guten FreundInnen. Sie hatte das Glück, einer engen Gemeinschaft anzugehören, die sie selbst als ihre „Clique“ bezeichnet. Dieser Freundeskreis besteht aus einer Gruppe von Männern und Frauen, die alle in einem kleinen Dorf wohnen und viele Aktivitäten gemeinsam durchführen. Innerhalb dieses Kreises gab es schon andere Brustkrebsfälle. Sie profitierte nun von der Erfahrung einer Nachbarin. Diese z. B. hat nie mehr die „alte“ Energie zurück gewonnen, seit sie ihre Chemotherapie gemacht hatte. Frau Weichsel wusste darum und versuchte, sich darauf einzustellen.

Kranksein

Kranke haben im Verhältnis zu Gesunden eine andere Raum- und Zeiterfahrung. Sie werden für einige Zeit ihrer „Zukunftsgewissheit“³⁰ beraubt. Damit werden ihr Platz in der Welt und ihre sozialen Beziehungen verunsichert. Der Körper, mit dem sonst selbstverständlich in der Welt agiert wird, lässt die Person im Stich. Kranke müssen lernen, wie sie mit diesem kranken Körper zurechtkommen. Die sozialen Prozesse des Krankseins beginnen oft mit körperlich-somatischen Einschränkungen wie Schmerzen, Unwohlsein oder Unbeweglichkeit. Die damit einhergehenden Veränderungen bleiben weit über die eigentliche Erkrankungszeit bestehen:

“Long after the pain of the first heart attack had passed the disruption of the tennis player’s world remains. Confined to a hospital bed during the period of recovery, he is removed from the meaningful context of job, home, friends, and family. Even frequent visitors cannot know or share fully the experience he has been through. Spatiality and temporality constrict to the world of the hospital, the slow progress of recovery. [...] The ordinary sense of free and spontaneous movement is now replaced by calculated effort; one does not want to take chances. [...]. This experience of world – as – opportunity is precisely what dis-ease calls into question“.³¹

Schwerkranke bzw. diejenigen, die schwerkrank waren, müssen sich ihre Lebenswelt langsam wieder erarbeiten. In dem Wiederaneignungsprozess ist es von Bedeutung, wie die Krankheit erlebt wurde. Das beeinflusst maßgeblich die Neu-Konstruktion der Lebenswelt. Anders als der von Leder bemühte Herzinfarktpatient ist das erste eigene Erleben bei Brustkrebs nicht Schmerz. Gerade das sei ja – laut ÄrztInnen – das Heimtückische am Krebs: Er tut nicht weh. Und doch zerstört eine Krebsdiagnose die eigene Lebenswelt ähnlich wie das extreme Schmerzen tun.³² Schmerz dient in Ritualen als Platzhalter für Tod, weil er weltvernichtende Qualität besitzt. Krebs steht als Synonym für Sterben und hat dadurch ebenso weltvernichtende Qualität.³³ Die anfängliche Reaktion auf eine Krebsdiagnose führte bei den Frauen in meiner Studie zu Todesangst. Manche der Frauen, die über diese Zeit der Diagnosestellung sprechen konnten, beschrieben, wie sie sich innerlich geteilt hätten, wie sie sich von sich selbst lösten und es zu Situationen kam, in denen sie sich selbst von außen betrachteten. Wie also findet dadurch das phänomenologische Krankwerden bei den Brustkrebspatientinnen statt?

Brustkreberkrankt

„It is intense pain that destroys a person's self and world, a destruction experienced spatially as either the contraction of the universe down to the immediate vicinity of the body or as the body swelling to fill the entire universe. Intense pain is also language-destroying: as the content of one's world disintegrates, so that which would express and project the self is robbed of its sources and its subject.“³⁴

Lebensweltlich beginnt die Krankheit Brustkrebs mit *Angst*. Frau Weichsels Entscheidung, zum Arzt zu gehen, ist der Beginn ihrer Krankheitsgeschichte. Bei anderen Frauen wird bei der Vorsorgeuntersuchung ein Verdacht ausgesprochen, der dann in weiteren Schritten wie der Mammografie, dem Ultraschall und schließlich der Biopsie, „abgeklärt“ wird wie das Beispiel von Frau Martinez zeigt, einer verheirateten Patientin mittleren Alters, deren Erkrankung bei einer Mammografie festgestellt wurde.

„Mein Tumor wurde nicht von meiner Ärztin entdeckt. Es war eine Vorahnung von mir. Ich hatte, irgendwie – nicht dass ich Krebs hatte, oder einen Tumor hatte, das, – nur die Vorahnung, dass man was mit mir machen muss. Ich hatte in der letzten Zeit viel von Mammografie gehört oder gelesen und habe mich gefragt, warum man bei mir keine Mammografie gemacht hat. Die müssen mich eigentlich kontrollieren. Aber Sie wissen, die Kasse spart und man ist sehr sparsam mit diesen Untersuchungen. Da bin ich zu meiner Frauenärztin gegangen. Und sie meinte eigentlich immer, vor einem Jahr sagte sie mir – ich hatte das total vergessen – aber da ist es mir wieder gekommen. Ich hätte eine Kalkablagerung. Ich hab mir keine Gedanken mehr gemacht, das war vergessen. Mit meinen bewussten Gedanken habe ich das nicht mehr gewusst. [...]“

Und da haben wir eine Mammografie machen lassen und der Radiologe hat die Bilder auf dem Bildschirm gestellt und ich habe die Bilder angeschaut. Ich bin eine totale Laiin, weiß ich, aber das habe ich sofort gedacht, die beiden Brüste sind nicht gleich, in einer muss es etwas geben. Eine muss etwas Da hat er sofort zu mir gesagt, ‚Sie haben Krebs. [...] Nach seiner Erfahrung‘, sagt er ‚haben Sie Krebs‘. Ich war natürlich total überrascht. ‚Kann ich bis Juni arbeiten‘, sagt er ‚haben Sie Krebs‘. Ich war natürlich total überrascht. ‚Kann ich bis Juni arbeiten? Ich hatte Unterricht, mein Semester ging Ende Juni zu Ende. Das war natürlich mein erster Gedanke, kann ich bis dahin? Sagte er mir: ‚Nein, ich an Ihrer Stelle würde morgen ins Krankenhaus gehen.‘ Da war für mich natürlich sofort klar, wie schlimm die Sache ist.“

Die Umstände, in denen heute eine Brustkrebsdiagnose gestellt wird, erfordern von den Frauen wichtige Vorinformationen. In der Biomedizin geht man seit Ende des 19./Anfang des 20. Jahrhunderts davon aus, dass Krebs eine Krankheit mit einer zeitlichen Entwicklung ist und dass ein frühes Eingreifen in diese Entwicklung die Heilungschancen verbessert.³⁵ Das führt zu öffentlichen Kampagnen, die vor allem Frauen motivieren sollten, baldmöglichst einen Arzt/eine Ärztin aufzusuchen, sobald sie ei-

nen Knoten spüren.³⁶ Heute haben sich die Kampagnen dahingehend verändert, dass Frauen nun aufgefordert werden, aktiv nach Krebs zu suchen, um eine noch frühere Diagnosestellung zu ermöglichen.³⁷ Die öffentlichen Kampagnen beeinflussen nachhaltig das gesellschaftlich vorhandene Wissen zu Brustkrebs, das beim Tasten eines Knoten von den Frauen abgerufen wird. Nur vor diesem Hintergrund ist es erklärbar, dass heute bei einer Brustkrebsdiagnose die *Angst* und damit das emotional-kognitive Leiden vor dem *körperlich-somatischen Leiden* stehen.

Die Diagnose und Behandlung von Brustkrebs orientiert sich damit auf die Zukunft hin. Bei der Brustkrebsdiagnose geht es nicht darum, ein akut bestehendes Leiden zu lindern oder zu heilen, sondern es geht um das Verhindern *zukünftigen* Leidens bzw. Sterbens. Dafür ertragen betroffene Frauen in der Gegenwart Leiden und Schmerzen. Krebs erhält damit eine besondere Qualität. In den dargestellten Geschichten gibt es zu Beginn des Diagnoseprozesses keine körperlich-somatischen Symptome, die das alltägliche Leben der Frau einschränken. Die zu Beginn stehende Verunsicherung wird durch die Worte des Arztes/der Ärztin in Verbindung mit dem vorhandenen gesellschaftlichen Wissen verursacht. Dies löst den Prozess aus, durch den langsam die Erkenntnis durchsickert, dass man an Brustkrebs erkrankt ist. Dieser Prozess wird von Frau Driebisch plastisch geschildert:

Frau Driebisch lernte ich kennen, als sie zur Operation in der Klinik war. Zuvor hatte sie bereits eine Chemotherapie gemacht. Wir hatten einen intensiven Kontakt, da sie mit etlichen Frauen im Zimmer lag, die ich bereits seit längerem betreute. Auch Frau Driebisch begleitete ich für die kurze Zeit ihres Krankenhausaufenthalts zu allen Untersuchungen. Sie wurde mir von den Krankenschwestern als eine Frau beschrieben, die sehr große Schwierigkeiten hatte, mit der Diagnose umzugehen. Zum Ende ihres Aufenthalts erlaubte mir Frau Driebisch, mit ihr ein Interview zu führen. Darin beschrieb sie, wie sie realisierte, dass sie krebskrank ist:

„Es ist eben einfach ... Ja, wie ein Schock. Und der Schock ist wie eine Selbstbesinnung. ‚Ist dir das gesagt worden, oder betrifft es jemand anderen.‘ Also, jetzt ist man so im Zweifel, also, man weiß es ja. Vom Verstand ist es ja längst, aber innerlich sagt man ‚das kannst du gar nicht sein‘. Das ist, ja, wer soll es denn dann sein? Das ist jetzt, da findet die Auseinandersetzung mit sich selbst statt, weil dir wurde es doch gesagt und nicht jetzt xy Maier, Du hast ja nicht danebengesessen, aber man sitzt erst mal neben sich selber. So dass man nachfragt, ‚ja, wem wurde denn das jetzt mitgeteilt?‘ ‚Ja, dir‘. Ja, und jetzt kommt dann der nächste Schritt, ja und, ‚ach, dir wurde das mitgeteilt‘ also, also das ist so unfassbar, dann, ja. Ja, wie kann es denn dazu kommen? Wie kommt es denn dass du, ‚du hast‘ dann fängt das an ‚Du hast doch niemanden was zuleide getan‘. Jetzt geht man alles mal so durch. Das sind so dann die Stufen,... ‚wie konnte es

dir denn nun, also komisch', ja, also, da fängt die Auseinandersetzung ja an, dass man kapiert und annimmt, es geht um dich und um niemand anders."

Frau Martinez beschreibt ebenfalls anschaulich, wie sie damals von der Mammografie mit der U-Bahn nach Hause fuhr:

„Ich habe nur gehört, ‚Sie haben Krebs‘. Und da habe ich zu mir gesagt, ‚Du hast Kraft. Und jetzt musst du die Kraft deinen Männern geben und du musst alle Sachen gut verkaufen und du schaffst das alles. Tausend Leute haben das geschafft, und warum du nicht.‘ [...] Das war mein erster Gedanke, ich habe gedacht, ‚du hast Kraft‘. Dann habe ich nicht mehr gedacht!

Gottseidank war ich ohne Auto. Ich habe mein Auto an der U-Bahnstation gelassen. Und das war sehr gut. Weil danach ist dann Wirklichkeit, wenn man so eine Sache bekommt, man muss alleine, man ist wie im Siebten Himmel, Ich glaube, man ist nicht weit. Ich weiß, dass ich eine Zeitschrift zu lesen hatte – da kann man nicht lesen, kann man nicht denken. Man ist, ..., das ist eine ganz komische Sache. Man ist, ich weiß nicht wo. Aber man ist, ich glaube, ich hatte den Eindruck, als wäre meine Seele von mir rausgegangen und ich würde mich selber beobachten. Wie ein Fremdkörper. Ein ganz komisches Gefühl. Und so bin ich von dem Radiologen zu meinem Arzt in der U-Bahn gefahren und es war wie eine Leere. Es war eine ganz komische Zeit. Bei den Ärzten war ich auch ruhig, und sie³⁸ sagte mir, zu wem sie Vertrauen hat, natürlich hat sie mit dem Radiologen gesprochen zu welchem Krankenhaus ich sollte. In den nächsten Momenten war ich total ausgeliefert. Ich hatte keine Ahnung, wo die Spezialisten sind, oder was das ist. Da sagte ich nur: ‚Na gut, wenn Sie meinen, vertraue ich Ihnen.‘ Und danach bin ich dann nach Hause gefahren. Man muss mehr als eine Stunde von zu Hause in der U-Bahn fahren. Und es war auch immer dieses, dieses komische Gefühl eigentlich. Ich glaube, ich habe mehr an meine Arbeit gedacht in dem Moment, wie ich alles organisiere. An meinen seelischen Zustand, ob ich geheilt werde, oder ob ich sterben werde, das war keine Frage. Ich glaube, ich hatte mit mir Bedingungen [nicht verständlich; C.H.] gemacht. Es wird operiert und es wird geheilt und das Leben geht weiter. [...] Und dann habe ich an der U-Bahn mein Auto genommen und da wusste ich, da bin ich sechs Minuten von zu Hause. Und da wird mir immer schlechter. Da bin ich so schlecht Auto gefahren, da fühlte ich mich so unsicher. Der schlimmste Moment war als ich mein Auto geparkt hatte, musste ich bis zu meinem Haus 100 Meter laufen. Das war ganz schlimm. Da habe ich wirklich die wackligen Füße bekommen..."

Die Zitate zeigen, eine Krebsdiagnose ist erst mal ein Schock. Sie geht einher mit Phasen, in denen alles „leer“ zu sein scheint oder in denen „etwas zusammenbricht“. Gerade weil die Diagnose zu einem Zeitpunkt gestellt wird, als die Frauen sich *gesund fühlen*, sind diese Momente im Prozess des lebensweltlichen Krankwerdens von großer Bedeutung. Sie sind es, durch welche die biomedizinische Diagnose und mit ihr die biomedizinische Therapie ins Leben der Frauen aufgenommen wird und sich biomedizinisch-geprägte Sichtweisen schließlich gesellschaftlich verkörpern. Damit wirkt eine Brustkrebsdiagnose, die durch Früherkennungsmaßnahmen gestellt wurde, strukturstabilisierend.³⁹

Das Erleben von „aus der Welt sein“ – Dissoziationen

Die Metaphern, die die Frauen verwenden, um ihre Erlebnisse zu beschreiben, ähneln Dissoziationserlebnissen. Der Psychiater Leston Havens⁴⁰ beschreibt einen seiner Schizophreniepatienten unter dem Stichwort „dangerous places“. Seine Beschreibung ähnelt den oben dargestellten Geschichten: „This one often felt nowhere, in the sense of having no place of his own, feeling alienated from his body and ashamed of his presence, so that the human experience of being located in the world was partly denied him.“⁴¹ Der Patient ist psychisch nicht „da“. Er kann sich nicht als in der Welt und Teil der Welt begreifen. Die Metaphern von sich trennen, sich von außen zu betrachten oder sich mit sich selbst zu unterhalten drücken ebenfalls ein „nicht da sein“ aus. Es ist nicht mehr die Erfahrung von *in* der Welt sein, sondern die Erfahrung von *aus* der Welt sein. Man ist „außerhalb“ der sozialen Welt. Dissoziationsmomente entstehen z. B. an Punkten von großem Leiden, gewaltvollen Erlebnissen oder Todeserfahrungen. Da auch eine Krebsdiagnose anfänglich mit Tod in Verbindung gebracht wird, scheint es nicht verwunderlich, dass betroffene Frauen Metaphern der Dissoziation bei einer Krebsdiagnose nutzen. Für die betroffenen Frauen ist die Welt ein *gefährdeter* Ort geworden. Gefährlich nicht von „außen“ durch Stimmen oder Gewalt, sondern von „innen“ durch das Gewebe.

In den vorgestellten Interviewpassagen werden die chaotischen Momente, die mit einer Brustkrebsdiagnose einhergehen, fassbar. Die Frauen versuchen, Orientierung in ihrer neuen Realität als Krebskranke zu finden. Dazu treten die meisten Frauen und alle Frauen in meiner Studie in die biomedizinische Welt ein.

Um zu verstehen, wie die Frauen in die biomedizinische Welt eintreten und wieder Orientierung finden, greife ich auf das von Cheryl Mattingly entwickelte Konzept des „therapeutischen Emplotments“⁴² zurück. Damit bezeichnet sie das zentrale Element der Prozesse, die TherapeutInnen anwenden, um ihre PatientInnen in eine gemeinsame Krankengeschichte einzubinden. Mattingly argumentiert, dass Handlungen narrativ strukturiert sind, in denen Begehren verhandelt wird, das Begehren, einen anderen Zustand zu erreichen. Es muss dem/der TherapeutIn gelingen, dem/der PatientIn zu suggerieren, dass die von ihr/ihm vorgeschlagenen Handlungen die „Lücke“ schließen werden, die zwischen dem Jetzt-Zustand und dem erwünschten Zustand liegt. Damit sind auch die Ärzte in der von mir untersuchten Klinik ständig beschäftigt.⁴³ Sie sind es, die das Begehren der Patientinnen steuern und immer wieder „Lücken“ herstellen, um Patientinnen auf die notwendige biomedizinische Therapie einzustimmen. So ist der erste Schritt nach einer Krebsdiagnose der, Hoffnung herzustellen, Hoffnung auf

ein Leben, das so sein wird wie vor der Krebsdiagnose. Der Weg dorthin führt über die biomedizinische Therapie. Es sind die vertrauensbildenden Handlungen der ÄrztInnen, die es den Patientinnen im Laufe der Zeit wieder ermöglichen werden, von „ihren“ Gefühlen und Empfindungen zu sprechen.

In den dargestellten Interviewpassagen beschreiben die Frauen chaotische Ereignisse, in denen und durch die sie versuchen, Orientierung und Bewusstsein in der Welt zu behalten. Janis Hunter Jenkins⁴⁴ analysiert ähnliche Erzählpassagen von psychotischen Momenten. Dabei geht es ihr darum, die darin enthaltene subjektive Erfahrung zu fassen. Dafür versteht sie das Selbst als Prozesse und Kapazitäten, die Orientierung und Bewusstsein in der Welt schaffen.⁴⁵ Die Prozesse, die den Frauen helfen, wieder Orientierung zu erlangen, sind geprägt vom therapeutischen Emplotment der biomedizinischen Therapie.

Indem sich die Frauen auf die Behandlung einlassen, gewinnen sie mit der Zeit wieder Kontrolle über ihr Leben. Viele haben in Zukunft das Gefühl, nochmal „davongekommen“ zu sein, manchen bleibt die Angst erhalten, dass ihr Körper sie nochmals „täuschen“ kann. Brustkrebsfrüherkennung ist darauf aus, Krankheit früh zu erkennen, um möglichst minimal-invasiv in den Körper einzugreifen und um die Lebenszeit der Erkrankten zu verlängern. Durch die Praxis wird die biomedizinische Definitionsmacht weiter in die alltägliche Lebenswelt integriert, die dadurch dauerhaft verändert wird. Das „normale“ Danach nach einer Krebserkrankung entspricht nicht dem „normalen“ Davor. Die Erkrankten oder ehemals Erkrankten übernehmen eine spezifische Sicht auf die Welt⁴⁶ und viele spüren noch lange Zeit die Folgen der Therapie.⁴⁷

Vom Kranksein zum Krankfühlen

Die Krebsdiagnose, wie sie Frau Weichsel stellvertretend für die meisten Frauen in meiner Untersuchung erlebt hat, kam nicht völlig überraschend. Manche der Frauen beschreiben eine Vorahnung, weswegen einige auch eine Mammografie beim Arzt/ bei der Ärztin eingefordert hatten. *Krank* aber *fühlte* sich keine der Frauen. Es sind die Laboruntersuchungen, die die Krankheit als Ereignis im Leben der Frau einleiten und es sind die „Neben“wirkungen der Therapie, durch die sie sich schließlich *krank fühlen*. Die Veränderung, die damit das *Krankfühlen* erfährt, hat die narrative Erforschung von Krankheitserfahrung bisher ausgelassen. Das ist nicht verwunderlich. Die meisten dieser Arbeiten entstanden an der Schnittstelle von psychiatrischen und psychosomatischen Krankheiten, die biomedizinisch sehr schwer zu kategorisieren und zu behandeln sind. In solchen Kontexten geht es um die Anerkennung von *Leiden* in

und durch Krankheiten, die biomedizinisch nicht „objektivierbar“ sind. Brustkrebs hingegen kann – zumindest in seiner theoretischen und öffentlichen Krankheitskonzeptionalisierung – eindeutig im Körper verortet werden.⁴⁸ Ergänzt man das Instrumentarium der phänomenologischen Krankheitserforschung mit konstruktivistischen Ansätzen, zeigt sich die historische Situiertheit innerhalb gegebener Machtstrukturen gegenwärtigen Erlebens von Brustkrebs. Damit öffnet sich der Blick auf das künftige *Sein* in der Welt der betroffenen Frauen. Im Umgang mit den biomedizinischen Institutionen lernen die betroffenen Frauen, dass man mit Brustkrebs nicht stirbt, sondern *lebt* – *wenn* man sich auf die Therapie einlässt. Der Prozess des Krankseins hat sich dabei gedreht, zuerst erleben die Erkrankten das Kranksein auf der emotional-kognitiven Ebene. Über diese lassen sie sich auf die Therapie ein, durch die sie dann körperlich-somatisch stark eingeschränkt werden.

¹ Dieser Artikel basiert auf *Christine Holmberg*: Diagnose Brustkrebs. Eine ethnografische Studie über Krankheit und Krankheitserleben. Frankfurt a.M. 2005.

² Vgl. *Arthur Kleinman*: The Illness Narratives: Suffering, Healing and the Human Condition. New York 1988; *Uta Gebhardt*: Qualitative Research on Chronic Illness: the Issue and the Story. In: SocSciMed 30 (1990), H. 11, 1149-1159; *Byron Good*: Medicine, Rationality, and Experience. An Anthropological Perspective. Cambridge 1994.

³ Verschiedene narrative Ansätze werden in Social Science and Medicine, 38 (1994), H. 6 vorgestellt. Vor allem die Einführung von *Cheryl Mattingly* u. *Linda Garro*: Narrative Interpretations of Illness and Healing. Introduction. In: SocSciMed, 38 (1994), H. 6, 771-777 bietet einen guten Überblick.

⁴ *Edward M. Bruner*: Experience and its Expression. In: Victor W. Turner u. Edward M. Bruner (Hgg.): The Anthropology of Experience. Urbana u. a. 2001, 3-32, hier 6.

⁵ Z.B. *Mary Jo DelVecchio Good* u.a. (Hgg.): Pain as Human Experience: An Anthropological Perspective. Berkeley u.a. 1992.

⁶ Z.B. *Holly F. Matthews* u.a.: Coming to Terms with Advanced Breast Cancer. Black Women's Narratives from eastern North Carolina. In: SocSciMed, 38 (1994), H. 6, 789-800.

⁷ Z.B. *Pamela Fisher* u. *Dan Goodley*: The linear medical model of disability: mothers of disabled babies resist with counter-narratives. In: Sociology of Health and Illness, 29 (2007), 1, 66-81.

⁸ Siehe auch *Nicholas Eschenbruch*: Nursing Stories: Life and Death in a German Hospice. Oxford u. New York 2007; *Robert Desjarlais*: Shelter blues: sanity and selfhood among the homeless. Pennsylvania 1997, 13.

⁹ *Arthur W. Frank*: The Wounded Storyteller: Body, Illness, and Ethics. Chicago 1995.

¹⁰ *Holmberg* (wie Anm. 1).

¹¹ *Margaret Lock* u.a. (Hgg.): Living and working with the new medical technologies. Intersections of inquiry. Cambridge 2000.

¹² Peter L. Berger u. Thomas Luckmann: Die gesellschaftliche Konstruktion der Wirklichkeit. Frankfurt a.M. 1969.

¹³ Jacques Derrida: Die Schrift und die Differenz. Frankfurt/Main 2003.

¹⁴ Z. B. Barbara Duden: Geschichte unter der Haut. Ein Eisenacher Arzt und seine Patientinnen um 1730. Stuttgart 1987; dies.: Der Frauenleib als öffentlicher Ort. Vom Mißbrauch des Begriffs Lebens. Hamburg 1991.

¹⁵ Z. B. Anne Fausto-Sterling: Sexing the Body: Gender Politics and the Construction of Sexuality. New York 2000.

¹⁶ Emily Martin: Die Frau im Körper. Frankfurt a.M. 1989.

¹⁷ Für eine feministische Kritik an der Krankheit Brustkrebs in unserer Gesellschaft siehe Elisabeth Sörgo: Die Brüste der Frauen. Ein Symbol des Lebens oder des Todes? Frankfurt a.M. u.a. 2003.

¹⁸ Siehe z.B. Alfons Labisch: Homo Hygienicus. Gesundheit und Medizin in der Neuzeit. Frankfurt a.M. 1992.

¹⁹ Zum Zeitpunkt meiner Forschung waren die entsprechenden Abteilungen des Krankenhauses, mit denen ich gearbeitet habe, nur mit Ärzten besetzt, daher benutze ich im Zusammenhang mit meiner Studie die männliche Form. Die erste Ansprechperson, die reguläre Gynäkologin hingegen war in der Mehrzahl der Fälle weiblich. Diese Geschlechteraufteilung war keine Besonderheit am Forschungsort, sondern spiegelt den Sachverhalt, dass die Mehrzahl derer, die in der Onkologie und deren Erforschung tätig sind, männlich sind, während gleichzeitig heute viele Ärztinnen sich in der Gynäkologie spezialisieren. Um die Geschlechterspezifität in den Interaktionen transparent zu machen, benutze ich geschlechtsspezifische Begriffe.

²⁰ Ich nutze „verkörpern“ im Sinne von Anne M. Kavanagh u. Dorothy M. Broom: Embodied Risk: My Body, Myself? In: SocSciMed, 46 (1998), H. 3, 437-444. Speziell meine ich damit, dass bestimmte Sichtweisen, etwa dass biologisch-somatische Prozesse als Ursachen für das Wohlbefinden grundlegend sind, in den Körper eingeschrieben werden. Z. B. erklärt eine Patientin ihre Müdigkeit mit der Anzahl roten Blutkörperchen im Blut.

²¹ Joseph Dumit: Drugs for Life. In: Molecular Interventions, 2 (2002), 3, 124-127.

²² David Armstrong: The Rise of Surveillance Medicine. In: Sociology of Health and Illness, 17 (1995), 3, 393-404.

²³ Robert Castel: From dangerousness to risk. In: Graham Burchell, Colin Gordon, und Peter Miller (Hgg.): The Foucault Effect: Studies in Governmentality. London 1991, 281-298; Claudia Honegger: Frauen und medizinische Deutungsmacht im 19. Jahrhundert. In: Alfons Labisch und Reinhard Spree (Hgg.): Medizinische Deutungsmacht im sozialen Wandel. Bonn 1989, 181-194.

²⁴ Tobias Lutz: Einflußfaktoren auf die Teilnahme an einer Krebsfrüherkennungsuntersuchung – eine prospektive Studie an 3500 Beschäftigten in zwei Industriebetrieben. In: <http://archiv.ub.uni-heidelberg.de/volltextserver/volltexte/2003/4172/pdf/lutz.pdf> (Stand: 16. Mai 2007).

²⁵ Mit „wissen“ meine ich hier den vorherrschenden gesellschaftlichen Diskurs zu Brustkrebs, um den die Frauen wissen.

²⁶ Das bedeutet gleichzeitig, dass die Definitionsmacht bzgl. des Knotens vollständig bei dem Arzt/der Ärztin liegt.

²⁷ Um die Anonymität der Klinik und der Menschen zu wahren kann ich hier keine weiteren Informationen hinzufügen. Für das Erleben ist es wichtig, dass es sich bei dem Krankenhaus um ein Universitätsklinikum handelt.

²⁸ Holmberg (wie Anm. 1).

²⁹ Die Chemotherapie wird heute häufig ambulant durchgeführt.

- ³⁰ *Johannes Siegrist*: Lehrbuch der Medizinischen Soziologie. München u. a. 1974, 144.
- ³¹ *Drew Leder*: The Absent Body. Chicago u. a. 1990, 80-81.
- ³² *Elaine Scarry*: The Body in Pain. The Making and Unmaking of the World. Oxford u. a. 1985.
- ³³ *Susan Sontag*: Krankheit als Metapher. München u.a. 1978.
- ³⁴ *Scarry* (wie Anm. 32), 35.
- ³⁵ *Robert Aronowitz*: Unnatural History: Breast Cancer and American Society. New York u. Cambridge 2007.
- ³⁶ *David Cantor*: Uncertain Enthusiasm: The American Cancer Society, Public Education, and the Problems of the Movie, 1921-1960. In: Bulletin of the History of Medicine, 81 (2007), 1, 39-69. Für Deutschland siehe *Robert N. Procter*: The Nazi war on cancer. Princeton 1999.
- ³⁷ *Maren Klawiter*: Risk, Prevention and the Breast Cancer Continuum: The NCI, the FDA, Health Activism and the Pharmaceutical Industry. In: History and Technology, 18 (2002), 309-353. Eine Kritik dieser Praxis liefert *Barbara Duden*: Die Verkrebsung. Die Historikerin des erlebten Körpers vor dem zeitgeschichtlichen Phänomen der Krebsprävention. Beitrag zur internationalen Konferenz der Krebsgesellschaft e.V. Konferenz FrauenLEBEN und Krebs: Chancen für die Prävention. Frankfurt a.M., 29.-30. Oktober, 1997. <http://www.pudel.uni-bremen.de/pdf/VERKREBS.pdf> (Stand: 27.08.2007).
- ³⁸ Frau Martinez hatte als erste Ansprechpartnerin eine Gynäkologin, die sie zu weiteren Untersuchungen bei anderen Ärzten geschickt hatte. Als die Befunde der Ärztin vorlagen, hat sie Frau Martinez die weitere Vorgehensweise empfohlen. Diese spezifische Geschichte über die Ärztin ist hier mit der allgemeinen Aussage, dass Frau Martinez bei allen ÄrztInnenbesuchen ruhig war, verbunden.
- ³⁹ Aus einem anderen Blickwinkel heraus, zeigt *David F. Ransohoff* u. a.: Why is Prostate Cancer Screening so Common when the Evidence is so Uncertain? A System without Negative Feedback. In: Am J Med, 113 (2002), 8, 663-667, wie Früherkennungsmaßnahmen aufgrund der spezifischen Erkrankung und Heilung bestimmte medizinische Sichtweisen gesellschaftlich perpetuieren.
- ⁴⁰ *Leston Havens*: A Safe Place: Laying the Groundwork of Psychotherapy. Cambridge 1989.
- ⁴¹ Ebd., 99.
- ⁴² *Cheryl Mattingly*: The Concept of Nature of Clinical Reasoning. In: Journal of American Occupational Therapy, 45 (1994), 998-1005 und dies.: Healing Dramas and Clinical Plots: The Narrative Structure of Experience. Cambridge 1998.
- ⁴³ Eine ausführliche Darstellung, wie Ärzte die Patientinnen in ihre Behandlungsschemata integrieren, siehe *Holmberg* (wie Anm. 1), 152 - 209.
- ⁴⁴ *Janis Hunter Jenkins*: Schizophrenia as Paradigm Case for Understanding Fundamental Human Processes. In: dies. u. Robert J. Barrett (Hgg.): Schizophrenia, Culture, and Subjectivity. Cambridge u. a. 2004, 29-61.
- ⁴⁵ Ebd., 36.
- ⁴⁶ Zu den gesellschaftlichen Effekten von Diagnosen, die per Screeningverfahren gestellt wurden, siehe auch *Ransohoff* (wie Anm. 39).
- ⁴⁷ *Kristian Bolin*: Health among long-term Survivors of Breast Cancer – an Analysis of 5-year Survivors based on the Swedish Surveys of Living Conditions 1979-1995 and the Swedish Cancer Registry 2000. In: Psychooncology, in press; *Floortje Mols* u. a.: Quality of Life among long-term Breast Cancer Survivors: a Systematic Review. In: Eur J Cancer, 41 (2005), 17, 2613-2619.
- ⁴⁸ Tatsächlich gibt es auch hier zum Teil große Schwierigkeiten bei der Diagnosestellung (z.B. *Aranowitz* [wie Anm. 35]); *H. Gilbert Welch*: Should I be Tested for Cancer? Maybe Not and Here's Why. Berkeley 2004.

Kranksein kostet.

Krankheit als Gegenstand und Strategie der Aushandlung von Behandlung und Bezahlung am Beispiel eines lokalen „Armenfonds“ um 1930

Martin Krieger

Wer krank ist, möchte gesund werden. Im Zentrum des Interesses, einen gesundheitlichen ‚Normalzustand‘ wiederherzustellen, steht in erster Linie die Beseitigung der Krankheitsursache, zumindest aber die Linderung der Krankheitssymptome, welche als einschränkend für die übliche Lebensführung empfunden werden. Bei einem Beinbruch wird kurzfristig die Linderung des akuten Schmerzes gesucht, mittelfristig sollte der fixierende Gipsverband nicht mehr benötigt und langfristig die Bewegungsbeeinträchtigung überwunden werden. In all diesen Fällen stehen die Auswirkungen der Krankheit selber im Mittelpunkt.

Darüber hinaus ist Krankheit oft mit weiteren Folgen verbunden. So mag derjenige, der sich den erwähnten Beinbruch zugezogen hat, während der Tragezeit des Gipsverbandes auf Hilfe in alltäglichen Situationen angewiesen sein; vielleicht müssen auch bauliche Veränderungen im Lebensumfeld vorgenommen werden, oder es muss eine Haushaltshilfe eingestellt werden. Solche Maßnahmen sind oft mit hohen finanziellen Folgen für die Betroffenen verbunden.

Diese kurzen Überlegungen verdeutlichen bereits, dass von den Auswirkungen einer Erkrankung mehr Personen als nur die erkrankten Betroffenen selber erfasst werden können. Zur Wiederherstellung eines gesundheitlichen ‚Normalzustandes‘ gehört demnach immer auch die Auseinandersetzung mit diesen mittelbaren Folgen einer Erkrankung. Für den Umgang mit Krankheit in einem solchen Sinne ist in der Forschung bereits vor einiger Zeit der Begriff des „coping with sickness/illness“ geprägt worden, um die Bewältigung und Deutung der individuellen wie überindividuellen Erscheinungsformen von Krankheit umfassend beschreiben zu können.¹

Der vorliegende Beitrag richtet seinen Blick anhand einer Einzelfallanalyse aus der südlichen preußischen Rheinprovinz um 1930 vor allem auf die finanziellen Aspekte der Krankheitsbewältigung. Im Mittelpunkt steht nicht das Krankheitsempfinden oder die Suche nach Heilung durch Kranke, sondern das Bemühen, die durch die Erkrankung und ihre Behandlung entstandenen finanziellen Belastungen zu mildern

und tragbar zu machen. In modernen Sozialstaaten hat die Finanzierung einer Krankenbehandlung vor allem durch die flächendeckende Errichtung von Krankenversicherungen ihren früheren, potentiell Existenz bedrohenden Charakter weitgehend verloren.² Für den Großteil der Bevölkerung werden die entstehenden Kosten einer Behandlung von Versicherungen übernommen, in vielen Fällen erfahren die Betroffenen infolge des angewandten Sachleistungsprinzips nicht einmal die genaue Höhe der entstandenen Behandlungskosten. Auch für indirekte Belastungen wie Verdienstaufschlag, Bezahlung von Pflegekräften und andere Kosten besteht eine Vielzahl von Regelungen, wie etwa die Lohnfortzahlung im Krankheitsfalle, welche die finanziellen Folgen einer Krankheit – zumindest eine Zeit lang – abfedern helfen. Bevor jedoch diese Instrumente umfassend zugänglich und wirksam geworden waren, waren von Krankheit direkt oder indirekt Betroffene im Wesentlichen auf eigene Mittel oder Unterstützungen Dritter angewiesen, um die beschriebenen Folgen einer Erkrankung bewältigen zu können. Besonders betroffen waren hiervon diejenigen Bevölkerungsteile, die bereits im alltäglichen Leben nicht oder nur kaum über ausreichende Mittel verfügten, eben die ‚Armen‘. In Zeiten von Krankheit waren diese in noch stärkerem Maße als sonst auf Hilfe angewiesen. Eine wichtige Anlaufstelle waren in derartigen Fällen die Einrichtungen der kommunalen oder staatlichen Armenfürsorge, in deren Aufzeichnungen die Bemühungen armer Kranker um Hilfe aktenkundig wurden.

Die hier unternommene Untersuchung stützt sich in erster Linie auf die Akten der Armenverwaltung in der Gemeinde Zeltingen an der Mosel. In diesen wurden Korrespondenz und Beschlüsse im Zusammenhang mit einem Antrag auf kommunale Armenunterstützung gesammelt. Obwohl die Überlieferung nicht durchgehend gesichert war, blieben für einige Fälle doch so viele Informationen erhalten, dass Verhaltensweisen und Motive der Beteiligten über den Zeitraum der Antragsstellung und -entscheidung auch in ihrer Anpassung und Veränderung zu beobachten waren.

Mit ihrer Lage an der Mittelmose gehörte die Gemeinde Zeltingen zu einer Region, die heute für ihren Weinbau international bekannt ist. Auch in den 1930er Jahren gehörte der Weinbau dort zu den prägenden Landwirtschaftsformen, wurde aber zumeist im Nebenerwerb neben Viehhaltung und Ackerwirtschaft betrieben.³ Die Besitzstruktur war kleinbäuerlich geprägt, das Wirtschaftshandeln in erster Linie auf Subsistenz ausgerichtet. Viele Besitzer kleiner Landparzellen verdingten sich zusätzlich als Tagelöhner auf den größeren Weingütern der Region.

Obwohl die wirtschaftlichen Gegebenheiten der Region Armut begünstigten, blieben die Zahlen der Unterstützten bis in die 1920er Jahre hinein im Vergleich zu städtischen Kontexten niedrig.⁴ Für die Bürgermeisterei Zeltingen liegen zuletzt für das Jahr 1922/23 gesicherte Zahlen vor: Auf 4708 Einwohner kamen 18 Anträge auf Armenunterstützung, von denen 14 gewährt wurden.⁵

Die Tochter des ‚Armen‘ Jakob N. aus dieser Gemeinde erkrankte im Frühjahr 1930 an einer Mandelentzündung und wurde in einem Krankenhaus der Stadt Trier operativ behandelt. Im Folgenden soll anhand dieses Beispiels die Bedeutung finanzieller Krankheitsfolgen und deren Bewältigung exemplarisch nachgezeichnet werden. Dabei stehen drei Aspekte im Vordergrund. Zum einen ist zu erklären, welche Kosten Jakob N. durch die Krankheit seiner Tochter entstanden und wie groß die Belastung durch diese Zahlungen ausfiel. Zum anderen ist nach seinen Möglichkeiten zu fragen, Hilfe in der Aufbringung der benötigten Mittel zu erhalten und wie Antrag und Aushandlung eines solchen Unterstützungsersuchens aussehen konnten. Schließlich ist zu fragen, inwieweit Krankheiten in diesem Aushandlungsprozess eine spezifische Rolle spielten und im gegebenen Falle durch Jakob N. entsprechend instrumentalisiert werden konnten.

Die Belastung durch Krankheitskosten

Im März 1930 beantragte Jakob N. beim Bürgermeister der Bürgermeisterei Zeltingen die Übernahme der Behandlungskosten für seine Tochter Anna:

„Mein Kind mußte wegen einer Mandelentzündung nach Trier ins Mutterhaus gebracht werden. Zu dieser Erkrankung ist jetzt noch eine Mittelohrentzündung getreten. Ob operative Eingriffe notwendig werden, steht noch nicht fest. Ich habe kein Einkommen, außer einer Wohlfahrtsunterstützung von 40,- RM monatlich. Ich bin daher nicht in der Lage, die entstehenden Kosten zu tragen. Ich habe 3800,- RM Schulden, die durch Hypotheken gesichert sind.“⁶

Jakob N. stellte diesen Antrag offenbar sehr frühzeitig, noch bevor endgültig über die notwendige Behandlung entschieden worden war und noch ohne Nennung einer konkreten Summe, auf die sich der Antrag beziehen sollte. Während der Antrag (18. März 1930) bereits kurz nach der Einlieferung der Tochter ins Krankenhaus (vgl. die Angabe im Antrag) gestellt wurde, wurde die Gesamtsumme der Behandlungskosten erst rund drei Monate später aus einer entsprechenden Rechnung (15. Juni 1930) ersichtlich.⁷ Was könnte Jakob N. zu dieser Vorgehensweise veranlasst haben?

Zunächst könnte vermutet werden, dass Jakob N. durch einen früh gestellten Antrag lediglich den Auszahlungszeitpunkt der Beihilfe nach vorne zu verlegen trachtete, um so möglichst kurze Zeit auf eigene Mittel angewiesen zu sein. Eine weitere mögliche Antwort auf diese Frage ergibt sich aber aus dem Umstand, dass Jakob N. zuvor bereits mehrfach medizinische Hilfe auf Kosten der Armenkasse hatte in Anspruch nehmen müssen. Ausweislich der Armenakten war er seit 1921 wiederholt wegen „Lungenleidens“ in ärztlicher Behandlung und wurde wiederholt als erwerbsunfähig

erklärt.⁸ Folglich gab er auf dem vorgestellten Antrag an, er wäre „wg. Lungenleiden zeitweise arbeitsunfähig“, wohingegen ihn ein früherer Antrag im Januar 1929 noch als „Winzer und Händler“ ausgewiesen hatte.⁹ Demnach könnte Jakob N. auch aufgrund seiner eigenen Erfahrungen zu dem Schluss gekommen sein, dass die hohen Behandlungskosten für seine Tochter in keinem Falle für ihn tragbar sein würden.

Gestützt wird diese Vermutung, Jakob N. hätte die durch Krankheit drohenden Belastungen realistisch abschätzen können, durch den Umstand, dass er *freiwilliges* Mitglied der Allgemeinen Ortskrankenkasse (AOK) war.¹⁰ Die Aufwendungen der Beitragszahlung erschienen ihm dabei angesichts seiner generell knappen finanziellen Ressourcen offenbar als sinnvolle Absicherung gegen die finanziellen Folgen einer Erkrankung. Im Fall der erkrankten Tochter konnte er auf die Leistungen der Krankenkasse allerdings nicht zurückgreifen, da die AOK Bernkastel als die für Zeltlingen zuständige Krankenkasse nach ihrer Satzung kostenlose Familienhilfe nur für Kinder unter 15 Jahren leistete.¹¹ Die freiwillige Versicherungsmitgliedschaft weist aber immerhin auf ein Vorsorgedenken im Hinblick auf die finanzielle Krankheitsbewältigung hin.

Wie hoch konnten aber nun die konkreten Belastungen ausfallen, mit denen Jakob N. zu rechnen hatte?

Die Gesamtkosten der Behandlung seiner Tochter betragen nach Rechnung des Krankenhauses insgesamt 320,- RM. Diese Summe ist für sich genommen wenig aussagekräftig, kann aber ansatzweise zu Einkommen und Vermögen des Jakob N. in Bezug gesetzt werden. Die Anträge auf Armenunterstützung wurden in der Gemeinde Zeltlingen ab Mitte der 1920er Jahre zunehmend in Formularform erfasst, wobei auch Angaben zu Besitz und Einkommen erhoben wurden. Im Falle Jakob N.s wies diese Aufstellung als Besitz 700 qm Weinberg und einige Wiesen aus, die allerdings mit 3800,- RM Schulden belastet waren, die der Antragsteller auch in seinem ersten Schreiben genannt hatte. Als monatliches Einkommen hatte Jakob N. 65,- RM angegeben, wobei davon insgesamt fünf Haushaltsmitglieder zu versorgen waren.¹² Neben seiner Ehefrau handelte es sich dabei um drei Kinder im Alter von 0-9 Jahren. Noch ein Jahr zuvor hatte Jakob N. in einem vorangegangenen Antrag auf Armenunterstützung lediglich zwei Kinder und seine Ehefrau angegeben. In der Zwischenzeit war die Familie nicht nur gewachsen, auch etwaige Zuverdienste seiner Ehefrau dürften gesunken sein, wenn diese den neugeborenen Säugling zu versorgen hatte.¹³

Sicherlich handelt es sich dabei nur um die Angaben des Jakob N. als Referenz, der ein Interesse daran hatte, sich als unvermögend und unterstützungsbedürftig darzustellen. Dennoch darf im konkreten Fall davon ausgegangen werden, dass Jakob N. keine gänzlich falschen Angaben gemacht hatte. Die frühneuzeitliche Armutsforschung hat zeigen können, dass die formale Kontrolle und Prüfung der Antragsinhal-

te durch die Armenverwaltung offensichtliche Falschaussagen wenig ergiebig werden ließ.¹⁴ Hinzu trat der Umstand, dass die soziale Kontrolle durch Nachbarn und dörfliches Umfeld das Potential einer Lüge ebenfalls stark verminderte.¹⁵ Katrin Marx, die in ihrer Studie zu Armut und Armenfürsorge im ländlichen Raum insbesondere die Moselbürgermeisterei Zeltingen untersucht hat, konnte zeigen, dass dieselben Kontrollmechanismen auch in der ländlichen Gesellschaft des späten 19. und frühen 20. Jahrhunderts noch wirksam waren.¹⁶ Obwohl Unterstützungsanträge in ihrer Intentionalität also sicherlich keine umfassende sachliche Darstellung der Lebensumstände boten¹⁷, ein ‚Aufhübschen‘ der Darstellung also nicht unwahrscheinlich war, blieben absichtlich falsche Angaben hingegen unwahrscheinlich.¹⁸

Setzt man das Jahreseinkommen des Jakob N. gemäß seiner Angaben in Relation zur Höhe der Behandlungsrechnung der Tochter, wird erkennbar, in welchem hohem Maße Krankheitskosten die Haushaltskasse gerade unvermögender Bevölkerungsteile belasten konnten. Einem Jahreseinkommen von $12 \times 65,- \text{ RM} = 780,- \text{ RM}$ stand eine Ausgabe von $320,- \text{ RM}$ gegenüber. Die Krankenhausbehandlung der Anna N. beanspruchte in ihrer vollen Höhe also rund 41% des väterlichen Jahreseinkommens!¹⁹

Zu dieser direkten trat noch die indirekte Belastung durch den Verdienstausschlag hinzu, falls nicht Kinder, sondern Erwerbstätige selber von einer Krankheit betroffen waren. Dies scheint kurz vor dem hier geschilderten Antrag auch bei Jakob N. der Fall gewesen zu sein. In seinem früheren Antrag auf Armenunterstützung vom Januar 1929 hatte dieser als Beruf noch „Winzer und Händler“ angegeben.²⁰ Offenbar hatte er zu diesem Zeitpunkt aus dieser Tätigkeit noch ein größeres monatliches Einkommen von $220,- \text{ RM}$ erzielen können. Infolge der damals attestierten Arbeitsunfähigkeit konnte er dieses Verdienstniveau aber nicht halten und verfügte 1930 nur noch über die genannten $65,- \text{ RM}$ monatlich.²¹ Sowohl aus einer eigenen Erkrankung wie aus der Erkrankung seiner Tochter erwachsen Jakob N. demnach hohe finanzielle Belastungen, die er allein mit seinem eigenen Einkommen nicht zu tragen in der Lage war, weshalb er kommunale Armenhilfe in Anspruch zu nehmen versuchte.

Antrag und Aushandlung

Jakob N. wandte sich mit seinem Anliegen an den Gemeinderat als Träger des Ortsarmenverbandes, der für die meisten Unterstützungsanträge erstinstanzlich zuständig war.²² Diese Regelung war in Preußen am 8. März 1871 im Ausführungsgesetz zum Gesetz über den Unterstützungswohnsitz einheitlich gestaltet worden.²³ Die Entscheidung über Ablehnung und Gewähr des Antrags beruhte auf einer Prüfung der Bedürftigkeit, in der vor allem Erwerbsfähigkeit, Vermögenslage und die Existenz unterhaltsverpflichteter Verwandter kontrolliert wurden.²⁴ Angesichts der überschau-

baren ländlichen Gesellschaftsverhältnisse konnten den Gemeinderäten die jeweiligen Antragsteller durchaus persönlich bekannt sein und diese sich daher über die Bedürftigkeit von Antragstellern und Antragstellerinnen ein Bild aus eigener Anschauung machen²⁵, doch musste dies jenen nicht zwingend zum Nachteil gereichen. Wenn der Antragsteller die Gemeinderäte auch aus dem alltäglichen Leben kannte, war er unter Umständen besser in der Lage, deren Reaktionen oder Einschätzungen seiner oder ihrer Lage zu antizipieren.²⁶ Folge der Bedürftigkeitsprüfung war etwa die zuvor beschriebene detaillierte Vermögenserfassung des Antragstellers. Für Jakob N. fiel diese Prüfung relativ günstig aus, der Gemeinderat gewährte ihm auf diesen Antrag hin eine einmalige Beihilfe von 40,- RM.²⁷ Der Modus der Unterstützungsgewähr in diesem Falle darf als ein gutes Beispiel für das Bestreben der kommunalen Behörden im ländlichen Raum gesehen werden, „die Zahl der Unterstützungsempfänger und die Ausgaben für das Armenwesen möglichst gering zu halten.“²⁸ Indem die Unterstützung als Einmalzahlung geleistet wurde, vermieden die Armenverwalter dauerhafte Belastungen der Armenkasse durch regelmäßige Zahlungen oder in der Höhe nicht bestimmte Beihilfen.

Gegen diesen Bescheid legte Jakob N. einige Zeit später Einspruch ein.²⁹ Jedem Antragsteller stand ein solches Beschwerderecht an die nächsthöhere Verwaltungsinstanz zu, in den meisten Fällen war dies der Landrat des jeweiligen Kreises.

In seinem Beschwerdeschreiben argumentierte Jakob N. mit den nun vorliegenden Gesamtkosten der Krankenhausbehandlung in Höhe von 320,- RM und verwies darauf, dass er nicht in der Lage sei, „die restlichen 280,- RM ganz zu übernehmen“.³⁰ Sein Einspruch wurde jedoch abgelehnt.³¹ Die Gesundheitskommission des Kreises merkte in ihrer Stellungnahme für den Landrat an:

„Jakob N., der längere Zeit erkrankt war, ist nach Ansicht der Kommission nunmehr wieder erwerbsfähig und in der Lage, einer gewinnbringenden Beschäftigung nachzugehen. Auch der Kreisarzt hat sich vor unlangem Zeit dahin ausgesprochen, daß Jakob N. arbeitsfähig ist.“³²

Hierbei ist besonders der letzte – im Original nachträglich eingefügte – Satz von Interesse. Er verweist auf die besonderen Bedingungen des Antragsverfahrens im Falle von Unterstützungen, die aus gesundheitlichen Gründen beantragt wurden. In derartigen Fällen waren die Gemeinderäte dazu angehalten, zur Beurteilung des Gesundheitszustandes der Antragsteller ein ärztliches Gutachten einzuholen. Zwar bestand dazu keine Verpflichtung im rechtlichen Sinne, in diesem Fall nutzten die entsprechenden Stellen das ärztliche Urteil aber offenbar, um ihre ablehnende Entscheidung zu stützen.

Gegen den erneuten ablehnenden Beschluss auch der übergeordneten Verwaltungsebene legte Jakob N. aber seinerseits erneut mit folgender Argumentation Beschwerde ein:

„Durch die schlechte wirtschaftliche Notlage in der ich mich befinde, bin ich nicht in der Lage, die restlichen 280 RM ganz zu übernehmen. Meinen ganzen Erlös vom Traubenverkauf mußte ich für Zinsen [sic] bezahlen, auf mein Wohnhaus konnte ich noch keinen Pfg. abbezahlen, weil seit 1928 fast dauernd krank war. Durch mein Dienstbeschädigungsleiden Narben am linken Unterkiefer mit Behinderung der Kaufähigkeit und Narben am linken Oberarm als Folge der erlittenen Verwundung bin ich in der Ausübung meiner Tätigkeit als Winzer behindert, denn ich war jetzt bei der Zeltinger St. Stephans Bruderschaft beschäftigt, seid dem 6. ds. Mts. bin ich wieder krank, eine geeignete Beschäftigung nach meinem Gesundheitszustande konnte bis heute noch keine Berücksichtigung finden. Ich hatte ds. Js. schon zwei mal Hochwasser im Wohnhause durch den Hochwasserschaden habe ich noch keine Mittel dafür, um den Schaden auszubessern zu lassen. Ich bitte nach Möglichkeit die Gewährung eines Zuschusses zu bewilligen und zeichne hochachtend [...]“³³

In der argumentativen Gestaltung seiner Beschwerde berief sich Jakob N. insbesondere auf seinen prekären gesundheitlichen Zustand, um Bedürftigkeit zu begründen.³⁴ So fiel die Schilderung seiner Lebensumstände in diesem Folgeschreiben umfangreicher und detaillierter aus als in den vorangegangenen Schriftstücken. Dies entsprach einem verbreiteten Muster in der Korrespondenz um Unterstützung, bei dem die ersten Antragsschreiben sich üblicherweise auf das Anliegen und dessen Ursachen beschränkten.³⁵ War der erste Versuch nicht erfolgreich, gestalteten die Antragstellerinnen und Antragsteller in weiteren Anträgen oder Beschwerden ihre Schreiben zunehmend intensiver und detailreicher.³⁶ Jakob N. bezog sich dabei zunächst auf eine akute Erkrankung seiner selbst („seid dem 6. ds. Mts. bin ich wieder krank“) und verwies darauf, dass sein Krankheitszustand bereits sehr lange anhielt („seid 1928 fast dauernd krank“). Diese Hinweise kombinierte er mit einer Variation des genannten Musters, eine Krankheit ausführlicher darzustellen, indem er in seine Beschwerdeschrift erstmals eine ‚neue‘ Erkrankung einbaute. Dies dürfte vor allem darauf zurückzuführen sein, dass er in seinem ursprünglichen Antrag für seine Tochter eine Behandlung beantragt hatte, für die Ablehnung jedoch die angebliche Arbeitsfähigkeit von N. ausschlaggebend gewesen war. In seiner Beschwerde musste er folglich vor allem seine eigene Arbeitsunfähigkeit argumentativ untermauern.

Zu diesem Zweck verwies Jakob N. auf ein wiederaufgekommenes „Dienstbeschädigungsleiden“, eine Granatsplitterwunde, die er während seines Militärdienstes im Ersten Weltkrieg erhalten hatte. Bemerkenswert ist die Formulierung „Narben am linken Unterkiefer mit Behinderung der Kaufähigkeit und Narben am linken Oberarm als Folge der erlittenen Verwundung“, welche wie ein Zitat aus einem entsprechenden medizinischen Gutachten erscheint. Jakob N. machte sich mit der Übernahme ärztlicher Sprache damit in ähnlicher Weise wie zuvor bereits die Armenverwaltung eine ärztliche Expertise zunutze, um seine eigene Position zu festigen. Eine derartige instru-

mentelle Nutzung ärztlicher medizinischer Deutungskompetenz könnte als Hinweis auf deren weitgehende Akzeptanz im ländlichen Raum zu Beginn der 1930er Jahre zu werten sein. Die Berufung auf ein ärztliches Urteil konnte nämlich nur dann die eigene Argumentation stärken, wenn dieses Urteil gesellschaftlich verbreitet als in der Sache wesentlich anerkannt war.

Dennoch darf ein solcher Bezug nicht allein als zweckrationale Instrumentalisierung durch die Betroffenen verstanden werden. Die krankheitsbedingte Arbeitsunfähigkeit galt bereits seit Jahrhunderten als eines der wichtigsten Kriterien für die Unterstützungswürdigkeit eines Armen.³⁷ Wenn Jakob N. seine Krankheit in den Vordergrund der Schilderung rückte, nahm er damit zugleich Bezug auf ein sozial anerkanntes Bewertungsmuster. Die ‚unverschuldete‘ Armut stellte für die örtlichen Armenbehörden ein wesentliches Entscheidungskriterium über eine Antragsgewähr dar.³⁸ Gerade indem er die Kriegsbedingtheit seiner Erkrankung hervorhob, berief sich Jakob N. auf dieses Kriterium ‚unverschuldeter‘ Armut. Die Schilderung seiner Verhältnisse ist demnach nicht als eine möglichst Mitleid heischende Darstellung seiner Krankheit zu verstehen, vielmehr berief sich der Antragsteller auf überkommene und gesellschaftliche anerkannte Normen, deren Gültigkeit er für die eigene Würdigkeit in Anspruch nahm.

Sein Appell hatte offensichtlich Erfolg, denn bereits wenige Tage später bemühte sich der Bürgermeister auf verschiedene Weise, die von Jakob N. zu leistenden Zahlungen weiter zu reduzieren. Dazu berief er sich in einer Korrespondenz mit dem behandelnden Krankenhaus auf die Regelung, dass Behandlungen, welche auf Kosten der Armenfürsorge geleistet würden, entsprechend den Mindestsätzen der Preußischen Gebührenordnung abzurechnen wären. Aus dementsprechenden Neuberechnungen ergab sich so eine Minderung der Gesamtrechnung von 320,- RM auf nur noch 252,80,- RM.³⁹ Da Jakob N. bereits eine Beihilfe von 40,- RM zugesagt worden war, hätte er insgesamt nur noch 212,80,- RM zu zahlen gehabt, also rund 110,- RM weniger als vor seiner Antragsstellung. Da sich der Zahlungsanteil der Gemeinde bis zu diesem Zeitpunkt nicht erhöht hatte, hätten sowohl der kranke Arme wie auch die Gemeindeverwaltung von diesen Anstrengungen des Bürgermeisters profitiert.

Offenbar war Jakob N. mit der Darstellung seiner Lebensverhältnisse aber so erfolgreich gewesen, dass der Bürgermeister sich darüber hinaus auch noch für eine Erhöhung der kommunalen Beihilfe aussprach. „Mit Rücksicht darauf, dass Jakob N. jetzt wieder arbeitsunfähig ist“ plädierte er nun für eine Beihilfe von 130,- RM anstelle der vorher bewilligten 40,- RM.⁴⁰

Wie die weitere Korrespondenz zu diesem Fall erweist, war Jakob N. als ‚Gegenleistung‘ für die gewährte Beihilfe von 40,- RM zu Holzarbeiten im Gemeindewald bestellt worden, wobei jedoch die genannte Kriegsverletzung bei dieser Gelegenheit

erneut „neuralgische Schmerzen im Oberarm“ hervorgerufen hatte.⁴¹ Daraufhin war Jakob N. wiederum als erwerbsunfähig eingestuft worden.

Auf die Stellungnahme des Bürgermeisters reagierte der übergeordnete Kreisausschuss mit einer bemerkenswert ambivalenten erneuten Anfrage an den Bürgermeister mit folgendem Inhalt:

„Es hat den Anschein, als ob es sich bei der Arbeitsunfähigkeit mehr oder weniger wieder um eine simulierte Arbeitsunfähigkeit handelt. Zieht Jakob N. seine Beschwerde zurück, falls die weitere Unterstützung von 130,- RM gewährt wird?“⁴²

Die Ausschussmitglieder bewerteten die erneute Erkrankung des Jakob N. nunmehr zwar als Simulantentum, dennoch reagierten sie nicht mit einer Ablehnung der Anfrage des Bürgermeisters, sondern schlugen gewissermaßen einen Handel vor. Als der Bürgermeister eine entsprechende Anfrage an Jakob N. richtete, stimmte dieser der Vereinbarung zu.

Obwohl er als Antragsteller keinen Rechtsanspruch auf Unterstützung besaß, war es Jakob N. durch eine geschickte Nutzung der ihm zur Verfügung stehenden Möglichkeiten – Verweise auf ärztliche Urteile, Formulierungsmuster und wiederholte Beschwerden – offensichtlich möglich, die Summe seiner Zahlungen von 320,- RM auf nur noch 122,80,- RM, also nur noch knapp 40% der ursprünglichen Summe, zu senken. Am Ende des Aushandlungsprozesses gelang dem Antragsteller sogar eine bemerkenswerte Umkehrung der Initiative, insofern der weitere Fortgang nicht wie anfangs von den Entscheidungen der Armenverwaltung abhing, sondern diese nun seine Entscheidung abwarten musste.

Aus seinen früheren Begegnungen mit der Armenverwaltung hatte Jakob N. vermutlich einige Erfahrungen über Abläufe und Spielräume in den Entscheidungsprozessen gewonnen, welche ihm nun wieder zugute kamen. Die dadurch erworbene Fähigkeit, Mechanismen und Personen des Entscheidungsprozesses einschätzen zu können, versetzte ihn in die Lage, seine eigenen Interessen gegenüber der Armenverwaltung „langfristig und gezielt“ wahrzunehmen.⁴³ Ein langfristiger Denkansatz bei Jakob N. hatte sich – wie zuvor erwähnt – bereits durch die freiwillige Mitgliedschaft in der Ortskrankenkasse angedeutet.

Stand bisher primär das Handeln Jakob N.s im Vordergrund, zeigt der weitere Fortgang des Falls, dass auch die örtliche Armenverwaltung durchaus kreativ sein konnte, die eigenen Belastungen zu vermindern. Der Landrat als Vorsitzender des Kreisausschusses teilte dem Bürgermeister die Bewilligung der Beihilfe wie folgt mit:

„Ich bin mit der Gewährung der Unterstützung von 130,- RM einverstanden. Ich ersuche jedoch sofort einen Antrag auf Gewährung einer Beihilfe aus Restmitteln der Winzerfürsorge,

nach dem hierfür vorgeschriebenen Formular aufzunehmen und in Vorlage zu bringen. Zweckmäßigerweise wird von der Auszahlung des Betrages von 130,- RM zunächst abgesehen, bis über den Antrag auf Gewährung einer Beihilfe aus der Winzerfürsorge entschieden ist.⁴⁴

Hinter dem Begriff der Winzerfürsorge verbarg sich eine Reihe von Sonderprogrammen, die von der Reichsregierung aufgelegt worden waren, um die schlechte wirtschaftliche Lage der Winzer an der Mosel abzumildern.⁴⁵ Da die entsprechenden Mittel aus dem Haushalt des Reiches aufgebracht wurden, bedeutete das Vorhaben des Landrats nichts anderes, als die Kosten für die Beihilfe an Jakob N. auf Umwegen von der kommunal- und kreisfinanzierten Armenfürsorge auf die Reichskasse zu verlagern.

Nachdem Jakob N. diesem Vorgehen zugestimmt hatte, lagen bereits kurze Zeit später die für den Antrag benötigte Vermögensaufstellung sowie eine Angabe des „Grundes für die entstandene Notlage“ vor:

„Er war in den letzten Jahren viel von Krankheiten in seiner Familie heimgesucht, wodurch ihm ganz erhebliche Kosten entstanden sind. Die Tochter Anna war kürzlich an Mandelentzündung und Mittelohrentzündung erkrankt. Durch die Krankenbehandlung sind 252,- RM Kosten entstanden. Jakob N. selbst ist infolge seiner Kriegsverwundung erwerbsunfähig. Bis heute war es ihm noch nicht möglich, in den Genuß von Renten zu kommen. Um dem Jakob N. Arbeitsverdienst zu verschaffen, wurde er in dem diesjährigen Holzschlag der St.-Sebastianus-Bruderschaft beschäftigt. Nach einer Arbeitszeit von etwa 2 Wochen mußte er jedoch diese Arbeit infolge Erkrankung wieder aufgeben. Er ist ohne sein Verschulden in eine große Nothlage geraten. Ich befürworte eine einmalige Unterstützung von 130,- RM.“⁴⁶

Bei einem Vergleich dieser Angaben mit den zuvor im Rahmen des Armenunterstützungsverfahrens vorgenommenen Beurteilungen fällt auf, dass jeglicher Verweis auf eine vermutete Krankheitssimulation aus dem Bericht verschwunden war. Stattdessen wurde ausdrücklich hervorgehoben, dass Jakob N. ohne eigenes Zutun in Notlage geraten war, wahrscheinlich um die Chancen des Antrags auf Gewähr zu erhöhen. In der Tat wurden Jakob N. aus Mitteln der Winzerfürsorge 75,- RM Beihilfe gewährt, welche von der Armenverwaltung mit den gewährten 130,- RM Unterstützung verrechnet wurden.⁴⁷

Ähnlich wie Jakob N. nutzte also auch die Armenverwaltung die verfügbaren Möglichkeiten der finanziellen Gestaltung und Entlastung aus. Besonders deutlich weist die Auslassung des Simulationsverdachts im Antragsverfahren darauf hin, dass die Darstellungsweisen der Armenverwaltung ähnlich zielgerichtet waren wie die Krankheit betonenden Formulierungen des Jakob N. Die notwendige Zustimmung des Betroffenen zu diesem Antrag macht außerdem deutlich, dass die Gewähr von Unterstützungsleistungen keinesfalls als einseitige, machtbasierte Entscheidung gesehen werden darf. Vielmehr handelte es sich um einen Prozess der Verhandlung, in dem

alle Beteiligten ihre Interessen einbringen konnten. Zudem werden unterschiedliche Facetten der Interaktion zwischen den Beteiligten erkennbar. Während anfangs Praktiken von Ablehnung und Beschwerde eine eher konfrontative Auseinandersetzung beförderten, bewiesen beide Seiten zum Ende hin Kooperationsbereitschaft, um die Ressourcen Dritter – im vorliegenden Fall in Form der Winzerfürsorge des Reiches – für sich nutzbar zu machen.⁴⁸

Resümee

Im Mittelpunkt des vorliegenden Beitrags standen die finanziellen Folgen einer Erkrankung und deren Bewältigung durch die Betroffenen anhand eines durch die dichte Aktenlage hervorragend belegten Einzelbeispiels. Es zeigte sich, dass die Belastungen außerordentlich hohe Beträge erreichen konnten. Insbesondere galt dies für Angehörige der unteren sozialen Schichten, die über wenig finanzielle Reserven verfügten, um derartige Ausgaben – zumal wenn diese unvorhergesehen auftraten – tragen zu können. Am Beispiel des hier vorgestellten Falles zeigte sich, dass der öffentlichen Armenunterstützung in solchen Fällen eine wesentliche Rolle zukam. Durchaus bemerkenswert ist, dass die Betroffenen im Rahmen der Antragstellung Einflussmöglichkeiten besaßen, die gerade im Falle krankheitsbedingter Unterstützungen vergleichsweise groß sein konnten. Intensive und detaillierte Schilderungen in den Antragschreiben hoben die Schwere der jeweiligen Erkrankung hervor, der Verweis auf ärztliche Urteile versah die eigene Darstellung mit zusätzlicher Autorität. Dabei rekurrten die Schilderungen zumindest implizit auf tradierte Bewertungen des oder der Kranken als besonders schutz- und unterstützungsbedürftigem Individuum. Die im gegebenen Fall über mehrere Instanzen ausgetragenen Auseinandersetzungen um die konkrete Höhe der finanziellen Zuwendung können dabei als ein Prozess der Aushandlung zwischen den Beteiligten verstanden werden, in dem auch die formalrechtlich schwächeren Antragstellerinnen und Antragsteller durch geschicktes Taktieren ihre Interessen wirksam vertreten konnten.

Aus diesen Beobachtungen erwachsen darüber hinaus Überlegungen im Hinblick auf das eingangs erwähnte Konzept eines „coping with sickness“. Der Begriff der Bewältigung ist darin bewusst weit gefasst worden, um individuelle wie gesellschaftliche Formen des Umgangs mit Krankheit und Kranken, medizinische, soziale und materielle Folgen für Betroffene und ihr engeres und weiteres Umfeld einbeziehen zu können.⁴⁹ In der Praxis hat die Forschung in diesem Feld sich allerdings in erster Linie auf Konzeptionen von Krankheit und die körperlichen Komponenten von Erkrankungen und deren Wahrnehmungen konzentriert.⁵⁰ Auch in sozialer Hinsicht ist die Medizin-

geschichte bisher kaum in die unteren Schichten oder zu gesellschaftlichen Randgruppen vorgedrungen.⁵¹ Ob hier ein Zusammenhang zwischen der relativen sozialen Abgesichertheit der Patientinnen und Patienten und der vergleichsweise geringen Rolle finanzieller Aspekte in Quellen und Forschungen besteht, kann hier nicht beantwortet werden. Die hier unternommene Einzelfallanalyse anhand von Armenakten deutet jedoch an, dass derartige Untersuchungen dazu beitragen, das Bild der Krankheitsbewältigung in der Geschichte in mehrfacher Hinsicht klarer und differenzierter zu zeichnen.

¹ So der Titel einer Reihe von interdisziplinären Tagungen, die unter Leitung von John Woodward und Robert Jütte versuchten, die sozialgeschichtlichen Diskussionen um eine kulturgeschichtliche Erweiterung für die Sozialgeschichte der Medizin fruchtbar zu machen. Die Ergebnisse sind erschienen in *John Woodward u. Robert Jütte* (Hgg.): *Coping with sickness. Historical aspects of health care in a European perspective*. Sheffield 1995 (= *History of medicine, health and disease series*, 1); Diess.: (Hgg.): *Coping with sickness. Perspectives on health care, past and present*. Sheffield 1996 (= *History of medicine, health and disease series*, 2); Diess.: (Hgg.): *Coping with sickness. Medicine, law and human rights*. Sheffield 2002 (= *History of medicine, health and disease series*, 3).

² Im November 2004 waren 99,8 % der Bevölkerung der Bundesrepublik Deutschland gegen Krankheit versichert. 87,8 % waren Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung. Statistisches Bundesamt (Hg.): *Statistisches Jahrbuch 2004*, zitiert nach <http://www.bpb.de/wissen/S4VGR2.html> (20.12.2006).

³ *Katrin Marx: Armut und Armenfürsorge auf dem Land. Die Kreise Bernkastel und Wittlich von den 1880er Jahren bis 1933*. Dissertation, Trier 2005, hier 33-34.

⁴ Siehe dazu ausführlich *Marx* (wie Anm. 3), 80-93. Die Arbeit von Katrin Marx betritt mit ihrer Betrachtung einer ländlich geprägten Region hier weitgehend Neuland, da die lokalen und regionalen Ausprägungen von Armut bisher nur vereinzelt und für größere Städte erforscht worden. Vgl. dazu *Wilfried Rudloff: Im Souterrain des Sozialstaates: Neuere Forschungen zur Geschichte von Fürsorge und Wohlfahrtspflege im 20. Jahrhundert*. In: *Archiv für Sozialgeschichte* 42 (2002), 474-520.

⁵ *Marx* (wie Anm. 3), 394, Tab. 45.

- ⁶ Landeshauptarchiv Koblenz (fürderhin LHAK), Bestand 655,123 Nr. 822, Antrag des Jakob N. vom 18. März 1930.
- ⁷ LHAK Best. 655,123 Nr. 822, Schreiben des Jakob N. vom 10. August 1930.
- ⁸ LHAK Best. 655,123 Nr. 971, Schreiben der AOK Bernkastel vom 28. Juni 1928.
- ⁹ LHAK Best. 655,123 Nr. 822, Schreiben des Jakob N. vom 15. Januar 1929.
- ¹⁰ LHAK Best. 655,123 Nr. 822, Schreiben des Jakob N. vom 15. Januar 1929.
- ¹¹ LHAK Best. 655,123 Nr. 822, Schreiben der AOK Bernkastel vom 15. November 1930.
- ¹² LHAK Best. 655,123 Nr. 822, Antrag des Jakob N. vom 18. März 1930.
- ¹³ LHAK Best. 655,123 Nr. 822, Schreiben des Jakob N. vom 15. Januar 1929. Nähere Angaben zum Geschlecht des Kindes oder Erwerbstätigkeit der Ehefrau sind nicht vorhanden.
- ¹⁴ *James Stephen Taylor: Voices in the Crowd: The Kirkby Lonsdale Township Letters, 1809-36.* In: Timothy Hitchcock u. a. (Hgg.): *Chronicling Poverty. The Voices and Strategies of the English Poor, 1640 -1840.* London 1997, 109-126; *Thomas Sokoll: Selbstverständliche Armut. Armenbriefe in England 1750-1834.* In: Winfried Schulze (Hg.): *Ego-Dokumente. Annäherung an den Menschen in der Geschichte. Beiträge einer Konferenz über die „Ego-Dokumente“ vom 4.-6. Juni 1992 in der Werner-Reimers-Stiftung in Bad Homburg.* Berlin 1996 (= *Selbstzeugnisse der Neuzeit*, 2), 227-271, hier 262; Ders.: *Old Age in Poverty. The Record of Essex Pauper Letters, 1780-1834* In: Timothy Hitchcock u. a. (Hgg.): *Chronicling Poverty. The Voices and Strategies of the English Poor, 1640 -1840.* London 1997, 127-154, hier 132.
- ¹⁵ *Helmut Bräuer: Persönliche Bitschriften als sozial- und mentalitätsgeschichtliche Quellen. Beobachtungen aus frühneuzeitlichen Städten Obersachsens.* In: Gerhard Ammerer u. a. (Hgg.): *Tradition und Wandel. Beiträge zur Kirchen-, Gesellschafts- und Kulturgeschichte.* Festschrift für Heinz Dopsch. Wien u. München 2001, 294-304, hier 301.
- ¹⁶ *Marx* (wie Anm. 3), 109, 121-123, 312-315.
- ¹⁷ *Martin Rheinheimer* spricht von einem „konkreten Ziel“ des Antrags: ders.: *Armut in Großsolt (Angeln).* In: *Zeitschrift der Gesellschaft für schleswig-holsteinische Geschichte*, 118 (1992), 21-133, hier 26.
- ¹⁸ *Sokoll* 1997 (wie Anm. 14), 29; *Taylor* (wie Anm. 14), 114.
- ¹⁹ Vergleich der Belastung: In der Bundesrepublik Deutschland gelten für Familien mit mehr als zwei Kindern heute (2007) krankheitsbedingte Ausgaben, die in ihrer Höhe 1% des Gesamtbetrages der Einkünfte überschreiten, als Steuer mindernde „Außergewöhnliche Belastung“.
- ²⁰ LHAK Best. 655,123 Nr. 822, Schreiben des Jakob N. vom 15. Januar 1929.
- ²¹ LHAK Best. 655,123 Nr. 822, Schreiben des Jakob N. vom 15. Januar 1929. Eventuell spiegelt sich in den Zahlen auch der Verdienstaustausch der Ehefrau infolge der Geburt des jüngsten Kindes wider.
- ²² *Marx* (wie Anm. 3), 60-67. Zu den Strukturebenen der Armenhilfe vgl. ebd., 48-59.
- ²³ Siehe dazu *Christoph Sachße, Florian Tennstedt, u. Elmar Roeder: Armengesetzgebung und Freizügigkeit.* Darmstadt 2000 (= *Quellensammlung zur Geschichte der deutschen Sozialpolitik 1867-1914*, 7), XXIV-XXVIII sowie Nr. 86 der dortigen Quellensammlung.
- ²⁴ *Marx* (wie Anm. 3), 60-65.
- ²⁵ Ebd., 290. Einige regionale Beispiele dazu ebd., 300-309.
- ²⁶ Ebd., 108 u. 291; *Anne Crouther: Health Care and Poor Relief in Provincial England.* In: Ole Peter Grell u.a. (Hgg.): *Health Care and Poor Relief in 18th and 19th Century Northern Europe.* Aldershot 2002, 203-219, hier 209.
- ²⁷ LHAK Best. 655,123 Nr. 822, Schreiben des Bürgermeisters vom 22. Juli 1930.

- ²⁸ *Marx* (wie Anm. 3), 121; ähnlich auch *Ute Redder*: Die Entwicklung von der Armenhilfe zur Fürsorge in dem Zeitraum von 1871 bis 1933. Eine Analyse unter Aufgaben-, Ausgaben- und Finanzierungsspekten am Beispiel der Länder Preußen und Bayern. Bochum 1993 (= Bochumer wirtschaftswissenschaftliche Studien, 133), 112.
- ²⁹ LHAK Best. 655,123 Nr. 822, Schreiben des Jakob N. vom 10. August 1930.
- ³⁰ LHAK Best. 655,123 Nr. 822, Schreiben des Jakob N. vom 10. August 1930.
- ³¹ Ebd., Beschluss des Kreisausschusses vom 25. November 1930.
- ³² Ebd., Stellungnahme der Gesundheitskommission vom 15. August 1930.
- ³³ LHAK Best. 655,123 Nr. 822, Schreiben des Jakob N. vom 08. Dezember 1930.
- ³⁴ Zu krankheitsunabhängigen Gestaltungselementen von Unterstützungsanträgen, etwa die Betonung des eigenen Arbeitswillens oder die Versicherung einer nur begrenzten Inanspruchnahme der Unterstützung, vgl. *Marx* (wie Anm. 3), 115-121.
- ³⁵ Siehe ebd., 116.
- ³⁶ Ebd., 134; *Christa Gysin-Scholer*: Krank, allein, entblösst. „Drückendste Armut“ und „äusserste Not“ im Baselbiet des 19. Jahrhunderts. Liestal 1997 (= Quellen und Forschungen zur Geschichte und Landeskunde des Kantons Basel-Landschaft, 62), 17.
- ³⁷ *Bronislaw Geremek*: Geschichte der Armut. Elend und Barmherzigkeit in Europa. München 1988, 64; *Völker Hunecke*: Überlegungen zur Geschichte der Armut im vorindustriellen Europa. In: *Geschichte und Gesellschaft*, 9 (1983), 480-512, hier 497; *Rheinheimer* (wie Anm. 17), 54.
- ³⁸ Dazu *Marx* (wie Anm. 3), 293-311.
- ³⁹ LHAK Best. 655,123 Nr. 822, Schreiben des Bürgermeisters vom 12. Dezember 1930; Ebd., Schreiben des Bürgermeisters vom 13. Dezember 1930. Zu den Mindestsätzen der Gebührenordnung vgl. *Johannes Hardt*: Preußische Gebührenordnung für approbierte Ärzte und Zahnärzte vom 1. September 1924.
- ⁴⁰ LHAK Best. 655,123 Nr. 822, Schreiben des Bürgermeisters vom 13. Dezember 1930.
- ⁴¹ Ebd., Schreiben des Bürgermeisters vom 23. Dezember 1930; Schreiben der AOK Bernkastel vom 30. Dezember 1930.
- ⁴² Ebd. Schreiben des Kreisausschusses vom 09. Januar 1931.
- ⁴³ *Claudia Ulbrich*: Zeuginnen und Bittstellerinnen. Überlegungen zur Bedeutung von Ego-Dokumenten für die Erforschung weiblicher Selbstwahrnehmung in der ländlichen Gesellschaft des 18. Jahrhunderts In: Schulze (Hg.) (wie Anm. 14), hier 214. *Sokoll* 1996 (wie Anm. 14), 240 unterstreicht, dass „Strategien“ der Armen wie im Falle Jakob N.s, auch auf einer guten Kenntnis der finanziellen Belastungen und Spielräume der Armenverwaltungen beruhen.
- ⁴⁴ LHAK Best. 655,123 Nr. 822, Schreiben des Kreisausschussvorsitzenden vom 29. Januar 1931.
- ⁴⁵ Dazu ausführlich *Christof Krieger*: Nationalsozialistische Weinbaupolitik an der Mosel, 1930-1939, Voraussetzungen, Methoden und Ergebnisse. Magisterarbeit, Universität Trier 2002.
- ⁴⁶ LHAK Best. 655,123 Nr. 822, Verhältnisaufstellung für Jakob N. vom 03. Februar 1931.
- ⁴⁷ LHAK Best. 655,123 Nr. 822, Vorschrift zum Bewilligungsbescheid vom 11. März 1931.
- ⁴⁸ Ähnlich wie es Jane Lewis für das 20. Jahrhundert in England konstatierte, zeigt sich auch hier das kooperierende und konkurrierende Verhältnis der Akteure in einer „mixed economy of welfare“ auch für den speziellen Fall der Krankheit. Vgl. *Jane Lewis*: Agents of Health Care: The Relationship between Family, Professionals and the State in the Mixed Economy of Welfare in Twentieth-Century Britain. In: John Woodward u. Robert Jütte (Hg.): *Coping with sickness. Perspectives on health care, past and present*. Sheffield 1996 (= History of medicine, health and disease series, 2), 161-177.
- ⁴⁹ Die breite Vielfalt der Ansätze spiegelt sich auch in der Breite der in der Publikation einbezoge-

nen Fächer – Anthropologie, Medizin, Historiographie, Philosophie, Psychiatrie – wider. Vgl. *John Woodward: Health Care, Past and Present*. In: Woodward u. Jütte (Hgg.) (wie Anm. 48), 2. Die Einordnung verschiedener Möglichkeiten der Unterstützung und Absicherung in ein Gesamtspektrum und deren Verhältnisse untereinander unternimmt hier vor allem der Beitrag von *Jane Lewis: Agents of Health Care: The Relationship between Family, Professionals and the State in the Mixed Economy of Welfare in Twentieth-Century Britain*. In: Woodward u. Jütte (Hgg.) (wie Anm. 48), 161-177.

⁵⁰ Etwa *Robert Jütte: Krankheit und Gesundheit im Spiegel von Hermann Weinsbergs Aufzeichnungen*. In: Manfred Groten (Hg.): *Hermann Weinsberg (1518-1597). Kölner Bürger und Ratsherr. Studien zu Leben und Werk*. Köln 2005 (= *Geschichte in Köln Beihefte*, 1), 231-251. Die Erforschung der körperlichen Seite von Krankheit ist inzwischen in der Körpergeschichte einer der zentralen Gegenstände einer eigenen Subdisziplin. Vgl. *Dagmar Ellerbrock: Körper-Moden – Körper-Grenzen*. In: *Neue Politische Literatur*, 49 (2004), 53-84.

⁵¹ Vgl. hierzu aber *Susan Gross Solomon: The Health of the 'Other': Medical Research and Empire in 1920s Russia*. In: Woodward u. Jütte (Hgg.) (wie Anm. 48), 137-160. Die Autorin zeigt darin auf, wie die medizinische Untersuchung und Erfassung ethnischer und geographischer Randgruppen in der Sowjetunion Ende der 1920er Jahre zu deren – zumindest rhetorischem – Einbezug in die „neue“ sowjetische Gesellschaft beitrug.

Die Gründung der Landesstelle Tirol der Österreichischen AIDS-Hilfe 1986

Ein Beispiel für die gelungene Zusammenarbeit zwischen Betroffenen, medizinischen ExpertInnen und Gesundheitspolitik?

Alois Unterkircher

„AIDS hat viele Gesichter!“¹

AIDS hat viele Gesichter. Mit dieser Kampagne aus den 1990er Jahren wollte die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung in Deutschland dieser vielfach verschwiegenen und deshalb unsichtbaren Krankheit mittels authentischer Interviews von an HIV/AIDS Erkrankten ein menschliches und realitätsnahes Gesicht geben. Die reich bebilderte Informationsbroschüre sollte auch dem aus vielen Vorurteilen und Falschinformationen bestehenden „Gerippe“ der Medienbotschaft, die seit 1982 verkündet wird², nämlich dass HIV/AIDS überwiegend Menschen aus „Risikogruppen“ betreffe und somit immer „die Anderen“, entgegenwirken.

Doch nicht nur hinsichtlich der heterogenen Zusammensetzung der von dieser Immunschwächekrankheit betroffenen Menschen zeigte HIV/AIDS ein facettenreiches Gesicht. Auch die gesellschaftspolitischen Kontroversen, die im Umfeld von HIV/AIDS seit dessen erstem Auftauchen zu Beginn der 1980er Jahre entstanden sind, blieben nicht auf eine spezielle Wissenschaftsdisziplin beschränkt. Das Sprechen über die neuartige Erkrankung und – sobald es entdeckt war – über das Virus, das die Syndrome auslöste, verließ sehr rasch den internen medizinischen Fachdiskurs der virologischen, immunologischen und molekularbiologischen Labors und half als AIDS-Diskurs mit, in der öffentlichen Wahrnehmung „eine Realität [zu] konstruieren, die als ‚Seuche‘ erfahren wird“³. AIDS war zu einer allgemein gebräuchlichen Metapher⁴ geworden, derer sich VertreterInnen der Gesundheits- wie der Gesellschaftspolitik, der Sexual- wie der Kulturwissenschaften, der Jurisdiktion sowie der Religionen ebenso selbstverständlich bedienten wie beunruhigte LesebriefschreiberInnen und kämpferische AkteurInnen der ACT UP-Bewegung⁵.

Die Kulturwissenschaftlerin Brigitte Weingart arbeitet in ihrer Studie überzeugend heraus, warum der Diskurs über AIDS von verschiedenen Kräften der Gesellschaft zur Stärkung ihrer Position als „Schauplatz von Grenzverhandlungen [...], in denen stellvertretend eine Reihe anderer gesellschaftlicher Diskussionen ausgetragen werden“⁶, genutzt werden konnte. AIDS besitze, und damit stimmt Weingart mit Paula Treichel überein, eben nicht nur ein klinisches Krankheitsbild, sondern sei vor allem auch „an epidemic of meanings and signification“⁷. Wie viele unterschiedliche Bedeutungsebenen und Interessenskonflikte im Sprechen über HIV/AIDS tatsächlich aufeinander trafen, zeigten auch die Geleitworte zum 15-jährigen Jubiläum der AIDS-Hilfe Tirol von der damaligen Leiterin Margit Mennert. In Anbetracht der gesellschaftlichen Reichweite dieser Erkrankung siedelte Mennert eine wirksame AIDS-Hilfe-Arbeit „an der Schnittstelle von verschiedenen funktionalen Teilsystemen der Gesellschaft, wie z.B. Gesundheitssystem, Rechtssystem, Politik“⁸ an. Exemplarisch vorgeführt wurde diese Interessensüberlagerung etwa im Falle der Beschlagnahmung einer an schwule Männer gerichteten, reich bebilderten Aufklärungsbroschüre der Deutschen AIDS-Hilfe, die für ein Wiener Beratungszentrum bestimmt war, durch österreichische Zollbeamte im Jahre 1990.⁹ Anlass dazu gab der in Österreich zu dieser Zeit noch gültige Gesetzesparagraph 220, der die „Werbung für Unzucht mit Personen des gleichen Geschlechts oder mit Tieren“ untersagte. Die Starrheit des Rechtssystems siegte über die Belange des Gesundheitssystems, doch schlussendlich schaffte die Politik den entsprechenden Paragraphen mit dem Hinweis auf dessen Unvereinbarkeit mit einer wirksamen AIDS-Prävention im Jahre 1996 ab.

„AIDS geht alle an!“, hieß einer der frühen Slogans der Deutschen AIDS-Hilfe, mit dem den sich abzeichnenden Diskriminierungsgefahren und Ausgrenzungstendenzen gegenüber HIV-infizierten und an AIDS erkrankten Homosexuellen entgegen-gesteuert werden sollte.¹⁰ Angesichts der vielfältigen Diskurse um diese Immunschwächekrankheit und der daran beteiligten Fachdisziplinen erschien dieser Aufruf mehr als gerechtfertigt.

Wenn AIDS nun „alle angeht“, mit welchen Fragestellungen könnte sich eine kulturwissenschaftliche Disziplin wie die Europäische Ethnologie dem „AIDS-Phänomen“ nähern?¹¹ Ein kulturwissenschaftlicher Zugang zu HIV/AIDS etwa aus der Perspektive der Medikalkulturforschung müsste an Konzepte und Fragestellungen der neueren volkswissenschaftlichen Gesundheitsforschung anknüpfen, die in Abgrenzung zur und in Erweiterung der älteren „Volksmedizinforschung“ in den letzten Jahrzehnten entwickelt wurden.¹² Eberhard Wolff sichtet in einem Beitrag aus dem Jahre 2003 viele ältere Arbeiten zur Gesundheitsforschung hinsichtlich Themenstellung, Erkenntnisinteresses und zugrundeliegender Vorannahmen und fasst seine Kritik anschließend zu-

sammen.¹³ Laut Wolff entstünden drei der grundlegenden Problematiken der älteren volkskundlichen Forschungen zu Gesundheit und Krankheit aus der thematischen Enge vieler Untersuchungen, aus einem selektiven Blick auf den zu behandelnden Gegenstand sowie aus der Annahme, „volksmedizinische“ Phänomene seien nach außen hin von der „Schulmedizin“ abgeschlossen und von deren Lehrgebäuden unbeeinflusst. Durch die Prämisse eines von der professionalisierten Medizin scharf trennbaren „Anderen“ liefen Arbeiten dieser Ausrichtung Gefahr, „ihre eigenen Vorverständnisse in ihren Forschungsgegenstand hineinzuzinterpretieren und somit Konstrukte zu produzieren“¹⁴. Fragen zu den vielfältigen Aushandlungsprozessen zwischen „PatientInnen“¹⁵ und ÄrztInnen oder zur Wissensaneignung medizinischer „Laien“ stellten sich den meisten an diesem „Konstrukt Volksmedizin“ Arbeitenden lange Zeit nicht. Erst in den letzten Jahren rücken Fragestellungen dieser Art in den Blickpunkt des Interesses volkskundlicher Gesundheitsforschung.¹⁶

In diesem Sinne vermag eine Untersuchung der Entstehungsgeschichte der Österreichischen AIDS-Hilfe aus der Sicht volkskundlicher Gesundheitsforschung einen Einblick in die komplexen Interaktionsprozesse zwischen Betroffenen und medizinischen ExpertInnen zu eröffnen. Die Institutionalisierung von AIDS-Hilfen wird vielfach als Ergebnis erfolgreicher Interventionen und Initiativen von Betroffenen- und Selbsthilfegruppen beschrieben¹⁷, „die den mangels wirksame[r] Therapien von der Medizin nicht besetzten Handlungsraum produktiv nutzte“¹⁸. Mit der Frage nach den unmittelbaren Entstehungsbedingungen dieser spezifischen Beratungs- und Betreuungseinrichtung verlässt man nun die einstige thematische Enge einer „Volksmedizinforschung“, die sich ausschließlich auf die Analyse „außerschulmedizinischer“, „magisch-irrationaler“ Praktiken der Krankheitsbewältigung und -behandlung innerhalb des dominierenden medizinischen Systems konzentriert hatte. Durch die Eingrenzung der Fragestellung auf die Tiroler Landesstelle der Österreichischen AIDS-Hilfe ergibt sich zudem ein klar umgrenzter regionaler, zeitlicher und sozialer Raum, anhand dessen Aspekte des AIDS-Diskurses herausgearbeitet werden können – so etwa der offizielle gesundheitspolitische Umgang mit HIV/AIDS, die Einbindung von „medizinischen Laien“ in die gewählten Präventionsstrategien oder die Bedeutung dieses spezifischen Gesundheitsangebotes für HIV-positiv Getestete und an AIDS Erkrankte.

Am Anfang meiner folgenden Ausführungen stehen ein kurzer Überblick über die Entdeckungsgeschichte des HI-Virus sowie grundlegende epidemiologische Daten zur Entwicklung der HIV/AIDS-Raten weltweit und in Österreich. Im Anschluss folgt der Versuch der Rekonstruktion jener gesellschaftlichen Rahmenbedingungen, die in der österreichischen und speziell in der Tiroler Gesundheitspolitik die Strategien im Umgang mit HIV/AIDS bestimmten und die Einrichtung einer AIDS-spezifischen Beratungsstelle beförderten. Dabei lehne ich mich an jenes Vier-Phasenmodell an, das

der an der TU Berlin tätige Präventionsexperte Rolf Rosenbrock gemeinsam mit seinen KollegInnen 2002 vor dem Hintergrund sich abzeichnender Normalisierungstendenzen in Bezug auf HIV/AIDS entwickelt hat.¹⁹ Nach diesem Modell wäre Phase eins gekennzeichnet durch die Formierung einer *exceptionalist alliance* aus AktivistInnen von Betroffenenengruppen und verschiedener sozialer Bewegungen sowie von VertreterInnen der Politik und des Gesundheitssystems (ca. 1981-1986), Phase zwei durch die Konsolidierung sich bewährt habender Projekte (1986-1991), Phase drei durch erste Auflösungstendenzen der *exceptionalist alliance* (ca. 1991-1996) und Phase vier durch die Normalisierung von AIDS in den hochindustrialisierten Ländern (ca. ab 1996). Da ich in diesem Beitrag das in der Mitte der 1980er Jahre herrschende gesellschaftliche Umfeld, in dem die Gründung der Österreichischen Aids-Hilfe/Landesstelle Tirol im Jahre 1986 eingebettet war, nachzuzeichnen versuche, werde ich mich ausschließlich auf die erste Phase des Modells („Entstehung des *exceptionalism*“) mit Ausblick auf die zweite Phase konzentrieren. Zu dieser ersten Phase bemerken Rosenbrock u.a.: „Unter hoher Unsicherheit, zum Teil beträchtlichen politischen Spannungen und Zeitdruck müssen Policies konzeptualisiert, entschieden und umgesetzt, zum Teil auch institutionalisiert werden.“²⁰ Inwiefern ist die These von einer solchen *exceptionalist alliance* auch für die damalige Situation in Österreich und in Tirol gültig?

Der vorliegende Beitrag basiert neben Literatur aus den Kultur- und Gesundheitswissenschaften sowie Materialien aus dem Archiv der Aids-Hilfe Tirol (Pressespiegel, öffentliche Aussendungen) auf vier Interviews mit Personen, die am Aufbau der Landesstelle Tirol der Österreichischen Aids-Hilfe (ÖAH) sowie an den Verhandlungen um eine effiziente Betreuung von an HIV/AIDS Erkrankten beteiligt waren. Reinhard Wibmer war 1986 erster Leiter der Landestelle Tirol, Armand Hausmann Aktivist der regionalen Homosexuellen Initiative (HOSI Tirol); Elisabeth Hasenauer wob in ihrer damaligen Funktion als Leiterin des Mobilen Hilfsdienstes (MOHI) in Zusammenarbeit mit anderen Pflegeeinrichtungen am Netz zur ambulanten Betreuung von Infizierten mit. Fritz Aull war zwar nicht aktiv in die Gründungsgeschichte involviert, nimmt als Psychologe in der Aids-Hilfe Tirol aber eine wichtige Funktion im derzeitigen „Netzwerk Aids-Hilfe“ ein und konnte mir wertvolle Zusatzinformationen „aus der Distanz“ geben. Ein Interview mit dem mittlerweile in Berlin lebenden Michael Halhuber, Gründer der HOSI Tirol und ebenfalls aktiv um die Institutionalisierung einer Aids-spezifischen Betreuungs- und Beratungsstelle bemüht, kam trotz der Bemühungen um ein Treffen in Innsbruck leider nicht zustande. Robert Zangerle, Leiter der Aids-Ambulanz an der Uniklinik Innsbruck und Initiator des „HIV/AIDS Netz Innsbruck“ nahm auf meine Anfrage hin von einem Interview Abstand. Alle vier leitfadengestützten Interviews fanden in den jeweiligen Büros der Gewährspersonen statt

und dauerten von einer halben bis zu einer ganzen Stunde. Nicht eingesehen wurden hingegen der behördliche Briefverkehr und Schriftstücke in den jeweils zuständigen gesundheitspolitischen Stellen von Bund, Land und der Stadt Innsbruck.

1. HI-Virus und AIDS: Entdeckungsgeschichte und Epidemiologie

Im März 1983 berichtete das österreichische Wochenmagazin PROFIL erstmals in der hiesigen Presselandschaft ausführlich über jene „geheimnisvolle Seuche“²¹, die in Wiens homosexueller Szene für Unruhe sorgte. Folgt man allerdings Marco Pulvers Analyse der frühen Diskursivierung von HIV/AIDS in den Printmedien²² wird deutlich, dass dieses rätselhafte, plötzliche Auftreten einer neuartigen Erkrankung keineswegs so unvermittelt stattfand, wie der Öffentlichkeit aufgrund der Medienberichte suggeriert wurde. Tatsächlich rückte HIV/AIDS als neuartiges Krankheitsbild bereits am 5. Juni 1981 in das Blickfeld der medizinischen Fachwelt.²³ Die damalige Ausgabe des *Morbidity and Mortality Weekly Report* (MMWR), des Publikationsmediums der zentralen US-amerikanischen Gesundheitsbehörde in Atlanta (*Centers für Disease Control*, CDC), veröffentlichte die Fallgeschichten von fünf Männern, die in Los Angeles wegen einer bestimmten Form der Lungenentzündung behandelt wurden. Das Besondere an diesen Fällen war nun einerseits das junge Alter der Betroffenen – eine *Pneumocystis Carinii*-Pneumonie (PCP) entwickelt sich in der Regel nur bei Personen mit geschwächtem Immunsystem zum Vollbild, während das Immunsystem gesunder junger Erwachsener die Erreger aus eigenen Kräften unschädlich machen kann. Die zweite Auffälligkeit war die Angabe der Erkrankten, sie würden sich häufig in der Homosexuellenszene San Franciscos bewegen. Nach Erscheinen dieses Artikels wurden weitere Krankheitsfälle publik, gleichzeitig meldete eine Mitarbeiterin des CDC die erhöhte Nachfrage nach Pentamidin, eines ansonsten höchst selten vertriebenen Medikaments zur Behandlung von PCP. Beide Beobachtungen führten zu einer gesteigerten Aufmerksamkeit gegenüber diesen ungewöhnlichen Krankheitsbildern.

Zur selben Zeit wurde unter homosexuellen Männern New Yorks ein gehäuftes Auftreten des Kaposi-Sarkoms (KS) beobachtet, eines bis dahin nur vereinzelt auftretenden Hautkrebses, der zudem untypisch für die Betroffenenengruppe von jungen Männern ist und ebenfalls mit einem geschwächten Immunsystem in Verbindung gebracht wird. Schließlich wurde zwischen den PCP- und den KS-Fällen in New York, Los Angeles und San Francisco in einem weiteren Artikel im MMWR vom 4. Juli 1981 eine Verbindung gezogen. Das gemeinsame Bindeglied schien mit der Homosexualität der erkrankten Männer und deren damit einhergehendem spezifischen Lebensstil gefunden worden zu sein, dem die Schwächung und letztendliche Zerstörung

des Immunsystems zugeschrieben wurde. Ende 1981 überschritten die erkrankten Personen in den USA die Anzahl von 200, und die Kliniken einiger städtischer Ballungsräume Europas meldeten ebenfalls das vereinzelte Auftreten der eigenartigen Erkrankungen.²⁴

Obwohl unter diesen beobachteten Fällen bereits einige intravenöse (iv.) DrogenbenutzerInnen waren, verbreiteten die Medien bald die Nachricht eines „Schwulenkrebsses“ oder der „Schwulenpest“, die, darauf konnte etwa DER SPIEGEL im Juni 1982 in seinem ersten Bericht hinweisen, „Amerikas Homosexuelle“²⁵ heimsuchte. Auch die unter MedizinerInnen gebräuchliche Bezeichnung GRID (Gay Related Immunodeficiency) war Ausdruck dafür, als auslösendes Moment dieser Erkrankungen vorrangig die homosexuelle Lebensweise jungen Männer anzusehen. Konsequenterweise erfasste dieser „Schreck von drüben“ viele Schwule in den europäischen Metropolen, von denen einige wohl schon die gesellschaftspolitische Brisanz dieser „Homosexualisierung des Krankheitsyndroms“²⁶ erkannten. Armand Hausmann erinnert sich an erste Diskussionen innerhalb der *gay community*:

„’82 habe ich zum ersten Mal in Berlin davon gehört, da habe ich gearbeitet in einer Klinik, und war in der Schwulenszene damals und da habe ich zum ersten Mal überhaupt von diesem komischen... Virus hat man ja nicht gewusst, was es ist, sondern von dieser komischen Schwulenkrankheit gehört und es war damals schon die Reaktion eben eine solche, dass man gesagt hat, na, das ist sicher eine Erfindung von irgend jemanden, also um wieder Sündenböcke auszuschlachten, also das war schon die Haltung damals.“

Die epidemiologischen Daten über rasant steigende Infektionsraten in den USA und in Europa ließen bald niemanden mehr an der Existenz eines neuen Krankheitsbildes zweifeln. Ende 1982 hatte das CDC 750 Fälle registriert, Ende 1984 bereits über 8000. In Europa standen den zunächst seltenen Fällen des Jahres 1982 rund 800 Infizierte Ende 1984 gegenüber. 75% aller Diagnosen betrafen homosexuelle Männer (Stand Jänner 1983).²⁷ Durch das zunehmende Bekanntwerden von Fällen innerhalb der Personengruppe intravenöser DrogenbenutzerInnen, Hämophiler sowie von Personen, die keine gleichgeschlechtlichen Sexualkontakte pflegten, mussten bisher gebräuchliche Krankheitsbezeichnungen, die einen Bezug zu Facetten schwulen Lebensstils herstellten (etwa der häufige Gebrauch der sexuell stimulierenden Substanz *Poppers*, Promiskuität), aufgegeben werden.²⁸ Sie wurden durch das englische Akronym A.I.D.S. (Acquired Immune Deficiency Syndrom) ersetzt, wobei die abgekürzten Großbuchstaben in der Anfangszeit noch mit Punkten gekennzeichnet wurden. Innerhalb weniger Jahre nach den ersten beobachteten Fällen konnten aufgrund epidemiologischer Studien Sexualkontakte, intravenöser Drogengebrauch, Bluttransfusionen sowie berufsbedingte Verletzungen als hauptsächlichste Übertragungswege des zu diesem Zeitpunkt

noch unbekanntem Erregers identifiziert werden. Ende 1983 isolierte ein französisches Ärzteteam am Pariser Pasteur-Institut unter der Leitung von Luc Montagnier nahezu zeitgleich mit Robert Gallos Forschungsgruppe in Atlanta ein Retrovirus als Erreger von AIDS.²⁹ Der durch interne Streitigkeiten um das Privileg der Entdeckung eines zeitlang gültigen Namen LAV/HTLV-II wurde 1986 von einer internationalen Kommission zugunsten von HIV aufgegeben, das als Human Immunodeficiency Virus seitdem als verantwortlich für AIDS-definierende Krankheiten gilt. Anfänglich beschränkte sich die therapeutische Intervention auf die Behandlung der opportunistischen Erkrankungen. Seit 1996 verlängern virushemmende Kombinationstherapien die symptomlose Zeit bis zum Ausbruch von AIDS erheblich, gegen das HI-Virus selbst ist allerdings weder ein Heilmittel noch eine Impfung verfügbar.³⁰

Nicht zuletzt durch diese Kombinationstherapie, hauptsächlich aber durch innovative Schritte in der Präventions- und Gesundheitspolitik wurde AIDS nicht zu der in den 1980er Jahren prognostizierten „sozialen Katastrophe“ – zumindest nicht in den hochindustrialisierten Ländern. Weltweit hingegen lebten im Jahre 2002 rund 42 Millionen Menschen mit dem HI-Virus, 3,1 Millionen starben an AIDS. 5 Millionen infizierten sich in diesem Jahr neu mit HIV, was der Summe von 13.700 Neuinfizierten pro Tag entspricht.³¹ Doch diese globalen Zahlenreihen verschleiern den Blick darauf, dass die Ausbreitung des HI-Virus in den verschiedenen Regionen und in den unterschiedlichen Bevölkerungsgruppen auf sehr unterschiedliche Art und Weise stattfindet, eng verknüpft mit sozialen Kategorien wie Status, Geschlecht und Alter. Mark Schoofs zeigt etwa an der Biographie des südafrikanischen Bergarbeiters Patrick exemplarisch, wie eng die Verbreitung des HI-Virus in der ansässigen Bevölkerung von Faktoren der Arbeitsmigration, von Ausbeutungsstrukturen der dortigen Bergbauindustrie, aber auch von regionalen kulturellen Traditionen abhängig ist³², und wie sehr das afrikanische „AIDS“ von den Ausformungen dieser Krankheit in Europa abweicht.

Mehr als 90% aller HIV-infizierten Menschen leben in Entwicklungsländern, und im Afrika südlich der Sahara ist HIV/AIDS mittlerweile die häufigste Todesursache.³³ Die weltweit höchsten HIV-Zuwachsraten verzeichnen allerdings die (Nachfolge-)Staaten des ehemaligen „Ostblocks“. Diese wiederum resultieren aus der rasanten Zunahme der Infektionen hauptsächlich unter iv. DrogenbenutzerInnen, während in den westeuropäischen Staaten die Infektion über homosexuellen Geschlechtsverkehr der Hauptübertragungsweg geblieben ist: in Österreich geschah 2006 bei 35% aller Neuinfektionen die Ansteckung über ungeschützte Sexualekontakte unter homosexuellen Männern, gefolgt von iv. DrogenbenutzerInnen (24,6%) und heterosexuellem Geschlechtsverkehr (18,6%), bei leicht steigendem Anteil innerhalb der Gruppe der Frauen.³⁴ In den afrikanischen Staaten südlich der Sahara wird das Virus hingegen

überwiegend (ca. 87%) durch heterosexuellen Geschlechtsverkehr übertragen.³⁵

Was bezüglich der epidemiologischen Ausbreitung von HIV/AIDS in den hoch industrialisierten Staaten seit Verfügbarkeit wirksamer Kombinationstherapien zur Bekämpfung des HI-Virus als „Normalisierung“ und „Entdramatisierung“ bezeichnet wird, lässt sich in der übrigen Welt angesichts der explodierenden Morbiditäts- und Mortalitätsraten nicht bestätigen. Insofern ist Weinreich/Penz zuzustimmen, wenn sie meinen: „Die Welt sieht sich einer Vielzahl von HIV-Epidemien gegenüber.“³⁶

2. Bedingungen für die Formierung einer „außergewöhnlichen Allianz“

Laut Rosenbrock u.a. waren es hauptsächlich zwei Erwägungen, die die AkteurInnen aus unterschiedlichsten Bereichen der Medizin, der Bürgerrechtsbewegung sowie der Betroffenengruppen zu einer „ungewöhnlichen Allianz“ im Kampf gegen HIV/AIDS bewogen³⁷: Erstens forderte die Unsicherheit, in welchem Ausmaß die gesamte sexuell aktive Bevölkerung einem Ansteckungsrisiko ausgesetzt sein würde, zum Handeln auf. Zweitens drohte mit der Definition vermeintlicher „Risikogruppen“ als potenzielle ÜberträgerInnen des anfangs noch unbekanntes Krankheitserregers eine massive Einschränkung von Bürgerrechten.

Diese Bedrohungsszenarien konnten ihre repressiven Dynamiken allerdings überhaupt erst dadurch entfalten, dass die Medizin gegenüber dem HI-Virus anfänglich machtlos war und sich letztlich auf die Behandlung der Symptome, die durch opportunistische Erkrankungen infolge einer AIDS-Erkrankung ausgelöst wurden, beschränken musste. Mit der Verfügbarkeit des HIV-Antikörpertests ab 1984 konnte die Medizin zwar eine wirksame medizinische Technik einsetzen, um den Serostatus einer Person festzustellen. Letzten Endes vermochte eine positive Antikörpertestung in der „unsichtbaren“ symptomlosen Zeit an sich allerdings wenig zur Heilung beizutragen, und mitunter wurden die Testmöglichkeiten sogar als „biomedizinische Repräsentationen der ‚unsichtbaren‘ Krankheit“³⁸ gesehen, die die Metaphorisierung von HIV-TrägerInnen als „tickende Zeitbomben“³⁹ gar erst ermöglichten. Angesichts der sehr eingeschränkten medizinischen Interventionsmöglichkeiten kam Rosenbrock 1987 schließlich zu dem Schluss, dass „AIDS-Prävention nicht in Form klassischer Gesundheitsleistungen, etwa durch Angebote des Medizinsystems, zu erbringen [ist]. Die ‚Leistung‘ ist eine Botschaft über notwendige Verhaltensänderungen.“⁴⁰

Diese Parteinahme zugunsten massiver Aufklärungs- und Präventionskampagnen anstelle traditioneller Seuchenkonzepte muss vor der zu dieser Zeit hitzig geführten Debatte zwischen der deutschen Gesundheitsministerin Rita Süßmuth und dem bayerischen CSU-Staatssekretär Peter Gauweiler um den so genannten „Bayerischen Maß-

nahmenkatalog“ interpretiert werden, die durch eine aggressive Berichterstattung des Wochenmagazins DER SPIEGEL eine zusätzliche Polarisierung für und wider diese „Seuchengesetzgebung“ erfuhr.⁴¹ In der Tat ließ sich das Thema AIDS durch den Umstand, dass HIV/AIDS zuerst in marginalisierten Teilen der Gesellschaft – Homosexuelle, intravenöse DrogenbenutzerInnen, Prostituierte – auftrat bzw. mit diesen Gruppen assoziiert wurde, hervorragend von gesellschaftlichen Kräften instrumentalisieren, die in ihren Programmen traditionell differente Lebensentwürfe als Projektionsfläche für gesellschaftliche Krisenphänomene zu vereinnahmen versuchen, indem sie bestimmte Gesellschaftsgruppen als „krank“ oder „pervers“ konzipieren. Die Wirkungsmächtigkeit dieser Zuschreibungen während der Anfangsphase der Betreuung von HIV-Infizierten bezeugt auch Elisabeth Hasenauer:

„[...] es ist mit dem Bereich Drogen verbunden, es ist mit dem Bereich Schwulenszene verbunden, also das waren schon so tabuisierte Themen, wo eigene Berührungsängste einfach auch da waren, und das hat also schon geheißen: viel Selbstreflexion ist erforderlich [...]“

Brigitte Weingart arbeitet in ihrer Untersuchung heraus, dass die Differenzkategorie zwischen „gesund“ und „krank“ ebenso wie jene zwischen „dem Eigenen“ und „dem Anderen“ zu den Ordnungsprinzipien jenes Kollektivkörpers gehören, der seit dem 19. Jahrhundert durch den Nationalstaat repräsentiert wird.⁴² Der intensiv geführte Diskurs über „Risikogruppen“ führe unter Verwendung der Metapher vom „gesunden Volkskörper“ dazu, die Hauptbetroffenengruppen mit gefährlichen VirusträgerInnen gleichzusetzen, anstatt diese korrekterweise als Personen anzusprechen, die sich in spezifischen Kontexten einem risikoreichen Gesundheitsverhalten aussetzen. Die Neigung, symbolische Ordnungen immer in Dichotomien zu denken, hätte im Falle des AIDS-Diskurses diese „komplexreduzierende Strukturierung von ‚Wirklichkeit‘“⁴³ in „gesund-krank“ sowie die Zuschreibung von Krankheitsrisiken auf „Andere“ erst ermöglicht. Dadurch begünstigte sie auch eine Instrumentalisierung der AIDS-Thematik für tendenzielle „Botschaften“, worauf auch Reinhard Wibmer verweist:

„Also wo immer sozusagen unter dem Deckmantel von Sachargumenten und Sachzwängen Herrschaftsstrukturen durchgesetzt werden, ja, das war damals bei AIDS genauso, und das sind immer bestimmte Interessen, die da verfolgt werden, aber keine allgemeinen Interessen.“

Zusätzlich bot, dagegen schreiben Rosenbrock und Bleibtreu-Ehrenburg mit ihren Analysen ja an, die Verknüpfung einer schweren, tödlich verlaufenden Infektionskrankheit mit den diskursiven Feldern „Sex“, „Perversion“, „unsichtbarer Feind“ und „Tod“⁴⁴ ausreichend Projektionsfläche für mannigfache Ängste und Vorurteile. Zumal sich durch die Verschränkung eines grundsätzlich medizinischen Problems mit morali-

schen Kategorien (Promiskuität, Lasterhaftigkeit) kulturelle Archetypen aktivieren lassen konnten, die in Gestalt etwa biblischer Mythen (Sodom und Gomorrha) Eingang ins kollektive Gedächtnis gefunden haben.⁴⁵ Ähnliche Assoziationsketten löste auch die wiederholte Bezugnahme auf die Pest aus, durch die HIV/AIDS in die Tradition verheerender Seuchen der Menschheitsgeschichte gestellt wurde.⁴⁶ Um so erstaunlicher ist es, dass der österreichische Bundespräsident Heinz Fischer ausgerechnet in der Festschrift zum 20-jährigen Bestehen der AIDS-Hilfen erneut auf dieses Narrativ Bezug nahm.⁴⁷

Diese Alltagsdiskurse, die anfänglich wenig gesichertes Wissen um Übertragungswege, Ansteckungsrisiken sowie zukünftige epidemiologische Verläufe vermitteln konnten, bereiteten unweigerlich den Raum vor, in dem über Zwangstestung, Isolierung und Überwachung von HIV-Positiven, an AIDS Erkrankten und Angehörigen sogenannter „Risikogruppen“ verhandelt werden konnte. Armand Hausmann fasst die Befürchtungen der politischen Schwulenbewegung in Tirol Mitte der 1980er Jahre wie folgt zusammen:

„Unsicherheit, ja. Wie entwickelt es sich, wie werden die Sanktionen sein, wie reagiert ein... ein...eine Population, die in Tirol als eher konservativ verschrien war, wie reagiert insgesamt die Österreichische Republik, wie reagiert da der Gesetzgeber. Also es war alles unklar, und deswegen haben wir das damals in die Hand genommen, und ja doch, mit einigem Erfolg.“

Diese Passage aus dem Interview mit Armand Hausmann belegt zugleich aber auch die große Mobilisierungsbereitschaft, die HIV/AIDS zumindest unter dem politisch engagierten Teil der HOSI-Mitglieder auszulösen vermochte. Denn im Zuge der ersten Welle der „AIDS-Hysterie“ war es in vereinzelt Fällen zu gezielten Zwangstestungen auf HIV bei iv. DrogenbenutzerInnen gekommen, unter anderem in Tirol und Vorarlberg. Ob diese zu Beginn der 1980er Jahre dokumentierten Repressalien in Österreich tatsächlich überwiegend auf iv. DrogenbenutzerInnen beschränkt blieben, wie Kurt Krickler in einem Rückblick 1989 feststellt⁴⁸, wird vermutlich nur in aufwändigen Interviews mit einzelnen AIDS-AktivistInnen sowie nach Durchsicht der Archive der jeweiligen Landesstellen nachprüfbar sein. Richtig ist, dass FixerInnen eine ungleich weniger schlagkräftige Interessensvertretung bilden konnten als Homosexuelle und als in der Öffentlichkeit relativ homogen erscheinende Gruppe zudem angreifbarer waren. Darauf weisen die zumindest in Tirol immer wieder aufflammenden Diskussionen um die Entfernung der Spritzenautomaten zum *Safe Use* von „öffentlichen“ Plätzen hin.⁴⁹ Letztendlich setzte sich ungeachtet der stets präsenten Sündenbockrhetorik im Kampf gegen HIV/AIDS doch der liberale Kurs als allgemeine Strategie durch, der einer Ausbreitung von HIV/AIDS durch Aufrufe zu selbstverantwortlichem Handeln und durch massive Aufklärungsarbeit über Risikosituationen entgegenzusteuern versuchte.

Über die geforderte Einbindung mit Betroffenengruppen in diese AIDS-Arbeit meinte ein Interviewpartner im Rückblick:

„Nicht zuletzt aufgrund der Wachheit und der Initiativen der AIDS-Hilfen, und damit mein‘ ich jetzt nicht nur Österreich, sondern auch vergleichbare Länder, die noch sehr damals aus der Geschichte haben schöpfen können, dass es aus Betroffeneninitiativen entstanden ist das ganze Ding, war es möglich, diese Zwangsmaßnahmen zu verhindern in Zusammenhang mit aufgeklärten Teilen der Politik und der Zivilgesellschaft, also diese Szenarien sind Gott sei Dank nicht eingetreten.“ (F. Aull)

3. Frühe Konzeptualisierungen möglicher Präventionsmaßnahmen und Hilfseinrichtungen

Die Erwägung repressiver Seuchenkonzepte wie Aussonderung, Kennzeichnung und Kasernierung von Teilen der Gesellschaft muss gerade deshalb verwundern, da die Geschichte der Gesundheitsaufklärung und der Gesundheitsprävention bei sexuell übertragbaren Krankheiten gezeigt hatte, dass sowohl das Ausfindigmachen von Virus-trägerInnen innerhalb einer als „gesund“ erklärten Bevölkerung als auch zwangsweise durchgeführte Präventionsmaßnahmen nur in staatlich kontrollierten Bereichen (etwa in Gefängnissen oder beim Militär) effektiv bzw. logistisch überhaupt durchführbar waren.⁵⁰ Zudem waren solche Strategien nach Jahrzehnten der Bürgerrechtsbewegung und nach den Erfahrungen des Nationalsozialismus weder politisch noch ethisch zu vertreten, noch war dies mittlerweile der einzig gangbare Weg. Denn im Zuge des Aufkommens breiter Gesundheitsbewegungen seit den 1970er Jahren standen bei Ausbruch der AIDS-Krise erstmals alternative Konzepte und Einrichtungen zum professionellen staatlichen Medizinsystem zur Verfügung, auf deren Erfahrungen bei der Ausarbeitung von AIDS-Strategien zurückgegriffen werden konnte.

Solche medizinkritischen Bewegungen, die von den Analysen Illichs⁵¹ und Foucaults⁵² zur herrschenden Dominanz der Biomedizin beeinflusst waren, entstanden vielfach als Reaktion auf einen Medizinbetrieb, dessen Profil sich durch die Zunahme von chronischen Erkrankungen und den rasant technischen Fortschritten in der Medizin stark gewandelt hatte.⁵³ Angesichts der Allmachtsinszenierungen der Apparatemedizin musste dies zwangsläufig zum Vertrauensschwund Betroffener in die Leistungen der Medizintechnik und zur Verstärkung des Gefühls bei chronisch Kranken führen, auf psychosozialer Ebene bei der Krankheitsbewältigung im Stich gelassen zu werden.⁵⁴ Viele aufgedeckte Mängel im Gesundheitsversorgungssystem trafen sich mit der Frauengesundheitsbewegung, die vor dem Hintergrund Jahrhunderte langer Medikalisierung des Frauenkörpers die von der Medizin reklamierte Deutungsmacht kritisierte, was als „krank“ und was als „normal“ zu gelten habe.⁵⁵



Aufkleber aus der Frühphase der Österreichischen AIDS-Hilfe, um 1987 (Archiv AIDS-Hilfe Tirol).

zu jenen damals existierenden Pflegeinstitutionen für Behinderte entstanden⁵⁷, deren Ausrichtung Kickbusch mit den Worten „Expertokratie“ und „Versorgungsdiktatur“⁵⁸ beschrieben hat. Viele Personen, die in Tirol am Aufbau des AIDS-Hilfe Netzwerkes beteiligt waren, kamen aus solchen medizin- und gesellschaftskritischen Sozialeinrichtungen und waren im Umgang mit Verwaltungsstrukturen erprobt. Der erste Obmann der Landesstelle Tirol der Österreichischen AIDS-Hilfe erzählt von den Auseinandersetzungen mit den zuständigen Behörden in Tirol über den Aufbau alternativer Betreuungseinrichtungen abseits des „Wegsperrens“:

„...und wir haben dann das DOWAS gegründet, ein Verein, der sich nur mit solchen Leuten beschäftigt hat, ja, als Durchgangsort für Arbeits- und Wohnungssuchende. Und das war damals ein Kampf, wir haben gekämpft von Besetzung des Sozialamts bis Anketten vor dem Landhaus, dass wir das finanziert haben, und das waren immer sozusagen viele Initiativen, das Frauen-DOWAS, dann auch das MOHI, dann viele Einrichtungen, das KIT damals, also das Drogentherapiezentrum, die sind alle sozusagen von unten her entstanden gegen die politischen...gegen das politische System damals.“ (R. Wibmer)

In der Bewältigung der Anfangsschwierigkeiten bei der Gründung der österreichischen AIDS-Hilfe und deren Landesstellen in einzelnen Bundesländern konnten viele Beteiligte also auf ihre früheren Erfahrungen im Umgang mit den zuständigen SachbearbeiterInnen in Ämtern und Behörden und mit der Ignoranz weiter Gesellschaftskreise gegenüber Randgruppen und Minderheiten aufbauen. Gleichzeitig brachten die enge Vernetzung unter den regionalen SozialarbeiterInnen und die akute Betroffenheit

hauptsächlich innerhalb der *gay community* eine große Bereitschaft zur aktiven Teilnahme am Kampf gegen AIDS, wie sie etwa exemplarisch bei der Münchner AIDS-Hilfe nachzuverfolgen ist.⁵⁹ Diese startete 1984 als Initiative engagierter schwuler Männer aus der Lederszene, der Regionalgruppe Homosexualität und Kirche sowie dem Verein für sexuelle Gleichberechtigung, wandelte sich dann in Folge der Institutionalisierung der Deutschen AIDS-Hilfen von einer Selbsthilfegruppe zu einem Verein mit (halb-)professionellem Status. Im Rückblick sieht auch Armand Hausmann die Österreichische AIDS-Hilfe als „eine aus der Szene heraus entstandene Organisation, die hauptsächlich aus – damals – Risikogruppen bestanden hat.“

Das Bewusstsein und die Erfahrungen der Gesundheitspolitik, dass die eingeübten Strategien der Public Health hinsichtlich übertragbarer Krankheiten in Anbetracht der spezifischen Besonderheiten dieser neuartigen Infektionskrankheit im Hinblick auf Verbreitungswege und Hauptbetroffenengruppen wenig Ziel führend sein mussten, führten zum Verlassen routinemäßiger Gesundheitspolitik und zu ungewöhnlichen Schulterschlüssen. In diesem solidarischen Bündnis zwischen Betroffenen, Gesundheitsbehörden und Subventionsgebern sieht auch Elisabeth Hasenauer im Rückblick einen großen Erfolg:

„...also ohne Zusammenarbeit kann man gar nichts bewegen, und die Zusammenarbeit, die war eigentlich gewährleistet, und hat sich im Laufe der Zeit immer besser entwickelt, sowohl mit der Landesregierung als auch mit den Gesundheitsbehörden etc., mit den Jugendämtern – Es hat halt viel Aufklärungsarbeit, viele Vernetzungstreffen, viele Gespräche gebraucht, und dann ist dieses Werk sozusagen ins Laufen gekommen.“

Es lag nahe, beim Aufbau dieses Netzwerkes bereits existierende Interessensvertretungen und Selbsthilfegruppen der von HIV/AIDS besonders betroffenen Personengruppen in die Planung der zu wählenden gesundheitspolitischen Strategien einzubeziehen.

Für die Gruppe schwuler Männer boten sich dabei die seit den späten 1970er und frühen 1980er Jahren in Österreich gegründeten „Homosexuellen Initiativen“ an, zumal diese schon zum Selbstschutz mit den ihnen zur Verfügung stehenden Mitteln und teilweise vor ersten Maßnahmen aus dem Gesundheitsministerium auf die neue Bedrohung zu reagieren versucht hatten. Die HOSI Wien brachte etwa nach Bekanntwerden der ersten AIDS-Fälle in Österreich im März 1983 eine erste zielgruppenspezifische Informationsbroschüre heraus, in der alle damals verfügbaren Fakten und Erkenntnisse zu HIV/AIDS enthalten waren.⁶⁰ Dieses in Zusammenarbeit mit zwei Wiener Ärzten zusammengestellte Aufklärungsblatt war die erste Informationsbroschüre über HIV/AIDS in Europa. Die HOSI Tirol ihrerseits bot ab Jänner 1985, gerade einmal ein Jahr nachdem sie sich als Verein konstituiert hatte, regelmäßige

Informationsabende zum Thema AIDS für ihre Mitglieder an.⁶¹

Die intime Kenntnis der Lebenszusammenhänge von Homosexuellen, das Fachwissen über die speziellen sozialen wie auch gesundheitlichen Probleme sowie die im Zuge des Kampfes um Bürgerrechte erworbene Konfliktfähigkeit, eigene Interessen gegenüber öffentlichen Institutionen durchzusetzen, diese Eigenschaften, die nach Rosenbrock⁶² Voraussetzungen von Selbsthilfeorganisationen sein müssen, führten dazu, dass sich Homosexuelle neben MedizinerInnen und BeamtenInnen eine beachtliche Kompetenz im Umgang mit dieser Infektionskrankheit aneignen konnten. Der erste Leiter der Tiroler Landesstelle, Reinhard Wibmer, erinnert sich an die Situation unmittelbar vor der Gründung der ÖAH:

„Und das war klar, dass sich Homosexuelle am besten auskennen, die am besten Zugang haben und somit man sich derer bedient, kann man jetzt vielleicht ein bisschen negativ pointiert sagen. Ja, man war gezwungen zu kooperieren und dadurch sind Kontakte entstanden, also man hat gemerkt, dass das keine Ungeheuer sind, sondern normale Leute, und da ist viel entstanden und viele Erfahrungen gemacht worden, die ganz positiv waren, denke ich.“

Für den Raum Wien sollte sich diese Kompetenz bei den ersten Testläufen des um 1984 entwickelten HIV-Antikörpertests besonders bewähren. Bei der Erprobung dieses Tests benötigte das durchführende Unternehmen eine Gruppe, bei der von einem gewissen „Durchseuchungsgrad“ ausgegangen werden konnte.⁶³ Innerhalb der heterosexuellen Bevölkerung war die Chance, infizierte Personen anzutreffen, nicht groß. Die HOSI-Wien erklärte sich bereit, homosexuelle Männer zu einer Teilnahme an der Studie zu bewegen, drängte jedoch im Sinne der Wahrung der Interessen von Homosexuellen etwa auf Anonymität sowie ausführliche Beratung vor und nach dem Test. Diese Anfang 1984 durchgeführte „Horak-Studie“ war eine der ersten größeren Untersuchungen auf HIV-Antikörper unter einer damals als „Risikogruppe“ eingeschätzten Bevölkerungsgruppe⁶⁴ und stärkte die Position der nichtstaatlichen und nichtmedizinischen AkteurInnen im Kampf gegen AIDS maßgeblich. Auch bei der Konzeption des Österreichischen AIDS-Gesetzes aus dem Jahre 1986⁶⁵ gelang es Vertretern der homosexuellen Betroffenengruppe, auf die Gestaltung des Gesetzestextes dahingehend einzuwirken, dass diskriminierende Normen gar nicht erst festgeschrieben werden konnten bzw. dass die Verantwortung des Staates zur Versorgung von an HIV/AIDS Erkrankten garantiert wurde. Fritz Aull zur Rolle der AIDS-AktivistInnen aus dem Umfeld der HOSIs:

„Das haben aber auch die ersten Hilfsinitiativen hineinreklamiert in dieses Gesetz, dass auch alles unternommen wird, dass Betroffene allmögliche Unterstützung erhalten und eben nicht in ihren Freiheiten, Rechten und wenn man so will, auch Bürgerrechten eingeschränkt sind.“

4. Die Gründung der Landesstelle Tirol der Österreichischen Aids-Hilfe

Nach Durchführung der „Horak-Studie“ lagen zwar statistische Zahlen über die Verbreitung von HIV-Antikörpern in einer der Hauptbetroffenengruppen vor, im Hinblick auf die „Nebenwirkungen“ für einen Teil des „Datenmaterials“ mussten jedoch neue Herausforderungen bewältigt werden.⁶⁶ Ein ungelöstes Problem war die psychosoziale Betreuung der HIV-positiv Getesteten, die durch die Diagnose der Seropositivität plötzlich zu „PatientInnen“ mit einer metaphorisch aufgeladenen Erkrankung erklärt wurden, die noch dazu – davon musste nach den bis dato verfügbaren epidemiologischen Daten ausgegangen werden – meistens letal endete. Zudem waren diese Personen durch das Testergebnis gezwungen, ohne merkbare körperliche Symptome am eigenen Körper wahrzunehmen, „sich innerhalb der gesund/krank-Unterscheidung zu positionieren“⁶⁷, wie Weingart dieses Zwischenstadium bis zum Ausbruch von AIDS beschreibt.⁶⁸ Gleichzeitig musste man durch die Verfügbarkeit eines Tests zum Nachweis des HI-Virus davon ausgehen, dass in kürzester Zeit eine große Zahl Infizierter neu „entdeckt“ werden würde, die durch Mitteilung ihres positiven Serostatus ebenfalls massive psychische Unterstützung benötigen würden.⁶⁹ Nicht zuletzt hatten die Betroffenen selbst ein massives Interesse daran, die in der Studie gewährleistete Anonymität der Testsituation auch weiterhin zu verteidigen. Angesichts des massenmedialen Umgangs mit HIV/AIDS und den daraus erwachsenen Diskriminierungen sowohl von tatsächlich Infizierten als auch von als potentiell „gefährdet“ Eingestuftem eine legitime Forderung, zumal in Kliniken anonyme Testmöglichkeiten vielfach verweigert wurden.⁷⁰

Die österreichische Schwulen- und Lesbenbewegung war nun organisatorisch und strukturell nicht in der Lage, eine kontinuierliche Versorgung mit Informationen zu HIV/AIDS für die Zielgruppe der schwulen Männer sowie professionelle Präventionsarbeit zu gewährleisten. Denn beim Auftauchen der ersten AIDS-Fälle in Österreich existierten nur in einzelnen Bundesländern Homosexuelleninitiativen⁷¹, deren Vereinsbildungen strafrechtlich sogar verboten waren. Denn streng genommen stellte der geltende §221, der erst 1996 abgeschafft wurde, die Gründung von Zusammenschlüssen gleichgeschlechtlich Liebender unter Strafe.⁷² Diese rechtlichen Benachteiligungen homosexueller Menschen in Österreich verhinderten den Aufbau von in anderen Ländern schon seit Jahren vorhandenen und untereinander vernetzten Organisationen und die Etablierung schlagkräftiger Medien, über die zielgruppenspezifische Präventionsbotschaften rasch transportiert hätten werden können.⁷³

Somit war trotz des hohen Mobilisierungsgrades einzelner schwuler und lesbischer AktivistInnen in bestehenden Selbsthilfegruppen der jeweiligen Bundesländer klar, dass dieser Pool an engagierten MitarbeiterInnen zu klein war, und dass eine

effiziente und koordinierte Präventions-, Aufklärungs- und Betreuungsarbeit nur von einer professionellen Beratungseinrichtung geleistet werden konnte. Es zeichnete sich schon ab, dass die Medizin in absehbarer Zukunft die Lage weder mit einem adäquaten Heilmittel noch mit einer Impfung zu entschärfen vermochte. Für Fritz Aull bedeutet dieser unvermutete Verlust ärztlicher „Deutungsmacht“ zu Beginn der AIDS-Krise daher,

„dass es überhaupt die Selbsthilfeorganisationen zunächst in ihrer Macht hatten, da es ein medizinisches Machtvakuum gab, insofern war wahrscheinlich auch der Staat, wenn man das mal allgemein so sagen will, froh, dass sich jemand des Themas annimmt. Indem dann sehr bald sichtbar wurde Anfang/Mitte der '80er Jahre, dass es ein weltweites Phänomen ist, welches im Wachsen begriffen ist, war dann auch klar, es gibt Handlungsbedarf, also insofern wurde dann auch klar, dass die reine Selbsthilfe strukturell unterfüttert werden muss, um dem HIV- und AIDS Thema adäquat begegnen zu können.“

In dieser besonderen Situation machten sich die durch die Info-Broschüre und die „Horak-Studie“ entstandenen Kontakte der Wiener HOSI-AktivistInnen mit den damit befassten ÄrztInnen und KlinikmitarbeiterInnen und die positiven Erfahrungen einer gemeinsamen Zusammenarbeit bezahlt. Als Ergebnis dieses intensiven Austauschprozesses konnten der Obmann der HOSI-Wien, Rainer Brandstätter, und die am Institut für Dermatologie der Klinik Lainz beschäftigte Ärztin Judith Hutterer dem Gesundheitsministerium ein gemeinsames Konzept zum Aufbau und zur Finanzierung einer Beratungs- und Betreuungseinrichtung vorlegen. Damit war der Grundstein für eine spezifische Anlaufstelle für von HIV/AIDS-Betroffene gelegt, und den Plänen folgte dann letztendlich im August 1985 die Gründung des Vereines „Österreichische Aids-Hilfe“. Der Wiener Einrichtung folgten bis zum Jahre 1988 sechs weitere Landesstellen, darunter die Landesstelle Tirol mit offiziellem Gründungsdatum 31. Oktober 1986.⁷⁴

Tatsächlich war die regionale HOSI-Vertretung in Tirol schon vor der eigentlichen Einrichtung der Landesstelle hinsichtlich des gesellschaftlichen Umgangs mit HIV/AIDS zu Interventionen aufgefordert, da es zu einigen diskriminierenden Zwischenfällen in der Behandlung von HIV-Positiven gekommen war. So wandte sich ein HIV-Infizierter aus einem Tiroler Seitental an die HOSI, weil er erleben musste, „dass die Information [über seine Erkrankung, A.U.] über die Krankenkasse über eine Nachbarin ins Dorf gelangt ist“. Wie Armand Hausmann im Interview weiter ausführt, öffneten die damals noch völlig unklare gesundheitspolitische Linie der Behörden und das lückenhafte Wissen über die Infektionskrankheit Diskriminierung, Verletzung von Bürgerrechten und Missachtung ärztlicher Schweigepflicht Tür und Tor. Durch diesen Fall alarmiert und um weiteren Diskriminierungstendenzen entgegenzuwirken, began-

nen die beiden HOSI-Tirol-Aktivisten Armand Hausmann und Michael Halhuber sowohl Kontakte zu den zuständigen Behörden bei Stadt und Land als auch zu sozialen Einrichtungen herzustellen. Durch Gespräche mit der HOSI-Wien war man über den Stand der geplanten AIDS-Hilfe informiert und konnte entsprechende Schritte für die zu erwartende Tiroler Zweigstelle einleiten. Michael Halhuber beispielsweise, der berufsbedingt über vielfältige Kontakte zu sozialen Institutionen und darin tätigen Personen in Innsbruck verfügte, konnte den damaligen DOWAS-Mitarbeiter Reinhard Wibmer dafür gewinnen, im Auftrag der Österreichischen AIDS-Hilfe geeignete Räumlichkeiten für diese Landesstelle zu suchen. Wibmer wurde dann auch der erste Leiter dieser Tiroler AIDS-Hilfe-Vertretung. Neben der individuellen Beratungstätigkeit war die Aufklärung über Übertragungswege und über das Übertragungsrisiko ein Schwerpunkt der AIDS-Hilfearbeit, etwa mit Aufklärungsveranstaltungen im Gefangenenhaus in Innsbruck oder in der HOSI selbst. Um den zu befürchtenden Diskriminierungen am Arbeitsplatz von HIV-Infizierten oder von Angehörigen sogenannter Risikogruppen vorzubeugen, wurde in Zusammenarbeit mit der Tiroler Industriellenvereinigung ein Informationsabend für Personalchefs großer Betriebe organisiert, an dem das Bewusstsein für die Unhaltbarkeit von Ausgrenzungen geschärft werden sollte.⁷⁵

Die Behandlung von an AIDS Erkrankten und HIV-Infizierten sowie der intensive Pflegeaufwand bei manifest Erkrankten und Sterbenden ließen auch für das Gesundheitsversorgungswesen in Tirol „AIDS als Herausforderung“⁷⁶ erscheinen, die zu unkonventionellen Wegen bei der therapeutischen Betreuung in den Krankenhäusern und bei damit beauftragten Pflegediensten zwang. Ansonsten bei hochinfektiösen Erkrankungen übliche Isolationsstrategien in den Krankenstationen konnten abgewehrt und eine an den PatientInnen orientierte Therapie in Angriff genommen werden. Doris Schaeffer legt in ihrer Analyse aus dem Jahre 2002 dar, wie durch AIDS Innovationen in der Krankenversorgung umgesetzt werden konnten, die zu einer „auf die Besonderheiten der Krankheit zugeschnittenen Versorgungslandschaft“⁷⁷ führten. Zu diesen flexibel gehandhabten und innovativen Aushandlungsergebnissen zählt sie etwa die Aufwertung der ambulanten Betreuung, die sich an der Lebensqualität und an den Bedürfnissen der Betroffenen und weniger an jenen des Klinikpersonals orientierten, oder die unkomplizierte Zusammenarbeit mit freiwilligen HelferInnen von Selbsthilfeorganisationen wie den AIDS-Hilfen. Das überwiegend junge Alter der Betroffenen, die aus ihrer autonomen Lebensgestaltung weggerissen und mit plötzlicher Pflegebedürftigkeit und dem eigenen Tod konfrontiert wurden, ließ Strukturen und gewohnte Abläufe des Krankenhausalltags nicht sinnvoll erscheinen.

In Innsbruck konnte mit dem MOHI auf eine Einrichtung zurückgegriffen wer-

den, die im Gegensatz zu Pflegeheimen Erfahrung mit den Bedürfnissen von Menschen hatte, die durch eine Behinderung oder Einschränkung zwar selbstbestimmt leben konnten, bei der Bewältigung von diversen Alltagsproblemen jedoch auf Unterstützung angewiesen waren. Elisabeth Hasenauer, die damalige Leiterin des MOHI, erinnert sich an die Diskussion zur Betreuung HIV/AIDS-Erkrankter:

„Und dieser Mobile Hilfsdienst ist dann recht gut ins Laufen gekommen mit unserem Konzept, das auf Selbstbestimmung ausgerichtet war, und wir sind dann eigentlich per Zufall – da hat es eine Einladung gegeben wenn ich mich richtig erinnere von Doktor Robert Zangerle von der Fünferstation⁷⁸ – der eben damals gesehen hat, es betrifft da jetzt junge Menschen, die von AIDS betroffen sind, die eigentlich eine Pflege brauchen und niemand fühlt sich zuständig. Das war eigentlich so der Auslöser. Ich war in meiner Funktion als Leiterin des Mobilien Hilfsdienstes auch dabei und habe mir das angehört, habe mich aber eigentlich nicht so betroffen gefühlt. [...] Es war klar, also in den Heimen da, ich mein in den Pflegeheimen, werden die Leute nicht aufgenommen, es gibt einfach eigentlich nichts. Und aus dem ist dann diese Idee entstanden, es handelt sich hier um junge, behinderte Menschen oder pflegebedürftige Menschen und unsere Zuständigkeit müsste eigentlich gegeben sein.“

Dieses um die Mitte der 1980er Jahre ins Leben gerufene „HIV/AIDS Netz Innsbruck“ aus MitarbeiterInnen des MOHI, der Hauskrankenpflege, den Johannitern, der Aids-Hilfe und der HIV Ambulanz an der Medizinischen Universität Innsbruck besteht bis heute.

5. Die Neustrukturierung der Österreichischen Aids-Hilfe 1991

Das Auftreten von AIDS führte in den meisten (west-)europäischen Staaten vor dem Hintergrund fehlender wirksamer medizinischer Therapien, des anfangs nur rudimentären Wissens über AIDS und des aufgeheizten Klimas, in dem Einschränkungen von Bürgerrechten und institutionalisierte Diskriminierung plötzlich eine Option darstellten, zur Bereitschaft der Gesundheitsministerien, entgegen sonstiger bei Infektionskrankheiten angewandter Public Health-Strategien Innovationen etwa im Bereich Prävention⁷⁹, Krankenversorgung oder Einbindung nichtprofessioneller medizinischer „ExpertInnen“ umzusetzen⁸⁰. Ein Ergebnis dieses *exceptionalism* war die Gründung von Aids-Hilfen. Die Österreichische Aids-Hilfe geriet 1990 in Turbulenzen und wurde 1991 vom damaligen Minister für Gesundheit, Sport und Konsumentenschutz aufgelöst und neu strukturiert.⁸¹ An ihre Stelle traten nun eigenständige Landesvereine, die vom Ministerium direkt subventioniert wurden, was in Tirol die Gründung des Vereines Aids-Hilfe Tirol bedeutete. Im Verlauf ihrer ersten fünf Jahre hatte sich



Zielgruppenspezifische Präventionskampagne der Österreichischen Aids-Hilfen, um 2003 (Archiv Aids-Hilfe Tirol).

die Österreichische Aids-Hilfe von einer Betroffenen- und Selbsthilfeinitiative zu einer professionellen Einrichtung gewandelt, in der die Tätigkeitsfelder von entsprechenden „ProfessionalistInnen“ wahrgenommen wurden.

Aus der Perspektive der kulturwissenschaftlichen Gesundheitsforschung und der Medizingeschichte bietet eine Beschäftigung mit Aids daher allerhand Anknüpfungspunkte. Ein Untersuchungsfeld hätten etwa jene narrative Traditionen sein können, die den diversen Ursprungsmythen von Aids vom entwichenen Virus aus US-amerikanischen Geheimlabors bis hin zur Strafe Gottes als kollektiver Pool unterschiedlichster Erzählstoffe dienen. Lohnend für eine kulturwissenschaftliche Analyse wäre auch der Zugang über popularisierte Laienvorstellungen von Übertragungswegen des HI-Virus gewesen oder von möglichen alternativen Therapieangeboten, die zusätzlich zur biomedizinischen Kombinationstherapie von HIV-Positiven und

an Aids Erkrankten in Anspruch genommen bzw. nachgefragt werden. Ich habe für meinen Beitrag die Perspektive der Gesundheitsselbsthilfeforschung gewählt, um jene Handlungsräume sichtbar zu machen, in denen sich Betroffene in engem Austausch mit ExpertInnen bei der Initiierung von Selbsthilfegruppen und -organisationen bewegen konnten. Die Frage, welches kulturspezifische Verständnis von Krankheit und deren Bewältigung letztlich bestimmte Personengruppen dahingehend geleitet hat, um von Staat und Medizin adäquate Strategien gegen die Bedrohung durch das HI-Virus – quasi als „Medikalisierung von unten“⁸² – einzufordern, stand dabei im Vordergrund meines Beitrages. In diesem Sinne stellt dieser einen ersten Versuch dar, jene Zeitumstände und „medikale Kultur“, die letztlich zur Einrichtung der Landesstelle Tirol der Österreichischen Aids-Hilfe geführt haben, ansatzweise nachzuzeichnen.

Frankfurt a.M. 2005.

¹⁷ Etwa in den Darstellungen von *Claudia Kuderna*: Aids-Hilfe-Arbeit in Wien 1985-2001. In: Wolfgang Förster, Tobias G Natter u. Ines Rieder (Hgg.): Der andere Blick. Lesbischwules Leben in Österreich. Eine Kulturgeschichte. Wien 2001, 255-260, und *Ulrike Repnik*: Die Geschichte der Lesben- und Schwulenbewegung in Österreich. Wien 2006 (=Feministische Theorie, 48), 152-156. Für die Schweiz vgl. STOP AIDS. Die STOP AIDS-Story 1987-1992. Hgg. von der Aids-Hilfe Schweiz und dem Bundesamt für Gesundheitswesen. Bern 1993. Das AIDS-Forum der Deutschen Aids-Hilfe widmete diesem Aspekt sogar ein eigenes Themenheft: AIDS Selbst Hilfe. Hgg. von der Deutschen Aids-Hilfe e.V. Berlin 2002 (= AIDS-Forum DAH, 44).

¹⁸ *Rolf Rosenbrock* u.a.: Die Normalisierung von AIDS in Westeuropa. Der Politikzyklus am Beispiel einer Infektionskrankheit. In: Rolf Rosenbrock u. Doris Schaeffer (Hgg.): Die Normalisierung von AIDS. Politik – Prävention – Krankenversicherung, Berlin 2002, 11-68, hier 11.

¹⁹ Ebd., 11-68.

²⁰ Ebd., 13.

²¹ PROFIL Nr. 13/1983, 64 f.

²² Vgl. *Pulver* (wie Anm. 3), 288-291.

²³ Die folgenden Ausführungen basieren auf den Darstellungen von *Mirko D. Grmek*: History of AIDS. Emergence and Origin of a Modern Pandemic. Princeton 1990; *Helmut Hartl*: Geschichte der HIV-Therapie – wichtige Stationen. In: AIDS im Wandel der Zeiten. Teil 1. Hg. von der Deutschen Aids-Hilfe e.V. Berlin 2003 (= AIDS-Forum DAH, 47), 73-79; *Pulver* (wie Anm. 3), 290-293.

²⁴ *Grmek* (wie Anm. 23), 41.

²⁵ „Schreck von drüben“. DER SPIEGEL Nr. 22/1982, 187-189.

²⁶ *Pulver* (wie Anm. 3), 310.

²⁷ *Grmek* (wie Anm. 23), 41.

²⁸ Zu dieser Entwicklung vgl. *Treichel* (wie Anm. 7), 46-52.

²⁹ LAV = Lymphademopathie-assoziiertes Virus; HTLV = Human T-Cell Leukemie Virus.

³⁰ Zur Entwicklung der Medikation vgl. *Max Kranewitter*: Von der Unbehandelbarkeit zur Behandelbarkeit. Die Therapie von HIV-Erkrankungen im Verlauf von zwei Jahrzehnten. In: Gemeinsamen Zielen verpflichtet. 20 Jahre Aids-Hilfen in Österreich. Hg. von den Aids-Hilfen Österreichs. Salzburg 2005, 64-77, sowie *Hartl* (wie Anm. 23), 73-79.

³¹ Zahlen aus *Sonja Weinreich* u. *Christoph Benn*: Aids – eine Krankheit verändert die Welt. Daten – Fakten – Hintergründe. Frankfurt a.M. 2004, 16.

³² *Mark Schoofs*: Gold und HIV in Südafrika. Die sozialen Bedingungen einer Epidemie. In: Ruth Mayer u. Brigitte Weingart (Hgg.): Virus! Mutationen einer Metapher. Bielefeld 2004 (= Cultural Studies, 5), 269-284.

³³ Diese Angaben und die nachfolgenden: *Weinreich* u. *Benn* (wie Anm. 31), 16; 18 f.; 28.

³⁴ Zahlen der Wiener Aids-Hilfe. Entnommen aus: PRIDE. Das lesbisch/schwule Österreichmagazin Nr. 92/2006, 63.

³⁵ *Weinreich* u. *Benn* (wie Anm. 31), Graphik 1, 14.

³⁶ Ebd., 16.

³⁷ Vgl. *Rosenbrock* u.a. (wie Anm. 18), 11-13.

³⁸ *Weingart* (wie Anm. 6), 38f.

³⁹ DER SPIEGEL titelte in Ausgabe Nr 45/1984: „AIDS. Die Bombe ist gelegt“. Zu dieser Metaphorisierung von AIDS als Kriegsschauplatz vgl. *Peter Wießner*: AIDS als moderner Mythos. In: AIDS im Wandel der Zeiten. Teil 1. Hgg. von der Deutschen Aids-Hilfe e.V. Berlin 2003 (= AIDS-

Forum DAH 47), 19-71, hier 42-44, sowie *Pulver* (wie Anm. 3), 353, Fußnote 42.

⁴⁰ *Rolf Rosenbrock*: AIDS kann schneller besiegt werden. Gesundheitspolitik am Beispiel einer Infektionskrankheit. Hamburg ³1987. 54.

⁴¹ Vgl. beispielsweise die SPIEGEL-Themenhefte: „Schutz vor der Seuche: Meldepflicht für AIDS?“ Nr. 7/1987; „Bayerns Scharfmacher Gauweiler. Einer gegen AIDS“ Nr. 22/1987.

⁴² *Weingart* (wie Anm. 6), 103-138.

⁴³ Ebd., 43.

⁴⁴ *Rosenbrock* (wie Anm. 40), 146.

⁴⁵ Zu dieser Vorstellung vgl. die Untersuchungen von *Pulver* (wie Anm. 3), 65-267, und *Weingart* (wie Anm. 6), 28-31.

⁴⁶ Vgl. dazu *Bleibtreu-Ehrenberg* (wie Anm. 2), 89-98. Die Autorin zählt auch das Wort „Blut“ zu einem solchen archetypischen „Code-Wort“. Ebd., 103.

⁴⁷ Das genaue Zitat lautet: „Pest oder Cholera forderten bekanntlich unzählige Opfer, ehe es der Medizin gelang, geeignete Gegenmittel zu finden, mit deren Hilfe sie die tödliche Bedrohung abzuwehren vermochte“. *Heinz Fischer*: Grußworte. In: Gemeinsamen Zielen verpflichtet (wie Anm. 30), 3.

⁴⁸ *Kurt Krickler*: Homosexualität und AIDS(-Politik). In: Michael Handl, u.a. (Hgg.), Homosexualität in Österreich: aus Anlaß des 10jährigen Bestehens der Homosexuellen Initiative (HOSI) Wien. Wien 1989, 80-90, hier 88.

⁴⁹ So etwa um den Jahreswechsel 1997/98 (Standort Rathaus Hof) oder 2004/05 (Standort Dreieinigigen). Vgl. dazu die in der regionalen Presse erschienenen Artikel. Nachzulesen im Archiv der AIDS Hilfe Tirol. „Pressespiegel für 1997 und 1998“, sowie im Jahresbericht 2004. Hg. von der AIDS Hilfe Tirol, 39.

⁵⁰ Vgl. dazu *Robert Jütte*: „Wer keine Nachricht erhält, darf sich als gesund betrachten“. Zur Geschichte der zwangsweisen Prävention. In: Susanne Roeßiger u. Heidrun Merk (Hgg.): Hauptsache gesund! Gesundheitsaufklärung zwischen Disziplinierung und Emanzipation. Katalog zur Ausstellung des Deutschen-Hygiene-Museums Dresden und der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung Köln. Deutsches Museum Hygiene Museum, 2.7.1998-3.1.1999. Marburg 1998, 22-33.

⁵¹ *Ivan Illich*: Die Nemesis der Medizin. Die Kritik der Medikalisation des Lebens. München 1995.

⁵² So etwa sein Werk über den Medikalierungsprozess. *Michel Foucault*: Die Geburt der Klinik. Eine Archäologie des ärztlichen Blicks. Frankfurt a.M. 1996.

⁵³ Vgl. dazu die einzelnen Beiträge in *Ilona Kickbusch* u. *Alf Trojan* (Hgg.): Gemeinsam sind wir stärker. Selbsthilfegruppen und Gesundheit. Selbstdarstellungen, Analysen, Forschungsergebnisse. Frankfurt a.M. 1981.

⁵⁴ Vgl. etwa die Untersuchung zu Selbsthilfegruppen von *Alf Trojan* (Hg.): Wissen ist Macht. Eigenständig durch Selbsthilfe in Gruppen. Frankfurt a.M. 1986.

⁵⁵ Vgl. zu der Entwicklung in Österreich die einzelnen Beiträge in: *Sylvia Groth* u. *Éva Rásky* (Hgg.): Frauengesundheiten. Innsbruck u. Wien 1999.

⁵⁶ Ich verwende hier die Definitionen von Selbsthilfegruppen, die Dieter Grunow gegeben hat. *Dieter Grunow*: Selbsthilfe. In: Klaus Hurrelmann, Ulrich Laaser u. Oliver Razum (Hgg.): Handbuch Gesundheitswissenschaften. Weinheim/München 2006, 1053-1076.

⁵⁷ Zu Gründung und Programm des MOHI vgl. *Volker Schönwiese*: Leben ohne ins Heim zu müssen. Der mobile Hilfsdienst in Innsbruck. In: Rudolf Forster, Ulrike Froschauer u. Jürgen M. Pelikan (Hgg.): Gesunde Projekte. Initiativen und Modelle im österreichischen System der Gesundheitssicherung und Krankheitsbewältigung. Wien 1989, 395-409.

- ⁵⁸ *Ilona Kickbusch*: Von der Zerbrechlichkeit der Sonne. Einige Gedanken zu Selbsthilfegruppen. In: Kickbusch u. Trojan (Hgg.) (wie Anm. 53), 11-24, hier 14.
- ⁵⁹ *Guido Vael*: HIV-Prävention in Eigenregie: Schwules Kommunikations- und Kulturzentrum München (Sub e.V.). In: AIDS Selbst Hilfe (wie Anm. 17), 85-92.
- ⁶⁰ Genaueres dazu bei *Krickler* (wie Anm. 48), 80.
- ⁶¹ Archiv der HOSI-Tirol: „HOSI-Calendarium. 1985. Eintrag 31. Januar: Vortrag: AIDS/Armand“.
- ⁶² Vgl. *Rosenbrock* (wie Anm. 40), 73f.
- ⁶³ Zu diesem Test siehe: Zur Gründungsgeschichte der Österreichischen AIDS-Hilfe. In: ÖAH info aktuell, Juni 1987, 9-15, hier 9-11.
- ⁶⁴ Von den 318 in dieser Studie getesteten homosexuellen Männern waren 68 (21,4%) positiv. Ebd., 10.
- ⁶⁵ Abgedruckt etwa in der 1986 vom Land Tirol herausgebrachten Aufklärungsbroschüre zu AIDS, 11 f.
- ⁶⁶ Die nachfolgenden Angaben beziehen sich wenn nicht anders angegeben auf folgende Literatur: *Krickler* (wie Anm. 48); *Reinhardt Brandstätter* u. *Gabriele Vogt*: Prävention und Betroffenenbetreuung. Das Modell der Österreichischen AIDS-Hilfe. In: Forster u.a. (wie Anm. 57), 385-394; ÖAH info aktuell, 2. 5 Jahre Österreichische AIDS-Hilfe 1985-1990. Juni 1990; *Kuderna* (wie Anm. 17), 255-260; Gemeinsamen Zielen verpflichtet (wie Anm. 30), hier v.a. 8-31.
- ⁶⁷ *Weingart* (wie Anm. 6), 37.
- ⁶⁸ Siehe dazu auch den Beitrag von Christine Holmberg in diesem Band.
- ⁶⁹ Über die „unerwünschten Nebenwirkungen“ des HIV-Antikörpertests, die vor dem Wissen um HIV/AIDS Ende der 1980er Jahre auftreten konnten, vgl. *Bleibtreu-Ehrenberg* (wie Anm. 2), 117-134. Differenziert zum HIV-Test äußert sich auch *Rolf Rosenbrock*: Der HIV-Test ist die Antwort – aber auf welche Fragen? Vom Nutzen einer Diagnose für Prävention und Therapie. In: Rolf Rosenbrock, Hagen Kühn u. Barbara Maria Köhler (Hgg.): Präventionspolitik. Gesellschaftliche Strategien der Gesundheitssicherung. Berlin 1994, 358-382.
- ⁷⁰ Vgl. *Armand Hausmann*: Landesstelle Tirol. In: ÖAH info aktuell, 2 (wie Anm. 66), 48-52, hier 48.
- ⁷¹ Zur Gründung der HOSI in Wien und den Bundesländern vgl. *Michael Handl*: Von Rosa Villen und Wirbeln und Homosexuellen Initiativen – Die österreichische Homosexuellenbewegung nach Stonewall. In: Michael Handl u.a. (Hgg.): Homosexualität in Österreich: aus Anlaß des 10jährigen Bestehens der Homosexuellen Initiative (HOSI) Wien. Wien 1989, 120-221.
- ⁷² Dass dieser Paragraph durchaus angewandt werden konnte, bewies die behördliche Untersagung des Ansuchens Salzburger Schwulen und Lesben um Gründung eines Vereines (HOSI-Salzburg) mit Hinweis auf den bestehenden Paragraphen im Jahre 1980. Ebd., 130. Die HOSI-Tirol erhielt hingegen am 1. Februar 1984 sehr wohl einen „Nichtunterlassungsbescheid“ der Sicherheitsdirektion Tirol. Zur Geschichte der HOSI-Tirol vgl. *Alois Unterkircher*: Innsbruck is burning! 20 Jahre HOSI-Tirol. In: PRIDE. Das lesbisch/schwule Österreichmagazin, Nr. 82 (2004), 44-47.
- ⁷³ Vgl. *Gudrun Hauer* u. *Elisabeth Perchinig*: Homosexualitäten in Österreich: Über die Zusammenhänge von politischer Identität und Praxis. Endbericht zur Pilotstudie im Auftrag des Bundesministeriums für Wissenschaft und Verkehr/Bundesministeriums für Unterricht und Wirtschaft. Wien 2000.
- ⁷⁴ *Hausmann* (wie Anm. 70), 48-52.
- ⁷⁵ Vgl. ebd., 48.
- ⁷⁶ *Doris Schaeffer*: Patientenorientierte Krankenversorgung: Aids als Herausforderung. In: Rolf

Rosenbrock u. Doris Schaeffer (Hgg.) (wie Anm. 18), 157-170, hier 157.

⁷⁷ Ebd., 159.

⁷⁸ Univ.-Prof. Dr. Robert Zangerle ist Leiter der AIDS-Ambulanz an der Uniklinik Innsbruck und Initiator des „HIV/AIDS Netz Innsbruck“.

⁷⁹ Über die Auswirkungen von HIV/AIDS auf das Sexualverhalten schwuler Männer und somit auch über die „Internalisierung“ der an diese Zielgruppe über zahlreiche Aufklärungskampagnen gerichteten „Botschaften“ liegen inzwischen einige sexualwissenschaftliche Studien vor. Einen gut lesbaren, ersten Überblick gibt *Martin Dannecker: Der homosexuelle Mann im Zeichen von AIDS.* Hamburg 1991.

⁸⁰ Zum Erfolg dieser innovativen AIDS-Präventionskampagnen am Beispiel Deutschland siehe *Wolfgang Müller: „Gib AIDS keine Chance“.* Die Aids-Präventions-Kampagne der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BzgA). In: Roeßiger u. Merk (Hgg.) (wie Anm. 50), 93-102.

⁸¹ Siehe dazu die entsprechenden Unterlagen und Presseberichte im Archiv der AIDS-Hilfe Tirol.

⁸² Zur Begriffsgeschichte von „Medikalisierung“ vgl. Elisabeth *Dietrich-Daum* u. *Rodolfo Taiani:* Editorial/Editoriale. In: *Geschichte und Region/Storia e regione*, 14 (2005), Themenheft: Medikalisierung am Land/Medicalizzazione in area alpina, hg. von Elisabeth Dietrich-Daum u. Rodolfo Taiani, 5-18.

„Crystal merkst du erst, wenn es zu spät ist.“¹ Betreute Onlineforen als Orte des Austausches von Suchterfahrungen

Marina Hilber

I.
Ein neues Schreckgespenst jagt durch die Medien – *Crystal Meth*, Methamphetamin, auch Ice, Yaba oder Piko genannt, wird als „die gefährlichste Droge der Welt“, „Monsterdroge“², „besonders grausame Modedroge“, oder schlichtweg als der „Horror“³ bezeichnet. Was zuerst als rein US-amerikanisches Problem bewertet wurde, fand sehr schnell seinen Weg über den großen Teich und machte sich langsam in Europa bemerkbar. Seit Mitte der 1990er Jahre sahen sich Drogenberatungs- und Präventionsstellen mit einem vermehrten Aufkommen von *Crystal Meth* konfrontiert und reagierten mit gezielten Informationskampagnen an der Basis – in Clubs, auf Partys und Raves.⁴ Dem Medienhype der letzten beiden Jahre, der die Droge in das Blickfeld einer breiteren Öffentlichkeit brachte, stehen solche Einrichtungen äußerst kritisch gegenüber. Anstelle naiver Panikmache setzt man dort auf umfassende und sachliche Aufklärung.⁵ Um die leichtere Zugänglichkeit der Informationen gewährleisten zu können, tritt das Internet immer stärker in Aktion und bietet sich zusehends auch als Kommunikationsmedium an. In speziellen Onlineforen wird Betroffenen die Möglichkeit geboten, sich über ihre Erfahrungen im Umgang mit der Droge auszutauschen. In gewisser Weise kann von einer Art virtueller Selbsthilfegruppe⁶ gesprochen werden, denn es treffen sich im Forum in erster Linie Menschen, die das gleiche Problem haben – die Sucht nach *Crystal Meth*.



Substanzinfo & Safer Use Tipps zu Methamphetamin (MDA basecamp, 2007)

II.

Methamphetamin oder richtiger *N*-Methylamphetamin ist eine synthetische, d.h. nicht natürlich in der Umwelt vorkommende, chemische Substanz, die wie Amphetamin (Speed) auf Grund ihrer stimulierenden Wirkung zu den so genannten Weckaminen gehört. Methamphetamin weist jedoch einen fünf Mal höheren Reinheitsgrad auf, der die Wirkkraft der Droge enorm steigert. Üblicherweise wird die Substanz in Pulverform gesniffet, kann aber auch, wie die thailändische Variante Yaba, in Tablettenform geschluckt werden. Weitere Konsumformen umfassen das Rauchen der Droge in einer speziellen Pfeife oder die intravenöse Injektion mittels Spritze. Die Herstellung der Droge ist einfach und meist genügen frei erhältliche Chemikalien wie Aceton oder Wasserstoffperoxyd sowie Säure aus Lithiumbatterien, um die Droge herzustellen.⁷ Rezepte bzw. Herstellungsanleitungen finden sich leicht zugänglich im Internet.⁸ In unzähligen illegalen Labors (*clandestine laboratories*) wird die Droge in den USA, Mexiko, aber auch in Europa, v.a. in Tschechien, produziert. Der Konsum von *Crystal Meth* greift das zentrale Nervensystem an und führt zu einer verstärkten Ausschüttung der körpereigenen Hormone Adrenalin und Dopamin, die eine gesteigerte Leistungsfähigkeit und Aufmerksamkeit bewirken. Die Einnahme der Droge lässt angeblich ein starkes Gefühl des Wohlbefindens, der Gelassenheit und Zufriedenheit aufkommen. Bei manchen Menschen wird durch den Ge- bzw. Missbrauch der Substanz eine Steigerung des Selbstbewusstseins beobachtet, die nicht selten mit übersteigerter Egozentrik, Narzissmus und einem unkontrollierten Rededrang einhergeht. Weiters unterdrückt das Suchtmittel das Hunger- und Durstgefühl bis zu 30 Stunden lang. Das Bedürfnis nach Schlaf wird oft über Tage hinweg ausgeschaltet und auch das Schmerzempfinden wird drastisch herabgesetzt.

An körperlichen Nebenwirkungen sind unter anderem Magenkrämpfe, Schwindelgefühle, Zittern, Schlafstörungen, Herzrhythmusstörungen, Kreislaufzusammenbrüche oder Angstzustände zu nennen. Besonders bei Überdosierungen und Langzeitkonsum kann es zu heftigen Fieberschüben kommen. Das Risiko, dabei einen Schlaganfall zu erleiden oder an einem Herzstillstand zu versterben, steigt ebenso.⁹ *Crystal Meth* führt in vielen Fällen auch zu einem desaströsen Erscheinungsbild der Zähne, die zunächst brüchig und stark kariös werden und zusehends verfaulen.¹⁰

Die bereits erwähnten psychischen Nebenwirkungen wie Angstzustände können, gepaart mit visuellen und auditiven Sinnestäuschungen (Halluzinationen), zu paranoiden Wahnvorstellungen heranwachsen und in latenter Schizophrenie enden, die häufig zu (auto)aggressivem Verhalten führt.¹¹ So wurde bei chronischen KonsumentInnen beobachtet, dass sie sich durch intensives Kratzen oberflächliche Wunden zufügen. Die Süchtigen glauben nach eigenen Aussagen, dass Insekten – die so genannten *crank bugs* – unter ihrer Haut kriechen und versuchen, die vermeintlichen Käfer oder

Würmer durch Kratzen bzw. Aufschneiden der Haut zu befreien.¹² Durch den intensiven Konsum der Droge lagern sich toxische Substanzen in der Haut ein, was zu einem Anschwellen der Extremitäten sowie gewisser Gesichtspartien (Wangen, Kinn) führen kann. Diese Geschwüre können aufplatzen und bei schlechter Abheilung so genannte *speed scars* hinterlassen.¹³

III.

Kulturanthropologische Studien der letzten Jahre haben gezeigt, dass direkt oder indirekt von Krankheit bzw. Sucht betroffene Menschen häufig das Internet nutzen, um sich Informationen rund um ihr individuelles Problem zu beschaffen.¹⁴ Das Internet bietet AnwenderInnen aber nicht nur die Möglichkeit, sich gezielt Informationen einzuholen, sondern wird zunehmend auch zum beliebten und viel genutzten Kommunikationsmedium, das einen scheinbar idealen Raum zum Gedankenaustausch bietet. Dieser Trend wird zusehends auch von Suchtberatungsstellen wahrgenommen. Aus diesem Grund wurden im deutschsprachigen Raum in den letzten Jahren etliche themenspezifische Chats, betreute Foren und webbasierte Drogenberatungen eingerichtet.¹⁵ Ein Interview mit Brigitte Nock, Onlineberaterin bei der in Innsbruck ansässigen Drogenberatungsstelle *MDA basecamp*, brachte Einblicke in die Motive der gesteigerten Onlinepräsenz von Suchtpräventions- und Beratungseinrichtungen. Die eigens ausgebildete Onlineberaterin nennt in erster Linie die Niederschwelligkeit, d.h. den einfachen und freien Zugang zur Beratung, sowie die leichte Verfügbarkeit des Internets als Gründe für die Einführung der Onlineberatung. Man müsse das Angebot der Nachfrage anpassen und so entschied man sich in Innsbruck im Jahr 2004 aufgrund der Häufung von Anfragen per Mail für die Etablierung eines professionellen webbasierten Beratungsmoduls. Zunächst lagen die Präferenzen eher bei einem interaktiven Angebot in Form eines Chats oder Forums.¹⁶ Dabei kann das Angebot einerseits in Form eines moderierten Chats erfolgen, bei dem ExpertInnen Fragen beantworten und über Gefahren aufklären, andererseits können schon allein die diversen Postings in einem Forum aufklärend bzw. abschreckend und somit präventiv wirken.¹⁷ Dieses meinungsbildende Potential wird auch von den Beratungseinrichtungen betont. Die Praxis, individuelle Erfahrungsberichte im Forum zu veröffentlichen, rechtfertigen die untersuchten Onlineforen mit dem Hinweis, dass die Erzählungen ihrer Ansicht nach „dazu dienen, sich kritisch mit den Erfahrungen anderer Menschen bei deren Drogenkonsum auseinanderzusetzen“¹⁸. Diese Art der virtuellen Kommunikationsmedien bietet daher nicht allein dem/der Anfragenden eine Antwort auf drogenspezifische Fragen, sondern stellt durch die Öffentlichkeit seiner Postings auch für andere Personen eine wertvolle Informationsquelle dar.

Der hohe personelle Aufwand, die sehr zeitaufwändige Betreuung eines Chats oder Forums sowie die Schwierigkeit der Intensivierung der individuellen Beratungssituation ließ das Team von *MDA basecamp* in Innsbruck wieder von diesem interaktiven Ideal abkommen. Man entschied sich schlussendlich für eine Onlinedrogenberatung im „klassischen“ Stil, die Betroffenen, Angehörigen und FreundInnen die Möglichkeit bietet, mit den BeraterInnen via Internet in Kontakt zu treten. Dabei ergeben sich für die BeraterInnen Vor- und Nachteile. Positiv bewertet Brigitte Nock das Zeitmanagement in der Onlinedrogenberatung. Es bleibt Zeit für notwendige Rechercharbeiten, die Antwort muss nicht unter Zeitdruck verfasst werden und durch das teaminterne Gegenlesen der Antworten können Probleme in der Verschriftlichung der Beratung vermieden werden.¹⁹



Flyer der Onlineberatung des MDA basecamp – mobile Drogenarbeit des Innsbrucker Jugendzentrums Z6 (um 2006)

Somit lässt sich festhalten, dass die Wahl dieses Kommunikationsmediums vordergründig mit dem Motiv einer erleichterten Interaktion zwischen Jugendlichen und jungen Erwachsenen und den professionellen BeraterInnen zusammenhängt. Man versucht die potentiell risikofreudige Gruppe der 15- bis 25-jährigen²⁰ über das Internet zu erreichen und gezielte Präventions- und Drogenberatungsarbeit zu leisten.²¹

Warum für die Betroffenen gerade das Internet das richtige Medium zur Kommunikation ihrer Emotionen, Meinungen und Fragen ist, kann vielfältige Gründe haben. Die Drogenthematik erfährt in unserer Zeit noch immer eine starke Tabuisierung und das Schamgefühl von Süchtigen und ihren Angehörigen sowie mangelnde Toleranz und offene gesellschaftliche Anfeindungen gegenüber Drogenkranken verhindern meist einen ernstzunehmenden sozialpolitischen Diskurs. Online-Foren nehmen in diesem Kontext eine Stellvertreterposition ein und ermöglichen es den Betroffenen, ihre persönlichen Geschichten preiszugeben, Ratschläge und Tipps einzuholen oder sich einfach ihren aufgestauten Frust von der Seele zu schreiben. Dabei spielt vermutlich die Tatsache, dass man sich im Netz in einer Gruppe von Gleichgesinnten bzw. Leidensgenossen befindet, eine große Rolle. Es bildet sich eine Online-Gemeinschaft, auch *CyberSociety* oder virtuelle Gesellschaft genannt. Innerhalb dieser Gruppen entsteht oft große Vertrautheit und es fällt scheinbar leichter, offen über individuelle Ängste und Träume zu „sprechen“, respektive zu schreiben.²²

Im Gegensatz zu älteren Arbeiten zur Internetnutzung geht die neuere Forschung

auf diesem Gebiet nicht von einer Dichotomie zwischen einer scheinbar „natürlichen“ Face-to-face Kommunikation und „unnatürlicher“ virtueller Kommunikation aus.²³ Die Online-Präsenz von Süchtigen und ihren Angehörigen stellt demnach nicht zwangsläufig ein „Versagen direkter persönlicher Kommunikation“ oder eine „fortschreitende [...] Entfremdung und Isolation der Menschen in unserer Zeit“²⁴ dar, sondern hängt vermutlich vielmehr mit dem Wunsch nach einem „breiteren sozialen Aktionsradius“, also einem zusätzlichen kommunikativen Austausch, zusammen.²⁵

Ein weiterer wichtiger Grund für die Nutzung des Internets ist unweigerlich auch in der Anonymität im Netz zu sehen. Die agierenden Personen verbergen sich hinter so genannten Nicknames, die meist keine Rückschlüsse auf die eigentliche Identität zulassen.²⁶ Betreuungseinrichtungen weisen in ihren Webauftritten dezidiert auf die gebotene Anonymität in ihren Foren, Chats und Beratungsseiten hin.²⁷ Preisgegeben wird nur, was die UserInnen freiwillig von sich und ihren Lebensumständen erzählen. John Flöth bezeichnet in seiner Studie zu deutschen *Talk Radios* die „Anonymität als Basis für Offenheit“ und beschreibt damit eine gesteigerte Bereitschaft zu kommunikativer Nähe unter dem Schutzmantel der Anonymität. In einem solch ungezwungenen Umfeld können Dinge des persönlichen Lebens thematisiert werden, vor deren Artikulation man sich ansonsten scheuen würde.²⁸

Bei dem im Folgenden näher untersuchten Erfahrungsberichte-Forum der *Drug Scouts* des Suchtzentriums Leipzig spielt sicherlich auch die Tatsache, dass die BetreuerInnen kaum regulierend in diese Foren eingreifen und nur selten Korrekturen oder Ergänzungen in eigener Sache an den Einträgen vornehmen, eine Rolle. Diese Art und Weise der Betreuung vermittelt den UserInnen möglicherweise das Gefühl, dass sie nicht von Außenstehenden kritisiert, belehrt oder diskriminiert werden. Dieses Fehlen des „erhobenen Zeigefingers“ lässt eine Atmosphäre des Vertrauens entstehen, die dazu beiträgt, dass sich die UserInnen im Forum offen zu Wort melden. Die *Drug Scouts* des Suchtzentriums Leipzig bestehen auch darauf: „Wir sind keine Moralagentur“²⁹, sondern vielmehr eine moderne Betreuungseinrichtung von jungen Menschen für junge Menschen. Das Forum dient somit in erster Linie dem Austausch von Sucht- bzw. Rauscherfahrungen. Fragen in Bezug auf den Konsum von Drogen werden von den BetreuerInnen im Rahmen dieses Forums nicht beantwortet, denn diese Funktion soll bewusst von anderen Mitgliedern des Forums, den echten „ExpertInnen“ auf diesem Gebiet, übernommen werden.

IV.

Drogenberatungseinrichtungen haben im Allgemeinen durch ihre Arbeit an der Basis Einblick in die Entwicklungen in der Szene und reagieren meist prompt auf das Auf-

tauchen von neuen Modedrogen. So existieren im deutschsprachigen Raum bereits etliche betreute Foren, die den UserInnen von *Crystal Meth* einen geschützten Raum zum Austausch ihrer Erfahrungen bieten. In welcher Art und Weise die UserInnen diese Foren nutzen, soll im Folgenden anhand des „Erfahrungsberichte-Forums“ des Suchtzentriums Leipzig untersucht werden. Die Wahl dieses Mediums wurde nicht allein aufgrund der Fülle der zugänglichen Berichte getroffen. Ausschlaggebend war vielmehr der gemeinnützige, nicht-konfessionelle Charakter der Einrichtung sowie die Tatsache, dass neben einem Diskussionsforum auch fundierte Informationen über das Suchtpotential, die Wirkweise und Nebenwirkungen der Droge angeboten werden und sich das Suchtzentrum Leipzig somit als seriöse Drogenberatungsstelle präsentiert. Zur Analyse dienen insgesamt 770 Erzählungen, die seit September 1999 im Forum veröffentlicht wurden. Interessant scheint dabei nicht nur die Frage zu sein, worüber geschrieben wird, sondern auch wie stark die Interaktion zwischen den BesucherInnen des Forums ist. Für eine genaue Rekonstruktion dieser wechselseitigen Beziehungen wurden 100 Beiträge ausgewählt, welche im Zeitraum von 22. Oktober 2006 bis 21. Februar 2007 im Forum gepostet wurden.

Bevor wir nun aber zu einer Beschreibung der einschlägigen Erzählungen kommen, ist der prinzipielle Umgang mit den Quellen zu klären. Da es sich meist um sehr persönliche und emotionale Berichte über die oft prekäre Lebenssituation mit bzw. durch *Crystal Meth* handelt, stellt sich die Frage nach der ethischen oder „moralischen Verantwortlichkeit des Wissenschaftlers“. ³⁰ Im Gegensatz zu Ingo Schneider, der sich in einem Aufsatz gegen die Zitierung von Originaltexten aus einem Selbstmordforum aussprach und die Inhalte der Beiträge nur gekürzt bzw. paraphrasiert wiedergab, ³¹ wurde bei der Bearbeitung des vorliegenden Themas gerade den Originaltexten eine besondere Aussagekraft zugemessen. Dennoch werden im Folgenden lediglich die repräsentativsten Beiträge in vollem Textumfang präsentiert.

a. Negiertes Gefahrenpotential³²

Im Forum finden sich immer wieder Einträge von Personen, die die Droge in den höchsten Tönen loben und etwaige Gefahren und Nebenwirkungen schlichtweg ausschließen. Die teils euphorischen Einträge über die Wirkung von *Crystal Meth* finden sich auffallend häufig bei den sehr frühen Postings, d.h. vor allem in den Jahren 1999 und 2000. Dies könnte bedeuten, dass die Droge zu dieser Zeit relativ „neu“ am deutschen Markt war und die Nebenwirkungen erst nach längerfristigem, intensivem Konsum auftreten. Andererseits könnte das gehäufte Vorkommen solcher Beiträge mit einer erst nachträglich eingeführten *Netiquette*, den vorgegebenen Spielregeln im Fo-

rum, zusammenhängen. Diese verbietet nämlich neben der Verwendung von sexistischen und rassistischen Ausdrücken auch die „unreflektierte Verherrlichung von und Aufforderung zum Konsum illegalisierter Drogen.“³³

Die angesprochenen Beiträge fallen allerdings nicht allein durch ihren Inhalt auf, sondern spiegeln meist auch in den selbstgewählten *Nicknames* eine positive Einstellung zur Droge wider. So schreibt beispielsweise am 25.10.2000 ein Poster unter dem Nickname *Crystal immer wieder!* „Laßt euch nichts einreden, da passiert schon nichts!!!! Crystal High.“

Crystal=Party,

13.01.00

Ich finde Crystal fetzt einfach. ABER ES IST UNBEDINGT MIT VORSICHT ZU GENIESSEN! Man wahnsinnig leicht auf dem Level hängenbleiben! Zum aufhören braucht man einen starken Willen. Man braucht ja bloß eine Pause zu machen.

Sunshine,

13.02.00

Ist eine schöne aber krasse Droge, am besten nicht übertreiben das ist das einzige, wie bei fast jeder anderen Droge. Man soll es alles genießen und nicht auf krasse Filme kommen. Ich kann gut damit umgehen und Leute die mit sowas nicht klarkommen, sollten es sein lassen.

Die dagegen sind, haben gar keine Ahnung, die trinken, wir feiern mit Chemie, es ist alles beides schlecht für Geist und Körper. Und solange man es in Maßen hält, ist es für mich nicht schädlicher als Alkohol.

Wir leben unser Leben wenigstens und versuchen so in dieser nicht gerade berauschenden Welt klarzukommen. Warum machen es bloß so viele mies, laßt uns feiern!!!!!!!!!!!!!!

Bei einer eingehenden Analyse der oben bereits erwähnten 100 Beiträge zeigte sich, dass die berauschende Wirkung der Droge in etwas mehr als 25% der untersuchten Erfahrungsberichte angesprochen und durchwegs positiv beschrieben wurde. So rangieren die Einschätzungen zur Wirkung der Droge von „schön“ über „einfach nur geil“ und „bombastisch“ bis hin zu der Aussage, dass der Rauschzustand auf *Crystal Meth* „einfach nur das schönste [ist] was es gibt.“ Die UserInnen sind sich in dieser Einschätzung einig, doch der allgemein positive Grundtenor wird meist durch den zentralen Hinweis auf die Gefährlichkeit und das hohe Suchtpotential der Droge ergänzt.

Statements, die eine unreflektiert positive Sicht auf den individuellen Drogenkonsum wiedergeben, werden von der *Virtual Community* sofort kritisiert. Dies zeigt sich u.a. am Beispiel einer 19-jährigen Posterin, die am 20. Februar 2007 folgenden Bericht online stellte: „Ich bin der Meinung ohne Drogen macht Party einfach keinen Spass! Irgendwann gehen wir sowieso krachen, also warum nicht alles ausprobieren!“

Reaktionen auf diesen Eintrag folgten bereits am nächsten Tag, hier nur das repräsentativste Beispiel, gepostet von einer 17jährigen aus Sachsen:

Bester Kumpel

fast verloren

21.02.2007

Ich kann es ne verstehen wenn manche leute hier schreiben ohne drogen macht party kein scheiss, sach ma geht's noch? Ich meine das wir fast alle es mal ausprobieren leugne ich nichts einmal aber das man es noch präsentiert als wärs was normales da könnt ich kotzen echt. Leute hört auf bevor es zu spät ist oder wollt ihr euer Leben verspielen für nichts und wieder nichts? Ich bin froh das ich die Kurve bekommen hab weil ich echt crass drin war aber macht eure augen endlich auf. Man kann auch ohne den scheiss party machen.

b. Dringliche Warnungen

Besonders häufig und gleichzeitig heftig reagiert die *Community* auf die Aussagen einzelner KonsumentInnen, die behaupten, alles unter Kontrolle zu haben und nicht süchtig zu sein. Sehr oft wird davon gesprochen, dass *Crystal Meth* nur am Wochenende zu Partyzwecken konsumiert wird. Erfahrenere UserInnen entlarven diese Aussagen regelmäßig als Illusion und legitimieren ihre scharfe Kritik an anderen, mit ihren eigenen sehr ähnlich verlaufenden Konsumgeschichten, die sie nach eigenen Aussagen nur zur Warnung anderer preisgeben.

Der Inhalt der unterschiedlichen Postings lässt darauf schließen, dass es sich bei den VerfasserInnen um Süchtige mit dem Wunsch nach Therapie bzw. um Ex-Junkies handelt. Auf Grund von negativen, persönlichen Erfahrungen wird in den nachstehenden Postings vor exzessivem Konsum und einer Verharmlosung der Neben- und Wechselwirkungen gewarnt.

Mr.Hilde,

16.03.2000

Kurz und knapp: Crystal merkst du erst, wenn es zu spät ist.

Rede Dir nicht ein, Du hättest es im Griff... The Party is over...bis zum nächsten Leben. Es ist dann zu spät, wenn man sich einrededet, das Gegenteil wäre der Fall. Ich hoffe, es lässt mich los, bevor es zu spät ist. Schön ist es, doch böse.

P.S.: Lasst die Finger davon, oder es lässt die Finger nicht mehr von Euch.

In diesem Sinne: Der, der wünscht, es nie getan zu haben.

**Freudianer,
17.02.2001**

Methamphetamin ist eine der geilsten Drogen überhaupt!

HALT! Aber nur am Anfang, spätestens wenn du bis auf die Knochen abgemagert bist, dein Körper keine Energie mehr besitzt und du diese Energie versuchst mit Künstlichen Adrenalin wiederzuholen solltest du dich schon mal Fragen wann du dich:

1. Wieder mal schlafen legst
2. Du wieder mal was leckeres Gekochtest ist
3. DU mal wieder pause machst
4. Du mal wieder mit feiern auffhoerst
5. DU MAL WIEDER IN DEN SPIEGEL SCHAUST

Wie im oben zitierten Bericht bereits angedeutet, enthalten die Warnungen häufig eine regelrechte Auflistung persönlich erlebter „Beschädigungen“. Die körperlichen und psychischen Schädigungen, die die UserInnen durch den Konsum von *Crystal Meth* erfahren, sind meist sehr drastisch und reichen von starkem Gewichtsverlust oder eiternden Hautgeschwüren bis hin zu schweren depressiven oder gar schizophrener Episoden. Die folgenden Postings thematisieren eben diese negativen Auswirkungen auf den Körper, weisen jedoch auch auf weitere Gefahren hin.

**w.s,
04.02.2001**

also ich finde das jeder der hier behauptet über monate hinweg durchgehend crystal zu konsumieren lügt.

ich selbst hab erst vor kurzem das erste mal crystal gezogen und war auch so 4-5 tage drauf aber danach war ich fast 10kg leichter und mir ging es fast 2 wochen lang so dreckig das ich mich krankschreiben lassen musste. [...]

Der folgende Beitrag dokumentiert neben den körperlichen Schäden auch psychische Folgen, die durch den Drogenmissbrauch auftreten können. Der nach eigenen Angaben 22-jährige Konsument beschreibt nicht nur seine persönlichen, visuellen Halluzinationen, sondern auch das Auftreten der so genannten *crank bugs* bei einem Freund.

**Nee Nee,
24.09.2002
22 Jahre**

Nordrhein-Westfalen

Also mir ist das Zeug zu hart, weil nach 2 Mini Nasen davon hab ich Insekten an der Decke gesehn und Trolle liefen durchs Zimmer. Muß ich nicht haben.

Ein Kollege von mir ist ein ziemlicher Pep-Junkie, der zieht in einer Nacht 3-4 g, aber das Crystal hat ihn richtig fertig gemacht, nach 4 Monaten nahezu täglichem Ziehen, mußte

er in die Klappe, weil er dachte, er hätte Maden unter der Haut und hat sich mit ner Scherbe (!!!) im Gesicht, im Bauch und an den Beinen die Haut aufgepuhlt. Mittlerweile hat er kaum noch Zähne im Mund, wiegt bei 1,75 m 48 kg, obwohl er das Zeug seit 8 Monaten nicht angefaßt hat.

Ich kann echt nur jedem davon abraten das Dreckszeug zu nehmen.

d. Isolation und Verlust von Familienmitgliedern, FreundInnen oder Bekannten

Ein recht gängiges Motiv in den Erzählungen ist der Weg, den die Süchtigen in die gesellschaftliche Isolation gehen. Die zwischenmenschlichen Beziehungen leiden extrem unter dem Drogenmissbrauch. Einerseits wenden sich die Süchtigen von ihren Angehörigen ab, auf der anderen Seite kann es auch von Seiten der Familienmitglieder und FreundInnen zum Bruch mit den Süchtigen kommen.

Doch gerade das Forum bietet Angehörigen und FreundInnen eine Möglichkeit sich Rat und Hilfe im Umgang mit den Süchtigen einzuholen. Und gerade diese Funktion des Forums wird auffallend oft genutzt. Im hier gewählten Untersuchungszeitraum von fünf Monaten wurden fünf Anfragen mit der Bitte um Hilfe für einen Freund bzw. eine Freundin gepostet. Aus den Einträgen spricht die Hilflosigkeit im Umgang mit der Suchterkrankung, die Beziehungen zerstört und Freundschaften auf eine harte Probe stellt. Die Anfragen werden innerhalb der *virtual community* sehr ernst genommen und mit einfühlsamen und recht ausführlichen Antworten bedacht. Die einheitliche Meinung ist jedoch jene, dass nur die Süchtigen selbst den Schritt in Richtung Beendigung des Konsums bzw. Entzug machen können und jeglicher Zwang kontraproduktiv wirken würde.

V.

Nachdem die Motive für die Einrichtung von betreuten Onlineforen durch Beratungsstellen, die Gründe für die Nutzung solcher Angebote durch DrogenkonsumentInnen und deren Familien und Freunde erläutert wurden und wir einen Einblick in die Erzählungen der Betroffenen gewonnen haben, können folgende Punkte festgehalten werden:

- Betreute Onlineforen fungieren tatsächlich als Orte des Austausches. Dabei spielen die unmittelbaren Erfahrungen mit dem Drogenrausch eine wesentliche Rolle in den Erzählungen. Suchterfahrungen, d.h. das Preisgeben von erlittenen „Beschädigungen“, von körperlichen wie seelischen, aber auch sozialen Problemen,

werden gezielt zur Warnung anderer NutzerInnen des Forums eingesetzt.

- Interaktion vollzieht sich in diesen Foren auf zwei unterschiedlichen Ebenen. Einerseits gibt es die direkte Interaktion zwischen den einzelnen AkteurInnen im Forum. Die Mitglieder der *virtual community* stehen teilweise in regem Kontakt zu einander. Sie antworten auf Fragen oder kommentieren die Geschichten anderer. Es handelt sich bei den Postings im Forum keineswegs um isolierte Beiträge zu einem abstrakten Thema.

Andererseits bestehen auch zwischen den UserInnen und den ExpertInnen, d.h. den betreuenden Individuen, gewisse Beziehungen. Denn die BetreuerInnen, die im Hintergrund agieren, ermöglichen es den UserInnen erst, sich austauschen zu können. Sie bieten den Raum dazu an und sorgen für eine gewisse Ordnung im Forum.

Abschließend kann gesagt werden, dass das untersuchte Onlineforum und die mitgelieferten Informationen über die Substanz dem jugendlichen Bedürfnis nach schneller und unkomplizierter Informationsbeschaffung entgegenzukommen scheint. Im Jahr 2006 wurden 1.403.828 Besuche auf der Website der Leipziger *Drug Scouts* verzeichnet, 34.803 Mal wurde dabei die Substanzinfo zu *Crystal Meth* angeklickt und es wurden 161 neue Erfahrungsberichte zum Themenbereich *Crystal Meth* gepostet.³⁴

- ¹ Originalizität eines Crystal Meth-Konsumenten <http://www.suchtzentrum.de/drugscouts/dsv3/stoff/erfahrber/erfcrystal.html> (Stand: 20.05.2007).
- ² <http://www.medizin.de/gesundheit/deutsch/2791.htm> (Stand: 15.05.2007).
- ³ http://krone.at/index.php?http://wcm.krone.at/krone/C00/S25/A7/object_id_35176/hxcms/index.html (Stand: 20.05.2007).
- ⁴ *Hans Cousto*: Crystal – nur ein Medienhype? <http://www.suchtzentrum.de/drugscouts/dsv3/stoff/crystal/html> (Stand: 15.05.2007).
- ⁵ Jahresbericht 2006 Drug Scouts Leipzig, <http://www.suchtzentrum.de/drugscouts/dsv3/ds/ds.html> (Stand: 15.05.2007).
- ⁶ Vgl. zum Konzept der Selbsthilfe: *Dieter Grunow*: Selbsthilfe. In: Klaus Hurrelmann u.a. (Hgg.): Handbuch Gesundheitswissenschaften. München ⁴1998, 1053-1076. Zur Untersuchung des Selbsthilfekonzeptes in kulturwissenschaftlichem Fokus vgl. beispielsweise *Tanja Schmidgunst*: Im Netzwerk Selbsthilfe. Engagement und Aktivismus junger Parkinson-Patienten. In: Gisela Welz u.a. (Hgg.): Gesunde Ansichten. Wissensaneignung medizinischer Laien. Frankfurt a.M. 2005 (= Kultur-anthropologische Notizen. Die Schriftenreihe des Instituts für Kulturanthropologie und Europäische Ethnologie der Universität Frankfurt am Main, 74), 135-153.
- ⁷ *Thomas Geschwinde*: Rauschdrogen. Marktformen und Wirkungsweisen. Berlin u.a. ²1990, 285-313.
- ⁸ Rezept zur Herstellung von Crystal Meth unter: http://www.totse.com/en/drugs/speedy_drugs/howtomanufacture172921.html (Stand: 15.05.2007).
- ⁹ *Geschwinde* (wie Anm. 7.), 296 f.
- ¹⁰ Diesen so genannten *meth-mouth* führen Ärzte auf den stark verminderten Speichelfluss von Meth-KonsumentInnen zurück, sowie auf die Tatsache, dass die Droge Appetit auf Getränke mit hohem Zuckergehalt weckt. Weiters ist vorstellbar, dass die UserInnen während ihren *trips* gänzlich auf die Zahnpflege vergessen. http://www.zahn-online.de/zahninfo/crystal-meth_zahne.shtml (Stand: 20.05.2007).
- ¹¹ *Geschwinde* (wie Anm. 7.), 302 f.
- ¹² *Arman Sabihi*: Drogen von A-Z. Gifte, Sucht und Szene. Weinheim u. Basel 1990, 194. Auf Grund dieser äußerlich sichtbaren Zeichen werden die Abhängigen auch *tweakers* genannt. Das englische Verb *to tweak* bedeutet so viel wie „herumzupfen“, „abknäufen“, „auszupfen“ oder „herumdoktern“.
- ¹³ Ders.: Designer-Drogen. Die neue Gefahr. Weinheim u. Basel ²1991, 78 f.
- ¹⁴ *Sandy Kuntze*: „SARS nervt auf die Dauer auch!“ Nicht-Nutzer von Informationsangeboten und die Angst vor geistiger Ansteckung. In: Welz u.a. (Hgg.) (wie Anm. 6), 39-56, hier 51-53. Vgl. auch *Jürgen Kraft* u. *Julia Schemel*: Wissensaneignung medizinischer Laien. Mündiger Patient sucht aufgeklärten Arzt. In: Welz u.a. (Hgg.) (wie Anm. 6), 21-38, hier 28-30.
- ¹⁵ Die Online-Angebote entstanden vielfach im Rahmen einer jugendorientierten Beratungsarbeit, an deren Beginn meist die mobile Drogenberatung auf Partys und in der Clubszene stand. Eine erschöpfende Aufzählung sämtlicher betreuter Online-Angebote kann und soll im Rahmen dieser Arbeit nicht geschehen; dennoch sei für Österreich auf die Website des *MDA basecamp – mobile Drogenarbeit des Innsbrucker Z6* (www.onlinedrogenberatung.at) oder jene des *ChEck iT! Einrichtung für KonsumentInnen von Freizeitdrogen* (www.checkyourdrugs.at); für Deutschland: *Drugscouts des Suchtzentrum Leipzig* (www.suchtzentrum.de); und für die Schweiz auf *Eve and Rave. Verein zur Förderung der Party- und Technokultur und Minderung der Drogenproblematik* (www.eve-rave.ch) hingewiesen.
- ¹⁶ Interview mit Brigitte Nock, Onlineberaterin bei *MDA basecamp*, Innsbruck am 25.09.2007.

¹⁷ *Caja Thimm*: Funktionale Stilistik in elektronischer Schriftlichkeit: Der Chat als Beratungsforum. In: Michael Reißwenger (Hg.): Chat-Kommunikation. Sprache, Interaktion, Sozialität & Identität in synchroner computervermittelter Kommunikation. Perspektiven auf ein interdisziplinäres Forschungsfeld. Stuttgart 2001, 255-278, hier 262-265.

¹⁸ <http://www.suchtzentrum.de/drugscouts/dsv3/stoff/erfahrber/erfcystal.html> (Stand: 15.05.2007).

¹⁹ Wie Anm. 16.

²⁰ Das Erfahrungsberichte-Forum des Suchtzentrums Leipzig wird v.a. von der Gruppe der 19- bis 25-jährigen genutzt, die 2006 1.222 Einträge online stellten; die Gruppe der 15- bis 18-jährigen rangierte mit insgesamt 800 Einträgen an zweiter Stelle, weit vor der Gruppe der 26- bis 35-jährigen, die auf knapp 400 Einträge im Forum kamen. Jahresbericht (wie Anm. 5), 8. http://www.suchtzentrum.de/drugscouts/dsv3/sci_pol/download/jahresbericht%202006.pdf (Stand: 15.05.2007).

²¹ Siehe dazu beispielsweise die Online-Drogenberatung des *MDA basecamp* in Innsbruck, <http://www.onlinedrogenberatung.at> (Stand: 06.08.2007).

²² *Markus Felder*: Online communities – ein neuer Typ sozialer Vergemeinschaftung? Diplomarbeit. Innsbruck 2000, 12-16.

²³ *Almut Sülzle*: Einsame neue Welt? Einsamkeitsmythos und Alltagspraxis – kulturwissenschaftliche Anmerkungen zur Internetnutzung. In: *kommunikation@gesellschaft*. Journal für alte und neue Medien aus soziologischer, kulturanthropologischer und kommunikationswissenschaftlicher Perspektive 2 (2001) Beitrag 6, 3. http://www.uni-frankfurt.de/fb03/K.G/B6_2001_Suelzle.pdf (Stand: 30.06.2007).

²⁴ *Ingo Schneider*: Erzählen im Internet. Aspekte kommunikativer Kultur im Zeitalter des Computers. In: *Fabula*, 37 (1996), H. 1/2, 8-27, hier 19.

²⁵ *Sülzle* (wie Anm. 23), 8.

²⁶ *Thimm* (wie Anm. 17), 265 ff.

²⁷ Vgl. dazu die Website des *MDA basecamp*, die sogar darauf aufmerksam macht, dass die jeweilige IP-Adresse der von den UserInnen benutzen Computer nicht nachvollzogen werden können. Der/die „BeraterIn kann [somit] keine Rückschlüsse auf deinen Standort ziehen.“ <http://www.onlinedrogenberatung.at/anonym.php> (Stand: 30.07.2007).

²⁸ *John Flöth*: Hör- und Sprechräume. Nähe, Macht und Raum im Talk Radio. In: Stefan Beck (Hg.): *Technogene Nähe. Ethnographische Studien zur Mediennutzung im Alltag*. Münster 2000 (= *Berliner Blätter. Ethnographische und Ethnologische Studien*, 3), 87-102, hier 95 f.

²⁹ Wie Anm. 5.

³⁰ *Schneider* (wie Anm. 23), 18 f.

³¹ Ebd., 18 ff.

³² Die im Folgenden eingebrachten Zitate stammen allesamt aus persönlichen Erfahrungsberichten und wurden im Originaltext übernommen, was auch die teilweise recht eigenwillige Orthographie und Stilistik erklärt. <http://www.suchtzentrum.de/drugscouts/dsv3/stoff/erfahrber/erfcystal.html> (Stand: 15.05.2007)

³³ Zur Netiquette siehe: <http://www.suchtzentrum.de/drugscouts/dsv3/stoff/erfahrber/netiquette.html> (Stand: 15.05.2007)

³⁴ Wie Anm. 5.

‚Moscheenkampagne‘ und ‚Gesundheitsstraße‘. Zwei Tiroler Beispiele der Präventivmedizin für türkische Migrantinnen aus volkscundlicher Sicht

Reinhard Bodner, unter Mitarbeit von Kathrin Sohm

1. Erste Annäherung

Dieser Beitrag hat einen jungen Gegenstand. Seine Geschichte ist wenige Jahre alt, und weil sie gerade erst begonnen hat, mag es teils schwierig, teils ganz unmöglich sein, sie als solche wahrzunehmen. Vieles davon könnte noch so selbstverständlich im alltäglichen Wahrnehmen und Erleben verhaftet sein, dass ein distanzierter Blick nicht ohne weiteres gelingt. Immerhin aber: man kann damit beginnen, Stoff zu sammeln, um das Thema für spätere, tiefer gehende Untersuchungen vorzumerken.

‚Moscheenkampagne‘ und ‚Gesundheitsstraße‘ sind die Namen zweier präventivmedizinischer Veranstaltungen für türkische Migrantinnen, die in den Jahren 1999 und 2005 auf Betreiben des ‚Frauengesundheitszentrums des Landes Tirol‘ ins Leben gerufen wurden. Zwei miteinander verbundene Annahmen waren dabei handlungsleitend: die, dass es Gesundheitsaspekte gibt, die nur Frauen, hauptsächlich Frauen oder Frauen anders als Männer betreffen; und jene, dass die Ursachen und Wirkungen von Migration einen Einfluss auf die Gesundheitsrisiken und -chancen von Einwanderern beiderlei Geschlechts ausüben können.¹ Dies lässt sowohl über die *Verschiedenheit* sozialer Gruppen als auch über die Forderung nach ihrer *Gleichbehandlung* nachdenken:² Zum einen nämlich scheint die Durchführung der genannten Veranstaltungen nicht gerechtfertigt zu sein, gäbe es nicht gesundheitliche Unterschiede zwischen Einwanderern und Einheimischen, Frauen und Männern – Menschen also mit teils verschiedener, teils gemeinsamer Sozialisation sowie unterschiedlichem Geschlecht. Solche Unterschiede legen die Entwicklung spezifischer Gesundheitsangebote nahe: Eine bestimmte Bevölkerungsgruppe wird aufgrund ihrer Besonderheiten gleichsam positiv diskriminiert. Zum anderen aber, und scheinbar ganz paradox, gilt das „Verbot unterschiedlicher Behandlung“, wie es in zahlreichen Menschenrechtsdokumenten formuliert worden ist³: Aufgrund der ungleich ausgeprägten Nutzung öffentlicher Gesundheitsleistungen durch eingewanderte und einheimische, weibliche und männliche Patienten werden Maßnahmen für nötig erachtet, um allen sozialen Gruppen den glei-

chen Zugang zum Medizinsystem zu ermöglichen.

Beides, das Achten auf Unterschiede und die Sorge um Gleichheit, zeugt von der Kritik, die seit der zweiten Hälfte des 20. Jh.s an zwei blinden Flecken der ‚Schul-‘ oder ‚Biomedizin‘ geübt wurde: dem *Ethno-* und *Androzentrismus*.⁴ Ersterer wendet (ob bewusst oder unbewusst) die Maßstäbe einer Medizin, die von Einheimischen gemacht wird, auf Einwanderer an: Migrantinnen und Migranten werden dann entweder bestimmte „ethnien-spezifische Leiden“ oder „kulturgebundene Syndrome“⁵ zugeschrieben, die sie aus ihrer Herkunftskultur mitgebracht hätten. Oder es lässt sich beobachten, dass Ärztinnen und Ärzte dem Wissen über kulturelle Unterschiede jeglichen Einfluss auf den Behandlungserfolg aberkennen.⁶ – Zweiterer, der Androzentrismus, wendet (teils offenkundig, teils verdeckt) die Maßstäbe einer Medizin, die von Männern gemacht wird, auf Frauen an: Bestimmte Krankheitsrisiken, die bei Patienten festgestellt worden sind, werden dann entweder ohne Annahme von Unterschieden auf Patientinnen übertragen. Oder es stellt sich heraus, dass Männer aus Gesundheitsstudien zu ‚typisch weiblichen‘ Lebensbereichen ausgeschlossen bleiben: Familie, Haushalt, Pflege und Reproduktion sind Beispiele dafür. Im Falle beider ‚Zentrismen‘ besteht die Gefahr, dass Unterschiede oder Gleichheit angenommen werden, wo sie jeweils *nicht* vorhanden sind: dann etwa, wenn pauschal festgehalten wird, Frauen hätten mehr Beschwerden als Männer (ohne dass geklärt wäre, ob sie nur eher in der Lage sind, Beschwerden wahrzunehmen und auszudrücken); oder, wenn identische Risikofaktoren, etwa für Herz-Kreislaufkrankungen bei Männern und Frauen, ob einheimisch oder immigriert, angenommen werden.⁷ Mit ein Grund für die Langlebigkeit der Verzerrungseffekte, die sich daraus ergeben, ist der Umstand, dass einheimische Frauen und Migranten beiderlei Geschlechts innerhalb des Medizinsystems nach wie vor mehrheitlich in untergeordneten Positionen, etwa im Pflege-, Therapie und Servicedienst, beschäftigt sind.⁸

Eine zweite Kritik, die zu jener des Ethno- und Androzentrismus hinzugedacht werden muss, gilt der Ausrichtung der ‚Schul-‘ oder ‚Biomedizin‘ auf Ursachen, Prävention, Heilung und Rehabilitation von Krankheiten und auf Krankheit im Allgemeinen. Seit den 1950er-Jahren wurde diese ‚*pathogenetische Perspektive*‘ vielfach in Frage gestellt, was in jüngerer Vergangenheit auch mit Blick auf Frauen im Allgemeinen und Migrantinnen im Besonderen geschehen ist: Indem man diese oft als besonders krankheitsgefährdet, hilfsbedürftig und sozial schwach beschrieben habe, sei für die Frage nach ihren spezifischen Gesundheitspotentialen wenig Raum geblieben, so der Tenor der Kritik. Nicht Krankheit, sondern Gesundheit solle deshalb als Maß der Dinge angesehen werden. Anstatt von vornherein auf pathogene (krank machende) Risiken fixiert zu sein, gelte es zunächst einmal salutogene (gesund machende) Schutzfaktoren zu fördern. Gesundheit solle nicht *ex negativo*, als Fehlen von Krankheit, sondern *an*

sich, als positives Konzept, begriffen werden.⁹

Dieser Auffassung fühlten sich auch die Veranstalterinnen von ‚Moscheenkampagne‘ und ‚Gesundheitsstraße‘ verpflichtet: Ihr Anliegen bestand darin, auf das alltägliche Gesundheitsbewusstsein und -verhalten türkischer Migrantinnen in Tirol einzuwirken. Im Falle beider Veranstaltungen handelte es sich um landes- und kommunalpolitisch geförderte präventivmedizinische Angebote, die in Österreich weder im offiziellen Medizinsystem noch im Krankenanstaltenplan verankert sind.¹⁰ Um sie an die Frau zu bringen, war die Zusammenarbeit mit Moscheenorganisationen sowie gesundheitsbezogenen und minderheitenpolitisch engagierten Vereinen notwendig. ‚Gesundheit‘ ist, so betrachtet, „überhaupt nicht nur ein medizinischer, sondern überwiegend ein gesellschaftlicher Begriff“¹¹. Als solcher gehört sie nicht nur der Wissenskulturskultur an, sondern hat einen Sitz im Alltagsleben, objektiviert sich als Teil der Alltagskultur.

Hier könnte das volkskundlich-kulturwissenschaftliche Interesse an den erwähnten Veranstaltungen einsetzen, dem dieser Beitrag nachgehen möchte. Bevor er sich einer Beschreibung von ‚Moscheenkampagne‘ und der ‚Gesundheitsstraße‘ zuwenden wird (Teil 4), möchte er zunächst beim Gesundheitsbegriff und dem Konzept von Gesundheitsförderung innehalten, die diesen Veranstaltungen zugrunde gelegt wurden (Teil 2), und sich daran anschließend mit möglichen Zusammenhängen von Frauengesundheit und Migration auseinandersetzen (Teil 3). Grundlage dafür bilden ausgewählte gesundheitswissenschaftliche Studien, drei Interviews mit der Ärztin Margarethe Hochleitner, der Politikerin Christine Opitz-Plörer und der Sozialpädagogin Hale Usak sowie Zeitungsartikel und Bildmaterial. Am Ende des Beitrags soll ein Ausblick (Teil 5) einige Fragerichtungen andeuten, die sich aus den Fallbeispielen ergeben und in die Diskussion über ‚medikale Kulturen‘ eingebracht werden können, die in diesem Heft geführt wird.

2. *Gesundheit, Gesundheitsförderung und Prävention*

Gesundheit ist – nicht erst gegenwärtig – ein allgegenwärtiges Zeit- und Gesellschaftsthema: Zumal die Krankheiten, die uns aus dem Leib ins Bewusstsein treten, selten positiv erlebt werden, gilt sie als Inbegriff von Glück und Wohlbefinden, Leistungsfähigkeit und erfülltem Leben. Das Streben nach ihr und die Sorge um sie werden mit großer Selbstverständlichkeit als positiv erlebt und wahrgenommen. So prägnant der Gesundheitsbegriff dabei in seinem alltäglichen Gebrauch anmutet, so unpräzise wirkt er oft aus Sicht von Ärzten und Ärztinnen, Therapeuten und Therapeutinnen sowie anderen Experten und Expertinnen: Der Umstand, dass er mit

ähnlicher Häufigkeit als undefinierbar kritisiert wird, wie neue Definitionen vorgelegt werden, zeugt davon.¹²

Zum konzeptionellen Hintergrund von ‚Moscheenkampagne‘ und ‚Gesundheitsstraße‘ befragt, wies uns die Kardiologin und Leiterin des Frauengesundheitszentrums Margarethe Hochleitner auf den „*erweiterten Gesundheitsbegriff*“ hin, der sich 1948 erstmals im ‚Gesundheitskonzept der Weltgesundheitsorganisation‘ (WHO) findet: „Gesundheit ist der Zustand völligen körperlichen, seelischen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur das Freisein von Krankheit und Gebrechen“, heißt es dort.¹³ Zumindest fünf Beobachtungen erlaubt dieser Satz, der in den Büro- und Ambulanzräumen des Frauengesundheitszentrums auf eine großformatige Tafel gedruckt ist: Gesundheit wird erstens als Zustand aufgefasst, also in einem mehr statischen als dynamischen Sinn. Zweitens wird sie so begriffen, dass sie sich in drei Welten realisiert: sie ist ein gleichermaßen biologisches, psychisches und gesellschaftliches Phänomen. Drittens ist die Hervorhebung ihrer subjektiven Wahrnehmung bemerkenswert: Weniger als ärztlichen Befunden scheint sie dem individuellen Befinden zu entsprechen, das sich freilich erst durch Sozialisation herausbilden kann und intersubjektiv objektivieren muss. Viertens drängt sich die Vermutung auf, dass der Gesundheitsbegriff mehr davon verrät, wie etwas sein sollte, als darüber, wie es ist: Denn wie könnte man sich ‚völliges Wohlbefinden‘ vorstellen, wenn nicht als Ideal, ja Ideologie? Mit dem Postulat absoluter Gesundheit geht fünftens schließlich der Versuch einher, Gesundheit anders als ‚nur‘ als Vakuum zu definieren, das durch die Abwesenheit von ‚Krankheit und Gebrechen‘ entsteht – und stattdessen eine Reihe positiver Merkmale zu benennen.

Spätestens seit den 1970er-Jahren gab das skizzierte Konzept weltweit verschiedensten gesundheitsbezogenen Maßnahmen und Aktivitäten Auftrieb, die gegenwärtig meist unter dem Begriff der ‚*Gesundheitsförderung*‘ zusammengefasst werden. In kritischer Abgrenzung von der ‚*Präventivmedizin*‘ – der zugeschrieben wurde, auf die Früherkennung und Vorbeugung von Krankheiten fixiert zu sein – bildeten sich eine Reihe gesundheitswissenschaftlicher Disziplinen heraus, die Gesundheit per se fördern wollten: Gesundheitserziehung, -psychologie und -soziologie, -ökologie, -ökonomie und -management lassen sich beispielhaft dafür nennen, aber auch Wellness, Versorgungs- und Pflegewissenschaften oder die Frauengesundheitsforschung.¹⁴ Gerade der Aufwand, mit dem diese Disziplinen sich bis heute oft von der Prävention abgrenzen wollen, lässt allerdings daran zweifeln, ob diese Abgrenzung sich halten lässt: Denn wie könnte Gesundheit je gefördert werden, ohne dass schon aufgetretene Krankheiten (reaktiv) beseitigt und noch nicht aufgetretene Krankheiten (proaktiv) verhütet würden? Noch die allgemeinste Gesundheitsförderung dient entweder der Behandlung manifester oder der Vorbeugung künftiger Krankheiten – auch wenn dieses offene Geheimnis kaum thematisiert wird.¹⁵ Um ein Beispiel zu nennen: Medizinerinnen,

die türkische Migrantinnen zur Teilnahme an Schwimmnachmittagen motivieren wollen, mögen zwar vom Befund ausgehen, dass diese Frauen „eine Risikogruppe [bilden], wenn es um die gesundheitlichen Langzeitfolgen von Bewegungsmangel geht“¹⁶. Gleichwohl werden die Veranstalterinnen ihr Projekt nicht als Präventionsprogramm gegen Rücken- und Gliederschmerzen, Übergewicht, Herz-Kreislauf-Krankheiten und andere Leiden propagieren wollen. Stattdessen wird es ihnen ein Anliegen sein, ihrer ‚Zielgruppe‘ Lust auf eine regelmäßig und in Gemeinschaft durchgeführte sportliche Aktivität zu machen, die das Wohlbefinden steigert und der Gesundheit gut tut.¹⁷

Indem solche Angebote sich auf Frauengesundheit im Allgemeinen und Migrantinnengesundheit im Besonderen spezialisieren, gilt es nach Hochleitner noch ein zweites WHO-Papier mitzubedenken: die 1986 verabschiedete ‚Ottawa Charta zur Gesundheitsförderung‘. Es handelt sich dabei um eines der Folgedokumente der ‚Deklaration von Alma Ata‘, in der 1978 ein utopisch anmutendes Ziel ausgerufen wurde: „Gesundheit für alle bis zum Jahr 2000“¹⁸. Das 1948 formulierte Verständnis von Gesundheit als Zustand wurde dabei durch eine dynamische Komponente teils ergänzt, teils ersetzt: „Gesundheitsförderung zielt auf einen Prozeß, allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen“, lautet eine der Schlüsselstellen. Es gelte, die „Autonomie und Kontrolle“ jedes und jeder Einzelnen „über die eigenen Gesundheitsbelange [...] zu stärken“. Dieser Prozess sei „auf Chancengleichheit [...] ausgerichtet“, mit dem Ziel, „bestehende soziale Unterschiede des Gesundheitszustandes zu verringern sowie gleiche Möglichkeiten und Voraussetzungen zu schaffen, damit alle Menschen befähigt werden, ihr größtmöglichstes Gesundheitspotential zu verwirklichen. [...] Dies gilt für Frauen und für Männer.“¹⁹

Aus volkswissenschaftlich-kulturwissenschaftlicher Sicht springen beim Weiterlesen des Dokuments besonders die Begriffe ‚Alltag‘, ‚Lebenswelt‘ und ‚Lebensweise‘ ins Auge: Weil „Gesundheit [...] von Menschen in ihrer alltäglichen Umwelt geschaffen und gelebt“ werde, müsse Gesundheitsförderung „in allen Bereichen des Alltags“ verankert werden. Und damit Krankheit gar nicht erst entstehe, gelte es die „Entwicklung gesünderer Lebensweisen“ und die Schaffung „gesundheitsförderliche[r] Lebenswelten“ weltweit zum Ziel zu machen.²⁰ Als „Lebensweisenkonzept“²¹ verstanden soll diese Art der ‚Primärprävention‘ nicht von vornherein von Expertenseite verordnet werden. Vielmehr sei es notwendig, die ‚Laien‘ zu „aktivem, gesundheitsfördernde[m] Handeln“ im Dialog mit ‚Professionellen‘ zu befähigen.²² Kein Schlagwort des modernen Zeitgeistes scheint dabei so oft in Praxishandbüchern, Powerpointpräsentationen von Fortbildungsseminaren und Presseausendungen umzugehen wie das englische ‚Empowerment‘²³. Wenn es in Gebrauch genommen wird, dann soll damit gesagt sein: Der Mensch ist kein passives Opfer von Krankheitsrisiken, kein Objekt medizinischer

Fürsorge. Er kann zum aktiven Subjekt seiner Gesundheit ermächtigt, ja tendenziell bevollmächtigt werden. Was auf diese Weise gezeichnet wird, ist das Bild souveräner Akteure, die ihr Leben im Griff haben oder zumindest nicht daran zweifeln, es in den Griff zu bekommen – „kompetenter Konstrukteure eines gelingenden Alltags [...], die handelnd das lähmende Gewicht von Fremdbestimmung und Abhängigkeit ablegen und in immer größeren Maßen Regisseure der eigenen Biografie werden“²⁴. ‚Empowerment‘ ist einer der Namen, den sich eine Ideologie des Zutrauens in die Subjekte geben kann.

3. Frauengesundheit und Migration

Ideologien sind als gesellschaftlich notwendiger Schein zu begreifen.²⁵ Es stellt sich deshalb die Frage, welche konkreten Gebrechen die Betonung des gelingenden Alltags, der glückenden Konstruktion, des souveränen Agierens übertönen soll – gerade dann, wenn das Verhältnis von Krankheit und Gesundheit im Zusammenhang mit Geschlecht und Migration betrachtet wird.

‚Zusammenhang‘ ist ein genauso häufig wie selbstverständlich gebrauchter Begriff im gesellschaftlichen Diskurs über Frauengesundheit und Migration. Ob kritisch oder affirmativ werden darin immer wieder „die Zusammenhänge von Migration und Gesundheit“, die „Zusammenhänge von Geschlecht und Gesundheit“ und der „Zusammenhang zwischen Geschlecht, Migration und Gesundheit“²⁶ behandelt. Wie aber sind solche Zusammenhänge beschaffen? Und als wie bedeutsam und wesentlich sollten sie angesehen werden? – Der Titel einer Grazer Tagung aus dem Jahr 2004 mag hier ein nützliches Denkbild sein: „Migration kann ihre Gesundheit gefährden“, lautete er, wobei besonders auf die Perspektive von Patientinnen hingewiesen wurde.²⁷ Und ob gewollt oder nicht: der Wortlaut vermochte wohl bei manchem Teilnehmer, mancher Teilnehmerin die Assoziation der schwarzumrandeten Warnhinweise auf Zigarettenspackungen zu wecken, die ein Jahr zuvor europaweit eingeführt worden waren. Dem „Gesundheitsrisiko Migration“²⁸ aber eine ähnlich substantielle Natur zu unterstellen wie der Kausalität von Nikotinkonsum und Herz-Kreislauf- oder Krebserkrankungen, hieße wohl, der Gefahr essentialistischer Zuschreibungen zu erliegen. „Migration ist per se kein Gesundheitsrisiko“, wird demgegenüber oft versichert²⁹. Und womöglich ist „allein schon die Thematisierung von Migration im Zusammenhang von Krankheit“ prekär, „weil damit ein selbstverständlicher Zusammenhang“ unterstellt wird³⁰.

Wer diese Selbstverständlichkeit nicht unbefragt lassen will, findet sich zunächst fast unweigerlich auf dem Feld der *Epidemiologie* wieder. Epidemiologie heißt etymologisch ‚die Lehre davon, was im Volk verbreitet‘ ist, worin ihre Herkunft aus der

Seuchenbekämpfung anklingt. Es handelt sich um einen Wissenschaftszweig, der unterschiedlich ausgeprägte Krankheitshäufigkeiten sowie die Ungleichheit des Gesundheitszustands bestimmter Bevölkerungsgruppen dokumentiert und auf deren Ursachen hin analysiert. Mit Blick auf ‚Migrantinnen‘ zieht dieses Erkenntnisinteresse nicht wenige methodische Probleme nach sich: Allein schon der Versuch, eine Bevölkerungsgruppe unter Verwendung dieses Oberbegriffs zu definieren, sorgt für Diskussionsstoff. Recht offenkundig nämlich ist damit ein sehr inhomogener Personenkreis angesprochen – nicht nur hinsichtlich der Aufenthaltsdauer und des aufenthaltsrechtlichen Status, sondern auch, was das Herkunftsland und die Zugehörigkeit zu einer bestimmten (ersten, zweiten, dritten) Generation in der Aufnahmegesellschaft betrifft. Will man darüber hinaus nachweisen können, dass ‚Migrantinnen‘ von bestimmten Gesundheitsrisiken stärker betroffen sind als andere Bevölkerungsschichten, ist es notwenig, Vergleiche zu ziehen: ob nun mit Menschen aus ihrer Herkunftsgesellschaft, einheimischen Frauen oder eingewanderten Männern. So groß die Not des Vergleichens ist, so verbreitet ist aber auch die Klage, dass nicht ausreichend Vergleichsgrößen vorhanden seien, um sich ein ausgewogenes Urteil zu bilden.³¹ „Offenbar gesundheitsschädliche Migrationseffekte“ erweisen sich insofern „häufig [als] Artefakte“³² – zumal dann, wenn sie geschlechtsspezifisch betrachtet werden.

Unter diesem Vorbehalt haben epidemiologische Studien vor allem die gesundheitliche Bedeutung der *materiellen Umstände* zu erhellen versucht, auf deren Basis Menschen ihre Geschichte selbst, aber nicht aus freien Stücken machen³³ – dann etwa, wenn sie über Ländergrenzen hinweg wandern, um zeitweise oder dauerhaft in einem anderen Land zu leben als jenem, in dem sie geboren und aufgewachsen sind. Wie aus zahlreichen Untersuchungen hervorgeht, können speziell das Armutrisiko, Arbeitslosigkeit, schlechte Arbeitsverhältnisse und eine ungünstige Wohnsituation einen Einfluss auf Krankheit und Gesundheit ausüben – ob im Her- oder Ankunftsland. Nicht dem Migrationsprozess selbst, sondern der ihn auslösenden oder aus ihm folgenden *sozialen Ungleichheit* wird somit ein Einfluss auf die Gesundheit zuerkannt. Spürbar wird dieser Einfluss stärker im sozialen Unten, dem Migrantinnen und Migrantinnen überdurchschnittlich oft angehören, als in privilegierte Gesellschaftsschichten. Er wirkt relativ unabhängig von ethnischen Grenzziehungen, dafür aber in vielfältiger Abhängigkeit vom Geschlecht. Einer weitverbreiteten, oft pauschal geäußerten Ansicht zufolge kann er sich bei türkischen Migrantinnen insofern noch potenzieren, als zu ihrem Minderheitenstatus besonders ausgeprägte geschlechtsspezifische Ungleichheiten hinzukommen – etwa, was die Rolle als Hausfrau und Mutter, aber auch schlechtere Lohnverhältnisse im Fall von Berufstätigkeit betrifft.³⁴

Soziale Ungleichheit indes ist nur die eine Seite einer Medaille, deren andere kulturell gebildet wird. Diesem Umstand Rechnung tragend untersuchen epidemiologi-

sche und gesundheitspsychologische Studien auch den gesundheitlichen Einfluss von *Akkulturationsprozessen*: Indem Gruppen oder Einzelne in Kontakt und Konflikt mit der Kultur des Aufnahmelandes kommen, indem sie sich ihr anpassen und von ihr abgrenzen, sich in sie einfügen und von ihr absondern, kommt dem Gepäck ihrer Herkunft eine ent- und belastende Wirkung zu.³⁵ Die Muttersprache, Werte und Normen, Kenntnisse und Techniken, Verhaltens- und Deutungsmuster können einerseits Sicherheit geben und zum persönlichen Wohlbefinden beitragen. Der so genannte ‚Healthy-Migrant-Effect‘, wonach Zugewanderte trotz ihrer schwierigen sozialen und wirtschaftlichen Lage gesünder als Einheimische seien, ist vielfach als Beleg dafür gewertet worden.³⁶ Andererseits gehen mit der (nur teilweise bewussten) Aneignung der Kultur des Ankunftslandes Ängste und Schuldgefühle, Stress sowie neurotische Konfliktverarbeitungen einher. Gesundheitspsychologischen Studien zufolge kann damit eine besondere ‚Vulnerabilität‘ für Krankheiten verbunden sein, ob nun für Depression, Traurigkeit und Schlaflosigkeit oder für Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Kopf- und Verspannungsschmerzen im Rücken- und Schulterbereich, Magen-Darm-Erkrankungen oder Gebrechen des Stütz- und Bewegungsapparats – um hier nur einige wenige, öfters genannte Krankheiten anzuführen.³⁷ Nicht selten taucht in diesem Zusammenhang das Stereotyp vom ‚Mittelmeersyndrom‘ auf, „welches besagt, dass Menschen mit einem Migrationshintergrund aus dieser Region oft schmerzempfindlicher seien als solche mit deutscher Herkunft“³⁸.

Für den ‚Zusammenhang‘ von Migration und Gesundheit scheinen damit vielfältige Ambivalenzen kennzeichnend zu sein. Die Frage, welche modifizierende Bedeutung der Kategorie Geschlecht zukommt, bleibt dabei bis heute oft unbeleuchtet: Während in der Migrationsforschung bis in jüngere Vergangenheit vorwiegend die Perspektive männlicher Arbeitsmigranten beachtet wurde, findet in der Frauengesundheitsforschung auch gegenwärtig keine systematische Beschäftigung mit Migrationsaspekten statt. Kritischen Stimmen zufolge ist das subjektive Gesundheitsbewusstsein von Migrantinnen deshalb noch kaum in den Blick der Forschung gekommen.³⁹

Als umso nötiger wird es inzwischen oft angesehen, in befragungsempirischen Untersuchungen subjektive Auskünfte zu Gesundheitsfragen einzuholen. Was Österreich betrifft, sind hier die Ergebnisse des 1999 durchgeführten Mikrozensus-Sonderprogramms ‚Gesundheit‘ sowie weiterer quantitativ und qualitativ orientierter Studien zu nennen.⁴⁰ Drei Gruppen von Fragen sind charakteristisch für diese Untersuchungen, von denen eine erste sich auf den *Gesundheitszustand* bezieht: Im Allgemeinen nämlich wird häufig festgehalten, dass Einwanderer einen ähnlichen oder besseren Gesundheitszustand aufweisen würden als Einheimische. Bemessen wird dies, vielfach ohne geschlechtsspezifische Differenzierungen, an Auskünften zur Zahl der Arztbesuche sowie der Krankenstands- und Krankenhausaufenthalte.⁴¹ Dass solche scheinbar ob-

jektiven Ergebnisse jedoch nicht zwingend mit dem subjektiven Gesundheitsbefinden korrelieren müssen, legt eine 1998 veröffentlichte Untersuchung des Wiener Ludwig-Boltzmann-Instituts für Frauengesundheitsforschung nahe: „Lediglich die Hälfte der befragten Frauen aus der Türkei gab an, sich sehr wohl bzw. eher wohl zu fühlen,“ heißt es dort, „während dies jeweils zwei Drittel der aus Österreich bzw. dem ehemaligen Jugoslawien kommenden Frauen taten. Ein ähnliches Bild ergibt sich hinsichtlich der psychischen Befindlichkeit: Nichtzugewanderte Frauen beurteilen ihr psychisches Befinden deutlich positiver als Frauen aus Exjugoslawien und der Türkei, wobei sich letztere am schlechtesten fühlten.“⁴²

Daran schließt eine zweite Gruppe von Fragen an, die dem subjektiven *Gesundheitsverhalten* gilt: „Durch die exjugoslawischen und türkischen Zugewanderten werden deutlich weniger Aktivitäten gesetzt, die die Gesundheit erhalten oder fördern, der Nikotinkonsum ist deutlich höher, Gesundenuntersuchungen werden seltener in Anspruch genommen und die ausländische Bevölkerung weist nicht nur einen geringeren Impfschutz auf, sondern sie sucht auch seltener ÄrztInnen auf“, fasst der 2003 erschienene ‚Österreichische Migrations- und Integrationsbericht‘ einige wesentliche Ergebnisse zusammen. Das Genannte gelte zwar generell für Personen mit niedrigem Einkommen und Bildungsniveau. Zugleich aber seien „herkunfts- und kulturspezifische Aspekte“ zu berücksichtigen, wie zum Beispiel unterschiedliche Erklärungen für Krankheiten und Krankheitsursachen oder andere Strukturen im Gesundheitssystem der Herkunftsgesellschaft. Und auch „der Faktor Geschlecht“ müsse mitgedacht werden: „Frauen erhalten generell weniger und zu einem späteren Zeitpunkt erst tiefer gehende Untersuchungen; bei zugewanderten Frauen werden seltener inverse Untersuchungen, Brustuntersuchungen und/oder Krebsabstriche durchgeführt.“⁴³ Ähnliche Ergebnisse sind auch einer befragungsempirische Studie zu entnehmen, die im Frühjahr 2002 in Tirol durchgeführt wurde: Sie ergab, „dass sehr viele Migrantinnen aus der Türkei Arztbesuche meiden“. Ihre Lebenssituation sei gekennzeichnet durch „Bewegungsmangel, sehr einseitige körperliche Belastungen und eine unausgewogene Ernährung bzw. die Belastung durch die Ernährungsumstellung in den Immigrationsländern.“⁴⁴

Drittens schließlich ist das Interesse auf Angaben zur Inanspruchnahme der *Gesundheitsversorgung* gerichtet. Unter den zahlreichen Hemmschwellen, die einer Nutzung medizinischer Angebote entgegenstehen, wird Kommunikationsbarrieren dabei ein besonders großer Stellenwert zuerkannt: Solche Hindernisse ergeben sich aus der Tatsache, dass Dolmetscher-Angebote und muttersprachliche Gesundheitsberatungen zumeist dünn gesät sind und der Anteil an türkischsprachigem Personal im Medizinsystem gering ist.⁴⁵ Neben sprachlichen Schwierigkeiten könnte, wie vermutet wird, aber auch ein geringer Informationsstand über medizinische Leistungen ein Hindernis für

deren Inanspruchnahme sein: „Bei türkischen Frauen steht ganz deutlich der Wunsch nach mehr Information und nach einer besseren ÄrztInnen-PatientInnen-Beziehung im Vordergrund: sie wünschen sich bessere Beratung, spezielle Empfehlungen durch die ÄrztInnen und einen ‚Anstoß‘ zur Inanspruchnahme durch die ÄrztInnen“, berichtet eine Studie aus dem Jahr 2001.⁴⁶ Im scheinbaren Widerspruch dazu halten andere Untersuchungen fest, dass „die allermeisten Migrantinnen [...] [t]rotz ihres vergleichsweise schlechten Gesundheitszustandes und ungeachtet der Unzulänglichkeiten in der Gesundheitsversorgung [...] das österreichische Gesundheitswesen [...] sehr positiv“ beurteilen: „Zugewanderte sind insbesondere von der technischen Ausstattung und den medizinisch-technischen Möglichkeiten der westlichen Medizin angetan und die Mehrheit ist mit der medizinischen Betreuung zufrieden.“⁴⁷

Forschungsergebnisse dieser Art sind bewusstseinsanalytisch: sie dokumentieren und untersuchen das Sagbare. Wollte man dieses aber als letzten und sichersten Anhaltspunkt ansehen, müsste man den Befragten unterstellen, zur Gänze über sich und ihre Motivationen Auskunft geben zu können. Dies entspricht einem verkürzten Menschenbild, das nicht mit dem Unbewussten rechnet. Umso nützlicher mag es sein, sich den Vorgang der Befragung *selbst*, als kulturelle Szene vor Augen zu führen: Da die ‚Statistik Austria‘ in der Durchführung des Mikrozensus-Sonderprogramms über keine fremdsprachigen Telefonisten und Telefonistinnen verfügte, konnten ausschließlich Personen mit ausreichenden Deutschkenntnissen befragt werden. Waren türkische ‚Gastarbeiter‘ oder ihre Frauen am anderen Ende der Leitung, verweigerten sie überdurchschnittlich oft jede Auskunft. Der Umstand, dass sie seinerzeit erst nach Überprüfung ihres gesundheitlichen Zustands angeworben wurden, ließ viele von ihnen vor ‚staatlicher Kontrolle‘ im Aufnahmeland zurückschrecken.⁴⁸

4. Zwei Tiroler Beispiele der Präventivmedizin für türkische Migrantinnen

Auch die Veranstalterinnen von ‚Moscheenkampagne‘ und ‚Gesundheitsstraße‘ berufen sich auf epidemiologische Ergebnisse sowie auf gesundheitsbezogene Befragungen, die von ihnen selbst durchgeführt wurden. Insbesondere hebt Hochleitner dabei den Aspekt geschlechts- und ethnienpezifischer Unterschiede im Bereich der Herz-Kreislauf-Krankheiten hervor, mit denen sich das Frauengesundheitszentrum seit seiner Ersteröffnung im Jahr 1999 befasst.⁴⁹

Als Leiterin dieser Einrichtung hatte Hochleitner bereits 1998 das ‚Ludwig Boltzmann Institut für kardiologische Geschlechterforschung‘ in Innsbruck gegründet, dessen Hauptanliegen, „Herzkrankungen und Herztod weiblich zu besetzen und [...] Aufmerksamkeit auf Prävention zu fokussieren“⁵⁰ nun verstärkt verfolgt werden kann-

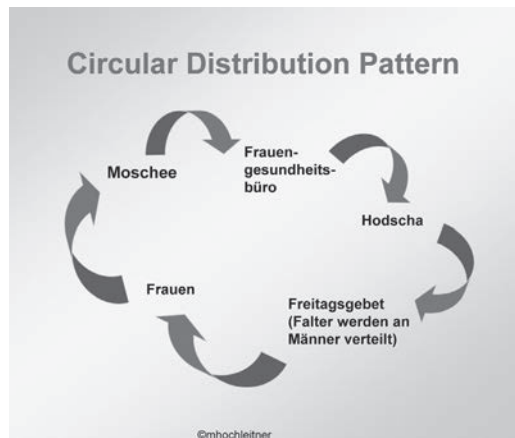
te. Am Herztod, welcher der WHO zufolge die Haupttodesursache von Menschen in den westlichen Industrieländern ist, sterben grundsätzlich mehr Frauen als Männer. Dies steht in auffälligem Widerspruch dazu, dass bei weniger Frauen Herzuntersuchungen, -behandlungen und -operationen durchgeführt werden als bei Männern.⁵¹ Insofern, so Hochleitner, habe das 1991 von der amerikanischen Kardiologin Bernadine Healy beschriebene „Yentl Phänomen“ seine Gültigkeit nicht verloren: Wie Yentl in Isaac Singers gleichnamiger Novelle sich als Mann verkleide, um den Talmud zu studieren, müssten auch Herzpatientinnen ihr Geschlecht verbergen, um optimal versorgt zu werden.⁵² Gesundheitliche Ungleichheit hänge somit nicht nur vom anatomischen, sondern auch vom sozial eingeübten Unterschied zwischen den Geschlechtern ab: „Frauen schicken zwar ihren Ehemann zum Herzspezialisten, sterben aber selbst an einer unentdeckten Herzerkrankung“, wird diese Botschaft in einem Folder des Frauengesundheitszentrums zugespitzt.⁵³

Um Risikofaktoren für Herzkrankheiten aufzuzeigen und „die Anzahl der am Herztod versterbenden Frauen [zu] reduzieren“ sind nach Hochleitner Maßnahmen im Präventionsbereich erforderlich: es gehe um „bewusstseinsbildende Arbeit“. Eben davon aber sei „eine eindeutig identifizierte Hochrisikogruppe“ lange Zeit nicht erreicht worden, diejenige nämlich der türkischen Migrantinnen. Zwar werde das Herzsrisiko für Frauen in der Türkei europaweit als das höchste geschätzt, ein Umstand, der – Studien zufolge – auch an türkischen Migrantinnen zu haften scheint. Dennoch habe eine fünfjährige Untersuchung an der Schrittmacherambulanz der Innsbrucker Universitätsklinik für Innere Medizin ergeben, dass im Zeitraum von 1995 bis 1999 von 1188 Schrittmacherimplantationen nur zwei an türkisch-österreichischen Patientinnen durchgeführt wurden. Als eine der wesentlichen Ursachen dafür vermutet Hochleitner Sprachbarrieren: Symptome von Herzerkrankungen wie Schwindel und Ohnmachten seien schwer kommunizierbar. Dies sei besonders dann der Fall, wenn bei niedergelassenen Ärzten keine Dolmetscher zur Verfügung stehen würden.⁵⁴

Zum Abbau solcher Barrieren gingen die Mitarbeiterinnen des Frauengesundheitszentrums 1999 daran, ein eigenes „Türkinnenprogramm“ zu entwickeln: „Der Ansatz war dort hinzugehen, wo türkische Frauen sind bzw. wo hinzukommen für sie besonders niederschwellig ist.“⁵⁵ Zunächst dachte man dabei an türkische Einkaufszentren, mit denen jedoch keine Zusammenarbeit zustande kam. Daraufhin erst wurde der Entschluss gefasst, eine Präventionskampagne zu Herzerkrankungen an den damals 28 Tiroler Moscheen (der fünf Organisationen ‚Diyanet‘, ‚Islam Kùltür‘, ‚Türk Kùltür‘, ‚Milli Görüs‘ und ‚Alevitische Vereine‘) durchzuführen. Den türkischsprachigen Mitarbeiterinnen des Frauengesundheitszentrums – Medizinstudentinnen und Ärztinnen – wurde dabei eine Vermittlerfunktion zugewiesen: Sie traten brieflich oder telefonisch mit dem Hodscha jeder Moschee in Verbindung, um so den Kontakt

zwischen der medizinischen Wissenschaft und einer nicht-bürokratischen Tradition der Gesundheitsvorsorge und Krankheitsbehandlung herzustellen, die von ‚Heilern‘ verkörpert und in Form überlieferter Praktiken ausgeübt wird. Alle Hodschas begegneten dem Vorschlag des Frauengesundheitszentrums mit Offenheit, wobei Hochleitner insbesondere eine Szene im Gedächtnis geblieben ist: Einer der Angeschriebenen hätte ihren türkischsprachigen Mitarbeiterinnen als Reaktion nicht nur ein Exemplar, sondern ein ganzes Paket mit Ausgaben des Koran zugesandt. Allem Anschein nach sollte die Sendung den Empfängerinnen, die durchwegs der zweiten Generation angehörten, die heilkulturelle Bedeutung des Buches in Erinnerung rufen, dessen Suren vielfach ein traditioneller Teil von magischen Praktiken und Krankheitsaustreibungen sind.⁵⁶

Einem graphischen Modell zufolge, das die Kontaktaufnahme des Frauengesundheitszentrums mit den türkischen Migrantinnen kreislaufartig – und damit gleichsam: ohne Unterbrechung – symbolisieren soll, folgte auf die Kontaktaufnahme mit den Hodschas das Verteilen von Informationsmaterial an die männlichen Besucher des Freitagsgebets. Die Frauen wurden also nicht unmittelbar, sondern durch Vermittlung ihrer Männer eingeladen, zu einem Gesundheitstermin in die Moschee zu kommen. Das Angebot der Veranstaltung umfasste einen etwa halbstündigen, türkischsprachigen Diavortrag über Herzprävention sowie „Schnell-Check-ups“ von Blutdruck, Cholesterin, Blutzucker und Body-Mass-Index. In Ergänzung dazu wurden Flyer über Herzrisikofaktoren verteilt. Zuletzt baten die Medizinerinnen ihr Gegenüber, einen anonymisierten standardisierten Fragebogen auszufüllen. Neben der Selbsteinschätzung von Herz-Risiko-Faktoren (wie Bluthochdruck, Diabetes und erhöhtem Cholesterin) zielten dessen Fragen vor allem Zugangsprobleme zum österreichischen Gesundheitssystem. Zum einen sollte so die ‚Awareness‘ für kardiovaskuläre Erkrankungen gesteigert werden. Zum anderen wurde erhoben, wie viele der Befragten Informationen über das öffentliche Gesundheitssystem aus deutschsprachigen Medien (Zeitungen und Fernsehen) beziehen. Dabei kann, wie schon der Ausdruck ‚Kampagne‘ aufgrund seines historisch zustande gekommenen Bedeutungsgehalts anklingen lässt,



Kulturkontakt als Kreislauf. Darstellung aus einem Vortrag von Margarethe Hochleitner (2007). Mit freundlicher Genehmigung des Frauengesundheitsbüros des Landes Tirol.

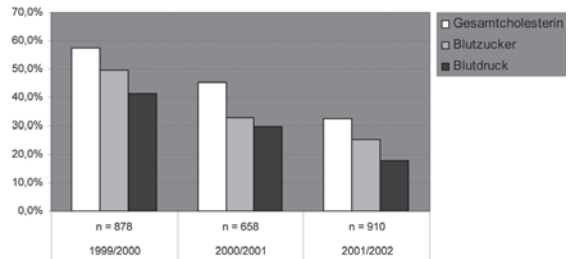
etwa halbstündigen, türkischsprachigen Diavortrag über Herzprävention sowie „Schnell-Check-ups“ von Blutdruck, Cholesterin, Blutzucker und Body-Mass-Index. In Ergänzung dazu wurden Flyer über Herzrisikofaktoren verteilt. Zuletzt baten die Medizinerinnen ihr Gegenüber, einen anonymisierten standardisierten Fragebogen auszufüllen. Neben der Selbsteinschätzung von Herz-Risiko-Faktoren (wie Bluthochdruck, Diabetes und erhöhtem Cholesterin) zielten dessen Fragen vor allem Zugangsprobleme zum österreichischen Gesundheitssystem. Zum einen sollte so die ‚Awareness‘ für kardiovaskuläre Erkrankungen gesteigert werden. Zum anderen wurde erhoben, wie viele der Befragten Informationen über das öffentliche Gesundheitssystem aus deutschsprachigen Medien (Zeitungen und Fernsehen) beziehen. Dabei kann, wie schon der Ausdruck ‚Kampagne‘ aufgrund seines historisch zustande gekommenen Bedeutungsgehalts anklingen lässt,

eine wesentliche Motivation darin gesehen werden, gegen etwas ins Feld zu ziehen: Das verlautbarte Ziel bestand darin, „für Aufklärung [zu] sorgen“ und eine „Abnahme von Unwissenheit“ zu bewirken. Rezipiert wurde der Versuch dazu in den Jahren 1999 bis 2002 von insgesamt knapp zweieinhalbtausend Frauen, von denen rund zwei Drittel der ersten Migrantinnengeneration angehörten – daneben aber auch von Einheimischen, die der Veranstaltung zum Teil mit ausländerfeindlichen Ressentiments begegneten: Ressentiments, die etwa in demolierten Fahrzeugen des Frauengesundheitszentrums ihren Niederschlag fanden.⁵⁷

Mit der Moschee wurde ein Bauwerk zum Zielort der Kampagne gemacht, das traditionellen heilkyulturellen Vorstellungen zufolge einen „positiven“, ja „wirkräftigen Ort“ darstellt⁵⁸. Insofern scheint der Schluss nahe zu liegen, dass ‚die‘ türkische Migrantin hier vorwiegend mit der Religion als Teil ihrer kulturellen Herkunft identifiziert wird. Gewiss aber ist dieses ‚die‘ ein zu bestimmter Artikel. Das zeigt sich etwa, wenn die Organisatorinnen den Umstand thematisierten, dass „viele Moscheen eher fundamentalistischen Organisationen angehören“ und „nur eine Minderheit der Türkinnen Kontakt zu Moscheen aufrechterhält“. Man darf darin einen Hinweis auf die Gefahr eines starren, eindeutigen Kulturkonzeptes erkennen, das mit den fließend-ambivalenten Prozessen der Akkulturation nicht Schritt halten kann. Die Mitarbeiterinnen des Frauengesundheitszentrums gelangten deshalb zu der Überzeugung, dass es notwendig sei, „auch andere Angebote außerhalb der Moscheenorganisationen machen zu müssen“.⁵⁹

Eine seit 2005 in Innsbruck durchgeführte „Diagnosestraße im öffentlichen Raum“ ist Ausdruck davon. Die Veranstaltung richtete sich nicht nur an türkische, sondern an alle interessierten Migrantinnen in Innsbruck, wurde aber vorwiegend von türkischsprachigen Frauen genutzt. Zwei Drittel von ihnen gehörten, einige junge Heiratsmigrantinnen eingeschlossen, der ersten Generation an. Das Angebot der ‚Straße‘ ähnelte in einiger Hinsicht jenem der ‚Moscheenkampagne‘: Neben einer anonymen Herz-Risiko-Evaluierung konnten der Blutdruck gemessen und der Body-Mass-Index berechnet werden. Zudem war eine Blutabnahme für Cholesterin- und Glukose-Schnellbestimmung möglich. Mit dem Plenarsaal des städtischen Rathauses

Grafik 7.1.2 Abnahme der Unwissenheit um Gesamtkholesterin Blutzucker und Blutdruck 1999-2002



Quelle: Bader et al. "Moscheen Kampagne"

„Abnahme der Unwissenheit“. Grafik bei Chwosta (wie Anm. 1), 65.

hatte die Veranstaltung einen neuen Ort gefunden, der allerdings – wie die Moschee – nicht die ‚erste Wahl‘ darstellte: Zunächst nämlich hatten die Veranstalterinnen mit mehreren Innsbrucker Einkaufszentren Kontakt aufgenommen, in denen nicht selten ‚Gesundheitstage‘ für bestimmte Zielgruppen, beispielsweise für Seniorinnen und Senioren, stattfinden. Auf die prinzipielle Zusage der Eigentümer, den Raum für eine Diagnosestraße zur Verfügung zu stellen, sei bei Detaillierung des Vorhabens – veranstaltet werde ein Gesundheitstag für Migrantinnen – aber stets eine Absage erfolgt, berichtet Hochleitner. Ob durch ihr Schweigen oder offene Äußerungen hätten die Angesprochenen dabei nicht selten Abneigung und Abwehr gegenüber Ausländerinnen zum Ausdruck gebracht.⁶⁰

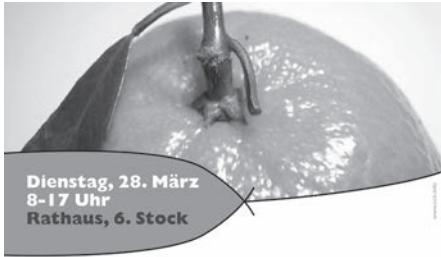
Gerade deshalb aber schien der Plenarsaal eine besondere Chance zu bergen: Sowohl Hochleitner als auch die für Integrationsfragen zuständige Stadträtin Christine Opitz-Plörer sahen mit diesem Ort den Versuch symbolisiert, „den Migrantinnen an zentraler Stelle eine Öffentlichkeit zu verschaffen“⁶¹. Wo üblicherweise der Gemeinderat unter einem Konzeptkunstwerk Hans Gappmayrs tagt – den Großbuchstabenfolgen „IST“ und „SIND“, die für politische Partizipation stehen sollen –, begegneten sich einen Tag lang Medizinerinnen und Patientinnen, aber auch Politikerinnen, Sprachkursanbieter und -anbieterinnen sowie Vertreterinnen mehrerer gesundheitsbezogener und minderheitenpolitisch engagierten Vereine. Symptomatisch innerhalb des Symbolhaften ist allerdings der Umstand, dass diese Öffentlichkeit nur um den Preis des teilweise Verborgenen zu haben war. Hochleitner beklagt im Rückblick, dass die Veranstaltung bei geschlossenen Türen stattfand, dass nicht ausreichend Wegzeiger aufgestellt und genügend Plakate aufgehängt wurden, dass Zeitungsinserate zu spät erschienen und zu einer Pressekonferenz keine Presse erschien. Zumindest die geschlossenen Türen seien allerdings notwendig gewesen, um die Intimität der Teilnehmerinnen zu wahren und deren Schamvorstellungen nicht zu verletzen. Laut Opitz-Plörer wurden alle Maßnahmen nicht getroffen, „um etwas zu verstecken, sondern zum Schutz der Frauen“: Vielfach seien zunächst deren Männer in den Morgenstunden im Rathaus erschienen, um zu prüfen, ob ein „geschützter Raum“ vorhanden sei. Und medial haben man „keine riesengroße Sache daraus machen“ wollen: „Es hätte ja dann die Frage in der Bevölkerung kommen können: Warum macht man da für so eine kleine Gruppe etwas Eigenes? Warum reicht da nicht das vorhandene Angebot aus? Nicht dass es gefährlich gewesen wäre – aber unnötig ist es eben, so eine Veranstaltung hochzuspielen.“⁶²

Unter Hinweis auf die Intimität der Teilnehmerinnen baten die Veranstalterinnen auch darum, keine Photographien der Veranstaltung in diesem Beitrag zu veröffentlichen, sondern diese nur zu beschreiben: Entlang der ‚Straße‘, die von milchig-weißen, blickundurchlässigen Kojen mit Mess- und Beratungsstationen gesäumt wird, bewegen

sich vorwiegend ältere, oft, aber nicht immer verschleierte Frauen, teils in Begleitung ihrer Männer, teils Kinder an der Hand führend. An den Stationen sind niedrige Tische aufgebaut, hinter denen die einheimischen und türkischsprachigen Mitarbeiterinnen des Frauengesundheitszentrums warten. Während erstere vorwiegend weiße Kittel tragen, fallen letztere – die sowohl als Dolmetscherinnen als auch als Medizinerinnen tätig waren – durch einheitlich-gelbe Kleidung mit dem Logo des Frauengesundheitszentrums auf. Auf den Tischen sind Stapel mit drei verschiedenfarbigen Zetteln zu sehen: Darauf waren ins Türkische übersetzte Informationen über Hypertonie, Diabetes mellitus sowie Rauchstopp und ‚Body-Mass-Index‘ abgedruckt, die möglichst breit gestreut werden sollten. Im letzten Moment konnte dabei ein ‚Fehler‘ korrigiert werden: Zunächst waren die Zettel nämlich in den Farben Rot, Weiß und Grün vervielfältigt worden. Um bei den Besucherinnen aber jede Assoziation der kurdischen Flagge zu vermeiden, wurde ein Stapel nochmals in anderer Farbe kopiert.⁶³

Wer sich das Parkett des Plenarsaals entlang bis ans Ende des Kojengangs leiten ließ, gelangte zu zwei Abzweigungen nach links und rechts. Ihnen folgend konnte man feststellen, dass die ‚Straße‘ nicht nur eine Vorder-, sondern auch eine Rückseite hatte. Dort waren Angebote platziert, die auf einen erweiterten Gesundheitsbegriff schließen lassen. Neben Sprachkursanbietern waren etwa das ‚Amt für Kinder und Jugendbetreuung‘, das ‚Referat Frau, Familie, Senioren‘, das Integrationshaus und die Beratungsstelle der Caritas, der Verein ‚Frauen aus allen Ländern‘, der ‚Verein Multikulturell‘, die ‚Schulberatungsstelle für Ausländerinnen‘ und das ‚Zentrum für MigrantInnen in Tirol‘ mit Informationsständen präsent. Mit dem ‚Zentrum für interkulturelle Psychotherapie in Tirol‘ (‚Ankyra‘) und dem ‚Verein Heilpädagogische Familien‘ engagierten sich zudem zwei Institutionen, die den Besucherinnen das Angebot einer psychologischen Beratung machten. Hale Usak, eine der daran beteiligten Sozialpädagoginnen, berichtete uns, dass dieses Angebot kaum angenommen wurde: Krankheit würde von der Generation ihrer Eltern vorwiegend noch auf das Somatische beschränkt. Während man sich aber fragen müsse, ob es zur Messung des Blutdrucks tatsächlich einer eigens für Migrantinnen eingerichteten Veranstaltung bedürfe, stecke eine migrationsspezifische Psychotherapie in türkischer Sprache in Österreich noch in den Kinderschuhen.⁶⁴

Auf zwei mehrsprachigen Plakaten zur Veranstaltung sind alle teilnehmenden Institutionen aufgelistet. Im unteren Drittel erkennt man das Logo der ‚Magistratsabteilung für Kinder- und Jugendbetreuung‘, in der seit Beginn des Jahres 2004 eine ‚Koordinationsstelle für Migration‘ besteht: „Wir alle sind Stadt!“ lautet ihr Slogan. Weitaus auffälliger jedoch, und das obere Drittel der Plakate einnehmend, sind Obstbilder in kräftigen Farben: eine Orange und – im Jahr darauf – ein dunkelroter Apfel, der in ein Wasserbad getaucht zu sein scheint und von nassen Tropfen benetzt wird. Der



**Dienstag, 28. März
8-17 Uhr
Rathaus, 6. Stock**

**GESUNDHEITSTAG
FÜR MIGRANTINNEN
GÖÇMENLERE
YÖNELİK SAĞLIK GÜNÜ**

**MESSUNG VON:
Blutdruck, Body Mass Index.
Blutzucker und Cholesterin –
Herz-Risiko?**

**TANSIYON,
beden kitle indeksi, kan şekeri ve
kolesterin ölçülür. Kalp riskosuz
tespit edilir.**

Eine Kooperation der Stadt Innsbruck mit dem
Frauengesundheitsbüro
des Landes Tirol
Koordination von Prof. Dr. Ingrid Isakoglou und Team

BERATUNG DURCH | DANIŞMANINIZ
Ank für Kinder- und Jugendbetreuung | Rehab. Frau, Familie und Senioren | Caritas Beratungsstelle | Caritas Integrationshaus | Frauen aus allen Ländern | Heilpädagogische Familien | Initiative Minderheiten | Landeseshrat für Tirol - Schubberatung für Ausländerinnen | Verein Multikulturell | Zentrum für Migranten in Tirol



**Montag, 7. Mai 2007
8.30 bis 17 Uhr
Rathaus, 6. Stock**

**GESUNDHEITSTAG FÜR MIGRANTINNEN
HEALTH DAY FOR MIGRANTS
GÖÇMENLEREYÖNELİK SAĞLIK GÜNÜ**

**MESSUNG VON:
Blutdruck, Body Mass Index.
Blutzucker und Cholesterin
– Herz-Risiko?**

**MEASURING:
Blood pressure, Body Mass Index.
Blood sugar and cholesterol -
risk factors for heart disease?**

**TANSIYON,
beden kitle indeksi, kan şekeri ve
kolesterin ölçülür. Kalp riskosuz
tespit edilir.**

Eine Kooperation der Stadt Innsbruck mit dem
Frauengesundheitsbüro
des Landes Tirol
Koordination von Prof. Dr. Ingrid Isakoglou und Team

BERATUNG DURCH | CONSULTATION FROM | DANIŞMANINIZ
Ankora (Dialcnie - Richtigdienst) | Caritas | Frauen aus allen Ländern | Heilpädagogische Familien | Initiative Minderheiten | Landeseshrat für Tirol Schubberatung für Ausländerinnen | Verein Multikulturell | Transit | ZefMT



Plakate zu den Gesundheitstagen 2006 und 2007. Mit freundlicher Genehmigung des Frauengesundheitsbüros des Landes Tirol.

Betrachter, die Betrachterin möchte vielleicht folgern, es handle sich um Symbole von Gesundheit, gesunder Ernährung besonders, und wohl auch von Reinheit und Frische. Doch welches Alleinstellungsmerkmal ergibt sich daraus für eine ‚Gesundheitsstraße für Migrantinnen‘? Zweifellos könnten Plakate, auf denen ‚Gesundheitstage‘ für andere Bevölkerungsschichten angekündigt werden, identisch gestaltet sein. Hale Usak zufolge spielten die Plakate allerdings eine untergeordnete Rolle, was die Ankündigung der Veranstaltung betrifft. Ein Großteil der daran teilnehmenden Frauen seien auf Vermittlung der beteiligten Vereine, wie etwa der „Heilpädagogischen Familien“, sowie durch informelle „Mundpropaganda“ über den geplanten Termin informiert worden. Letzteres lasse auf funktionierende soziale Netzwerke schließen: eine „Gesundheitsresource“, deren Bedeutung nicht zu unterschätzen sei.⁶⁵

Dass die Zahl der im Rahmen der ‚Gesundheitsstraße‘ vorgenommenen Untersuchungen von knapp 200 im Jahr 2005 auf circa 100 im Jahr 2006 und etwa 80 im Jahr 2007 sank, wird unterschiedlich bewertet. So erkennt die Stadträtin darin eine „erfreuliche Tendenz“: „Wir gehen davon aus, dass das eine Einrichtung ist, die sich in ein paar Jahren überholt hat, weil die zweite und dritte Generation ganz normale

Vorsorgeuntersuchungen annimmt.“ In diesem Sinne habe die Veranstaltung vielfach als „Brücke zur medizinischen Regelversorgung“ gedient.⁶⁶ In eine ähnliche Richtung weist eine Bemerkung von Hale Usak: Sie erzählte uns vom Unbehagen, das Frauen der zweiten Generation an „abgesonderten Angeboten“ dieser Art hätten.⁶⁷ Anders gelagert ist hingegen jene Zwischenbilanz, die seitens des Frauengesundheitszentrums gezogen wird: Nur ansatzweise, so Hochleitner, sei es Veranstaltungen wie ‚Moscheenkampagne‘ und ‚Gesundheitsstraße‘ gelungen, „der Herausbildung einer medizinischen Parallelgesellschaft vorzubeugen“. „Es scheint, türkische Frauen wollen sich im Rahmen des Gesundheitssystems nicht mit einheimischen Frauen vermischen, was auf eine nicht immigrantenfreundliche Atmosphäre zurückgeführt werden kann.“ Gegenwärtig werde deshalb über die Einrichtung eines speziellen Frauengesundheitszentrums für türkische Frauen an den Innsbrucker Universitätskliniken nachgedacht.⁶⁸

5. Ausblick

‚Moscheenkampagne‘ und ‚Gesundheitsstraße‘ werden mittlerweile oft als „Vorbild für kultursensible, niederschwellige Präventionsangebote“⁶⁹ angesehen und nachgeahmt: 2007 beispielsweise fand in der Marktgemeinde Telfs, wo jeder sechste Einwohner, jede sechste Einwohnerin türkische Wurzeln hat, eine ähnliche Veranstaltung statt. Kann und soll sich das volkscundliche Erkenntnisinteresse an medizinischen Angeboten dieser Art aber auf die Weiterempfehlung eines ‚Best Practice‘-Modells beschränken – oder auch: auf die Kritik einer ‚falschen‘ Praxis, eines ‚falschen‘ Modells?

Sieht man vom Schulwesen ab, bildet das Gesundheitssystem oft den hauptsächlichen Kontaktpunkt von Einwanderern und Einheimischen beiderlei Geschlechts. Ihr Zusammentreffen ist dabei stets auch *Kultur*kontakt – und damit von besonderem volkscundlichen Interesse. Beinahe unvermeidlich stellt sich dabei das Problem des Umgangs mit dichotomischen Beschreibungsmodellen. Solche Modelle kommen zum Beispiel zur Anwendung, wenn zwischen der als ‚modern‘ aufgefassten ‚Schul-‘ oder ‚Biomedizin‘ und den „Formen der traditionellen Medizin“ unterschieden wird, denen eine bestimmte Patientengruppe „noch immer“ und „oftmals parallel zur westlichen Medizin [anhängen]“ würde⁷⁰. Eine ähnliche Tendenz birgt aber auch die Hervorhebung ethnien- und geschlechtsspezifischer Differenzen: Wenn die Unterschiede als zu bedeutsam und wesentlich angesehen werden, gerät das Gemeinsame aus dem Blick. Die (zu Recht kritisierte) Rede von der ‚Parallelgesellschaft‘ ist Ausdruck davon: Sie suggeriert das Bild zweier Geraden, die sich niemals kreuzen werden.⁷¹ Wird umgekehrt aber das Moment fließender Übergänge betont – wie in den Metaphern des ‚Niederschwelligens‘, der ‚Brücke‘, des ‚Kreislaufes‘ – besteht die Gefahr, zahlreiche all-

tägliche Konfliktlinien zu überdecken: solche beispielsweise zwischen der Eltern- und Kindergeneration auf der Seite der ‚Laien‘, oder zwischen einheimischem und zugewandertem Personal im Gesundheitswesen.

Eine Möglichkeit, diesen und ähnlichen Fragen nachzugehen, hat Hale Usak vor einigen Jahren aufgezeigt: In einer ethnopsychoanalytischen Arbeit befasste sie sich mit Lebensgeschichten türkischer Migrantinnen der ersten Generation in Vorarlberg. In den Gesprächen, die darin dokumentiert und analysiert werden, kamen oft auch Krankheit, Gesundheit und Medizin zur Sprache – dann etwa, als eine Interviewpartnerin ihre Herzkrankheit als Sinnbild für all jene Belastungen deutete, die die Frauen ihrer Generation unter den „Seelenteppich“ gekehrt hätten⁷². Solche Perspektiven auch am Beispiel von Teilnehmerinnen der ‚Moscheenkampagne‘ oder der ‚Gesundheitsstraße‘ zu untersuchen, würde gewiss eine lohnende Forschungsaufgabe darstellen. Ihr nachzukommen war aufgrund der Vorgaben der Veranstalterinnen, was die Anonymität der Teilnehmerinnen betrifft, jedoch nicht möglich. In Anbetracht der methodischen Probleme, die mit dem alleinigen Vertrauen ins Sagbare zusammenhängen, war ein solches Vorgehen aber auch nicht zwingend nötig. In diesem Beitrag ging es daher um jene Perspektive auf türkische Migrantinnen, die in ‚Moscheenkampagne‘ und ‚Gesundheitsstraße‘ *an sich*, als *kulturellen* Einrichtungen, ihren Ausdruck fand.

Wie Eberhard Wolf in seinem Beitrag zu diesem Band schreibt, kann eine Orientierung am Kulturbegriff dazu beitragen, das Profil der volkskundlichen Gesundheitsforschung zu schärfen. Besonders die Konzeption von Kultur als Menschenwerk mag dabei hilfreich sein.⁷³ Ihr zufolge nimmt die Volkskunde – im Unterschied etwa zur WHO oder zur Gesundheitspsychologie, für die „der Maßstab der Gesundheit das Subjekt“ ist⁷⁴ – den Umweg über die vom Menschen geschaffene, sich von ihm lösende, ihm fremd werdende, ja oft tückisch anmutende *objektive* Kultur. Wer den medizinischen Veranstaltungen *als solchen* ein Eigenleben zuerkennt, mag in ihren Symbolcharakter als ‚kultursensibles, niederschwelliges Präventionsangebot‘ auch Symptome verklebt finden, die auf unbewusste Motivationen schließen lassen. Den offiziellen Verlautbarungen zufolge kämpfen die Initiatorinnen *gegen* einen „Mangel an kulturellem Verständnis“⁷⁵, dessen Einfluss als pathogen gilt, und *für* ein verbessertes Verstehenkönnen und Verstandenwerden, dem salutogene Wirkung zugetraut wird. Wäre es nicht umso notwendiger, die Frage nach untergründigen Momenten des Nichtverstehenwollens und Unwillens zum Verstandenwerden nicht ungestellt zu lassen?

Eine tiefer gehende Beantwortung dieser Frage fällt zum gegenwärtigen Zeitpunkt noch schwer. ‚Moscheenkampagne‘ und ‚Gesundheitsstraße‘ sind junge Phänomene, und der Vorgang ihrer Objektivierung ist unabgeschlossen: Für die kommenden Jahre sind Fortsetzungen geplant, womöglich an einem neuen Veranstaltungsort. Ziel die-

ses Beitrags war es deshalb, eine erste Materialsammlung vorzustellen, auf die spätere Untersuchungen vielleicht aufbauen können. Weniger als um quantitative, Repräsentativität versprechende Daten ging es dabei um die Frage nach kulturellen Mustern im Umgang mit Migrantinnen im Gesundheitswesen: um das Argumentieren mit selbstverständlichen ‚Zusammenhängen‘, dem stets auch etwas Gewalttames innewohnt; um die Kulturtechniken des Definierens und Kategorisierens, Messens und Vergleichens, Befragens und Bewertens in den Gesundheitswissenschaften; um die Ideologie des ‚Empowerments‘ der Subjekte und die gleichzeitige Kategorisierung von Menschen als Figuren ihrer Herkunft – und schließlich um Kampagnen, die einen Einfluss auf das alltägliche Gesundheitsbewusstsein und -verhalten ausüben wollen: Wie jedes Projekt, das der ‚Aufklärung‘ dienen soll, bedarf auch dieses einer Aufklärung seiner selbst – ein Gedanke, der in diesem Bericht nicht zu Ende, aber angedacht werden sollte.

¹ Zu beiden Annahmen vgl. mit Blick auf das Bundesland Tirol *Alice Chwosta*: Frauengesundheitsbericht Tirol 2005. Hg. v. Margarethe Hochleitner. Innsbruck 2006, 7-10 u. 73-75.

² Vgl. dazu und zum Folgenden *Ingrid K. Geiger* u. *Oliver Razum*: Migration: Herausforderungen für die Gesundheitswissenschaften. In: Klaus Hurrellmann, Ulrich Laaser u. Oliver Razum (Hgg.): Handbuch Gesundheitswissenschaften. Weinheim u. München ⁴2006, 719-746, hier 735-738.

³ *Geiger* u. *Razum* (wie Anm. 2), 737.

⁴ Vgl. *Ulrike Maschewsky-Schneider* u. *Judith Fuchs*: Brauchen wir in der Forschung zu Migration und Gesundheit besondere methodische Zugangsweisen? Was wir aus der Frauenforschung lernen können. In: Matthias David, Theda Borde u. Heribert Kantenich (Hgg.): Migration und Gesundheit. Zustandsbeschreibung und Zukunftsmodelle. Frankfurt a.M. 1998, 27-42.

⁵ Zur Auseinandersetzung mit beiden Postulaten vgl. *Oliver Razum* u.a.: Gesundheitsversorgung von MigrantInnen. In: Deutsches Ärzteblatt, 101 (2004), H. 43, A2881-A2888; u. *Viola Hörbst*: Krankheit und Kranksein im Kulturvergleich: Kulturgebundene Syndrome. In: Angelika Wolf u. Michael Stürzer: Die gesellschaftliche Konstruktion von Befindlichkeit. Ein Sammelband zur Medizinethnologie. Berlin 1996, 11-21.

⁶ Vgl. *Helga Amesberger*, *Brigitte Halbmayr* u. *Barbara Liegl*: Gesundheit und medizinische Versorgung von MigrantInnen. In: Heinz Faßmann (Hg.): Österreichischer Migrations- und Integrationsbericht. Rechtliche Rahmenbedingungen, demographische Entwicklungen, sozioökonomische

Strukturen. Klagenfurt 2003, 171-194, hier 188 f.

⁷ Vgl. *Maschewsky-Schneider* u. *Fuchs* (wie Anm. 4), 29 ff.

⁸ Vgl. beispielsweise *Margarethe Hochleitner*: Frau in der Medizin. „Ärztinnenstudie“ 2002. „Hier hat niemand auf Sie gewartet!“. Innsbruck 2003; *Amesberger*, *Halbmayer* u. *Liegl* (wie Anm. 6), hier 184 u. 186 ff.

⁹ Zum Begriff der Salutogenese vgl. grundlegend *Aaron Antonovsky*: Salutogenese. Zur Entmythifizierung der Gesundheit. Tübingen 1997 (Engl. EA: London 1987). Zur Kritik der Pathogenese mit Blick auf Migration und Gesundheit vgl. exemplarisch *Azra Pourgholam-Ernst*: Das Gesundheitserleben von Frauen aus verschiedenen Kulturen. Münster 2002; u. *Toni Faltermaier*: Migration und Gesundheit: Fragen und Konzepte aus einer salutogenetischen und gesundheitspsychologischen Perspektive. In: Peter Marschalck u. Karl Heinz Wiedl (Hgg.): Migration und Krankheit. Göttingen ²2005, 93-112, hier 95 ff.

¹⁰ *Margarethe Hochleitner*: Genderspezifische Medizin: Wie können soziale Tatsachen die Biologie beeinflussen? Beitrag zur Tagung „frauen männer gesundheit krankheit – Gendermedizin in Theorie und Praxis“, Salzburg 2004. Online unter: http://www2.i-med.ac.at/lbi-frauen/global/kongresse/pdf_dateien/salzburg_2004_abstract.pdf (Stand: 07.03.2008).

¹¹ *Ernst Bloch*: Das Prinzip Hoffnung. Frankfurt a.M. 1995, 539 f.

¹² Vgl. *Martin Hafen*: Mythologie der Gesundheit. Zur Integration von Salutogenese und Pathogenese. Mit einem Vorwort von Jost Bauch. Heidelberg 2007, 13 f.

¹³ *Chwosta* (wie Anm. 1), 2; Hervorhebung von mir. Interview mit Prof. Margarethe Hochleitner am 11.12.2007. Vgl. *World Health Organization* (WHO): Präambel zur Satzung. New York 1946. Genf 1948.

¹⁴ Vgl. *Klaus Hurrelmann* (Hg.): Handbuch Gesundheitswissenschaften. Weinheim ⁴2006.

¹⁵ Vgl. dazu *Hafen* (wie Anm. 12), 5 u. 73 ff.; ders.: Was unterscheidet Prävention von Gesundheitsförderung? In: Prävention – Zeitschrift für Gesundheitsförderung, 27 (2004), H. 1, 8-11.

¹⁶ Zu diesem Ergebnis, das von den Veranstalterinnen in Innsbruck geteilt wird (Interview [wie Anm. 13]), gelangt z.B. *Christine Reidl*: Ernährungs- und Bewegungsverhalten. In: Magistrat der Stadt Wien (Hg.): Wiener Jugendgesundheitsbericht 2002. Wien 2002. Online unter: <http://www.wien.gv.at/who/jugendgb/2002/doc/ernaehrung-bewegung.doc> (Stand: 07.03.2008).

¹⁷ Vgl. *Hafen* (wie Anm. 12), 77.

¹⁸ Vgl. *Gottfried Hirschall*: „Gesundheit für alle bis zum Jahr 2000“. Der Beitrag der Weltgesundheitsorganisation (WHO). In: Gerhard Polak (Hg.): Das Handbuch Public Health. Theorie und Praxis. Die wichtigsten Public-Health-Ausbildungsstätten. Wien u. New York 1999, 39-43.

¹⁹ Die zitierten Stellen sind der autorisierte Übersetzung von *Helmut Hildebrandt* u. *Ilona Kickbusch* entnommen. Online unter: http://www.euro.who.int/AboutWHO/Policy/20010827_2?language=German (Stand: 07.03.2008).

²⁰ Ebd.

²¹ *Ernst von Kardoff*: Lebensstil/Lebensweise. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hg.): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden in der Gesundheitsförderung. Schwabenheim/Selz 2003, 145-148.

²² Wie Anm. 19.

²³ Vgl. im Zusammenhang von Migration und Gesundheit beispielsweise *Angela Eberding* u. *Arist v. Schlippe*: Konzepte der multikulturellen Beratung und Behandlung von Migranten. In: Marschalck u. Wiedl (Hgg.) (wie Anm. 9), 261-282, hier 277; *Beate Wimmer-Puchinger*, *Hilde Wolf* u. *Andrea Engleder*: Migrantinnen im Gesundheitssystem. Inanspruchnahme, Zugangsbarrieren und Strategien

zur Gesundheitsförderung. In: Bundesgesundheitsblatt, 49 (2006), H. 9, 884-892, hier 888.

²⁴ *Norbert Herriger*: Empowerment in der sozialen Arbeit. Eine Einführung. Stuttgart ²2002, 70. Ähnliche Formulierungen finden sich mit Bezug auf Migrant/inn/engesundheit bei *Faltermaier* (wie Anm. 9), 189 f.

²⁵ Vgl. *Theodor W. Adorno* u. *Max Horkheimer*: Dialektik der Aufklärung. Philosophische Fragmente. [1944] Frankfurt/M. 2004, 183.

²⁶ *Chwosta* (wie Anm. 1), 73 u. 79; *Katja J. Eichler*: Migration, transnationale Lebenswelten und Gesundheit. Eine qualitative Studie über das Gesundheitshandeln von Migrantinnen. Wiesbaden 2008, 69.

²⁷ *Edith Glanzer* (Hg.): Dokumentation zur Tagung „Migration kann Ihre Gesundheit gefährden“. 25. Juni 2004, Graz. Graz 2004 (= „zebrat“ Sonderheft, hg. v. Zentrum zur sozialmedizinischen, rechtlichen und kulturellen Betreuung von Ausländern und Ausländerinnen in Österreich [ZEBRA]).

²⁸ Vgl. Wiener Klinische Wochenschrift, 113 (2001), H. 13/14, Themenheft „Gesundheitsrisiko Migration“.

²⁹ *Wimmer-Puchinger* u.a. (wie Anm. 23), 885. Vgl. *Ingrid Stamm* (Red.): Österreichischer Frauengesundheitsbericht 2005/2006. Hg. v. Ludwig Boltzmann Institut für Frauengesundheitsforschung. Wien 2006, 252.

³⁰ *Heidrun Schulze*: Migrieren – Arbeiten – Krankwerden. Eine biographietheoretische Untersuchung. Bielefeld 2006, 59.

³¹ Vgl. *Hajo Zeeb* u. *Oliver Razum*: Epidemiologische Studien in der Migrationsforschung. Ein einleitender Überblick. In: Bundesgesundheitsblatt, 49 (2006), H. 10, 845-852, hier 846 ff.; *Faltermaier* (wie Anm. 9), 94 f.

³² *Karl Heinz Wiedl* u. *Peter Marschalck*: Migration, Krankheit und Gesundheit: Probleme der Forschung, Probleme der Versorgung – eine Einführung. In: diess. (Hgg.) (wie Anm. 9), 9-36, hier 17. Zu den definitorischen Unschärfen des Migrationsbegriffs im Gesundheitszusammenhang vgl. hier nur *Geiger* u. *Razum* (wie Anm. 2), 720 ff.

³³ Vgl. *Karl Marx*: Der Achtzehnte Brumaire des Louis Bonaparte. [1851/52] In: ders. u. Friedrich Engels: Werke, Bd. 8. Berlin 1960, 111-207, hier 115.

³⁴ Vgl. exemplarisch *Elisabeth Pochobradsky*, *Claudia Habl* u. *Barbara Schleicher*: Soziale Ungleichheit und Gesundheit. Im Auftrag des Bundesministeriums für soziale Sicherheit und Generationen. Wien 2001, 27-32 (Kapitel „Migranten“); *Zeeb* u. *Razum* (wie Anm. 31); *Razum* u.a. (wie Anm. 5), 3; *Faltermaier* (wie Anm. 9), 101 f.; *Eichler* (wie Anm. 26), 17 ff. u. 62 ff.; *Stamm* (Red.) (wie Anm. 29), 252.

³⁵ Vgl. *Paul G. Schmitz*: Akkulturation und Gesundheit. In: Marschalck u. Wiedl (Hgg.) (wie Anm. 9), 123-144.

³⁶ Vgl. *Bruce Kirkcaldy* u.a.: Migration und Gesundheit. Psychosoziale Determinanten. In: Bundesgesundheitsblatt, 49 (2006), H. 9, 873-883, hier 878 f.; *Faltermaier* (wie Anm. 9), 98 ff.

³⁷ Vgl. z.B. *Elcin Kürsat-Ahlers*: Migration als psychischer Prozeß. In: Matthias David, Theda Borde u. Heribert Kentenich (Hgg.): Migration – Frauen – Gesundheit. Perspektiven in europäischen Kontext. Frankfurt/M. 2000, 45-56; sowie *Birgit Obrist* u. *Peter van Eeuwijk*: Einleitung. In: diess. (Hgg.): Vulnerabilität, Migration und Altern. Medizinethnologische Ansätze im Spannungsfeld von Theorie und Praxis. Zürich 2006, 10-24, hier 11 f.

³⁸ *Eichler* (wie Anm. 26), 19. Vgl. *Gernot Ernst*: Mythos Mittelmeersyndrom: Über akuten und chronischen Schmerz bei Migrantinnen. In: David u.a. (Hgg.) (wie Anm. 37), 57-66.

³⁹ Vgl. *Erna Appelt*: Frauen in der Migration – Lebensform und soziale Situation. In: Faßmann (Hg.) (wie Anm. 6), 144-170, hier 145 ff.; *Eichler* (wie Anm. 26), 58 ff. u. 69.

⁴⁰ In das Mikrozensus-Sonderprogramm war rund 1% der österreichischen Haushalte einbezogen. Kriterium für den Faktor Migration war dabei ausschließlich die Staatsbürgerschaft, wobei zwischen „Österreich“, „ehemaliges Jugoslawien“, „Türkei“ und „Andere“ unterschieden wurde. Zur Auswertung der Ergebnisse vgl. *Amesberger, Halbmayr* u. *Liegl* (wie Anm. 6). Zu damit verbundenen methodischen Problemen vgl. *Erika Baldaszti*: Stand der Forschung zur Migration in Österreich. In: Bundesgesundheitsblatt, 49 (2006), H. 9, 861-865, hier 864 f. – Für Hinweise auf weitere Studien vgl. *Wimmer-Puchinger* u.a. (wie Anm. 23), 885 f.

⁴¹ Vgl. *Amesberger, Halbmayr* u. *Liegl* (wie Anm. 6), 172-180.

⁴² Zit. n. ebd., 174.

⁴³ Ebd., 193.

⁴⁴ *Appelt* (wie Anm. 39), 155.

⁴⁵ Vgl. *Amesberger, Halbmayr* u. *Liegl* (wie Anm. 6), 183 ff.; *Franz Pöchbacker*: Kulturelle und sprachliche Verständigung mit Nichtdeutschsprachigen in Gesundheitseinrichtungen. In: David u.a. (wie Anm. 37), 155-176; *Beate Wimmer-Puchinger* u. *Osman S. Ipsiroglu*: Kommunikationsbarrieren in der Betreuung von MigrantInnen und deren Kindern: Analysen und Lösungsvorschläge anhand von Fallbeispielen. In: Wiener Klinische Wochenschrift, 113 (2001), H. 15/16, 616-621.

⁴⁶ *Beate Wimmer-Puchinger* u. *Erika Baldaszti*: Migrantinnen im Gesundheitssystem: Inanspruchnahme, Zugangsbarrieren und Strategien zur Gesundheitsförderung. In: Wiener Klinische Wochenschrift, 113 (2001), H. 13/14, 516-526, hier 524.

⁴⁷ *Appelt* (wie Anm. 39), 170; *Amesberger, Halbmayr* u. *Liegl* (wie Anm. 6), 184; vgl. auch *Faltermaier* (wie Anm. 9), 111.

⁴⁸ Vgl. *Amesberger, Halbmayr* u. *Liegl* (wie Anm. 6), 172.

⁴⁹ Interview (wie Anm. 13). Vgl. *Margarethe Hochleitner*: Stand der sozialwissenschaftlichen Forschung über Migration und Gesundheit in Österreich. In: Bundesministerium für Gesundheit und Frauen (Hg.): Migration und Gesundheit. Eine österreichische Bestandsaufnahme. Wien 2004, o.S. Online unter: http://iom.ramdisk.org/de/images/uploads/Seminarunterlagen_Webseite_1098259444_1117021335.pdf.

⁵⁰ Geschäftsbericht 2002 des Instituts für kardiologische Geschlechterforschung. Online unter: http://www.lbg.ac.at/gesellschaft/institute_docs.php?year=2002&a_id=134&content=inhalt1 (Stand: 07.03.2008).

⁵¹ Interview (wie Anm. 13). Vgl. u.a. *Margarethe Hochleitner*: Schlagen Frauenherzen anders? Herzerkrankungen und Geschlecht am Beispiel Tirol. In: Sylvia Groth u. Éva Rásky (Hgg.): Frauengesundheiten. Innsbruck u. Wien 1999, 45-56.

⁵² Vgl. *Gottfried Derka*: Goldgräberstimmung in der Geschlechtermedizin. In: Der Standard, 24.08.2006.

⁵³ Online unter: <http://www2.i-med.ac.at/lbi-frauen/deutsch/frameset.htm> (Stand: 07.03.2008).

⁵⁴ Interview (wie Anm. 13). Die zitierten Stellen in diesem Absatz sind entnommen aus: <http://www2.i-med.ac.at/lbi-frauen/deutsch/herzerkrankungen.htm> (Stand: 07.03.2008); *Chwosta* (wie Anm. 1), 54; *Margarethe Hochleitner* u. *Angelika Bader*: Primärprävention für Türkische Migrantinnen – welche ökonomischen Aspekte ergeben sich daraus? Online unter: http://2.i-med.ac.at/lbi-frauen/global/events/pdf_dateien/linz_2006_vortrag.pdf (Stand: 07.03.2008).

⁵⁵ *Hochleitner* (wie Anm. 49), o.S.

⁵⁶ Ebd.; Interview (wie Anm. 13); *Chwosta* (wie Anm. 1), 74 f.; *Hochleitner* u. *Bader* (wie Anm.

54), o.S. – Vgl. beispielsweise *Friedhelm Röder*: Die Bedeutung türkischer Heiler (Hodschas) für die allgemeinärztliche Praxis. In: Deutsches Ärzteblatt, 85 (1986), 119-120; sowie aus volkskundlicher Sicht *Hanne Straube*: Migration und Gesundheit. Über den Umgang mit Krankheit türkischer Arbeitsmigranten in Deutschland und in der Türkei. In: Max Matter u.a. (Hgg.): Fremde Nachbarn. Aspekte türkischer Kultur in der Türkei und in der BRD. Marburg/Lahn 1992 (= Hess. Bl. f. Volks- u. Kulturforschung, 29), 125-144, hier 134 u. 136 ff.

⁵⁷ Interview (wie Anm. 13). Die zitierten Stellen in diesem Absatz finden sich bei *Hochleitner* (wie Anm. 49), o.S.; *Chowsta* (wie Anm. 1), 74 f.; *Hochleitner* u. *Bader* (wie Anm. 54), o.S.; o.V.: Mehr Aufklärung. Vor zwei Jahren wurde das Frauengesundheitsbüro des Landes gegründet. In: Tiroler Tageszeitung, 21.12.2000.

⁵⁸ *Straube* (wie Anm. 56), 134.

⁵⁹ Die Zitate zuletzt finden sich bei *Hochleitner* (wie Anm. 49), o.S. Zur Diskussion über Kulturkonzepte im Zusammenhang von Migration und Gesundheit vgl. einführend *Geiger* u. *Razum* (wie Anm. 2), 729 f. u. 735 ff.

⁶⁰ Interview (wie Anm. 13).

⁶¹ Ebd.; Interview mit Stadträtin Christine Opitz-Plörer und der Mitarbeiterin der ‚Koordinationsstelle für Migration‘ der ‚Magistratsabteilung für Kinder- und Jugendbetreuung‘ der Stadt Innsbruck Nicola Köfler am 07.01.2008.

⁶² Interview (wie Anm. 13).

⁶³ Ebd.; Informationsmaterialien des ‚Frauengesundheitszentrums‘.

⁶⁴ Interview mit Mag. Usak Hale vom Verein ‚Heilpädagogische Familien‘ am 17.01.2008.

⁶⁵ Interview (wie Anm. 64).

⁶⁶ Interview (wie Anm. 61).

⁶⁷ Interview (wie Anm. 61) u. Interview (wie Anm. 64).

⁶⁸ Interview (wie Anm. 13); *Hochleitner* u. *Bader* (wie Anm. 54), o.S.

⁶⁹ *Chwosta* (wie Anm. 1), 75.

⁷⁰ *Yavuz Yildirim-Fahlbusch*: Kulturelle Missverständnisse. Die Beziehung zwischen deutschen Ärzten und ihren türkischen Patienten gestaltet sich oft schwierig. In: Deutsches Ärzteblatt, 100 (2003), H. 18, A1179-A1181, hier A1179.

⁷¹ Vgl. *Wolfgang Kaschuba*: Wie Fremde gemacht werden. Das Gerede von der Parallelgesellschaft ist nicht nur falsch. Es ist als Argumentationsmuster sogar gefährlich. In: Der Tagesspiegel, 14.1.2007.

⁷² *Hale Sabin* (jetzt *Usak*): Unter unserem Seelenteppich. Lebensgeschichten türkischer Frauen in der Emigration. Sozialpsychologische Studien. Innsbruck, Wien u. Bozen 2006 (= Psychoanalyse und qualitative Sozialforschung, 3), 166 f.

⁷³ Vgl. *Martin Scharfe*: Menschenwerk. Erkundungen über Kultur. Köln u.a. 2002, 14-27 u. 188-193.

⁷⁴ *Gert Hellerich*: Was erhält Menschen gesund? Eine Untersuchung zu einem möglichen Paradigmenwechsel in der psychosozialen Versorgung. Online unter: <http://www.tup-online.com/media/md2636D.pdf>, 5 (Stand: 07.03.2008).

⁷⁵ *Eva A. Richter*: Mangel an kulturellem Verständnis. Bei der ärztlichen Beratung und gesundheitlichen Versorgung der Migranten in Deutschland bestehen Defizite. In: Deutsches Ärzteblatt, 98 (2001), H. 51/52, A3421 f. Vgl. ähnlich auch *Yildirim-Fahlbusch* (wie Anm. 70).

Die Klage der Ärzte. Marktprobleme und Professionalisierung in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts in Österreich

Elisabeth Dietrich-Daum

„Der Beruf des Arztes ist wunderlicher Natur, immer wieder haben geistvolle Köpfe darüber nachgedacht, was eigentlich an diesem Gemisch von Wissenschaft, Kunst, Handwerk, Liebestätigkeit und Geschäft das Wesentliche ist.“¹

Die Quellen des 19. Jahrhunderts sind voll der Klagen von ärztlichen Standesvertretern über die schwierige berufliche Situation der Kollegenschaft. Die „goldenen Zeiten“ waren „immer gerade vorbei“, so Gerd Göckenjan, wenn sich „professionspolitische Autoren ans Schreibwerk“² setzten. Das dargebotene Bild, stereotyp und redundant zugleich, ob in Frankreich, England oder in den deutschen Ländern, zeichnete einen Berufsstand, der permanent im Verfall oder Niedergang begriffen war oder sich zumindest in einer schweren Krise befand. Die Bedrohungen schienen gleichermaßen von innen wie von außen zu kommen. Das eine Mal gefährdete die *moral economy*³ – die schlechte Zahlungsmoral der Klientel, das andere Mal die unkontrollierbare Konkurrenz, allen voran die „Kurpfuscher“, später die Spezialisten und Kassenärzte, ein drittes Mal die fehlende *compliance* der Patienten und Patientinnen oder zu hohe Medikamentenkosten das Überleben der Ärzte. Die Diskrepanz zwischen Ausbildungskosten, materiellen Aufwendungen und gebotener Leistung auf der einen Seite und gesellschaftlichem Ansehen und finanzieller Abgeltung auf der anderen Seite erlebten die Ärzte des 19. Jahrhunderts offenbar als prekär, ungerechtfertigt und reglementierungsbedürftig: „Was muß geschehen, damit der Arzt in einer seiner wissenschaftlichen Bildung und materiellen Leistung entsprechenden Weise sowohl vom Publikum als auch vom Staate honoriert werde?“⁴, stand 1871 auf einem Flugblatt des „Aeskulap“. Wenn die Klagen auch verschiedene Konjunkturen durchlaufen haben dürften, bleibt als Gesamteindruck, dass, wie Olivier Faure resümierte, sich der Arzt des 19. Jahrhunderts „[...] verkannt [wähnte und] überzeugt [war], er werde von den sozialen Einrichtungen ausgebeutet, vom Staat tyrannisiert, vom Bürger verachtet, von der öffentlichen Meinung verspottet und von seinen Kranken getäuscht“.⁵

So sehr das entworfene Bild des sich aufopfernden Arztes, der ein beschwerliches, karges und unbedanktes Dasein fristen müsse, bereits den Zeitgenossen als überzeichnet erschienen sein mag, konnte sich dieses gegenüber den tatsächlichen materiellen und gesellschaftlichen Realitäten von Ärzten offenbar behaupten und, wie Faure⁶ meinte, das Selbstverständnis der Profession bis heute prägen. Bemerkenswert erscheint mir, dass die angesprochenen Klagen, ob in England, Frankreich oder in den deutschen Ländern, ungeachtet der verschiedensten strukturellen Rahmenbedingungen in ein und dieselben Kerben schlugen.

Auch in den (Kron-)Ländern der Habsburgermonarchie ist die „zyklisch wiederkehrende Krisenstimmung“ eine treue Begleiterin des wachsenden Organisationsgrades und der Emanzipation der Ärzte im 19. Jahrhundert gewesen. Selbst wenn das „Öffentlichmachen“ ärztlicher Berufsinteressen vor allem als Strategie und Ausdrucksform ärztlicher Professionalisierungspolitik diente – womit der historischen Forschung letztendlich der Eindruck einer krisenhaften Zuspitzung der Lage der Ärzte vermittelt wird – kann nicht übersehen werden, dass hinter dieser augenscheinlichen Häufung von Kritiken, Forderungen und Reformwünschen eine Reihe komplexer Veränderungen sanitätspolitischer, innerprofessioneller und sozialer Art standen, die den einzelnen Arzt und vor allem dessen Standes- bzw. Berufsvertreter massiv herausforderte: die Medizinalreformbewegung, insbesondere die Reform des Sanitätsdienstes in den Gemeinden, Marktprobleme bzw. Konkurrenzdruck sowie die Einführung/Durchsetzung des Krankenkassensystems. Der Markt kam in Bewegung, das alte Selbstbild bröckelte, der Prozess vom vormodernen „Bildungsberuf“ zur modernen bürgerlichen „Profession“⁷ schmerzte – und die Ärzte klagten.

Eine erste wesentliche Einschränkung des bisher skizzierten Szenarios ist an dieser Stelle angebracht. Der angesprochene Wandel, sowohl jener innerhalb der Berufsgruppe der Ärzte selbst (Rekrutierung, Ärztezahlen, Ausbildung, Spezialisierung), als auch der durch sich verändernde Rahmenbedingungen (Studienreform, Krankenkassenwesen, Sanitätspolitik, Migration) erzeugte und für die Ärzte nur partiell beeinflussbare Prozess, hatte nicht für alle Ärzte die gleichen Konsequenzen. Die beruflich-soziale Position von Ärzten gestaltete sich wie deren Ansprüche äußerst heterogen.⁸ Die sozial-ökonomische Situation eines jungen Landarztes etwa war nicht vergleichbar mit der gesicherten Position eines im Sanitätsdienst stehenden, nach Diätlassen besoldeten Kreisphysikus⁹, und je nach Berufsfeld die Situation eines Krankenhausarztes nicht mit der eines Arztes, den Montanunternehmer für ihre Bergarbeiter anstellten. Somit ist es, womit die zweite Einschränkung angesprochen ist, auch wenig verwunderlich, dass in den ärztlichen Diskursen auch in Österreich Partikularinteressen über weite Strecken vor Standesinteressen rangierten. Was in den Reform- und Denkschriften als gemeinsame Politik vermittelt wird, wurde zuvor in zähen internen Positionskämpfen

und Verhandlungen ausgefochten.

Zur Veranschaulichung dieser Thematik greife ich im Folgenden auf ein umfangreiches gedrucktes Sitzungsprotokoll ärztlicher Standesvertreter aus dem Jahre 1905 zurück, einem Dokument, das in der österreichischen Forschung bislang wenig beachtet wurde.⁹ Das Protokoll ist im Zusammenhang mit den auf Initiative des Arbeiterversicherungsausschusses initiierten Beratungen zur Frage des Ausbaus der Arbeiterkrankenversicherung in Wien entstanden. Geladen waren neben hohen Beamten des Innen-, des Handels- und des Ackerbauministeriums mehrere Sanitätsbeamte, Vertreter der verschiedenen Krankenkassen, der österreichischen Ärztekammern¹⁰, der Wissenschaft, ein Bruderladenarzt aus dem Kohlrevier Mährisch-Ostrau sowie praktische Ärzte, vor allem aus Wien.¹¹ Ausgehend von den in den Debatten vorgetragenen Beschwerden werde ich versuchen, die Marktprobleme von Ärzten in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts zu skizzieren: Ärztedichte, Krankenkassen, konkurrierende Heilangebote, PatientInnenverhalten und -ansprüche.

Zuvor gilt es allerdings zu überlegen, welche Faktoren den medizinischen Markt in dieser Zeit eigentlich konstituierten. Grundsätzlich tangierte diese Frage den privaten Arzt ja am stärksten, er war den Marktbedingungen in einem völlig anderen Ausmaß unterworfen als beispielsweise ein angestellter Krankenhausarzt oder besoldeter Fabrik-, Armen- oder Anstaltsarzt, auch wenn für den Bedarf Letzterer erst die Notwendigkeit erkannt werden musste. Der entscheidende Unterschied besteht aber darin, dass Privatärzte – Praktiker oder Spezialisten – wie Unternehmer agierten, d. h. sie mussten sich einen einträglichen Wirkungskreis selbständig erarbeiten und – nicht weniger schwierig – diesen über Jahrzehnte gegen Konkurrenten verteidigen. Wie groß ihre Marktchancen waren, hing angebotseitig mit der Zahl und dem Preis-Leistungsangebot der Mitanbieter zusammen. Die andere Komponente der Marktsituation stellten die Patienten und Patientinnen dar, die nachfrageseitig auf die medikalen Angebote reagierten. Entscheidend für die Wettbewerbssituation des privaten Arztes und Spezialisten war außerdem, ob und in welchem Maße die angebotenen Dienstleistungen, unabhängig von der Angebotsseite, als notwendig oder attraktiv erachtet wurden. Denn schließlich kostete eine privatärztliche Untersuchung respektive Dispensierung Geld.¹²

1. Entwicklung der Ärztedichte

Die Balance zwischen medizinischem Angebot und Nachfrage war aus der Sicht der Ärzte spätestens seit dem letzten Viertel des 19. Jahrhunderts empfindlich gestört.¹³ Was in Deutschland unter dem Schlagwort der permanenten „Überfüllung des Standes“¹⁴ artikuliert, in Frankreich als „l'encombrement“ und in England als „overcrow-

ded“ oder „overstocked“¹⁵ bezeichnet wurde, meint eine seit Mitte des Jahrhunderts durch verschiedene Entwicklungen hervorgerufene Bewegung und Verschiebung bei den Ärztezahlen. Mit der Klage, Österreich verfüge über ein „außerordentlich große[s] Überangebot von Ärzten“¹⁶, wodurch sich Karrierechancen wie Einkommen der Mediziner vermindern würden, standen die hiesigen Experten bei Leibe nicht allein da. Mit Blick auf die Statistik der Medizinalpersonen in Österreich ist die angesprochene Unzufriedenheit durchaus nachvollziehbar, wenn auch mit der Einschränkung, dass die Zahl der approbierten Ärzte schon länger mehr oder weniger großen Schwankungen unterworfen war. Bereits in den 1870er Jahren hatten die Ärztezahlen in Niederösterreich, in der Steiermark, in Böhmen, in Galizien und in der Bukowina stark zugenommen, dann wieder stagniert. Ende der 1880er Jahre wurden die wachsenden Ärztezahlen dann merklich spürbar, sie stiegen schneller als die Bevölkerungszahlen, womit sich das Verhältnis Arzt-EinwohnerInnen deutlich zuungunsten der Anbieter verschlechterte. In den letzten Jahren des 19. Jahrhunderts, so ein Referent, hätte sich die Situation dann weiter verschärft, die Zahl der Ärzte sei um 37 Prozent angewachsen, während sich die Bevölkerungszahl nur um 9,3 Prozent vermehrt habe.¹⁷ Tatsächlich aber waren die Ärztezahlen nur in Niederösterreich mit Wien, in der Steiermark, in Triest, in Kärnten, in Istrien, in Tirol, in Böhmen, in Mähren, in Schlesien und Galizien wirklich angestiegen, während Oberösterreich, Krain, Görz und Gradiska und Dalmatien nur geringe Zuwächse (weniger als 10 Prozent) verzeichnen konnten. Und entgegen diesem Trend gingen in Salzburg und Vorarlberg die Ärztezahlen sogar zurück (vgl. Tabelle).

Entwicklung der Ärztezahlen in Österreich 1848–1896

Länder	Zahl der Ärzte und Wundärzte						Zu-(+) bzw. Abnahme (-) in Prozent (gerundet)				
	1848	1859	1869	1879	1889	1896	1848-1859	1859-1869	1869-1879	1879-1889	1889-1896
Niederösterreich	1.568	1.858	1.530	1.851	1.936	2.593	+18	-17	+21	+4	+33
Oberösterreich	531	431	444	422	328	347	+1	+3	-5	-22	+6
Salzburg		106	116	114	99	97		+9	-2	-13	+/-0
Steiermark	515	527	574	615	506	573	+2	+9	+7	-17	+11
Kärnten	251	136	139	127	100	117	-5	+2	-8	-21	+17
Krain		103	97	96	74	79		-6	-1	-23	+7
Triest u. Gebiet	213	217	185	111	104	131	+1	-14	+20	-6	+26
Görz u. Gradiska				46	43	41				-6	+5
Istrien				66	58	83				-12	+43

Länder	Zahl der Ärzte und Wundärzte						Zu-(+) bzw. Abnahme (-) in Prozent (gerundet)				
	1848	1859	1869	1879	1889	1896	1848-1859	1859-1869	1869-1879	1879-1889	1889-1896
Tirol	617	531	568	488	419	479	-14	+7	-3	-14	+14
Vorarlberg				62	56	57				-9	+/-0
Böhmen	1.715	1.549	1.587	1.722	1.629	2.131	-9	+2	+8	-5	+30
Mähren	712	584	629	645	600	736	-3	+7	+2	-7	+22
Schlesien		150	145	161	137	181				-3	+11
Galizien	522	624	748	846	860	1.221	+24	+19	+13	+2	+42
Bukowina		25	65	94	79	108				+160	+44
Dalmatien	100	88	113	120	118	128	-12	+28	+6	-2	+8
Gesamt	6.744	6.929	6.940	7.586	7.146	9.102	+3	+/-0	+9	-6	+27
	+2.358						+36				

Quelle: Fr. C. Presl: Die öffentliche Gesundheitspflege in Österreich seit dem Jahre 1848. In: Statistische Monatschrift, Neue Folge, 3. Jg. (1898), 369-431, hier 409.



Quelle: Das österreichische Sanitätswesen, 3 (1891).

In Summa aber ist die Feststellung, die Zahl der approbierten Mediziner sei gerade in den letzten 15 Jahren des 19. Jahrhunderts gestiegen, nicht von der Hand zu weisen. Während diese zwischen 1848 und 1889 innerhalb einer Schwankungsbreite von maximal 9 Prozent pendelte, nahm sie ab 1889 markant zu. Innerhalb von weniger als zehn Jahren hatte sich deren Zahl fast um ein Drittel erhöht, obwohl die Zahl der Wundärzte (Magistri, Chirurghi, Patroni) auf Grund der Schließung der Chirurgenschulen (1871/72) ständig zurückging. Die Relation Ärzte – Wundärzte hatte sich inzwischen völlig umgedreht: Die Zahl der Wundärzte war zwischen 1848 und 1896 von 4.208 auf 1.200 gesunken, hingegen jene der akademischen Doktoren von 2.536 auf 7.902 angestiegen.¹⁸ Der beklagte Zuwachs rührte demnach ausschließlich von den akademischen Ärzten selbst her.

Trotz dieser augenscheinlichen Zunahme des ärztlichen Personals war ein Arzt im Jahre 1889/90 im Durchschnitt immer noch für die Versorgung eines Einzugsgebietes von 42 Quadratkilometern zuständig. Dieser Durchschnittswert täuscht allerdings. Aufgrund der hohen Arztdichte umfasste das Einzugsgebiet eines Arztes in Niederösterreich (einschließlich Wien) zirka 10 Quadratkilometer, hingegen hatte in Böhmen ein Arzt durchschnittlich die Bevölkerung eines Gebietes von 32, in Oberösterreich von 36, in Mähren und Schlesien von 37, in der Steiermark von 44, in Vorarlberg von 64, in Tirol von 63, in Görz-Gradiska von 70, in Salzburg von 72, in Istrien von 84, in Galizien von 91, in Kärnten von 103, in Dalmatien von 108, in der Bukowina von 132 und in Krain von 135 Quadratkilometern zu versorgen. Diese regionalen Unterschiede werden bei einer Aufschlüsselung des Verhältnisses Arzt-Einwohner/Einwohnerinnen noch deutlicher: Der Spitzenreiter ist 1900 wieder Niederösterreich mit 9,7 Ärzten auf 10.000 Einwohner/Einwohnerinnen, mit großem Abstand folgen Salzburg und Tirol mit jeweils knapp 6, Steiermark mit knapp 5, Oberösterreich mit 4,7, Böhmen mit 4,1, das Küstenland mit knapp 4, Kärnten mit 3,8, Mähren mit 3,7, Schlesien mit 3,2, Dalmatien mit 2,2 Ärzten. Die Schlusslichter bildeten mit einer Dichte von weniger als 2 Ärzten auf 10.000 Einwohner/Einwohnerinnen Galizien, die Bukowina und Krain. Im Durchschnitt der Länder entfielen 1900 4,6 Ärzte auf 10.000 Einwohner/Einwohnerinnen.¹⁹ Vom gesamten österreichischen Ärztepersonal arbeiteten 38 Prozent in Gemeinden mit mehr als 20.000 Einwohnern/Einwohnerinnen, die aber nur 1,7 Prozent der Gemeinden stellten. Nur 24 Prozent der Ärzte ordinierte in Gemeinden mit einer Einwohnergröße unter 2.000, die allerdings 55 Prozent der Gemeinden umfassten. 1896 verfügten trotz beklagter Ärzteschwemme nur 10 Prozent der 2.922 Gemeinden in Österreich über einen eigenen Arzt.²⁰ Tatsächlich herrschte in verschiedenen ruralen Bezirken um 1900 immer noch empfindlicher Ärztemangel.²¹ Viele Gemeindearztstellen konnten auch nach wiederholtem Ausschreiben nicht besetzt werden.²² Oft bot sich, nicht zuletzt wegen des geringen Wartgeldes – für die

Gemeindearztstelle in Reutte wurden beispielsweise nur 140 Gulden geboten²³ – nur eine Bewerber an. Der Sanitätsbericht für Tirol für das Jahr 1882 merkte dazu an:

„Diese Abnahme [der Ärzte] kommt vornehmlich auf Rechnung des Umstandes, dass für ärztliche Posten in den mitunter abgelegenen Thälern, in weit ausgedehnten Gemeinden trotz wiederholter Ausschreibung sich keine Bewerber finden theils, weil wegen Abnahme des Wohlstandes der Landbevölkerung die Existenzbedingungen für einen Arzt fehlen, dessen Erwerb ein nicht lohnender ist, theils aber wegen der auch in den Volkszählungsergebnissen in sprechender Weise sich ergebenden Thatsache, dass sich die Bevölkerung vom Gebirge mehr und mehr zurückzieht und nach den Hauptverkehrsadern in den grossen Thälern hinstrebt, welche Verhältnisse diesen Ärztemangel auf dem Lande hervorgerufen haben und von Jahr zu Jahr steigern.“²⁴

Als extremes Beispiel der „Überfüllung“ galt die Millionenstadt Wien, wo um 1900 über 20 Prozent der österreichischen Ärzte arbeiteten, obwohl dort nur rund 6 Prozent der Bevölkerung Österreichs lebte. Kann das Verhältnis Arzt-Einwohnerzahl mit dem Wert von 1 Arzt auf 722 Einwohnern/Einwohnerinnen in der Metropole als ein für Ärzte „ungünstiges“ bezeichnet werden, trifft dies für Ärzte in Innsbruck mit einer Relativzahl von 1: 290, in Prag mit 1: 330 und in Graz mit 1: 495 noch in weit stärkerem Maße zu. Dennoch konnten auch Städte unter chronischem Ärztemangel leiden, so Görz oder Pettau, wo ein Arzt einen (potenziellen) Patientenstock von 22.000 bis 23.000 Personen vorfand.²⁵ Als Zwischenergebnis kann festgehalten werden, dass die Ärztedichte in Österreich um 1900 äußerst ungleich war und die Entwicklung der Ärztezahlen regional unterschiedlich verlaufende Konjunkturen durchmachte. Die vorgebrachte Klage spiegelte demnach die Interessen der städtischen Ärzte wider, die insgesamt zwar eine wachsende Gruppe darstellten, im Kreis der beratenden Experten aber überproportional vertreten waren.

Über die Gründe der „Überfüllung“ und „Konzentration“ der Ärzte in den Balanzcentren wurde im zitierten Sitzungsprotokoll von 1905 ausgiebig diskutiert. Das Hauptübel der ungleichen Verteilung, so die Experten, sei in der „ganze[n] soziale[n] Evolution“ zu suchen, „welche durch das Zuströmen der Landbevölkerung in die Städte hervorgerufen“²⁶ werde. Migration und Bevölkerungswachstum hätten „die Ärzte zu der Annahme“ veranlasst, dass „dort nunmehr eher ein Verdienst winke als auf dem Lande.“²⁷ Die Erklärung, wonach die Ärzte lediglich ihrer Klientel gefolgt wären, lässt sich statistisch zwar bestätigen, sie ist als solche aber unvollständig. Denn Städte hatten mehr zu bieten, als einen attraktiven Patientenstock und ein ansprechendes bildungsbürgerliches Ambiente. Ärzte ließen sich deshalb bevorzugt in den (Universitäts-)Städten nieder, weil Krankenhäuser – die Zahl der Betten und der aufgenommenen Kranken hatte sich zwischen 1848 und 1894/96 mehr als verdreifacht, die aufgewendeten Mittel fast versechsfacht²⁸ –, weil Privatsanatorien sowie die expandierende Sani-

tätsverwaltung Arbeit boten. Diese Trend drückt sich auch im Verhältnis der von Staat, Ländern, Gemeinden oder Kassen angestellten zu den frei praktizierenden Ärzten aus: Der Anteil der Privatärzte sank zwischen 1879 und 1894 von 52 auf 39 Prozent.²⁹ Was die Ärzte um die Jahrhundertwende als Misere beklagten, war ihre eigene rationale bzw. kommerzielle Reaktion auf die augenscheinlich günstigeren Marktbedingungen in den wachsenden Städten gewesen, die als Zentren der Medizinalverwaltung fungierten.

2. Die (neue) Segmentierung des Gesundheitsmarktes: Krankenkassen, Spezialisten und das alte „Pfuscherproblem“

Den Hauptgrund der rasch angestiegenen Ärztezahl vermuteten die Experten neben den hier nicht weiter besprochenen Veränderungen der Studienordnung³⁰ in der Einführung der Arbeiterkrankversicherung³¹. Die Medikalisierung der Arbeiter und Arbeiterinnen hätte, so die These, junge Studiosi ermutigt, das Medizinstudium zu wählen:

„Da aber immerhin die Kassenpraxis den Anfang zur Erwerbung einer Privatpraxis zu bilden schien, hatten sich stets genug Ärzte gefunden, welche den Kassen um jeden Preis zur Verfügung standen. Als Folge davon sei bei geringer Bezahlung eine Überlastung der Kassenärzte eingetreten und Arbeitslosigkeit der meisten anderen Ärzte, die von der Kassenpraxis ausgeschlossen waren.“³²

Die Ambivalenz in der Haltung und Einschätzung der diskutierenden Ärzte wird hier besonders deutlich. Während die Tatsache, dass den Berufsanfängern durch die Einführung der Krankenkassen eine zwar einkommensschwache, aber große Patientengruppe erschlossen wurde, was von den Ministerialbeamten und den Vertretern der Krankenkassen verständlicherweise als positives Ergebnis bewertet wurde, fürchteten allen voran die städtischen praktischen Ärzte Einbrüche im Patientenaufkommen und folglich eine Bedrohung ihrer materiellen Existenz. Die „materielle Schädigung“³³ der Ärzte müsse, so die Befürchtung, zwangsläufig fortschreiten, wenn der Staat den Kreis der Versicherten weiter ausdehne, womit letztlich dem Praktiker die einkommensstarken Bevölkerungsgruppen – für die Kassen „gute Risiken“³⁴ – als Klientel verloren gingen. Die Kritik der Privatärzte ging in dieser Frage an zwei Adressaten: Staat und Krankenkassen. Der Staat wäre seiner

„Verpflichtung [...] gegenüber der Arbeiterversicherung nicht [nachgekommen], trotzdem die damit bezweckte Arbeiterfürsorge ein sozialpolitisches Interesse eminentester Art für die Gesundheit bilde. In der ursprünglichen [Kürzung der Autorin] [...] Regierungsvorlage für

die Krankenkassen [sei] eine staatliche Subvention in Aussicht genommen [worden], welche jedoch vom parlamentarischen Ausschusse abgelehnt wurde. Da die Krankenkassen bei Inkrafttreten des Gesetzes ohne jede Unterstützung ihre Tätigkeit beginnen und die Einrichtungs- und Gründungskosten von den Prämien zahlen mußten, entbehren sie von Haus aus der materiellen Fundierung, welche die Kassen gebraucht hätten, um als Wohlfahrtsinstitute dienen zu können. [...] Dazu kam noch, daß von allem Anfang an infolge der ungenügenden Armenfürsorge, des Mangels an Altersversicherung ein großer Teil der Lasten, die ganz andere Faktoren zu tragen verpflichtet gewesen wären, auf die Krankenkassen überwälzt wurden, was diesen die materielle Konsolidierung unmöglich machte.³⁵

In die Richtung der Krankenkassenvertreter wurde moniert, dass diese – zugestandenmaßen budgetär schlecht gestellt – das „außerordentlich große Überangebot von Ärzten“ ausgenützt und die Arzthonorare (Tarife) gedrückt hätten.³⁶ Und weil die „Entlohnung der aufgewendeten ärztlichen Mühe“³⁷ nicht entspreche, wären Kassenärzte genötigt, große Patientenzahlen – die Rede war von 80 bis zu 120 Patienten pro Tag³⁸ – zu bewältigen: „Das Mißtrauen gegen die Kassenärzte mußte naturgemäß unter solchen Verhältnissen wachsen und es sei nur erstaunlich, daß die Kassenmitglieder selbst bisher noch nicht gegen das System ernstlich remonstriert [sic] haben.“³⁹

Eine Erweiterung des Versichertenkreises hatten die Ärzte bereits 1897 akzeptieren müssen. In diesem Jahr wurden per Gesetz (RGBl. Nr. 63 ex 1897) „Meisterkrankenkassen“ errichtet und damit Gewerbetreibenden, die ihr Gewerbe bereits zurückgelegt hatten, die Möglichkeit eröffnet, Kassenmitglieder zu bleiben.⁴⁰ Und nun standen die Einbeziehung der Familienmitglieder der Versicherten sowie ein Ausbau des Versichertenkreises auf die landwirtschaftlichen Arbeiter und Arbeiterinnen in Diskussion. Die Sorge der Ärzte ist angesichts der starken Zunahme der Mitgliederzahlen bei den seit 1889 eingerichteten Kassen verständlich. Im Jahre 1890 verzeichneten die 2.740 Krankenkassen Österreichs im Jahresdurchschnitt einen Mitgliederstand von 1,547.800 Personen, 1895 wurden 2,066.400 Versicherte in 2.915 Kassen gezählt. 1895 waren bereits 24 Prozent der 9,3 Millionen unselbständig Beschäftigten in den Berufsklassen Landwirtschaft, Industrie, Handel und Verkehr krankenversichert.⁴¹ Allerdings scheint die beschriebene Problematik auch ein Generationsproblem gewesen zu sein. Das Idealbild vom niedergelassenen, privaten „Hausarzt“⁴², der seine Klientel von Geburt an kannte, schien zusehends zu verblassen. Die Zukunft sollte den Kassenärzten und Spezialisten gehören.

Während diese Entwicklung aufgrund der hohen Arztzahlen und im Vergleich zu agrarischen Regionen hohen Versichertendichte primär städtische Arztpraxen irritierte, kämpften die vom Konkurrenzproblem kaum betroffenen Landärzte um gerechte Entlohnung. Der Ursprung des von Landärzten beklagten Strukturproblems lag in den länderspezifisch geregelten organisatorischen Rahmenbedingungen des Gemeinde-

sanitätswesens.⁴³ Das Reichssanitätsgesetz vom 30. April 1870 hatte in den §§ 3-5 (RGBl. Nr. 68) die Pflichten der Gemeinden⁴⁴ als durchführende Organe der Sanitätsverwaltung nach langen Beratungen festgelegt. In einem über fast drei Jahrzehnte dauernden Verhandlungsprozess zwischen Gemeindevertretern, Ländern und Ärzten wurde darauf aufbauend der Sanitätsdienst in den Gemeinden in autonomen Landesgesetzen organisiert.⁴⁵ Diese enthielten zwar in vielen Punkten ähnliche, zum Teil gleichlautende Bestimmungen, die Vorgaben über die Verträge der Gemeinden mit den Ärzten gestalteten sich aber höchst unterschiedlich. Zum Beispiel enthielten einige Landesgesetze keine Bestimmung über ein ärztliches Mindestgehalt (Wartgeld). In Vorarlberg etwa überließen sie die Festlegung der Gehälter dem Übereinkommen zwischen Arzt und Gemeinde, während in Mähren für die Bemessung des Gehaltes landesweit ein Schlüssel von 50 Gulden pro 1.000 Einwohner festgesetzt wurde.⁴⁶ Im Herzogtum Salzburg hingegen waren 1886 erneut präzise Tarife für Sprechstunden in der Praxis (20 Kreuzer), Visiten (je nach Entfernung 25 Kreuzer bis fünf Gulden), chirurgische Operationen (zwischen 30 Kreuzer und acht Gulden) und geburtshilfliche Eingriffe ein Tarif zwischen zwei und acht Gulden fixiert worden.⁴⁷ Mit der Honorarfrage variierten die vertraglich vereinbarten Dienstpflichten des kommunal besoldeten Arztes. In den südlichen Alpenländern beispielsweise inkludierte das Wartgeld der Distrikts- und Gemeindeärzte die verpflichtende Armenkrankenbehandlung, während Distriktsärzte z. B. in Böhmen oder Niederösterreich mit der ärztlichen Versorgung *in praxi* gar nichts zu tun hatten. Dementsprechend lag das ärztliche Einkommen in Böhmen und Niederösterreich um 1900 bei nur jährlich 600-800 Kronen, während die zur Behandlung der Armen verpflichteten Distriktsärzte zwischen 3.000 und 4.000 Kronen erhielten.⁴⁸ Waren die Regelungen für die angestellten Distriktsärzte schon von Kronland zu Kronland unterschiedlich, galt dies für die in Gemeinden niedergelassenen Privatärzte umso mehr. Beispielhaft ist hier die viel kritisierte Praxis der Gemeinden und der Landesfonds zu erwähnen, von Privatärzten die kostenlose Durchführung von Impfungen und Leichenbeschau zu verlangen, wie dies z. B. aus Meran⁴⁹ berichtet wurde.

Der Hauptgrund der kritisierten Unterschiede bei den Honoraren von Ärzten am Land – Privatärzten und Gemeindeärzten – lag aber unbestritten in der unterschiedlichen budgetären Ausstattung der Landes- bzw. Gemeindefonds. Während 1896 in der Bukowina im Durchschnitt 3,7 Kreuzer pro Einwohner/Einwohnerin aus diesen Fonds an die behandelnden Ärzte flossen, lukrierten die Ärzte im Trentino allein aus Mitteln der Gemeinden mehr als das Zehnfache, nämlich 41,4 Kreuzer.⁵⁰ Der österreichische Durchschnitt der ausbezahlten Landes- und Gemeindefonds (ausgenommen die Mittel der Krankenkassen) lag in diesem Jahr bei 12 Kreuzer pro Einwohner/Einwohnerin. Allein diese groben Eckdaten zeigen, dass es am Land je nach Bezirk

bzw. Kronland lukrative und ökonomisch unattraktive Arztstellen gab.⁵¹

Die gemeinsame Forderung der Expertenrunde⁵² nach einheitlich geregelten Mindesthonoraren, nach Kollektivverträgen und einer ausreichenden Fundierung der Kassen ist somit in zwei Richtungen zu interpretieren: Zum Ersten stellt diese Forderung eine Reaktion auf die länderweise ungleiche Verteilung von Budgetmitteln und Dienstpflichten dar, zum Zweiten kann sie als Zeichen tiefer wirtschaftlicher Verunsicherung in einer der wichtigsten Umbruchphasen in der Geschichte der ärztlichen Profession gedeutet werden.

In Deutschland fanden die Bemühungen der Ärzte, sowohl ihren freiberuflichen Status gegenüber den Krankenkassen zu behaupten, als auch allgemein ihre Marktlage zu verbessern, in der seit 1891 geforderten „freien Arztwahl“ ihren Ausdruck. Der Höhepunkt der deutschen Protestbewegung war mit der Gründung des „Verbandes der Ärzte Deutschlands zur Wahrung ihrer wirtschaftlichen Interessen“ 1900 erreicht. Der später nach einem Leipziger Kassenarzt benannte „Hartmann-Bund“ versuchte, die wirtschaftlichen Forderungen der Ärzte durchzusetzen. 1903/4 organisierte der Bund mehrere große Streiks in Leipzig, Gera und Köln. 1911 waren bereits 77 Prozent der deutschen Zivilärzte eingetragene Mitglieder des Hartmann-Bundes.⁵³ Zwar agierten die österreichischen Ärztereine in dieser Causa wesentlich moderater, im Kern schlossen sich aber verschiedene Ärztereine den Forderungen der deutschen Kollegen an.⁵⁴

In den Debatten um die Veränderungen am Gesundheitsmarkt kam ein weiterer, schon seit Ärztegenerationen wiederholter Punkt zur Sprache: Das „uralte Erbübel“⁵⁵ – Unkollegialität, „Pfuschartum“ und andere Arten unlauteren Konkurrenzverhaltens soll nach Meinung der akademischen Ärzte gerade gegen Ende des Jahrhunderts ausgeübt sein. Waren es in der ersten Hälfte des 19. Jahrhunderts nicht-befugte HeilerInnengruppen, Wundärzte, Tierärzte, Hebammen und Apotheker gewesen, die als „KurfuscherInnen“ den Markt der akademischen Ärzte gestört hatten⁵⁶, waren nun verschiedene „Spezialisten“ in den Wettbewerb eingetreten, deren Kompetenz als fragwürdig eingeschätzt wurde.

Demnach dürften sich in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts zwei Entwicklungen überschneiden haben. Zum einen ist, so Eulner⁵⁷, die alte Trennung verschieden berechtigter und ausgebildeter Klassen von Heilpersonen – akademischen Ärzten auf der einen und Chirurgen, Patroni, Wundärzten auf der anderen Seite – ausgelaufen, zum anderen sind aus diesem neuen ärztlichen Einheitsstand sogenannte „Spezialisten“ hervorgegangen, die seit den 1880er Jahren die reale Berufssituation der Praktiker zu verschärfen drohten. Die alte Segmentierung des medizinischen Marktes wurde von einer neuen abgelöst.

Die Spezialisierung einzelner Ärzte auf besondere Therapien, Operationsmethoden oder Patientengruppen wurde nicht zu Unrecht mit Sorge beobachtet. In

Deutschland hatte Ernst von Leyden in einer Sitzung des Vereins für innere Medizin 1881 abschätzig geklagt, es gebe „gegenwärtig kaum noch *Aerzte* [Hervorhebung im Original], fast nur *Spezialisten* [Hervorhebung im Original], oder man ist Spezialist und nebenbei noch Arzt“⁵⁸. Die sogenannten „Spezialisten“, so die Kritik in Deutschland, würden den „Existenzkampf in der freien Praxis“ scheuen, wollten gleich „etwas Besonderes“ sein, durch „unseriöse Reklame“ und „fragwürdige Qualifikationen“ Patienten anlocken und sich das Recht herausnehmen, höhere Honorare zu verlangen. Patientenfang und Geldgier wären die unlauteren Motive der neuen Spezialisten, die weder den nötigen Überblick über das gesamte Fach noch ausreichend Erfahrung vorweisen könnten.⁵⁹ „Ihr Geist [sei] beschränkt, ihr Urteil voreingenommen und durch das unverhältnismäßige Wissen auf einem Gebiet unausgeglichen“, stand auch im viel beachteten englischen „General Practitioner“ im Jahre 1900.⁶⁰ Der Ruch der „Quacksalberei“, der den neuen Spezialisten anhaftete, ist in diesen Äußerungen klar zu erkennen.

Freilich mag es für den einzelnen Praktiker im Einzelfall nicht immer überprüfbar gewesen sein, ob es sich bei dem ihn störenden „Spezialisten“ um einen „Scharlatan“ oder um einen gut ausgebildeten Experten handelte. Über die Frage, ob den klagenden Ärzten bewusst war, dass sie sich in einer Umbruchphase befanden und die zunächst amorphe Gruppe der Spezialisten zu echten und respektablen Kollegen werden würden, kann spekuliert werden. Die Spezialisierung in der Medizin war ein unaufhaltsamer und internationaler Trend, der auf mehreren Ebenen⁶¹ erfolgte: im Wissenschaftsbereich durch die Ausbildung und Etablierung der medizinischen Fächer, im Bereich von Diagnose und Therapie durch die Einführung neuer Untersuchungsmethoden, Operationstechniken und Heilverfahren und auf der institutionellen Ebene durch Eröffnung von Spezialabteilungen in Krankenhäusern, von Spezialsanatorien und -instituten. Einzelne Ärzte spezialisierten sich auf bestimmte Körperteile (Zahnärzte, Orthopäden, orthopädische Chirurgen, Augen- und Ohrenärzte), andere auf Krankheiten (Klumpfüße, Lungenkrankheiten, Unfruchtbarkeit, Glaukom) oder auf bestimmte Lebensabschnitte (Pädiatrie).⁶²

Das Problem, das sich für den Primärversorger, dem Praktiker, in seinem alltäglichen Umgang mit den PatientInnen dadurch ergab, war, dass die neuen Diagnoseverfahren und Therapien kaum, oder nur unter größtem finanziellen und persönlichen Einsatz in der Allgemeinpraxis durchgeführt werden konnten. Die Anwendung von Kehlkopf- und Ohrenspiegelungen, Ophthalmoskopie und Ophthalmometrie, Cytopskopie, Hydro-, Helio- und Kollapstherapie überstieg die Möglichkeiten einer kleinen Praxis ganz klar.⁶³ In diesem Punkt konnte ein Arzt des alten Schlags nicht mithalten. Vor allem in den Städten, wo das „Publikum“ durch Zeitungsannoncen und Werbetafeln an den Türen der Spezialpraxen permanent über neue und neueste Entwicklungen

bei Diagnose- und Heilverfahren, Kuren und Medikamente informiert, verwirrt und mitunter getäuscht wurde, kamen die praktischen Ärzte unter Druck.

Für die um die Jahrhundertwende nachrückende Arztgeneration schien angesichts der zunehmenden Ärztezahlen die Spezialisierung die entsprechende kommerzielle Antwort gewesen zu sein. Dass sie damit den Stellenmarkt des praktischen Arztes eigentlich entlasteten, wurde kaum wahrgenommen, vielmehr wurde den neuen Ärztegruppen unterstellt, sie würden PatientInnen abziehen, diese in Sanatorien und Spezialinstituten gegen teures Geld therapieren und anschließend deren Primärversorgung ganz übernehmen zu wollen.⁶⁴ Insbesondere Wien dürfte aufgrund der Anziehungskraft der „Wiener Schule“ durch die Forschungen von Rokitansky, Skoda und Hebra schon zur Jahrhundertmitte zu einem Mekka für junge Studenten und spätere Spezialisten geworden sein.⁶⁵ Aber auch in der Provinz boten sich in den aufstrebenden Kurorten interessante Verdienstmöglichkeiten für Spezialisten an: Die bedeutende Zunahme spezialisierter Ärzte kann anhand der Ärzteliste des Kurortes Meran gezeigt werden, wo während der Sommermonate 1889 26 und im Jahr 1909 bereits 68 Spezialisten für Lungenkrankheiten zum Teil in Sanatorien, zum Teil als Privatärzte ordinierten.⁶⁶

Wie der Kassenarzt gewann der Spezialist, später Facharzt genannt, erst um die Jahrhundertwende deutlich an Profil. Doch während beim Ersten dieses durch die Struktur und die Richtlinien der Krankenkassen geschärft wurde, musste sich der Spezialist sein Profil durch Zusatzausbildung und Kompetenz erst aneignen, was wiederum Anlass zu Diskussionen gab. Zweifellos haben die Ausdehnung des ärztlichen Dienstleistungsangebots durch Spezialisten und allgemein die Verwissenschaftlichung der Medizin an der beanspruchten Monopolstellung des praktischen Arztes gerüttelt, seine soziale und finanzielle Sicherheit beeinträchtigt und seine bisherigen „Publikumsbeziehungen“ enorm strapaziert.⁶⁷ Ob die Kritik bzw. Verunglimpfung der „Spezialisten“ gerechtfertigt war oder nicht, wird im Einzelfall zu untersuchen sein. Generell muss sie als Symptom eines verschärften Konkurrenzdruckes gesehen werden.

3. Der Wandel im PatientInnenverhalten

Die eben skizzierten Entwicklungen blieben nicht ohne Folgen für die Qualität der Arzt-PatientInnen-Beziehung.⁶⁸ Durch die Vermittlungsfunktion zwischen Kassen und Patienten/Patientinnen, die dem Kassenarzt auferlegt wurde, dürfte das herkömmliche, mitunter familiäre Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient/Patientin zumindest teilweise verlorengegangen sein. Das Verhältnis zwischen Kassenarzt und Klientel konnte aufgrund der Konstruktion des Versicherungskonzepts kein privates

mehr sein, sondern ein im Interesse aller Versicherten zu kontrollierendes, „öffentlich-rechtliches“. Die Wahl der Medikamente und Therapien oder Entscheidungen über Arbeitsfähigkeit waren nicht mehr im gewohnten Maße zwischen Arzt und Patient/Patientin verhandelbar. Durch großen Zeitdruck aufgrund hoher Patientenzahlen und ökonomisch begründete geringe Wahlmöglichkeiten bei der Verschreibung von Medikamenten und Therapien könne der Kassenarzt, so die Klage, vielfach nur oberflächliche Diagnosen stellen und „Scheinbehandlungen“ vornehmen: „Für Ärzte und Patienten sei unter solchen Verhältnissen die Behandlung eine Qual“ und „[w]enn nur irgend möglich, werde der Privatarzt gerufen.“⁶⁹

Wie weit die beanstandeten Mängel in der Qualität der kassenärztlichen Leistung gemeinsamen Erfahrungen entsprachen, muss dahingestellt bleiben. Eine Relativierung ist angesichts der an anderen Stellen des Dokuments geschilderten Erfahrungen allerdings nötig. Denn entgegen der vorgebrachten Behauptung, die PatientInnen würden eine Behandlung durch den Kassenarzt wenn möglich meiden, wuchs die Inanspruchnahme kassenärztlicher Dienste durch „gut situierte“ Versicherte, deren Vermögensverhältnisse die Konsultation von privaten Ärzten erlaubt hätten. Beispielfhaft sei, so der Chefarzt des Verbandes der Genossenschaftskrankenkassen Wiens, das Verhalten der Betriebsbeamten in Wien, die sich „sehr gerne krank [meldeten]“ und den Arzt sogar „übermäßig in Anspruch“⁷⁰ nehmen, obwohl diese eigentlich über genügend Mittel zur Bezahlung eines Privatarztes verfügen würden. Und

„[...] während man solche Mitglieder anfangs für sogenannte ‚gute Risiken‘ angesehen habe, von denen man sich etwas gefallen lassen durfte, weil sie höhere Beiträge zahlen und bei ihnen vermutlich weniger Krankheiten vorkommen würden, seien die Kassen und Ärzte nun zur gegenteiligen Überzeugung gekommen. Gerade bei dieser Kategorie von Angestellten sei die Erkrankungshäufigkeit und die Dauer der Erkrankungen sehr groß.“⁷¹

Selbst bei den gut verdienenden Geschäftsleuten käme es laufend vor, dass diese ihre Ehefrauen kurz vor der Niederkunft zum Teil als Kassiererinnen bei der Kasse anmeldeten, um die Kosten der Entbindung zu sparen.⁷² Hintergrund dieser für die Krankenkassen unerfreulichen Tendenz waren die an die Untersuchung des Kassenarztes (Chefarztes) gebundenen Ansprüche der Versicherten auf Krankengeld, das bei Angestellten vergleichsweise hoch war und zum Teil zusätzlich zum Gehalt ausbezahlt wurde.

Ein anderer Grund der wachsenden Inanspruchnahme kassenärztlicher Leistungen hatte sich aus der Möglichkeit der freiwilligen Mitversicherung von Familienangehörigen ergeben, welche offenbar vordringlich von den Ehefrauen der Angestellten und Handwerker in Anspruch genommen wurde.⁷³ Durch deren zahlreiche Schwangerschaften würden sie nicht nur die Kassenpraxen füllen, sondern auch das Budget

der Kassen stark belasten, so die Klage.⁷⁴ Von einer pauschalen „Abneigung“ der Versicherten, den Kassenarzt zu konsultieren, kann demnach keine Rede sein. Allerdings muss, wie oben angeklungen, auch berücksichtigt werden, dass die Leistungen der Kassen – oder umgekehrt, die Rechte der Versicherten, alles andere als die gleichen waren. Während so genannte „Hochversicherte“ bei zum Teil weiterbestehenden Gehältern zusätzlich Krankengeld bezogen, bedeutete für Arbeiter und Arbeiterinnen eine Krankschreibung aufgrund des geringen Krankengeldes – in der Regel betrug dieses 60 Prozent des letzten Lohnes – bzw. der gänzlichen Beschränkung der Versicherungsleistung auf unentgeltliche Untersuchung, Behandlung und Medikamente einen realen Einkommensverlust, womit die Existenz der Familie ernstlich gefährdet war: „Nun melden sich die Arbeiter tatsächlich nur dann krank, wenn sie wirklich zu arbeiten verhindert sind.“⁷⁵ Der Prozentsatz der Simulanten, die entweder gar nicht krank sind oder ihre Beschwerden übertrieben, wäre unter den Arbeitern und Arbeiterinnen deshalb ein sehr geringer, ja es gebe genug „Schwerkranke, die noch am Tage vor ihrem Tode arbeiteten“⁷⁶. Völlig anders, so ein Vertrauensarzt der Wiener Krankenkassen, sei hingegen die Situation bei den Bauarbeitern. Die dort Beschäftigten wanderten in den Sommermonaten „massenhaft“ nach Wien, wo sie bis zur Einstellung der Bauarbeiten arbeiteten, sich im Anschluss aber sofort für sechs Wochen krank meldeten. Das Krankengeld, das sie dann erhielten, würde den Tageslohn in der Heimatgemeinde weit übersteigen und als gutes „Arbeitslosengeld“ betrachtet werden.⁷⁷

Das Verhältnis der Arbeiter/Arbeiterinnen zu ihren Kassenärzten musste nicht zuletzt durch die Befugnis des Arztes, über die Arbeitsfähigkeit der Patienten/Patientinnen zu befinden, konfliktträchtig sein, zumal dieser in engen ökonomischen Spielräumen taxieren musste: Die Kassen, so der Vorwurf, würden den Arzt „fortwährend zur gewaltsamen Herabdrückung des Krankenstandes“⁷⁸ nötigen, was zwangsläufig auf Kosten der Vertrauenswürdigkeit des Arztes gehen müsse. Die problematische Doppelfunktion des Kassenarztes als Arzt und befugter Gutachter wird auch in der „Medikamentenfrage“ deutlich, die einen wichtigen „Nebenschauplatz“ darstellte. Die gesetzliche Verpflichtung der Kassenärzte, die „Medikamente in der billigsten Form zu verschreiben“, hätte zu den „unangenehmsten Konflikten zwischen Ärzten und Kassenvorständen geführt“ und den schlechten Ruf der Kassen bei den Patienten begründet.⁷⁹ Die klassische Konfliktsituation stellte sich immer dann ein, wenn gut verdienende, versicherte Angestellte den von einem zuvor aufgesuchten Privatarzt erhaltenen „Medikamentenzettel“ dem Kassenarzt zur Verordnung vorlegten und ihren Anspruch auf die „teuren Medikamente“⁸⁰ anmeldeten.⁸¹ Ganz allgemein aber, so der übereinstimmende Kommentar, hätten sich die Patientenwünsche insbesondere in den Städten in „psycho-therapeutischer Beziehung“⁸² – nicht zuletzt durch die Angebote der Spezialisten – stark verändert. Letztlich aber sah sich auch der praktische Arzt zu

unablässiger Weiterbildung und Anpassung an die Wünsche der Patienten und Patientinnen veranlasst. Doch all diesen Bemühungen zum Trotz begann das „Publikum [zu] wähl[en] und [zu] wechsel[n]“.⁸³

Ein völlig anderes Patientenprofil zeichnete der Ostrauer Grubenarzt. Nach seinem Bericht würde der Bergmann „[...] noch viel auf Salben und Tropfen halten und [...] höchstens noch Wein und Kognak als Medikamente verlangen; einer rationellen und systematisch durchgeführten Behandlungsweise sei er nicht zugänglich.“⁸⁴ Die Wünsche der Klientel nach bestimmten Medikamenten respektive Therapien dürften schichtspezifisch noch stark variiert haben. Dies zeigen auch die Notationen eines Südtiroler Landarztes, dessen Patienten/Patientinnen häufig die Verschreibung von Abführ- und Schmerzmitteln sowie einfachen Tees verlangten.⁸⁵ Gerade am flachen Land, „wo zumeist nur ein einziger Arzt zur Verfügung stehe“⁸⁶, mussten die Patienten auf viele Annehmlichkeiten in sanitärer Beziehung verzichten, und durch den herrschenden Ärztemangel, so an anderer Stelle des Protokolls, bliebe den Patienten und Patientinnen nur die Alternative, sich weiter der „Pfuscher“ zu bedienen. Abgesehen davon seien es finanzielle Gründe – das „allmähliche Herabsinken des Mittelstands (Kleingewerbetreibende usw.) zum Proletariat“⁸⁷ – welche die Nachfrage nach professioneller Hilfe drosselten. Dass Eltern ihre „erkrankte[n] Kinder [...] auf eigene Faust behandel[te]n, weil dieselben die größeren Ausgaben für den Arzt scheu[t]en, oder [...] den Arzt nur zu dem Zwecke [holten], damit derselbe im Falle des Ablebens eines Kindes einen Behandlungsschein ausstelle“⁸⁸, sei nicht die Ausnahme. Vor allem würden die land- und forstwirtschaftlichen Arbeiter und Bauern ärztliche Hilfe nur in seltenen Fällen, so bei schweren Verletzungen, in Anspruch nehmen.⁸⁹ Dort lag zweifellos noch ein großes PatientInnenreservoir brach, das im Interesse der Praktiker, so zumindest deren anfängliche Hoffnung und Forderung, nicht in den Kreis der Pflichtversicherten aufgenommen werden sollte. Mag die Klage über die geringe Bereitschaft der Landbevölkerung, im Krankheitsfall zum praktischen Arzt zu gehen, auf konkreten Erfahrungen beruhen, so ist die Tendenz zur intensiveren Wahrnehmung ärztlicher Dienste selbst in peripheren Regionen dennoch unverkennbar.⁹⁰

4. Schluss

Aus der Perspektive der ärztlichen Standesvertreter sind die vorgebrachten Klagen mit Blick auf die Zunahme der Ärztedichte, die Spezialisierung, den Wandel im PatientInnenverhalten, die unterschiedlichen Einkommensbedingungen weitgehend nachvollziehbar. Sie können aber nicht, wie gezeigt wurde, für den gesamten Berufsstand verallgemeinert werden. Verzögerte Medikalisierung am Land⁹¹ (geringere Nachfrage

nach ärztlichen Leistungen, niedere Einkommen der Patienten/Patientinnen und Finanzschwäche der Gemeinden, medizinische Unterversorgung) und ein zwar wachsender, aber hart umkämpfter Markt in der Stadt (Ärztendichte, Krankenkasseärzte, Spezialisten, Krankenhäuser), konstituierten die unterschiedlichen Rahmenbedingungen der österreichischen Ärztegeneration um die Jahrhundertwende. Die Stellung der Kassenärzte wurde von den Referenten als veränderbar eingeschätzt. Vor allem galt deren vertragliche Absicherung als reformbedürftig. Das Hauptproblem der Privatärzte in Stadt und Land hingegen wurde in den drohenden PatientInnenverlusten aufgrund der wachsenden Konkurrenz von Seiten staatlicher, städtischer und vertraglich geregelter Dienstleistungen, insbesondere der Ausdehnung des Versichertenkreises auf einkommensstarke Bevölkerungsgruppen, gesehen.⁹²

Die Appelle, die die Ärztevereine und Ärztekammern seit den 1890er Jahren an den Staat richteten, gingen folglich vor allem in zwei Richtungen: Liberalisierung des Marktes auf der einen Seite, was sich konkret in der Forderung nach „freier Arztwahl“ und größerer Autonomie bei innerprofessionellen Fragen (Disziplinarrecht, Rechte und Pflichten von Ärzten, Studienordnung, Einführung einer Ärztekommision bei den Krankenkassen) und Forderungen nach staatlicher Reglementierung (Status von Spezialisten, Mindestgehalt von praktischen Ärzten, finanzielle Ausstattung der Krankenkassen, Regelung des Verhältnisses zwischen Kassenarzt und Kasse) auf der anderen Seite ausdrückte. Über die in den Debatten diskutierten Partikularinteressen hinweg aber schien Einigkeit insofern zu bestehen, als der Staat „endlich“ in die „Pflicht“ genommen werden müsse: „Nur leistungsfähige Ärzte können dem Staate geben, was er braucht, und darum haben dieselben auch Anspruch, vom Staate geschützt zu werden.“⁹³

¹ *Edith Heischkel-Ardelt*: Die Welt des praktischen Arztes. In: Walter Artelt u. Walter Rüegg (Hgg.): Der Arzt und der Kranke in der Gesellschaft des 19. Jahrhunderts. Vorträge eines Symposiums vom 1. bis 3. April 1963 in Frankfurt am Main. Stuttgart 1967 (= Studien zur Medizingeschichte des neunzehnten Jahrhunderts, 1), 1-16, hier 1.

² *Gerd Göckenjan*: Kurieren und Staat machen. Gesundheit und Medizin in der bürgerlichen Welt. Frankfurt a.M. 1985, 164. Vgl. auch ders.: Wandlungen im Selbstbild des Arztes seit dem 19. Jahrhundert. In: Alfons Labisch u. Reinhard Spree (Hgg.): Medizinische Deutungsmacht im sozialen Wandel des 19. und frühen 20. Jahrhunderts. Bonn 1989, 89-103.

³ Begriff nach *Eduard P. Thompson*: Plebeische Kultur und moralische Ökonomie. Aufsätze. Frankfurt a.M. 1980.

⁴ Zitiert nach: *Arbeitsstatistisches Amt im k. k. Handelsministerium* (Hg.): Protokoll über die Einvernahme ärztlicher Auskunftspersonen betreffend die Reform und den Ausbau der Arbeiterversicherung. Durchgeführt in der VI. Sitzung des vom ständigen Arbeitsbeiräte eingesetzten Arbeiterversicherungs-Ausschusses. Wien 1906 [im folgenden *Protokoll*], 58.

⁵ *Olivier Faure*: Der Arzt. In: Ute Frevert u. Heinz-Gerhard Haupt (Hgg.): Der Mensch des 19. Jahrhunderts. Frankfurt a.M. u. New York 1999, 86-119, hier 118. Vgl. auch ders.: Histoire sociale de la médecine XVIII^e-XX^e siècles. Paris 1994.

⁶ Vgl. ebd., 119.

⁷ Für eine Analyse des Wandels vom vormodernen Bildungsberuf zur „modernen Profession“ vgl. *Claudia Huerkamp*: Ärzte und Professionalisierung in Deutschland. Überlegungen zum Wandel des Arztberufs im 19. Jahrhundert. In: Geschichte und Gesellschaft 6 (1980), 349-382 und dies.: Der Aufstieg der Ärzte im 19. Jahrhundert. Vom gelehrten Stand zum professionellen Experten. Das Beispiel Preußens. Göttingen 1985.

⁸ Vgl. dazu verschiedene Beiträge im Sammelband: *Elisabeth Dietrich-Daum* u.a. (Hgg.): Arztpraxen im Vergleich: 18.-20. Jahrhundert. Innsbruck, Wien u. Bozen 2008.

⁹ *Protokoll* (wie Anm. 4). Die Aufgabe der Ärztevertreter bestand darin, über Modalitäten einer Ausdehnung des Versicherungsschutzes auf die Familienangehörigen der Pflichtversicherten sowie über die freie Arztwahl zu beraten. Als Diskussionsgrundlage diente ein Fragebogen, der mögliche Folgewirkungen der geplanten Reformen auf die ärztliche Praxis in Österreich skizzierte.

¹⁰ Ärztekammern wurden in Österreich mit dem Gesetz vom 22. Dezember 1891, RGBl. Nr. 6 eingeführt. Vgl. *Fr. C. Presl*: Die öffentliche Gesundheitspflege in Österreich seit dem Jahre 1848. In: Statistische Monatsschrift, Neue Folge, 3 (1898), 369-431, hier 419.

¹¹ Vgl. *Protokoll* (wie Anm. 4), 3-4.

¹² Vgl. dazu den Beitrag von *Martin Krieger* in diesem Heft.

¹³ Bereits 1804 kritisierte der Nachfolger des Reformers Gerard van Swieten, der restaurative Promedikus Andreas Joseph Freiherr von Stifft (1760-1836), die „unverhältnismäßig grosse Anzahl der Kandidaten, welche schon seit mehreren Jahren der Arzneykunde schaaenweise zulaufen [würden], und zu Doktoren befördert werden“ als ein dem Staate wie der Bevölkerung keineswegs gleichgültiges Gebrechen, das dringender Abhilfe bedürfe. Vgl. *Herbert Hans Eggelmaier*: Das medizinisch-chirurgische Studium in Graz. Phil. Diss. [Manuskript]. Graz 1980, 78.

¹⁴ *Göckenjan* (wie Anm. 2), 163.

¹⁵ *Faure* (wie Anm. 5), 94.

¹⁶ *Protokoll* (wie Anm. 4), 33.

¹⁷ Ebd., 42.

- ¹⁸ Vgl. *Presl* (wie Anm. 10), 408. Zahlen zu Tirol bei: *Evelyn Kulhanek*: Die Wundärzte, ein verdrängter Beruf. Zur Geschichte des Sanitätspersonals im Tirol des 19. Jahrhunderts. Diplomarbeit [Manuskript], Innsbruck 1996, 102.
- ¹⁹ Vgl. *Birgit Bolognese-Leuchtenmüller*: Bevölkerungsentwicklung und Berufsstruktur, Gesundheits- und Fürsorgewesen in Österreich 1750-1918. Wien 1978, 278.
- ²⁰ Vgl. *Presl* (wie Anm. 10), 410-412.
- ²¹ Vgl. zu Deutschland: *Robert Jütte*: Die Entwicklung des ärztlichen Vereinswesens und des organisierten Ärztestandes bis 1871. In: ders. (Hg.): Geschichte der deutschen Ärzteschaft. Organisierte Berufs- und Gesundheitspolitik im 19. und 20. Jahrhundert, Köln 1997, 15-42, hier 26 f.
- ²² Die Hinweise auf Ärztemangel am Land sind zahlreich. Vgl. dazu neuerdings: *Elena Taddei*: Bestellungsverfahren von Ärzten in Tirol in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts: Qualifikationen, Auswahlkriterien und Erwartungen. In: Dietrich-Daum u.a. (wie Anm. 8).
- ²³ Vgl. ebd.
- ²⁴ Tiroler Landesarchiv [TLA], Statthalterei, Sanität, Sanitätsbericht 1882, 39, zitiert in: Ebd. Vgl. auch den Sanitätsbericht für 1883/1884 unter der Notiz „Aerztemangel in Tirol“, 251-260.
- ²⁵ Vgl. *Protokoll* (wie Anm. 4), 29.
- ²⁶ Ebd., 56.
- ²⁷ Ebd.
- ²⁸ Vgl. *Bolognese-Leuchtenmüller* (wie Anm. 19), 258-262.
- ²⁹ Vgl. *Presl* (wie Anm. 10), 413.
- ³⁰ Vgl. dazu ebd., 407 f. und *Eggmaier* (wie Anm. 13), 288.
- ³¹ Das Gesetz betreffend die Einführung von Krankenkassen vom 30. März 1888, RGBl. Nr. 33 wurde mit 1. August 1889 wirksam.
- ³² *Protokoll* (wie Anm. 4), 40-41.
- ³³ Ebd., 7 f.
- ³⁴ Als „gute Risiken“ wurden in diesem Kontext jene Versichertengruppen bezeichnet, die aufgrund der geringen Inanspruchnahme kassenärztlicher Leistungen die Budgets der Kassen „schonten“.
- ³⁵ *Protokoll* (wie Anm. 4), 39.
- ³⁶ Vgl. ebd., 9, 33 f. und 41.
- ³⁷ Vgl. ebd., 9.
- ³⁸ Vgl. ebd., 35 u. 55.
- ³⁹ Ebd., 41.
- ⁴⁰ Vgl. *Das Österreichische Sanitätswesen* Nr. 2 (1898).
- ⁴¹ Vgl. *Presl* (wie Anm. 10), 425.
- ⁴² Vgl. *Roy Porter*: Die Kunst des Heilens. Eine medizinische Geschichte der Menschheit von der Antike bis heute. Heidelberg u. Berlin 2003 [engl. Originalausgabe London 1997], 669-672.
- ⁴³ Über die Notwendigkeit der Errichtung von Sanitätssprengeln wurde in zahlreichen Fachzeitschriften zum Teil vor der Einführung des Reichssanitätsgesetzes diskutiert: *Josef Hoffmann*: Ein Entwurf zur Reorganisation oder beziehungsweise Organisierung des öffentlichen Sanitätsdienstes in Österreich. Vorgetragen in der wissenschaftlichen Plenarversammlung des Doctoren-Collegiums der medic. Facultät am 24. April 1867. In: Zeitschrift für practische Heilkunde (1867), Separatdruck. Vgl. auch: „Ueber die Nothwendigkeit der Organisation des localen öffentlichen Sanitätsdienstes durch Errichtung von Sanitäts-Gemeinden. In: Medicinisch-Chirurgisches Centralblatt, Nr. 4 (1879).
- ⁴⁴ Die Organisation des Gemeindegewesens wurde per Gesetz 1862 geregelt.

⁴⁵ Dalmatien Landesgesetz vom 27. Februar 1873 (LGBl. Nr. 10), Istrien Landesgesetz vom 19. März 1874 (LGBl. Nr. 8), Kärnten Landesgesetz vom 9. Februar 1884 (LGBl. Nr. 7), Mähren Landesgesetz vom 10. Februar 1884 (LGBl. Nr. 28), Tirol Landesgesetz vom 20. Dezember 1884 (LGBl. Nr. 1/1885), Vorarlberg Landesgesetz vom 2. Februar 1888 (LGBl. Nr. 11), Böhmen Landesgesetz vom 23. Februar 1888 (LGBl. Nr. 9), Bukowina Landesgesetz vom 18. März 1888 (LGBl. Nr. 13), Krain Landesgesetz vom 24. April 1888 (LGBl. Nr. 12), Niederösterreich Landesgesetz vom 21. Dezember 1888 (LGBl. Nr. 2), Galizien Landesgesetz vom 2. Februar 1891 (LGBl. Nr. 17), Steiermark Landesgesetz vom 23. Juni 1892 (LGBl. Nr. 35), Oberösterreich Landesgesetz vom 22. September 1893 (LGBl. Nr. 35) und Schlesien Landesgesetz vom 30. April 1896. Vgl. *Presl* (wie Anm. 10), 415-416.

⁴⁶ Vgl. ebd., 417.

⁴⁷ Vgl. Österreichisches Staatsarchiv [ÖSTA], Allgemeines Verwaltungsarchiv [AVA], Ministerium des Innern [MdI], Sign. 36, Allg.:1848-1918, Zl. ad 3666 ex 1886: Gesetze und Verordnungen für das Herzogthum Salzburg, Jahrgang 1886, IX. Stück; Gesetz vom 11. Februar 1886.

⁴⁸ Vgl. *Protokoll* (wie Anm. 4), 11.

⁴⁹ ÖSTA, AVA, MdI, Allg. Sign. 36, Zl. 17.125 ex 1874: Sanitätsergänzungsbericht R pro 1873 – Bericht der Bezirkshauptmannschaft Meran.

⁵⁰ Weitere Zahlen bei *Presl* (wie Anm. 10), 418.

⁵¹ Vgl. dazu *Taddei* (wie Anm. 22) und *Kulhanek* (wie Anm. 18), 55.

⁵² *Protokoll* (wie Anm. 4), 40.

⁵³ Vgl. *Huerkamp* (wie Anm. 7), 375.

⁵⁴ Die Forderung nach freier Arztwahl wurde analog der deutschen Entwicklung auch auf mehreren österreichischen Ärztetagen vorgebracht. Vgl. ÖSTA, AVA, MdI, Allg., Sign. 36, Zl. 375 ex 1894: Bericht des Österreichischen Ärzte-Vereins-Verbands an das Ministerium des Innern vom 21. April 1894.

⁵⁵ *Göckenjan* (wie Anm. 2), 163.

⁵⁶ Vgl. zu Tirol *Alois Unterkircher*: „...für die Zukunft auf selbe ein wachsames Auge zu halten.“ – Die Ausgrenzung medikaler Laienbehandler aus dem Netz medizinischer Versorgung zu Beginn des 19. Jahrhunderts anhand von Quellen aus dem Tiroler Raum. Diplomarbeit [Manuskript] Innsbruck 1999.

⁵⁷ Vgl. *Hans-Heinz Eulner*: Das Spezialistentum in der ärztlichen Praxis. In: Walter Artelt u. Walter Rüegg (Hgg.): Der Arzt und der Kranke in der Gesellschaft des 19. Jahrhunderts. Vorträge eines Symposiums vom 1. bis 3. April 1963 in Frankfurt am Main. Stuttgart 1967 (= Studien zur Medizingeschichte des neunzehnten Jahrhunderts, 1), 17-34, hier 21.

⁵⁸ *Ernst von Leyden*: Über die Ziele und Aufgaben des Vereines für innere Medizin. In: Deutsche Medizinische Wochenschrift, 7 (1881), 131-134, hier 132.

⁵⁹ Vgl. *Eulner* (wie Anm. 57), 24-26.

⁶⁰ *Porter* (wie Anm. 42), 392.

⁶¹ Vgl. ebd., 384.

⁶² Die ersten Kinderspitäler waren in Paris 1802, Berlin 1830, St. Petersburg (1834) und Wien (1837) entstanden. Vgl. ebd., 390.

⁶³ Zur Entwicklung der Spezialfächer in England und Amerika vgl. ebd., 384-392.

⁶⁴ Vgl. *Protokoll* (wie Anm. 4), 29.

⁶⁵ Vgl. *Eulner* (wie Anm. 57), 22.

⁶⁶ Vgl. *Elisabeth Dietrich-Daum*: Die „Wiener Krankheit“. Eine Sozialgeschichte der Tuberkulose

in Österreich. Wien u. München 2007, 230.

⁶⁷ *Göckenjan* (wie Anm. 2), 190.

⁶⁸ Vgl. ebd., 357.

⁶⁹ *Protokoll* (wie Anm. 4), 28, 36 u. 38.

⁷⁰ Vgl. ebd., 16.

⁷¹ Ebd., 18.

⁷² Ebd., 21.

⁷³ Vgl. dazu neuerdings *Martin Dinges*: Immer schon 60% Frauen in den Arztpraxen? Zur geschlechterspezifischen Inanspruchnahme des medizinischen Angebotes (1600-2000). In: ders. (Hg.): *Männlichkeit und Gesundheit im historischen Wandel ca. 1800-2000*. Stuttgart 2007, 295-322, hier 314 f.

⁷⁴ *Protokoll* (wie Anm. 4), 22.

⁷⁵ Ebd., 16.

⁷⁶ Ebd., 69.

⁷⁷ Ebd., 72. Weitere Äußerungen zum Problem der „Simulation“ auf S. 69-70 des Protokolls.

⁷⁸ Ebd., 33.

⁷⁹ Ebd., 19.

⁸⁰ Am Ende des 19. Jahrhunderts standen den Ärzten neben alten humoralen Rezepturen nur wenige moderne Medikamente zur Verfügung: Quecksilber gegen Syphilis, Digitalis als Stärkungsmittel, Amylnitrat zur Arterienweiterung, Chinin gegen Malaria und Cholchicum gegen Gicht. Aspirin wurde erst 1999 am Markt eingeführt und seit 1869 verschiedene Schlafmittel. Vgl. *Porter* (wie Anm. 42), 674-675. Zur Frage der Einführung neuer Medikamente vgl. auch *Paul Ridder*: *Im Spiegel der Arznei. Sozialgeschichte der Medizin*. Stuttgart 1990, besonders 137-151.

⁸¹ Vgl. *Protokoll* (wie Anm. 4), 19.

⁸² Vgl. ebd., 29.

⁸³ *Göckenjan* (wie Anm. 2), 190.

⁸⁴ *Protokoll* (wie Anm. 4), 63.

⁸⁵ Vgl. die im Web platzierte Datenbank, die aus einem InterregIII A-Programm-Projekt in Innsbruck entstanden ist. Siehe unter <http://www.uibk.ac.at/ottenthal/>.

⁸⁶ *Protokoll* (wie Anm. 4), 29.

⁸⁷ Ebd., 47.

⁸⁸ Vgl. ebd., 29.

⁸⁹ Vgl. ebd., 7.

⁹⁰ Vgl. *Andreas Oberhofer*: Eine Landarztpraxis im 19. Jahrhundert am Beispiel der Ordination des Dr. Franz von Ottenthal (1818-1899). In: Dietrich-Daum u.a. (Hgg.) (wie Anm. 8), 167-191 und *Alois Unterkircher*: Ein Südtiroler Landarzt, seine Praxis und ein typhöser Seuchenzug, oder: Warum Männer, die 1860 ihre Wäsche nicht selbst wuschen, mitunter länger lebten als Frauen. In: Ebd., 193-217.

⁹¹ Vgl. Elisabeth *Dietrich-Daum* u. *Rodolfo Taiani* (Hgg.) *Medikalisierung am Lande – Medicalizzazione in area alpina*. Themenheft der Zeitschrift „Geschichte und Region/Storia e regione“, Heft 1 (2005).

⁹² Vgl. *Porter* (wie Anm. 42), 637.

⁹³ *Protokoll* (wie Anm. 4), 10.

„Einen Arzt haben wir als Kinder meines Wissens nie benötigt“. Gesundheitsselbsthilfe und Geschlecht im 20. Jahrhundert

Susanne Hoffmann

Selbsthilfe, also „informell und unentgeltlich im Alltag ohne professionelle Handlungsmuster in einem formal organisierten Kontext“ geleistete, „individuelle“ (für sich selbst) oder „soziale“ (für andere) Unterstützung ist auch heute noch eine Selbstverständlichkeit, wenn es um die Bewältigung von akuten oder chronischen Krankheiten geht.¹ Eine Umfrage aus den frühen 1980er Jahren belegt dies etwa.² Mit dem selbsttätigen und subsidiären Einsatz ihrer Bürgerinnen und Bürger rechnen Sozialstaaten bis heute.³ Die These einer linear-teleologischen und gleichzeitig repressiven ‚Medikalisierung‘⁴ der Gesellschaft, verstanden als die ansteigende „ärztliche Kontrolle der Gesundheitsversorgung, [...] seit dem ausgehenden 19. Jahrhundert zunehmend begleitet von einer wachsenden Geltungsmacht ärztlicher Konzepte in der Bevölkerung“, ist in den letzten Jahren auch in der Sozialgeschichte der Medizin relativiert worden.⁴ Denn dieser Prozess verlief keinesfalls bruch- und widerstandslos.⁵ Die medizinkritische Bewegung seit dem späten 19. Jahrhundert ist ein mittlerweile recht gut erforschtes Beispiel für formal organisierte, breitenwirksame Laienaktivitäten im deutschsprachigen Raum.⁶

Gesundheitsselbsthilfe und Selbsthilfegruppen sind in den 1970er Jahren als eine Ressource für die sozialen Sicherungssysteme verstärkt in den Blickpunkt von Medien, Politik und Wissenschaft gerückt.⁷ *Gender*-Fragen, obschon sowohl bei der Leistung als auch bei der Inanspruchnahme von Hilfe heute höchst relevant, werden aber erst seit einigen Jahren öffentlich wahrgenommen und diskutiert.⁸ Eine Geschlechter- und Patientengeschichte (im Sinne eines erweiterten Patientenbegriffs) der informellen und alltagsnahen Gesundheitsselbsthilfe im 20. Jahrhundert liegt bislang für den deutschsprachigen Raum nicht vor.⁹ Beleuchtet werden soll daher im Folgenden das gesundheitsbezogene Selbsthilfeverhalten im Alltag von Männern und Frauen, die im Verlauf des 20. Jahrhunderts im deutschsprachigen Raum gelebt haben (in der Bundesrepublik Deutschland, Österreich und der Schweiz). Die Kategorie Geschlecht wird dabei besonders berücksichtigt.¹⁰ Gesundheitsselbsthilfe bleibt hierbei begrenzt

auf Maßnahmen zur unmittelbaren Krankheitsbewältigung: auf medizinische Selbsthilfe (d.h. auf Selbsttherapie und -medikation) und auf häusliche Kranken- und Altenpflege. Gänzlich ausgeklammert bleibt das Feld der Geburtshilfe. Obwohl dieses im Hinblick auf ein mögliches geschlechtsspezifisches Selbst- und Fremdhilfeverhalten sicherlich nicht unwichtig ist – gerade für den betrachteten Zeitraum –, würde es den gegebenen Rahmen übersteigen. Ausgespart bleiben ferner alle Formen des präventiven Gesundheitsverhaltens.

Ausgewertet wurde ein systematisch als Quotenstichprobe zusammengestelltes Quellenkorpus, das die unveröffentlichten so genannten populären Autobiographien von 155 nicht-prominenten Personen umfasst.¹¹ Die Texte sind Sammlungen in Wien, Emmendingen, Zürich, Tübingen und Stuttgart entnommen. Sie wurden mehrheitlich seit den späten 1970er Jahren bis heute verfasst.¹² Ausführliche methodische und quellenkritische Überlegungen können an dieser Stelle nicht erfolgen.¹³ Charakteristisch für das autobiographische Schreiben ist jedoch die rückblickende Erzählperspektive, aus der heraus die Vergangenheit im Schreiben aktualisiert wird. Die vergangenen Ereignisse werden dabei durch individuelle und kollektive Gedächtnis- und Erinnerungsprozesse gefiltert, gebrochen und mithin rekonfiguriert.¹⁴ In der Stichprobe sind Männer und Frauen der Geburtsjahrgänge zwischen circa 1890 und 1940 aller Gesellschaftsschichten ausgewogen repräsentiert.¹⁵ Dies gilt in absoluten wie in Seitzenzahlen. Das Gesamtkorpus wurde in einem ersten Schritt quantifizierend, durch Zählen aller einschlägigen Aussagen zur Gesundheitsselbsthilfe, ausgewertet; die Ergebnisse sind in der Tabelle 1 im Anhang dargestellt. Sie dienen als Ausgangspunkt für die qualitative Textanalyse.

Gesundheitsselbsthilfe als Thema in der populären Autobiographie

„Einen Arzt haben wir als Kinder meines Wissens nie benötigt. Alle Krankheiten wurden, wenn irgend möglich, mit Hausmitteln kuriert.“¹⁶ Aussagen wie diese des 1899 geborenen Kohlenhändlers Friedrich Po., im Rückblick auf seine Kindheit im Oberbergischen Land (heutige Bundesrepublik Deutschland), finden sich regelmäßig in populären Autobiographien: Rund zwei Drittel der 155 Personen in der Stichprobe äußern sich zur medizinischen Selbsthilfe oder häuslichen Pflege. Betrachtet man zunächst die Autobiographien im Ganzen, so kommen geringfügig mehr Autorinnen auf Gesundheitsselbsthilfe zu sprechen als Autoren. Im Verlauf der Geburtskohorten von 1890 bis 1940 (also beinahe zwei Generationen) zeichnen sich keine auffälligen *quantitativen* Veränderungen ab. Auch unterscheiden sich Personen aus ländlichen Regionen in ihrer Thematisierungsbereitschaft nicht wesentlich von solchen aus städti-

schen oder großstädtischen Wohngebieten.¹⁷ Welche Rolle die Gesundheitsselbsthilfe damit tatsächlich für das Krankheitsverhalten der 155 Männer und Frauen spielte, lässt sich aus solchen Zahlen allerdings nicht unmittelbar ableiten. Doch immerhin: nicht wenige erachteten diese Form des Bewältigungshandelns für mitteilungswürdig im intergenerationalen und innerfamiliären Dialog, zu dem das populäre autobiographische Schreiben, das in der Regel an die Nachkommen gerichtet ist, gerechnet werden kann.¹⁸

Die Autorinnen und Autoren führen die vielfältigsten Gründe für ihre gesundheitsbezogenen Selbsthilfeaktivitäten an; meist geschieht dies implizit und eher beiläufig im Erzählfluss. Insgesamt dominieren dabei pragmatische Argumente: Die Gesundheitsselbsthilfe wird zumeist aus dem sozialen, situativen oder historischen Kontext heraus erklärt. Lediglich eine Autorin, eine 1889 geborene Försterstochter aus Niederösterreich, begründet die Selbstmedikationspraxis ihrer migränekranken Mutter, die eine ärztliche Behandlung vermeiden wollte, mit deren Geschlechtszugehörigkeit. Denn damals (um 1900) habe die Gesundheit der Mutter unter Kostengesichtspunkten in der innerfamiliären Hierarchie weit hinter der des Rassehundes des Vaters rangiert, der zur selben Zeit an Staupe litt.¹⁹ Gesundheitsselbsthilfe als Bewältigungsmuster, das zeigt dieses Beispiel, konnte also durchaus von der sozialen Position des Individuums abhängen. Das Geschlecht scheint jedoch, abgesehen von der genannten Försterfamilie, nicht unbedingt den Ausschlag gegeben zu haben – zumindest was die subjektive Akteurslogik angeht.²⁰

In vielen Situationen war die Gesundheitsselbsthilfe auch im 20. Jahrhundert, mit seiner im Vergleich zu früher sehr guten medizinischen Versorgung, weiterhin eine Notwendigkeit. Bewohner ländlicher Gegenden machen noch bis über die erste Jahrhunderthälfte hinaus geltend, dass sie zur Selbstbehandlung gezwungen gewesen seien, weil es damals entweder überhaupt keinen Arzt oder Zahnarzt in ihrer Nähe gegeben habe oder diese, ohne Telefon und Auto, bei Krankheit nicht erreichbar gewesen seien.²¹ Ähnlich gestaltete sich die Lage für zahlreiche erkrankte Personen aus Deutschland und Österreich, die während des Zweiten Weltkriegs oder in der unmittelbaren Nachkriegszeit ohne professionelle medizinische Hilfe auskommen mussten, weil die medizinische Versorgung zeitweise zusammengebrochen war (etwa an der Front, bei der Repatriierung von Soldaten oder beim Einmarsch der Alliierten 1945). In anderen Fällen verweigerten Ärzte umständehalber oder bestimmten Personengruppen gegenüber ihre Dienste (seinerzeit fahnenflüchtige Soldaten oder Vertriebene berichten dies mitunter).²² Obwohl im Verlauf des 20. Jahrhunderts immer weitere Bevölkerungskreise einen gesetzlichen Versicherungsschutz genossen, begründen zudem nicht wenige Personen des Samples ihr Selbsthilfeverhalten mit einer nicht bestehenden Kranken- beziehungsweise Pflegeversicherung.²³ Mit den Kosten argumentieren allerdings

nahezu ausschließlich Angehörige aus den unteren sozialen Schichten bis maximal zur Mittelschicht. Auch geschieht dies zumeist im Rückblick auf die eigene Kindheit und Jugend in der ersten Jahrhunderthälfte. Doch einzelne Fälle beziehen sich gar noch auf die späten 1990er Jahre.²⁴

Neben – oder zusätzlich zu – den pragmatischen Beweggründen für eine gesundheitsbezogene Selbsthilfe hegten nicht wenige der 155 Autorinnen und Autoren eine teils erhebliche Skepsis gegenüber der so genannten ‚Schulmedizin‘.²⁵ Oftmals standen konkrete Ängste oder schlechte Erfahrungen mit *bestimmten* Ärzten, Institutionen oder Therapien hinter der enttäuschten Hinwendung zu informellen, mitunter auch professionellen Alternativen.²⁶ Zu regen Laienaktivitäten mit Bädern, Umschlägen und Ähnlichem kam es in der ersten Jahrhunderthälfte (bevor es in der medizinischen Praxis wirksame Antibiotika gab) insbesondere dann, wenn ein Arzt die Amputation eines infektiösen Gliedes anordnete, wie mehrere Personen des Samples berichten.²⁷ Obschon eines der ältesten, und dank aseptischer Methoden mittlerweile relativ sicheres Operationsverfahren, scheuten viele Patientinnen und Patienten diesen Eingriff auch im 20. Jahrhundert – vermutlich wegen der folgenden Körperbehinderung.²⁸ Eine *grundsätzlich* medizinkritische Haltung legten darüber hinaus zahlreiche Personen der Untersuchung in ihrem Krankheitsverhalten an den Tag. Als Grund für Selbsthilfemaßnahmen wird diese jedoch nur selten explizit gemacht. Vielmehr beschreiben die Autorinnen und Autoren ihre alternativen Behandlungs- und Medikationsweisen regelmäßig als ehemalige oder gültige Selbstverständlichkeiten. Ohne an dieser Stelle auf die Details einzugehen, dürfte es wohl kaum einen aus dem ländlichen oder städtischen Alltag bekannten Stoff oder Gegenstand geben, der in den Quellentexten – neben industriell hergestellten Arzneipräparaten – nicht als ein innerlich oder äußerlich anwendbares Hausmittel gelobt wird. So waren es bei dem eingangs zitierten Friedrich Po. zum Beispiel „Zittersaat“ bei Verdauungsproblemen, „Hoffmannstropfen“ bei Leibschmerzen und die Klinge eines Brotmessers bei Beulen und Prellungen.²⁹ Neben diesen reichen ‚volksmedizinischen‘ Heilpraktiken führen Personen aus allen sozialen Schichten regelmäßig naturheilkundliche und homöopathische Verfahren an.³⁰ Als ein offenkundig in allen Alterskohorten besonders bekanntes und beliebtes Selbstheilungsmittel sticht dabei die Hydrotherapie nach Kneipp heraus.³¹

Ein nach sozialen Lagen differenziertes Verhaltensmuster zeigt sich in dem Autobiographiekorpus schließlich, wenn man alle Aussagen zur Gesundheitsselbsthilfe pro Schicht addiert (in der Tabelle 1 im Anhang sind die Zahlen der Übersichtlichkeit halber nicht einzeln ausgewiesen). Selbsthilfeaktivitäten in Medizin und Pflege kommen in der Mittelschicht deutlich seltener zur Sprache als in den beiden anderen Schichten (zur Mittelschicht zählen hier zum Beispiel mittlere Angestellte, Beamte und Landwirte, selbständige Handwerker und Einzelhändler). Möglicherweise war in

der Mittelschicht eine ‚Medikalisierung‘ des Krankheitsverhaltens bis zum Ende des 20. Jahrhunderts am umfassendsten verwirklicht.³² Zum Vergleich müsste man allerdings noch die Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen dort betrachten. In der Mittelschicht wäre demnach der Gang zum Arzt der weitgehend unhinterfragte Normalfall gewesen – Alternativen wären beim Schreiben kaum in Betracht gekommen. Ausgeprägte Selbsthilfekulturen hätten sich demgegenüber am unteren und oberen Rand der Gesellschaft länger gehalten. Und zwar in der Unterschicht (zu der hier Arbeiter und Angestellte ohne beziehungsweise mit geringer Qualifikation zählen) primär aus Notwendigkeitsüberlegungen heraus.³³ Dementsprechend wird in den unteren Schichten wie gesagt am relativ häufigsten auf einen nicht vorhandenen Versicherungsschutz verwiesen. Anders in der bürgerlichen Ober- und Oberen Mittelschicht (hierzu zählen zum Beispiel Akademiker, leitende Angestellte und größere Unternehmer). Dort wäre von einer bewussten und eigenverantwortlichen, kurativen wie präventiven Hinwendung zur eigenen Gesundheit auszugehen, die dort – angesichts ökonomischer Spielräume (an Geld und Zeit) – am ehesten in die Praxis umgesetzt werden konnte.³⁴

Ob notwendig oder freiwillig, medizinkritisch motiviert oder nicht – eine Botschaft ist den Männern und Frauen gemeinsam, die die Gesundheitsselbsthilfe im späten 20. Jahrhundert zum Thema ihrer Autobiographien gemacht haben: Sie signalisieren, dass sie ein widerfahrenes Leiden erfolgreich bewältigt haben – und zwar außerhalb des professionellen Medizinsystems.³⁵ Deutungs- und Behandlungsmacht zwischen professionellem Medizinalpersonal und Laien auszutarieren scheint damit ein Zweck des autobiographischen Schreibens gewesen zu sein. Der Prozess der ‚Medikalisierung‘ im 20. Jahrhundert wäre im Anschluss daran sozial, das heißt nach Wohnraumbezug (großstädtisch, städtisch oder ländlich), nach Schicht und vor allem – wie gleich gezeigt werden wird – nach Geschlecht weiter zu differenzieren. Die Wechselwirkungen zwischen Medizin und gesundheitlicher Alltagspraxis wären ferner zu präzisieren.³⁶

Gesundheitsselbsthilfe als ‚doing gender‘

Die informelle Gesundheitsselbsthilfe im 20. Jahrhundert war in einem hohen Maße eine nach Geschlechtergruppen sexuierte Handlungsform. Das verdeutlicht die themen- und akteurszentrierte Korpusanalyse. Ein erster Blick auf die Thematisierungsbereitschaft zeigt, dass die weiblichen Autoren der Stichprobe insgesamt doppelt so häufig auf Gesundheitsselbsthilfe zu sprechen kommen wie die männlichen, rechnet man alle einschlägigen Aussagen zusammen (und zwar auf ungefähr gleich vielen Textseiten pro Geschlechtsgruppe). Diese Tendenz bestätigt sich jeweils in den Bereichen medizinische Selbsthilfe und häusliche Pflege, obschon sie bei der Hausmedizin schwächer

ausgeprägt ist. (Siehe die letzte Zeile in Tabelle 1 im Anhang).

Geht man der Frage nach, wie häufig in den Texten welche Geschlechtsgruppe als Akteur einer Gesundheitsselfhilfe genannt wird, so zeigt sich erneut ein eindeutig nach Geschlecht differenziertes Muster: Frauen sind nahezu drei Mal so häufig in gesundheitsbezogene Hilfsdienste involviert wie Männer (siehe die letzte Spalte in der Tabelle). Auch im Hinblick auf die Akteure tritt der Geschlechterunterschied bei der Pflege akzentuierter hervor als bei der eigentlichen medizinischen Selbsthilfe. Summiert man alle einschlägigen Nennungen in den Texten von Männern und Frauen, so erscheinen Frauen sieben Mal häufiger als Pflegerinnen wie Männer. In der Medizin stehen die Männer indes nicht wesentlich nach (siehe Spalten drei und sechs). Dieses Schema wiederholt sich in den Selbst- und Fremdzuschreibungen von männlichen und weiblichen Autoren (siehe Spalten sieben und acht). Wenn Männer sich zu Hause für die Gesundheit engagierten, so könnte man die Ergebnisse zusammenfassen, dann offensichtlich am ehesten bei der Selbstbehandlung und -medikation (siehe dazu auch Spalte zwei). Ein nicht unerheblicher Anteil dieser männlichen Selbstzuschreibungen entfällt auf die rein selbstbezogene, das heißt individuelle Selbsthilfe; Kriegssituationen fallen dabei allerdings kaum ins Gewicht. Die Rolle des Laienmediziners erfüllten nicht wenige Männer im Übrigen auch in der Öffentlichkeit. Die organisierte naturheilkundliche Laienselbsthilfe im ersten Drittel des 20. Jahrhunderts gestaltete sich, zumindest was die reinen Mitgliederzahlen angeht, nämlich als eine Männerdomäne.³⁷

Hausmedizin und häusliche Kranken- und Altenpflege sind damit im Verlauf des 20. Jahrhunderts primär weiblich besetzte Zuständigkeitsbereiche geblieben. Schichtübergreifend trifft dies auf die Perspektiven von Männern wie von Frauen zu. Mit dieser alltagspraktischen Arbeitsteilung korrelierte das *gender*-Leitbild der fürsorglichen Hausfrau und Mutter, die für die gesundheitlichen Belange im Familienkreis verantwortlich ist. In einer bis dato nicht gekannten Deutlichkeit formuliert wurde es in der ärztlichen Aufklärungsliteratur in der zweiten Hälfte des 18. Jahrhundert.³⁸ Doch ist die Norm bereits früher in der Hausväterliteratur belegt – und in der bürgerlichen Alltagspraxis.³⁹ Folgt man dem theoretischen Verständnis von Angelika Wetterer, so kann man die Arbeitsteilung in Haushalt und Familie grundsätzlich als ein zentrales Medium der interaktiven Konstruktion von Zweigeschlechtlichkeit interpretieren: Männer werden zu Männern, Frauen zu Frauen und Geschlechter unterscheidbar, *weil* sie bestimmte Tätigkeiten auf eine charakteristische Art und Weise ausführen – oder nicht.⁴⁰ Und diese Interpretation lässt sich schließlich auch auf das autobiographisch nacherzählte Gesundheitshandeln anwenden.⁴¹ Denn „doing health is a form of doing gender“, wie es Robin Saltonstall pointiert formuliert.⁴² Reflexiv wird die Vergeschlechtlichung durch Gesundheitshilfe in dem ausgewerteten Quellenbestand

aber eigentlich nur dann, wenn scheinbar selbstverständliche Rollenmuster praktisch durchbrochen oder im Alltag unausgesprochene *gender*-Normen ausdrücklich in Frage gestellt werden. Einige Autorinnen tun dies im Bezug auf die weibliche Zuständigkeit für Pflege.⁴³

Versteht man Geschlecht mit der Historikerin Joan Scott als eine relationale Kategorie, die in Machtbeziehungen eingebunden ist, dann gilt dies in besonderem Maß für den hier betrachteten informellen Gesundheitssektor.⁴⁴ Denn mehrheitlich spielte sich das Selbsthilfegeschehen, wie es die 155 Autobiographinnen und Autobiographen beschreiben, als ‚soziale Selbsthilfe‘ ab, also mit mehreren Beteiligten. In den Texten dominieren dabei die Beziehungskonstellationen in der Kernfamilie (zwischen Eltern, Kindern, Ehepartnern und Geschwistern); genannt werden auch Verwandte, Freunde, Bekannte, Nachbarn, Mitsoldaten oder Arbeitskollegen. Frauen werden in den Autobiographien regelmäßig als das benachteiligte Geschlecht dargestellt. Weibliche Gesundheitsdienste sind absolut häufiger ein Thema als männliche, gerade in der häuslichen Pflege. Sie werden zudem von beiden Geschlechtern immer wieder als eine außergewöhnliche physische und psychische Belastung für die Helferin beschrieben.⁴⁵ Dass Männer durch die Familienpflege überfordert gewesen seien, merken indes nur vereinzelte Autoren an (allerdings ohne dabei auf die tatsächliche Lastenverteilung einzugehen).⁴⁶ Die als solche empfundene Pflicht, für hilfsbedürftige Angehörige zu sorgen, griff ferner in die Lebensplanung zahlloser Frauen ein, über die in den bearbeiteten Quellen gesprochen wird: sei es kurzfristig, im Hinblick auf die Freizeitgestaltung, oder langfristig, bei der Familiengründung, Berufs- oder Wohnortwahl. Dies konnte bis hin zu Fragen des Überlebens gehen.⁴⁷ In Bezug auf Männer fallen entsprechende Argumente so gut wie nie.⁴⁸ Zwei ledig gebliebene Frauen machen sich zudem große Sorgen, dass sie selbst, trotz ihres Einstehens für andere, im Alter ohne Hilfe verbleiben könnten.⁴⁹ Damit bestätigt die Wahrnehmung der populären Schreibenden das in der sozialwissenschaftlichen *social support*-Forschung hinlänglich bekannte Geschlechterparadox, wonach Frauen heute bei informellen Hilfeleistungen strukturell benachteiligt sind, da sie tendenziell mehr soziale Unterstützung leisten als sie bei Bedarf erhalten.⁵⁰

Gesundheitsselbsthilfe als weibliches Opfer

Das Opfer ist in den ausgewerteten Autobiographien ein wiederkehrender Topos für asymmetrische Unterstützungsbeziehungen im Gesundheitsbereich. Beide Geschlechtsgruppen setzten es sowohl schicht- als auch kohortenübergreifend ein. Doch angewandt wird es exklusiv auf das Verhalten von Frauen. Männer, das wäre in einem

weiterführenden Quellenvergleich noch zu präzisieren, zollten in der autobiographischen Deutung ihren Tribut offensichtlich in anderen Bereichen als der Gesundheits-selbsthilfe (im Abfassungszeitraum vermutlich nicht länger im Krieg, sondern bei der Erwerbsarbeit).⁵¹ Stellvertretend sei dazu nochmals der 1899 geborene Kohlenhändler Friedrich Po. zitiert, wie er die Pflegeleistung seiner Schwester in den Jahren 1935-45 würdigt: „Was meine jüngere Schwester in dieser Zeit für Mutter getan hat, das kann kein Mensch wieder gutmachen. Besser als wir anderen Geschwister konnte sie mit ihr umgehen, sie verstehen und ihr zurechthelfen. Sie hat sich in ihren jungen Jahren buchstäblich für unsere Mutter aufgeopfert. Das werden wir ihr nie vergessen!“⁵² Hier lohnt ein genauer Blick auf die Semantik: Geht es um die weibliche Selbstaufopferung bei der sozialen Hilfe, dann verwenden nahezu alle Autorinnen und Autoren der Stichprobe, wie Herr Po., einen Opferbegriff, der dem englischen *sacrifice* entspricht. Folgt man der Opfertypologie von Herfried Münkler und Karsten Fischer, dann kennzeichnet die aktive Hingabe, der Verzicht auf eine Sache oder einen Wert, dieses Opfer (bei der Schwester von Herrn Po. wären es etwa Zeit, Kraft und Empathie).⁵³ Lediglich zwei Autorinnen setzen das weibliche Opfer sprachlich ins Passiv (*victim* im Englischen).⁵⁴ Diese Begriffsverwendung ist seit dem Ende des Zweiten Weltkriegs bis heute im Opferdiskurs vorherrschend.⁵⁵ Eine Viktimisierung helfender Frauen findet demzufolge in der retrospektiven Sinngebung mehrheitlich nicht statt. Zwar sind die bei der informellen Hilfeleistung zwischen den Geschlechtern asymmetrisch verteilten Lasten mit diesem wohlwollenden Selbst- und Fremddeutungsmuster keinesfalls relativiert.⁵⁶ Doch ist die aktive Opfersemantik ein Hinweis dafür, dass das Helfen für die Frauen der betrachteten Generationen offenbar eine soziale Chance barg: nämlich die Position der Handlungsfähigen in Notlagen – und zwar im Sozialen wie im Autobiographischen. Dieser Interpretation entsprechend loben und wertschätzen zahlreiche Autorinnen und Autoren das tätige Bewältigungshandeln von Frauen im Gesundheitsbereich, mitunter im direkten Vergleich zu hierzu unvermögenden, deshalb passiven Männern.⁵⁷

Versteht man die informelle Gesundheits-selbsthilfe als ‚doing gender‘ im Alltag, und *gender* mit Scott als eine Machtrelation, dann diene das in den populären Autobiographien für das 20. Jahrhundert beschriebene Hilfsgeschehen nicht nur dem Aushandeln von Macht zwischen Professionellen und Laien, sondern auch zwischen Männern und Frauen. Analytisch weiterführend könnten hier Michel Foucaults Gouvernementalitätsstudien sein, wie es jüngst Maren Möhring vorgeschlagen hat. Die Selbsthilfeaktivitäten wären demnach als nach Geschlecht differenzierte Techniken der Selbstregierung zu verstehen, mit gleichzeitig freiheitlich-produktiven und disziplinarisch-repressiven Anteilen.⁵⁸

Bilanz und Perspektiven: Gesundheitsselfhilfe und ‚gesundheitsrelevante Lebensstile‘

Die Gesundheitsselfhilfe in den Bereichen Medizin und Pflege stellte während des gesamten 20. Jahrhunderts eine zentrale Form der Krankheitsbewältigung dar – und eine hochgradig nach Geschlechtergruppen sexuierte zudem. Beides konnte hier, auf der Basis der Autobiographien von 155 Männern und Frauen der Geburtsjahrgänge zwischen circa 1890 und 1940 für den deutschsprachigen Raum gezeigt werden. Die ‚Medikalisierungsthese‘ müsste damit für das betrachtete 20. Jahrhundert inhaltlich und sozial – nach Wohnraum, sozialen Schichten und vor allem nach Geschlecht – weiter differenziert werden. Das Lebensstilkonzept könnte hier methodisch weiterführen.

Lebensstile gelten derzeit in der Gesundheitswissenschaft als ein vielversprechendes Mittel, um ‚gesundheitliche Ungleichheiten‘ – wie sie im Untersuchungszeitraum zwischen den Geschlechtergruppen bestehen – mehrdimensional zu erfassen und darüber hinaus struktur- und handlungsinduziert zu erklären.⁵⁹ ‚Gesundheitsrelevante Lebensstile‘ konstituieren sich, folgt man Thomas Abel, in drei aufeinander bezogenen Dimensionen. Dies sind „gesundheitsrelevante Verhaltensweisen“ (alle Formen des Gesundheits- und Krankheitsverhaltens), „gesundheitsbezogene Orientierungen“ (Erklärungs- und Deutungsmuster von Gesundheit und Krankheit) und „soziale Ressourcen“ (Geschlecht, Alterskohorte, soziale Schicht, Wohnraum, Nationalität und andere).⁶⁰

Die handlungspraktische Ausgestaltung „distinkter“, das heißt empirisch abgrenzbarer Selbsthilfeverhaltens- oder Selbsthilfestile hing für die 155 Männer und Frauen des Quellensamples am stärksten von deren Geschlecht ab.⁶¹ Diese gingen mit jeweils spezifischen Chancen und Risiken einher. Die Alterskohorte scheint hingegen weniger bedeutsam gewesen zu sein, was für einen eher langsamen Wandel gesundheitsrelevanter Verhaltens- und Lebensstile in der Generationenfolge spricht – gerade was *gender* angeht.⁶² Vielversprechend erscheint es im Anschluss an die hier präsentierten Ergebnisse, Gesundheitsselfhilfe um bisher ausgeklammert gebliebene Aspekte zu erweitern, wie Gesundheitsförderung und Prävention. Auch wären Selbsthilfe und andere gesundheitsrelevante Verhaltensstile, wie beispielsweise die Inanspruchnahme von professioneller Hilfe, stärker aufeinander zu beziehen. Hierbei wäre das Augenmerk vor allem auf eine mögliche geschlechtsspezifische Medikalisierung des Krankheitsverhaltens durch Geburtshilfe und Gynäkologie (für Frauen) sowie durch Arbeits- und Wehrmedizin (für Männer) zu richten.⁶³ Das Ergebnis könnte eine historischen Typologie gesundheitsrelevanter Verhaltens- und Lebensstile im 20. Jahrhundert sein.

Anhang

Tabelle 1: Gesundheitsselbsthilfe (GSH) insgesamt und in den Bereichen Medizin (Medizin SH) und Pflege (Pflege SH), nach Geschlecht der Autoren und SH-Akteure

	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)
	Medizin SH Autor ♀	Medizin SH Autor ♂	Medizin SH Autor ♀ + ♂	Pflege SH Autor ♀	Pflege SH Autor ♂	Pflege SH Autor ♀ + ♂	GSH Autor ♀	GSH Autor ♂	GSH Autor ♀ + ♂
Akteur SH ♀	65	17	82	114	37	151	179	54	233
Akteur SH ♂	25	36	61	14	7	21	39	43	82
Akteur SH Ø	19	15	34	7	9	16	26	24	50
Σ Ak- teure	109	68	177	135	53	188	244	121	365

Quelle: eigene Berechnungen

GSH = Σ Medizin SH + Pflege SH

Ø: Geschlecht des SH-Akteurs nicht bestimmbar

¹ *Dieter Grunow* u. *Vera Grunow-Lutter*: Geschlechtsspezifische Formen von Selbstversorgung und Selbsthilfe. In: Klaus Hurrelmann u. Petra Kolip (Hgg.): *Geschlecht, Gesundheit und Krankheit. Männer und Frauen im Vergleich*. Bern u.a. 2002, 548-564, zitiert hier 548, 551.

² *Dieter Grunow* u.a.: *Gesundheitsselfhilfe im Alltag. Ergebnisse einer repräsentativen Haushaltsbefragung über gesundheitsbezogene Selbsthilfeeferungen und -potentiale*. Stuttgart 1983, 35 f.

³ Vgl. *Grunow* u. *Grunow-Lutter* (wie Anm. 1), 549 ff.; *Gerhard Ritter*: *Der Sozialstaat. Entstehung und Entwicklung im internationalen Vergleich*. München 1989 (= *Historische Zeitschrift. Beihefte*, 11), 20, 103 ff.

⁴ *Michael Stolberg*: Heilkundige. Professionalisierung und Medikalisierung. In: Norbert Paul u. Thomas Schlich (Hgg.): *Medizingeschichte: Aufgaben, Probleme, Perspektiven*. Frankfurt a.M. u. New York 1998, 69-86, zitiert hier 75 f.

⁵ Ebd., 76 ff.

⁶ Vgl. bspw. die Beiträge in *Martin Dinges* (Hg.): *Medizinkritische Bewegungen im Deutschen Reich* (ca. 1870-ca. 1933). Stuttgart 1996 (= *Medizin, Gesellschaft und Geschichte*, 9).

⁷ *Dieter Grunow*: *Selbsthilfe*. In: Klaus Hurrelmann u.a. (Hgg.): *Handbuch der Gesundheitswissenschaften*. Weinheim u. München ⁴2006, 1053-1076, hier 1054. Zu den aktuellen Fragerichtungen siehe bspw. *Thomas Wex*: *Selbsthilfe und Gesellschaft*. In: Hans Dietrich Engelhardt u.a. (Hgg.): *Was Selbsthilfe leistet Ökonomische Wirkungen und sozialpolitische Bewertung*, Freiburg i. Brsg. 1995, 13-39.

⁸ *Grunow* u. *Grunow-Lutter* (wie Anm. 1), 549 ff.

⁹ Zum internationalen Forschungsstand siehe *Günter Risse*: *Medicine without Doctors. Home Health Care in American History*. New York 1977; *John Crellin*: *Home Medicine. The Newfoundland Experience*. Montreal 1994; *Charles Rosenberg* (Hg.): *Right Living. An Anglo-American Tradition of Self-Help, Medicine, and Hygiene*. Baltimore u.a. 2003; *Martin Dinges* (Hg.): *Health and Health Care between Self-Help, Intermediary Organizations, and Formal Poor Relief (1500-2005)*. Proceedings of the Conference of the PhoenixTN (European Thematic Network on Health and Social Welfare Policy) in Braga Portugal 2004. Evora 2007. Zum Patientenbegriff vgl. *Martin Dinges*: *Social History of Medicine in Germany and France in the Late Twentieth Century. From the History of Medicine toward a History of Health*. In: Frank Huisman u. John Harley Warner (Hgg.): *Locating Medical History. The Stories and their Meanings*. Baltimore 2003, 209-236, hier 225.

¹⁰ Es handelt sich hier um Teilergebnisse meines laufenden Dissertationsprojektes mit dem Arbeitstitel „Gesundheit, Geschlecht und Lebensgeschichte. Gesundheitsrelevante Lebensstile im 20. Jahrhundert“, das von der Robert Bosch Stiftung in Stuttgart gefördert wird.

¹¹ Den Begriff prägte *Bernd-Jürgen Warneken*: *Populare Autobiographik. Empirische Studien zu einer Quellengattung der Alltagsgeschichtsforschung*. Tübingen 1985 (= *Untersuchungen des Ludwig-Uhland-Instituts der Universität Tübingen im Auftrag der Tübinger Vereinigung für Volkskunde*, 61).

¹² Es gelten folgende Archivsiglen: Dokumentation lebensgeschichtlicher Aufzeichnungen, Universität Wien (= Doku Wien); Deutsches Tagebucharchiv, Emmendingen (= Dta Em); Volkskundliches Seminar, Universität Zürich (= Vk Zh); Erzählarchiv, Ludwig-Uhland-Institut für Empirische Kulturwissenschaft, Universität Tübingen (= Lui Tü); Hauptstaatsarchiv Stuttgart, Bestand J 175 (= Hstas). Die jeweiligen Bestandssignaturen sind hier im direkten Anschluss angegeben. Um die Informationsrechte aller betroffenen Privatpersonen weitestmöglich zu schützen, werden alle Quellen anonymisiert zitiert, mit Angabe des Vornamens der Autoren und der oder den Initialen des Nachnamens.

¹³ Siehe dazu das Einleitungskapitel meiner Dissertation (wie Anm. 10).

¹⁴ Aus der umfangreichen autobiographietheoretischen Literatur sei hier stellvertretend verwiesen auf *Volker Depkat*: *Autobiographie und soziale Konstruktion der Wirklichkeit*. In: *Geschichte und Gesellschaft* 29 (2003), 441-476, an den ich mich anlehne. Speziell zur populären Autobiographie siehe zuletzt *Günter Müller*: ‚Vielleicht interessiert sich mal jemand ...‘. *Lebensgeschichtliches Schreiben als Medium familiärer und gesellschaftlicher Überlieferung*. In: Peter Eigner u.a. (Hgg.): *Briefe – Tagebücher – Autobiographien. Studien und Quellen für den Unterricht*. Wien 2006 (= *Konzepte und Kontroversen. Materialien für Unterricht und Wissenschaft in Geschichte – Geographie – Politische Bildung*, 4), 76-94.

¹⁵ Die soziale Schichtzugehörigkeit wurde näherungsweise, anhand der Indikatoren ‚Bildungsstand‘ und ‚beruflicher Status‘ bestimmt, vgl. *Karl-Heinz Jöckel* u.a. (Red.): *Messung und Quantifizierung soziodemographischer Merkmale in epidemiologischen Studien*. Empfehlungen der Deutschen Arbeitsgemeinschaft Epidemiologie (DAE), der Gesellschaft für Medizinische Informatik, Biometrie und Epidemiologie (DMDS), der Deutschen Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention (DGSMP) und der Deutschen Region der Internationalen Biometrischen Gesellschaft. In: *Wolfgang Ahrens* u.a. (Hgg.): *Messung soziodemographischer Merkmale in der Epidemiologie*. München 1998, 7-23, hier 11-15.

¹⁶ *Friedrich Po.*: Dta Em 948/I, 38.

¹⁷ Vgl. dazu *Ute Frevert*: *Krankheit als politisches Problem 1770-1880. Soziale Unterschichten in Preußen zwischen medizinischer Polizei und staatlicher Sozialversicherung*. Göttingen 1984 (= *Kritische Studien zur Geschichtswissenschaft*, 62), 49 ff., 271 ff.; *Alfons Labisch*: *Homo Hygienicus. Gesundheit und Medizin in der Neuzeit*, Frankfurt a.M. u. New York 1992, 180 ff. Inwiefern Stadt-Land-Differenzen im 20. Jahrhundert weiterhin inhaltlich zum Tragen kamen, wäre qualitativ noch zu präzisieren.

¹⁸ Vgl. dazu allgemein *Depkat* (wie Anm. 14), 462 ff., 469 ff.; *Michael von Engelhardt*: *Generation, Gedächtnis und Erzählen. Zur Bedeutung des lebensgeschichtlichen Erzählens im Generationenverhältnis*. In: Eckart Liebau (Hg.): *Das Generationenverhältnis. Über das Zusammenleben in Familie und Gesellschaft*. Weinheim u. München 1997 (= *Beiträge zur pädagogischen Grundlagenforschung*), 53-76.

¹⁹ *Marianne J.*: Doku Wien o.A., 44 f.

²⁰ Methodisch instruktiv ist hierzu *Helga Krüger*: *Strukturdaten und Selbstinterpretation. Warum es gerade in der Geschlechterforschung so wichtig ist, beide Ebenen der Analyse aufeinander zu beziehen*. In: Brigitte Auerbach u.a. (Hgg.): *FrauenMännerGeschlechterforschung. State of the Art*. Münster 2006 (= *Forum Frauen- und Geschlechterforschung*, 19), 123-136.

²¹ Vgl. bspw. *Marianne J.* (wie Anm. 19), 28; *Frau ‚Emmental‘*: *Vk Zh* 13, 7 f.; *Christian D.*: *Lui Tü* o.A., 3; *Bruno F.*: *Lui Tü* o.A., 126. Ein Stadt-Landgefälle in der medizinischen Versorgung um 1900 belegen *Das Deutsche Reich in gesundheitlicher und demographischer Beziehung*. Festschrift den Teilnehmern am XIV. Internationalen Kongress für Hygiene und Demographie Berlin 1907. Berlin 1907, 232; und für die Schweiz siehe *Schweizerisches Industriedepartement* (Hg.): *Entlegene Gebiete und ärztliche Hülfe. Die Verteilung des ärztlichen Personals auf die verschiedenen Gegenden der Schweiz*. Bern 1897, 10 ff. Angaben zu Österreich für die zweite Jahrhunderthälfte finden sich bei *Ernst Berger* (Hg.): *Systemanalyse des Gesundheitswesens in Österreich. Eine Studie zur Entstehung und Bewältigung von Krankheit im entwickelten Kapitalismus*, Bd. 2. Wien 1978, 125 f.

²² Zur medizinischen Selbsthilfe vgl. *Selma W.*: Doku Wien o.A., 38; *Erna H.*: Doku Wien o.A., 52; *Eva-Maria T.*: Dta Em 584, 10; *Therese S.*: Doku Wien o.A., 4 f., 7, 12; *Katharina H.*: Doku

Wien o.A., 15; *Hildegard J.*: Doku Wien o.A., 22; *Maximilian S.*: Doku Wien o.A., 140; *Willibald H.*: Doku Wien o.A., 49; *Gunter J.*: Doku Wien o.A., 52; und allgemein *Josef F.*: Doku Wien o.A., 87, 106, 109. Zur Pflege vgl. *Annemarie F.*: Doku Wien o.A., 100 f.; *Josef F.* (wie Anm. 22), 61. Zur Medizin während des Zweiten Weltkrieges weiter bei *Winfried Süß*: Der ‚Volkskörper‘ im Krieg. Gesundheitspolitik, Gesundheitsverhältnisse und Krankenmord im nationalsozialistischen Deutschland 1939-1945. München 2003. Und speziell zur Militärmedizin siehe *Daniela Angetter*: Krieg als Vater der Medizin. Kriege und ihre Auswirkungen auf den medizinischen Fortschritt anhand der 200-jährigen Geschichte Österreichs. Wien 2004 (= Medizin, Macht, Mensch, 1). Zur Nachkriegszeit siehe *Dagmar Ellerbrock*: ‚Healing Democracy‘ – Demokratie als Heilmittel. Gesundheit, Krankheit und Politik in der amerikanischen Besatzungszone. Bonn 2004.

²³ Einen ersten Überblick geben *Peter Köhler u. Hans Zacher* (Hgg.): Ein Jahrhundert Sozialversicherung in der Bundesrepublik Deutschland, Frankreich, Großbritannien, Österreich und der Schweiz. Berlin 1981 (= Schriftenreihe für Internationales und Vergleichendes Sozialrecht, 6).

²⁴ Vgl. *Klara H.*: Dta Em 95/I, 11; *Marianne J.* (wie Anm. 19), 29, 44 f.; *Frau ‚S‘Neujabrskind‘*: Vk Zh 197, 28; *Auguste P.*: Dta Em 29, 64; *Irmgard K.*: Text 1. Doku Wien o.A., 73; *Friederike H.*: Doku Wien o.A., 3; *Elfriede Sch.*: Dta Em 79,2, 59; *Herr ‚Jugenderinnerungen‘*: Vk Zh 68, 56; *Gunter J.* (wie Anm. 22), 22; *Anton P.*: Doku Wien o.A., 24. Dazu zuletzt *Auguste P.* (wie Anm. 24), 64; *Elfriede Sch.* (wie Anm. 24), 5 ff. Für die Obere Mittelschicht siehe *Richard S.*: Doku Wien o.A., 112 f.

²⁵ Was in einer Zeit als ‚Schulmedizin‘ und als ‚Alternative Medizin‘ gilt, lässt sich nur kontextgebunden bestimmen. Siehe dazu *Robert Jütte*: Geschichte der Alternativen Medizin. Von der Volksmedizin zu den unkonventionellen Therapien von heute. München 1996, 13.

²⁶ Vgl. bspw. *Friedrike H.* (wie Anm. 24), 3; *Hanny J.*: Vk Zh o.A., 217; *Frau ‚Emmental‘* (wie Anm. 21), 7 f.; *Getrud R.*: Doku Wien o.A., 56; *Erna K.*: Doku Wien o.A., 219; *Berta K.*: Text 2. Doku Wien o.A., 1, 5 f.; *Richard S.* (wie Anm. 24), 17; *Hans K.*: Doku Wien o.A., 9.

²⁷ Vgl. *Ida H.*: Doku Wien o.A., 35 a; *Doris H.*: Doku Wien o.A., 4; *Erika R.*: Doku Wien o.A., 3; *Berta K.*: Text 1. Doku Wien o.A., 3. Zur Antibiotika-Entwicklung siehe *Heinrich Schipperges* (Hg.): Geschichte der Medizin in Schlaglichtern. Mannheim u.a. 1990, 127; *Huldrych Koelbing*: Die ärztliche Therapie. Grundzüge ihrer Geschichte. Darmstadt 1985 (= Grundzüge, 58), 174 ff. Speziell zu Penicillin siehe *Wolfgang Forth* u.a.: Von Menschen und Pilzen. Zur Geschichte der Penicillin-Produktion im ehemaligen Deutschen Reich und in der Zeit der Besatzung nach 1945. München 1997, 62 ff.

²⁸ Vgl. dazu *Michael Sachs*: Historische Entwicklung des chirurgischen Instrumentariums. Heidelberg 2001 (= Geschichte der operativen Chirurgie, 2), 185; *Christoph Mörgeli*: Die Werkstatt des Chirurgen. Zur Geschichte des Operationssaals. Basel 1999, 233 ff.

²⁹ *Friedrich Po.* (wie Anm. 16), 38, auf den hier stellvertretend verwiesen sei. Bei „Zittersaat“ könnte es sich um „Zitwerblüten oder „Wurmsamen“ gehandelt haben, d.h. um den getrockneten Korbblüter *Artemisia Cina*, vgl. *Der Gesundheitsbrockhaus. Volksbuch vom Mensch und der praktischen Heilkunde*. Wiesbaden 1951, 738 f. „Hoffmannstropfen“, die seinerzeit als belebendes und krampflösendes Mittel beliebt waren, bestanden aus einem Teil Äther und drei Teilen Alkohol, vgl. ebd., 335.

³⁰ Zur Kritik am Begriff der Volksmedizin siehe *Eberhard Wolff*: Volkskundliche Gesundheitsforschung, Medikalkultur- und ‚Volksmedizin‘-Forschung. In: Rolf W. Brednich (Hg.): Grundriß der Volkskunde. Einführung in die Forschungsfelder der Europäischen Ethnologie. Berlin ³2003, 617-635, hier 620 f., 630 f. Zur Naturheilkunde vgl. *Erna H.* (wie Anm. 22), 19; *Fritz Sa.*: Doku Wien o.A., 39, 44; *Franz O.*: Hstas 1435, 14; *Kurt I.*: Doku Wien o.A., 95; *Frau ‚Julia Odermatt‘*: Vk Zh

210, 11. Mit der Naturheilbewegung beschäftigt sich zuletzt umfassend *Cornelia Regin*: Selbsthilfe und Gesundheitspolitik. Die Naturheilbewegung im Kaiserreich (1889 bis 1914). Stuttgart 1995, hier 449. (= Medizin, Gesellschaft und Geschichte, 4). Zur Homöopathie vgl. *Hildegard W.*: Dta Em 1001/II,2, 14; *Ingrid B.*: Dta Em 628, 124. Zu homöopathischen Laienvereinen vgl. *Eberhard Wolff*: Gesundheitsverein und Medikalisierungsprozess. Der homöopathische Verein Heidenheim/Brenz zwischen 1886 und 1945. Tübingen 1989 (= Studien und Materialien des Ludwig-Uhland-Instituts der Universität Tübingen im Auftrag der Tübinger Vereinigung für Volkskunde, 2), 144 ff. Siehe auch die Beiträge in *Martin Dinges* (Hg.): *Patients in the History of Homeopathy*, Sheffield 2002 (= Network Series, 5).

³¹ Vgl. *Marianne J.* (wie Anm. 19), 19; *Sophie S.*: Dta Em 79,2, 20 f.; *Gertrud R.*: Doku Wien o.A., 56; *Friederike H.* (wie Anm. 24), 17; *Otto Sch.*: Dta Em 312, 40 f.; *Kurt U.*: Dta Em 250, 21. Zur Kneipp-Therapie weiter bei *Karl Rothschild*: Naturheilbewegung, Reformbewegung, Alternativbewegung. Stuttgart 1983, 79 ff.

³² Siehe dazu *Ute Frevert*: Akademische Medizin und soziale Unterschichten. Professionsinteressen – Zivilisationsmission – Sozialpolitik. In: Jahrbuch des Instituts für Geschichte der Medizin der Robert Bosch Stiftung, 4 (1987), 41-59, hier 52 ff.; *Claudia Huerkamp*: Ärzte und Patienten. In: Alfons Labisch u. Reinhold Spree (Hgg.): *Medizinische Deutungsmacht im sozialen Wandel des 19. und 20. Jahrhunderts*, Bonn 1989, 57-73; *Labisch* (wie Anm. 17), 180 ff.; *Jens Lachmund* u. *Gunnar Stollberg*: Patientenwelten. Krankheit und Medizin vom späten 18. bis zum frühen 20. Jahrhundert im Spiegel von Autobiographien. Opladen 1995, 194 ff.

³³ Theoretisch führt dies aus *Norbert Schindler*: Widerspenstige Leute. Studien zur Volkskultur in der frühen Neuzeit. Frankfurt a.M. 1992, 35 ff.

³⁴ Vgl. *Labisch* (wie Anm. 17), 134; *Lachmund* u. *Stollberg* (wie Anm. 32), 192 ff.

³⁵ Zur Biographie als Bewältigungshandeln vgl. *Wolfram Fischer-Rosenthal*: Biographie und Leiblichkeit. Zur biographischen Arbeit und Artikulation des Körpers. In: Peter Alheit u.a. (Hgg.): *Biographie und Leib*. Gießen 1999, 15-43, hier 33 ff.; *Christian Klein*: Zwischen Quelle und Methode. Zum Verhältnis von Medizin und Biographie. In: *Bios. Zeitschrift für Biographieforschung, Oral History und Lebensverlaufanalysen*, 19 (2006), 5-15, hier 9 ff.

³⁶ Zum Verhältnis von Selbst- und Fremdhilfe allgemein weiter bei *Grunow* (wie Anm. 7), 1054; *Dinges* (wie Anm. 6), 21 ff.; *Wolff* (wie Anm. 30), 672.

³⁷ *Regin* (wie Anm. 30), 98.

³⁸ Vgl. *Ute Frevert* (wie Anm. 17), 47 ff.; dies.: ‚Fürsorgliche Belagerung‘. Hygienebewegung und Arbeiterfrauen im 19. und frühen 20. Jahrhundert. In: *Geschichte und Gesellschaft*, 11 (1985), 420-446, hier 423 ff.

³⁹ Vgl. zur Hausväterliteratur *Susanne Günster*: Die Aufgaben der Hausmutter in der Gesundheitsfürsorge und Krankenbetreuung. Eine medizinhistorische Untersuchung der deutschsprachigen Hausväter-/Hausmütterliteratur der Frühen Neuzeit. Diss. med. Hannover 1985, 57-65, 70-108; zur Alltagspraxis siehe *Robert Jütte*: ‚Wo kein Weib ist, da seufzt der Kranke‘ – Familie und Krankheit im 16. Jahrhundert. In: *Jahrbuch des Instituts für Geschichte der Medizin*, 7 (1989), 7-24.

⁴⁰ *Angelika Wetterer*: Arbeitsteilung und Geschlechterkonstruktion. ‚Gender at Work‘ in theoretischer und historischer Perspektive. Konstanz 2002, 26. Grundlegend für die ‚doing gender‘-Perspektive ist *Erving Goffman*: *Das Arrangement der Geschlechter*. In: *Hubert Knobloch* (Hg.): *Erving Goffman. Interaktion und Geschlecht*. Frankfurt a.M. u. New York 2001, 105-158.

⁴¹ *Bettina Dausien*: Erzähltes Leben – erzähltes Geschlecht? Aspekte der narrativen Konstruktion von Geschlecht im Kontext der Biographieforschung. In: *Feministische Studien*, 19 (2001), 57-73.

⁴² *Robin Saltonstall: Healthy Bodies, Social Bodies. Men's and Women's Concepts and Practices of Health in Everyday Life.* In: *Social Science and Medicine* 36 (1993), 7-14, zitiert hier 12.

⁴³ Vgl. bspw. *Frau ‚Pokahontas‘*: Vk Zh 34, 8; *Frau ‚Holunder‘*: Vk Zh 47, 19; *Selma W.* (wie Anm. 22), 20; *Marianne J.* (wie Anm. 19), 44 f.; *Elfriede Sch.* (wie Anm. 24), 71, bei der die Pflege ihrer Eltern zum zentralen Thema ihrer Autobiographie geworden ist.

⁴⁴ *Joan Wallach Scott: Gender and the Politics of History.* New York 1988, 42.

⁴⁵ Durch Frauen siehe *Helene R.*: Text 2. Doku Wien o.A., 92; *Senta E.*: Dta Em 185/IV, 69; *Maria Wie.*: Text 1. Doku Wien o.A., 56; *Hermine L.*: Doku Wien o.A., 17, 22, 41, 43; *Martha We.*: Dta Em 1040/I, 39, 41 ff.; *Katharina K.*: Dta Em 1056/III,1, 9, 16; *Annemarie F.* (wie Anm. 22), 90; *Frau ‚Julia Odermatt‘* (wie Anm. 30), 17; *Helene E.*: Hstas 1594, 2; *Therese B.*: Doku Wien o.A., 107, 126; *Therese S.* (wie Anm. 22), 12; *Irmgard K.*: Text 1. Doku Wien o.A., 16, 70; *Irmgard K.*: Text 2. Doku Wien o.A., 19; *Elfriede Sch.*: Dta Em 870,1, passim. Durch Männer siehe *Herr ‚Achtzig Jahre Sondi‘*: Vk Zh 44, 87; *Friedrich Po.* (wie Anm. 16), 35; *Pavol B.*: Doku Wien o.A., 69; *Richard S.* (wie Anm. 244), 17, 72, 223; *Georg-Mattes A.*: Lui Tü o.A., 3; *Willibald H.* (wie Anm. 22), 26; *Reinhold M.*: Dta Em 915, 152, 189; *Albrecht M.*: Dta Em 762, 9, 37, 7; *Johann H.*: Doku Wien o.A., 1; *Fritz K.*: Doku Wien o.A., 127.

⁴⁶ Vgl. *Christian D.* (wie Anm. 21), 37, 40; *Maximilian S.* (wie Anm. 22), 92 f.; *Ivo D.*: Doku Wien o.A., 120; *Johann H.* (wie Anm. 46), o.A.

⁴⁷ Vgl. bspw. *Maria Wie.*: Text 2. Doku Wien o.A., 4 o; *Hanny J.* (wie Anm. 26), 244; *Martha We.* (wie Anm. 46), 41 ff.; *Katharina K.*: Dta Em 1056/III,1, 16; *Frau ‚Nena‘*: Vk Zh 131, 13; *Erika T.*: Dta Em 842, 42; *Maria Wit.*: Dta Em 911, 42; *Therese S.* (wie Anm. 22), 12; *Irmgard K.* (wie Anm. 46), 16; *Hildegard J.* (wie Anm. 22), 44; *Bruno F.* (wie Anm. 21), 69; *Richard S.* (wie Anm. 24), 17; *Otto Sa.*: Dta Em 1073, 21; *Siegfried B.*: Dta Em 652, 164; *Willibald H.*: Doku Wien o.A., 3; *Gunter J.* (wie Anm. 22), 22; *Götz M.*: Dta Em 1292,3, 199, 259.

⁴⁸ Vgl. aber *Richard S.* (wie Anm. 24), 112 f.; *Johann H.* (wie Anm. 46), o.A.

⁴⁹ *Hanny J.* (wie Anm. 26), 276; *Martha We.* (wie Anm. 46), 70, 93.

⁵⁰ Vgl. *Grunow u. Grunow- Lutter* (wie Anm. 1), 549, 563; *Frank Nestmann u. Christiane Schmerl: Das Geschlechterparadox in der Social Support-Forschung.* In: diess. (Hgg.): *Ist Geben seliger als nehmen? Frauen und Social Support.* Frankfurt a.M. 1990, 7-35, hier 19.

⁵¹ Vgl. *Herfried Münkler u. Karsten Fischer: ‚Nothing to kill or die for ...‘. Überlegungen zu einer politischen Theorie des Opfers.* In: *Leviathan. Zeitschrift für Sozialwissenschaften*, 28 (2000), 343-363, hier 357. Siehe auch *Reinhard Koselleck: Einleitung.* In: *Reinhard Koselleck u. Michael Jeismann (Hgg.): Der politische Totenkult. Kriegerdenkmäler in der Moderne.* München 1994, 9-20, hier 19.

⁵² *Friedrich Po.* (wie Anm. 16), 248.

⁵³ *Münkler u. Fischer* (wie Anm. 51), 345. Vgl. bspw. *Frau ‚Julia Odermatt‘* (wie Anm. 30), 16; *Irmgard K.* (wie Anm. 24), 73; *Gilda N.*: Text 2. Doku Wien o.A., 4; *Maria L.*: Dta Em 514, 48; *Herr ‚Achtzig Jahre Sondi‘* (wie Anm. 46), 87; *Bruno F.* (wie Anm. 21), 69; *Maximilian S.* (wie Anm. 22), 129 f.; *Richard S.* (wie Anm. 24), 7, 72, 112 f., 223; *Eugen R.*: Dta Em 1062, 13; *Georg-Mattes A.* (wie Anm. 46), 3; *Willibald H.* (wie Anm. 22), 26; *Johann H.* (wie Anm. 46), 1; *Fritz K.* (wie Anm. 46), 127.

⁵⁴ Vgl. *Selma W.* (wie Anm. 22), 20; *Therese B.* (wie Anm. 46), 126.

⁵⁵ Siehe dazu *Münkler u. Fischer* (wie Anm. 51), 345 ff.; *Aleida Assmann: Der lange Schatten der Vergangenheit. Erinnerungskultur und Geschichtspolitik.* München 2006, 183 ff.

⁵⁶ Vgl. hierzu nochmals *Krüger* (wie Anm. 20).

⁵⁷ Vgl. bspw. *Frau ‚Nimmermüde‘*: Vk Zh 91, 45 f.; *Frau ‚Pokahontas‘* (wie Anm. 44), 8; *Maximilian S.* (wie Anm. 22), 129 f.; und allgemein *Marianne J.* (wie Anm. 19), 29.

⁵⁸ Vgl. *Maren Möhring*: Die Regierung der Körper. ‚Gouvernementalität‘ und ‚Techniken des Selbst‘. In: Zeithistorische Forschungen/Studies in Contemporary History, Online-Ausgabe, 3 (2006), <http://www.zeithistorische-forschung.de/16126041-Möhring-2-2006> (Stand: 31.05.2007), hier 2, 5.

⁵⁹ Vgl. u.a. *Steffen Niemann u. Thomas Abel*: Neue soziale Ungleichheiten. Lebensstile und Gesundheit. In: Andreas Mielck u. Kim Bloomfield (Hgg): Sozial-Epidemiologie. Eine Einführung in Grundlagen, Ergebnisse und Umsetzungsmöglichkeiten. Weinheim u. München 2001, 107-116; *Johannes Stegrist*: Medizinische Soziologie. München ⁶2005, 176.

⁶⁰ Grundlegend ist *Thomas Abel*: Konzept und Messung gesundheitsrelevanter Lebensstile. In: Prävention, 15 (1992), 123-128.

⁶¹ Als distinkter Verhaltensstil wird hier, in Anlehnung an Abel, ein von anderen abgrenzbares Muster innerhalb der verschiedenen Elemente einer gesundheitsrelevanten Verhaltensweise gesehen. Vgl. *Thomas Abel*: Struktur und Dynamik moderner Lebensstile. Grundlagen für ein neues empirisches Konzept. In: Jens Dangschat u. Jörg Blasius (Hgg.): Lebensstile in Städten. Konzepte und Methoden. Opladen 1994, 216-234, hier 217.

⁶² Vgl. *Gunnar Otte*: Sozialstruktur mit Lebensstilen. Studie zur theoretischen und methodischen Neuorientierung der Lebensstilforschung. Wiesbaden 2004 (= Strukturanalyse, 18), 33 f., der hier auch auf die methodischen Schwierigkeiten bei der historischen Untersuchung des Wandels von Lebensstilen verweist.

⁶³ Weiterführend sind hierzu *Hans-Christoph Seidel*: Eine ‚Neue Kultur des Gebärens‘. Die Medikalisierung von Geburt im 18. und 19. Jahrhundert in Deutschland, Stuttgart 1998 (= Medizin, Gesellschaft und Geschichte, 11), 417 ff.; *Patricia Stokes*: Pathology, Danger and Power. Women’s and Physician’s Views of Pregnancy and Childbirth in Weimar Germany. In: Social History of Medicine 13 (2000), 359-380, hier 378 f.; *Martin Dinges*: Immer schon 60% Frauen in den Arztpraxen? Zur geschlechtsspezifischen Inanspruchnahme des medizinischen Angebotes (1600-2000). In: ders. (Hg.): Männlichkeit und Gesundheit im historischen Wandel ca. 1800-ca. 2000. Stuttgart 2007 (= Medizin, Gesellschaft und Geschichte, 27), 295-322.

„Intime Fremde“: „Organspende“ und -transplantation im Spannungsfeld von Körper und Leib¹

Vera Kalitzkus

Organtransplantationen stellen mittlerweile eine etablierte medizinische Behandlungsmethode dar, die jedoch immer noch vehemente ethische und politische Diskussionen hervorruft. Dies liegt unter anderem darin begründet, dass die Transplantationsmedizin verknüpft ist mit der Überschreitung zweier Grenzen des menschlichen Selbstverständnisses: dem individuell verkörperten Selbst und dem Tod. Es ist notwendig, die damit zusammenhängenden ethischen Fragen aus der Sicht der unterschiedlichsten Disziplinen zusammenzutragen (Philosophie, Recht, Theologie, Medizin). Die ethnologische Perspektive kann hierzu einen wichtigen Beitrag leisten: 1. indem sie die Transplantationsmedizin aus einem spezifischen theoretischen Blickwinkel betrachtet, 2. damit in unserer Gesellschaft vermeintlich Selbstverständliches als kulturell spezifisch erkennbar macht, und 3. auch dazu dienen kann, Sprachrohr für im gesellschaftlichen Diskurs untergehende Gruppen und Sichtweisen zu sein. Will man zu einer fundierten Einschätzung der Auswirkungen neuer medizinischer Behandlungsmethoden kommen, so gilt es die Erfahrungen derjenigen zu untersuchen, die von dieser Medizin direkt betroffen sind: in diesem Fall Angehörige „hirntoter Organspender“ sowie Organempfänger. Dies war Anliegen meiner qualitativen Studie, die primär auf insgesamt 43 narrativen Interviews mit Nieren-, Leber-, Herz- und Herz-Lungen-Transplantierten sowie Angehörigen von „hirntoten Organspendern“ beruht. Ergänzend führte ich teilnehmende Beobachtungen bei Selbsthilfegruppentreffen, nationalen und internationalen Sportwettkämpfen für Transplantierte sowie eine einmonatige Klinikhospitalation durch.²

Zur Untersuchung des Feldes Transplantationsmedizin stützte ich mich auf die konzeptionelle Unterscheidung von ‚Körper‘ als biomedizinisch definiertem Objekt einerseits und ‚Leib‘ als individuell erlebten subjektiven Körper andererseits, denn diese Unterscheidung erlaubt es, der Transplantationsmedizin inhärente Konfliktfelder zu erkennen.³ Die Transplantationsmedizin unter dem Gesichtspunkt der Gabentheorien zu betrachten, drängt sich aufgrund der im öffentlichen Diskurs verwandten Terminologie, in der von „Organspende“ und „geschenktem Leben“ gesprochen wird, förmlich

auf. Kombiniert mit der analytischen Unterscheidung von Körper und Leib ermöglicht sie eine andere Sichtweise auf den Komplex Transplantationsmedizin und ihre gesellschaftliche Praxis.

Körper und Leib

Die Transplantationsmedizin beschäftigt sich primär mit dem Körper als Objekt und nicht mit dem subjektiv empfundenen Leib. So vermag sie menschliche Organe in therapeutische Gegenstände zu verwandeln, die als wertvolle Bioressource dem Wohl der Allgemeinheit dienen. Erst die Loslösung des biologisch noch lebenden Körpers vom Selbst des „hirntoten“ Patienten ermöglicht den massiven Eingriff in das Sterben und die Übertragung von Organen in einen anderen Körper. Einmal herausgelöst aus dem Kontext des originären Körpers, besteht aus der biomedizinischen Sicht keine Verbindung mehr zwischen den Organen und dem Selbst bzw. Leib, deren konstitutiver Bestandteil sie waren. Sie werden von allen Leib- und Selbstaspekten gereinigt analog künstlicher Organe oder Ersatzteile verhandelt.

Im öffentlichen Diskurs und insbesondere in der Werbung für „Organspende“ wird neben dem biomedizinischen Konzeptionen des Körpers auch auf die kulturell-metaphorische Bedeutung des Körpers rekurriert. „Schön, wenn Sie Ihr Herz verschenkt haben. Wollen Sie's nach Ihrem Tod noch einmal tun?“, war auf einem Plakat der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung zu lesen, das von Oktober 1996 bis Januar 1997 öffentliche Plakatwände in Deutschland zierte. Zu sehen ist darauf ein verliebtes Paar in inniger Umarmung auf einem Bahnsteig. Das Plakat fordert einen rationalen Umgang mit dem Körper und dem Tod ein, nämlich diesen als reine Biomaterie zu betrachten, die nach dem Tod nutzlos für die Verstorbenen und deshalb medizinischen Zwecken zur Verfügung gestellt werden kann. Zugleich appelliert das Plakat an die emotionale Seite der Menschen, um sie zur „Organspende“ zu motivieren und tut dies, in dem es die metaphorische Bedeutung des Herzen als Sitz der Gefühle anspricht.⁴

Die Erfahrungen sowohl von Hinterbliebenen als auch von Organempfängern zeigen auf, dass neben dem Diskurs Körper immer auch die Leiblichkeit, also der – auch über den Tod hinaus – vom Selbst durchdrungene Körper eine Rolle spielt. Zwar sind biomedizinische Erklärungsmodelle durchaus in das Alltagswissen übergegangen, zugleich ist aber immer auch die subjektiv-sinnliche Ebene vorhanden, die Fragen entstehen lässt nach dem Tod in einem biologisch noch lebenden Körper oder Veränderungen auf seelischer und psychischer Ebene durch die Übertragung eines Organs.

Die enge Verbindung zwischen Körper und Selbst überdauert den Tod. Für die Angehörigen von „Organspendern“ ist zu fragen, inwieweit es ihnen möglich ist, den biologisch noch lebenden Körper des „hirntoten“ Patienten von dessen Leiblichkeit loszulösen und die entnommenen Organe als reine Biomaterie zu betrachten. Eine große Schwierigkeit stellt dabei die fehlende sinnliche Wahrnehmbarkeit des Todes in Form des „Hirntodes“ dar. Angehörige sehen sich auf der Intensivstation mit dem Paradox eines „lebenden Leichnams“ konfrontiert. Denn um für eine Transplantation taugliche Organe entnehmen zu können, muss der Körper von Patienten im Zustand des irreversiblen Hirnversagens über intensivmedizinische Maßnahmen im Absterbeprozess aufgehalten werden.⁵ Der „Hirntod“ ist demnach nur intellektuell zu verstehen und anhand medizintechnischer Ableitungen nachzuweisen. Sein sinnlich, über den Leib wahrnehmbares Erscheinungsbild bringt den Angehörigen jedoch die Zeichen des Lebens entgegen: der Körper einer Patientin im irreversiblen Hirnversagen ist warm, die Brust hebt und senkt sich, man kann das Herz schlagen fühlen – wenngleich auch nur durch apparative Unterstützung. Angehörige sehen sich mit einem ‚neuen Gesicht‘ des Todes konfrontiert, das nicht mit den herkömmlichen kulturellen Deutungsmustern zu Tod und Sterben übereinstimmt. Häufig führt dies zu Problemen in der Verarbeitung eines Trauerfalls mit Organentnahme, da sie auf diese Art des Todes nicht vorbereitet sind.⁶ Sie können den „Hirntod“ zwar rational als Tod verstehen, nicht aber in der Konfrontation mit dem ‚lebenden Leichnam‘ als tatsächlichen Tod nachempfinden.

Für Angehörige ist der „hirntote“ Verwandte noch zu den Sterbenden zu zählen. Dies äußerte sich bspw. in der Sorge, die „hirntote“ Patientin könnte noch etwas von den Gesprächen mitbekommen haben, die an ihrem Krankenbett geführt wurden. Bei einer 28-jährigen Frau entstand zu der Zeit der Entnahmeoperation bei ihrer „hirntoten“ Mutter das Gefühl „auf einen Anruf zu warten, dass sie jetzt wirklich tot ist“. „Wirklich tot“ bedeutet in diesem Zusammenhang, dass sich der Körper der „Hirntoten“ in eine Leiche im herkömmlichen Sinne verwandelt hat und damit von anderen auf der Ebene des Leibes als verstorben erfahrbar ist. Ein Vater, dessen Sohn zum „Organspender“ wurde, formulierte es mir gegenüber folgendermaßen: „Mein Sohn ist, wenn Sie so wollen, zwei Tode gestorben“.⁷

Diese Problematik führt zu einer weiteren Schwierigkeit: der Aufsplitterung des Todes in verschiedene Phasen. Die von manchen Hinterbliebenen geäußerte Vorstellung, ein Teil der „Organspender“ lebe noch weiter, verdeutlicht, dass der Sterbeprozess mit dem tatsächlichen Tod des „Organspenders“ nicht abgeschlossen zu sein scheint. Von einem endgültigen Tod ist diesen Vorstellungen nach erst dann zu sprechen, wenn auch die entnommenen Organe ihre Funktion im Körper der Empfänger eingestellt haben. Über diesen Zeitpunkt bekommen die Hinterbliebenen jedoch keine Infor-

mationen. Auf der Ebene des Leibes betrachtet stellen Organe in gewisser Weise eine Verlängerung des Selbst dar. Das heißt, die Verbindung des Organs mit seinem „Organspender“ reißt mit der Entnahme des Organs aus seinem Körper nicht ab.

Durch die enge Verknüpfung von Körper und Identität wirft die Übertragung von Organen eines Menschen auf einen anderen Fragen nach der Verankerung des individuellen Selbst im Körper auf. Den Körper zu spüren, so der Sozialanthropologe Anthony Giddens, sei ein Weg, das Selbst als integriertes Ganzes zu empfinden. Für das Individuum ist es der Ort, an dem es lebt, sein Zuhause.⁸ Gerade aber der Körper als Zuhause des Selbst wird durch eine Organübertragung in Frage gestellt. Denn nun fordert ein mit einem anderen individuellen Selbst eng verbundenes Organ im eigenen Körper ein neues Zuhause ein. Auf diese existentielle Herausforderung muss ein Mensch reagieren, um sich selbst erhalten zu können.

In meinen Gesprächen mit Organempfängern und –empfängerinnen stand zunächst das biomedizinische Körpermodell im Vordergrund. Mir wurde erklärt, dass es keine Probleme mit der Akzeptanz des neuen Organs gäbe. So wird das Herz als „Pumpe“, andere Organe als „Ersatzteile“ bezeichnet, der Körper als Maschine beschrieben, die regelmäßig zum TÜV muss (die notwendigen Kontrolluntersuchungen). Der Zustand nach der Transplantation wird oft als „genau wie vorher“ bezeichnet, wohl auch um sich von Fragen aus dem sozialen Umfeld nach einer durch das Transplantat hervorgerufenen Identitätsveränderung abzugrenzen. Dies erstaunt, bedenkt man, dass die immunsuppressive Medikation schwere Nebenwirkungen zur Folge hat und eine Organtransplantation keine Heilung bedeutet, sondern die Patienten in einen Zustand chronischer Krankheit entlässt.⁹ Nur über regelmäßige medizinische Kontrolluntersuchungen ist eine lebensgefährliche Abstoßung des Transplantats rechtzeitig zu erkennen. Diese Angst vor einer Abstoßung, damit also die Angst vor dem Tod, ist prägendes Element des Lebens nach einer Transplantation.

Die Auseinandersetzung mit dem Transplantat ist also untrennbar mit dem Tod verknüpft: dem eigenen wie dem des „Spenders“, von dem Organempfänger ihr Leben abhängig wissen. Im Zusammenhang mit dem „Organspender“ wird zumeist geäußert, keine Schuld an seinem Tod zu empfinden, „da er ja sowieso gestorben wäre“. Dennoch stellt diese Tatsache eine Belastung für die Betroffenen dar, die vor allem auch in der „Wartezeit“ auf ein Organ frappierend ist. Dies kann bei Organempfängern zu einer für sie durchaus überlebensnotwendig Verdrängung der Problematik führen. Ein 37-jähriger Nierentransplantierte schildert die Problematik folgendermaßen:

„Ich kenne auch keinen Patienten, der wirklich Probleme damit [also mit dem Organ] gehabt hätte. Dafür ist glaube ich der Qualitätssprung zwischen Dialyse und Leben mit transplantierte

Niere zu groß. Das wird glaube ich komplett abgespalten. Weil, es darf nicht sein! Man darf einfach nicht zu dem Schluss kommen, das geht gar nicht, das kann ich gar nicht. Das hätte ja was Suizidales.“

Hinweise auf ein Vermeiden der Auseinandersetzung mit dem Transplantat oder dem „Organspender“ gibt es viele, sei es, dass die Organempfänger sich das neue Organ nicht auf dem Ultraschallbild ansehen mochten oder – wie mir eine Nierenempfängerin schilderte – sich davor scheuen, dass Organ auf mögliche Veränderungen abzutasten. Aufgrund der kulturellen Vorstellungen ist die Integration des neuen Organs in den Körper eine Aufgabe auch auf psychischer und seelischer Ebene, die von den Patienten bewältigt werden muss.

Die Auseinandersetzung mit dem neuen Organ ist eng verknüpft mit Fragen zur eigenen Identität. Was, wenn dem Organ tatsächlich noch psychische Eigenschaften des Spenders anhaften? Es gibt nur wenige Organempfänger, die für sich konkrete Erinnerungen an ihren „Spender“ behaupten, wie z.B. Claire Sylvia in dem Bericht über ihre Herztransplantation:

„Manchmal hatte ich das Gefühl, daß noch jemand bei mir war und daß auf irgendeine nicht näher bestimmbare Weise mein Ichgefühl zu einer Art von Wir geworden war. Zwar konnte ich diese zusätzliche Präsenz nicht immer wahrnehmen, doch manchmal fühlte es sich fast so an, also ob ich meinen Körper mit zwei Seelen teilte.“¹⁰

Fälle von Patienten, die sich in ihrem Wesen verändert fühlen und dies auf Charaktereigenschaften des „Spenders“, die dem transplantierten Organ anhaften, zurückführen, sammelte der selbst knochenmarkstransplantierte Psychoneuroimmunologe Paul Pearsall.¹¹ Nur einmal schilderte mir in diesem Sinn ein Transplantiertes (56), er habe eine Ahnung, was die Herkunft seines Herzens angehe, die Art dieser „inneren Verbindung“ könne er sich aber auch nicht erklären. Dies leitet über zu der Frage der Beziehung zwischen der „spendenden“ und empfangenden Seite von Organtransplantation, die ich aus der Perspektive des Gabentausches beleuchten möchte.

Organtransplantation und die Dimension der Gabe

Eine „Organspende“ wird als „geschenktes Leben“ bezeichnet. Ein Geschenk oder eine Spende lässt sich ethnologisch als sogenannte Gabe bezeichnen. Der Gabentausch ist in anderen Gesellschaften ein Grundprinzip des sozialen Zusammenhaltes. Der Austausch von Gaben – wie bspw. bei Geburten, Hochzeiten oder Beerdigungen – dient

der Schaffung sozialer Beziehungen und damit dem Erhalt einer sozialen Gemeinschaft, der man sich verbunden fühlt. Grundprinzip des Gabentausches ist nach Marcel Mauss, dass eine Gabe durch eine Gegengabe erwidert werden muss und damit eine Beziehung zwischen zwei Parteien hergestellt wird.¹² Dies ist ein allgemein gültiges Prinzip, das auch auf heutige Gesellschaften zutrifft. Das Besondere an unseren Geschenken und Spenden ist, dass sie freiwillig und ohne Erwartung einer Gegengabe gegeben werden. Man könnte Geschenke also als idealisierte Form einer Gabe bezeichnen. Die Erwartung einer Erwidmung ist aber dennoch vorhanden: Sei es in Form von gesellschaftlicher Anerkennung als großzügiger Spender, von Gegengeschenken oder aber in Erwartung von Dankbarkeit.

In den Gesprächen mit von Organtransplantation direkt Betroffenen beider Seiten findet sich die Dimension der Gabe wieder. Sie ist zudem – so machte meine Analyse deutlich – verbunden mit dem Spektrum von Körper und Leib, d. h. mit der Frage bis zu welchem Grad entnommene Organe von den Hinterbliebenen und den Organempfängern als veräußerbar empfunden werden. Sind menschliche Organe primär eine Ressource, die nach dem Tod für den oder die Verstorbene keine Bedeutung mehr hat oder sind sie vom Selbst eines Menschen durchdrungene Leibteile – auch über den Tod und nach der Organverpflanzung hinaus? Das Ausmaß der Veräußerbarkeit und Kommerzialisierung des Körpers stellt einen gesellschaftlich stark umstrittenen Bereich dar. Dies betrifft vor allem Körperteile und -funktionen, die eng mit der Schaffung menschlicher Identität verknüpft sind. Nach Marilyn Strathern evoziert die Terminologie von ‘Spende’ und ‘Geschenk’ einen gemeinnützigen Altruismus bei der Blut- und „Organspende“ (Organe werden ihrer Einschätzung nach dabei zu ‘losgelösten Entitäten’) im Sinne eines persönlichen Opfers für das Allgemeinwohl, eine Gabe an die Gesellschaft.¹³

Die Erfahrungen Angehöriger „hirntoter Organspender“ verdeutlichen, dass weder der Körper der „Hirntoten“ noch die entnommenen Organe rein auf der Körperebene gesehen werden. Vielmehr stellen sie Teile des Leibes eines Verstorbenen dar, die sich nicht oder nur bedingt von seinem Selbst und seiner Individualität trennen lassen.

Die Ehefrau eines „Organspenders“ konzeptionalisierte entnommene Organe primär auf der Ebene des Körpers, denn sie wisse, „[...] dass im Herzen nicht die Psyche sitzt“. Sie hatte dementsprechend keine Probleme mit der Organentnahme und sah auch keine Verbindung zu den Menschen, die Organe ihres verstorbenen Mannes empfangen hatten. Ihr genügte das Wissen, zum Wohl der Gemeinschaft beigetragen zu haben und erwartete keine besondere Anerkennung oder Gegengabe. Menschen mit dieser Vorstellung kommen mit der heutigen, in Deutschland herrschenden Praxis der Transplantationsmedizin am besten zurecht.¹⁴

Etwas über die Hälfte meiner Gesprächspartner und -partnerinnen bekundete dagegen Interesse an der Seite der Organempfänger, einige hatten über ihr zuständiges Transplantationszentrum Informationen über den Verlauf der Transplantationen erhalten. Sie freuten sich über diese Informationen und sahen sich damit in ihrer Entscheidung für eine Organentnahme bestätigt. Einige hätten gerne mehr über die Organempfänger und ihr Schicksal erfahren und bemängelten keine weiteren Informationen zu bekommen. Ein Hinterbliebener äußerte, dies hätte ihm helfen können, ein Gegengewicht zu den erlebten unpersönlichen Strukturen und der Anonymität in der Klinik zu setzen. Von anderen wurde eine Art Schicksalsverbindung angenommen, durch die ein Kontakt auf ‚übernatürlicher‘ Ebene entstanden sei. Auch diese Vorstellung verweist auf eine über die physische Ebene hinausgehende Dimension bei einer Organübertragung, die zwischen der „spendenden“ und empfangenden Seite existiert. Für Menschen, deren Einstellung sich in diesem Bereich auf dem Kontinuum zwischen Körper und Leib befindet, ist eine Organübertragung vorstellbar und akzeptabel. Dennoch äußerten Hinterbliebene immer wieder, Anerkennung und Wertschätzung für das, was sie in einem schweren Moment auf sich genommen hatten, zu vermissen. Damit kommt klar zum Ausdruck, dass eine (immaterielle) Gegengabe zum Ausgleich des Gabentausches notwendig wäre.

Am anderen Pol auf dem Kontinuum der Einstellungen wird das Organ als ein so intimer Teil des Körpers und so eng mit dem Selbst und Leib eines Menschen verbunden empfunden, dass der Gedanke an die entnommenen Organe, die sich nun im Körper eines wildfremden Menschen befinden, als „grotesk“ und äußerst schmerzhaft empfunden wird. Menschen mit dieser Vorstellung ist die Veräußerbarkeit von Organen demnach nicht möglich. Eine Zustimmung zu einer Organentnahme kann für sie zu psychischen oder seelischen Belastungen führen. Über die Veräußerbarkeit von Organen ist in einer werteppluralen Gesellschaft keine generalisierende Aussage zu treffen. Aus diesem Grund kann und darf „Organ spende“ nicht zu einer Bringschuld werden. Es wird sich zeigen, ob sich in Zukunft die am biomedizinischen Körpermodell orientierten Konzeptionen weiter durchsetzen werden oder die Dimension des Leibes zunehmen wird.

Die Verpflichtung zur Gegengabe, die jedem Gabentausch innewohnt, lässt sich auf der empfangenden Seite von Organtransplantationen in verschiedenen Bereichen erkennen. Vor allem fällt die immer wieder geäußerte Dankbarkeit für das „geschenkte Leben“ auf. Diese Dankbarkeit ist als immaterielle Gegengabe zu verstehen, die vom Soziologen Georg Simmel als wichtiger Aspekt der Reziprozität im Gabentausch angesehen wird.¹⁵ Allerdings können Organempfänger diese Dankbarkeit nie direkt zum Ausdruck bringen, da sie über die Identität ihres „Organ spenders“ – abgesehen von

ungefähren Angaben zu Alter, Geschlecht und Region – nichts erfahren.

Neben der bereits erwähnten Beteuerung, sich nicht für den Tod des „Organ-spenders“ schuldig zu fühlen, gedenken viele Organempfänger an ihrem „zweiten Geburtstag“ – dem Tag der Transplantation – auch ihres „Organ-spenders“, dessen Todestag dies ist. Diese Ambivalenz der Gefühle zwischen Freude, Dankbarkeit und Trauer brachte eine 46-jährige Nierentransplantierte zum Ausdruck:

„Es war dieser erste Gedanke. Jetzt ist jemand gestorben, um den ich ja eigentlich auch trauere und mich gleichzeitig freue. Es war dieses schizophrene Gefühl. Ein Mensch ist gestorben, vom dem ich die Niere habe. Der steht mir auf einmal so nah, dass ich um ihn auch trauere. [X] Dieses Gefühl, dass man aber nicht ‚Danke‘ sagen kann. Das hat mich von da an verfolgt.“

Ein weiterer Nierentransplantierte äußerte sich ebenfalls zu dem Gefühl einer intimen Verbindung zu seinem „Organ-spender“, obgleich er ihm doch vollkommen fremd sei. Aufgrund der von ihm empfundenen Belastung wollte er auch keine weiteren Informationen über seinen Spender erfahren:

„Das hat mich eh belastet. Das ist etwas, was mir immer präsent war, dass auch jemand sterben musste; [X] dass es mir immer besser geht und ich dessen Organ in meinem Bauch trage. So etwas sehr Intimes, bei ihm raus und bei mir rein.[X] Das ist ja, wie auch immer, sein Innerstes, das habe ich jetzt.“

Im Zusammenhang mit dem „Organ-spender“ äußerten über die Hälfte der Organ-empfänger ohne diesbezügliche Nachfrage meinerseits, auch selbst zu einer „Organ-spende“ bereit zu sein, wenn sie die Möglichkeit dazu hätten. Dies lässt sich als die gefühlte Verpflichtung zur Gegengabe interpretieren. Um ihrer Freude und Dankbarkeit Ausdruck zu verleihen, engagieren sich viele Organempfänger stattdessen in Selbsthilfegruppen für andere Patienten und für die Sache der „Organ-spende“.

„Missing link“

Bei Organtransplantation handelt es sich laut Jaques T. Godbout um eine besondere Form der Gabe: nämlich eine Gabe an Fremde, die keinen direkten Kontakt zueinander haben, denn zwischen „spendender“ und empfangender Seite herrscht strikte Anonymität.¹⁶ Die mit einer Organtransplantation verbundenen Grenzüberschreitungen zwischen dem individuell verkörperten Selbst und dem Tod stehen nicht im zentralen Blickfeld der Transplantationsmedizin, die sich primär mit dem Körper und nicht mit dem Leib beschäftigt. Dadurch vermag sie menschliche Organe in therapeutische Ge-

genstände zu verwandeln, die als wertvolle Bioressource dem Wohl der Allgemeinheit dienen und somit zum ‚öffentlichen Gut‘ werden. Einmal herausgelöst aus dem Kontext des originären Körpers, besteht aus der auf dem biomedizinischen Körpermodell basierenden Sicht keine Verbindung mehr zwischen den Organen zum Leib, dessen konstitutiver Bestandteil sie waren.

Die Vermittlung der Organe über ein professionelles System, das nicht nach den Maximen des Gabentausches handelt, sondern nach Regeln des Staates und des Marktes operiert, hat nach Jaques T. Godbout die Konsequenz, dass es keine gemeinsame Norm aller an einer Organtransplantation Beteiligten gibt.¹⁷ Aus transplantationsmedizinischer, auf den Körper fokussierten Sicht stellt sich die Problematik der fehlenden Gegengabe nicht. Dies hat zur Konsequenz, dass der notwendige Ausgleich für die „spendende“ Seite zu wenig bis gar keine Beachtung erfährt.

Sowohl auf der „spendenden“ als der empfangenden Seite von Organtransplantation zeigen sich die Auswirkungen des unausgeglichenen Gabentausches. Hinterbliebene vermissen die Anerkennung und Dankbarkeit für ihre Zustimmung zur Organentnahme, die ihnen oftmals viel abverlangte und – bei nachlässigem Umgang mit ihnen von Klinikseite – auch zu traumatischen Erfahrungen geführt hatte. Eine weitere Verantwortung in der Durchführung von Organtransplantationen liegt in einem sorgfältigen Umgang mit den Angehörigen von „Organspendern“ in der Klinik und entsprechende Maßnahmen zu ihrem Schutz und weiterer Unterstützung nach der Organentnahme¹⁸, was – so zeigten die von mir geführten Gespräche – leider oftmals nicht gegeben war. Aber auch bei den Organempfängern lassen sich Nachwirkungen des zerbrochenen Tausches finden. Sie leiden unter den geschilderten Nebenwirkungen dieser neuen Medizin – im konkreten wie auch im übertragenen Sinne: nämlich ihr Leben dem Tod eines anderen Menschen zu verdanken und ein Geschenk von solcher Größe nie zurückgeben zu können. Die in Deutschland bestehende Möglichkeit, über Transplantationszentren den Angehörigen persönliche, aber dennoch anonym gehaltene Dankeschreiben zu übermitteln, war den meisten nicht bekannt und wurde bisher von Seiten der Transplantationszentren auch nicht gefördert.

Die Aufgabe, für den Ausgleich in diesem ungleichen Beziehungsgeflecht zu sorgen, stellt sich also der dritten Seite, die im Komplex der Organtransplantation tätig ist, den professionellen Vermittlern und der Gesellschaft. Es gibt jedoch sowohl in Deutschland als auch international Hinweise darauf, dass der „spendenden“ Seite mehr Beachtung zukommt. Auf der Seite der deutschen Stiftung Organtransplantation (DSO) wird nun im Internet eine Seite mit Informationen und Hilfsangeboten für Hinterbliebene angeboten. In manchen Kliniken werden Orte oder Anlässe des Gedenkens an die Organspender geschaffen. Ein symbolisch sehr eingängiges Bild zeigte

sich mir bei den XI. World Transplant Games 1997 in Sydney, Australien. Dort waren Angehörige von „Organspendern“ als Ehrengäste mit in die Veranstaltung einbezogen. Nach anfänglichen Berührungängsten kam es zu sehr emotionalen Begegnungen zwischen der „spendenden“ und empfangenden Seite, die darin gipfelte, dass ein Organempfänger seine im Tennis gewonnene Goldmedaille unter Tränen der Mutter eines „Organspenders“ überreichte.¹⁹ Folgende Beispiele zeigen auf, wie eine Unterstützung und Anerkennung der gebenden Seite auf gesellschaftlicher Ebene aussehen könnte. So hat das norditalienische Transplantationsprogramm seit Beginn der 1990er Jahre eine psychologische Stelle zur Unterstützung der Hinterbliebenen von „Organspendern“ eingesetzt. Seit 1991 werden allen „Spenderfamilien“ Dankesbriefe und „Spenderzertifikate“ zugesandt, die über den jüngsten Verlauf der Transplantationen berichten, ohne jedoch die Anonymität zwischen beiden Seiten aufzuheben. Diese Zertifikate sollen, so Sirchia/Mascaretti, die Anerkennung ausdrücken „for the good that has been done for society by means of their relative’s donation“.²⁰

Deutlich zeigt sich ein gesellschaftlicher Handlungsbedarf in der Praxis der Transplantationsmedizin. Eine wichtige Verantwortung liegt in einem offenen Diskurs und Informationsfluss, der den Menschen eine Wahl und Entscheidung auf breitem Wissen ermöglicht und nicht große Teile der komplexen Realität von Organtransplantation verschweigt, wie dies in den sogenannten Aufklärungsschriften zur „Organspende“ der Fall ist und auch für den US-amerikanischen Kontext bemängelt wird.²¹ Dazu gehört die Auseinandersetzung mit den schweren und unangenehmen Aspekten der Transplantation und zwingend die Auseinandersetzung mit dem Tod, ohne den die Transplantationsmedizin in der heutigen Form nicht existieren würde.

¹ Dies ist die leicht überarbeitete Version eines Aufsatzes, der zum ersten Mal 2002 unter demselben Titel in dem Band Körperpolitik – Biopolitik. Berliner Blätter: Ethnographische und ethnologische Beiträge, 29 (2002), 43-51 erschien. Ich danke den Herausgebern für die Erlaubnis, den Artikel erneut zu veröffentlichen.

² Die Studie entstand im Rahmen eines DFG-Forschungsprojekt (1996-2001) zum Umgang mit Humantechnologien in Deutschland unter der Leitung von Prof. Brigitta Hauser-Schäublin, Institut für Ethnologie in Göttingen. Vgl. *Brigitta Hauser-Schäublin, Vera Kalitzkus, Imme Petersen, Iris Schröder*: Der geteilte Leib. Die kulturelle Dimension von Organtransplantation und Reproduktionsmedizin in Deutschland. Frankfurt a.M. u. New York 2001, zu den übergreifenden Fragestellungen. Die Ergebnisse meiner Dissertation zur Transplantationsmedizin sind ausführlich dargelegt in *Vera Kalitzkus*: Leben durch den Tod. Die zwei Seiten der Organtransplantation. Eine medizinethnologische Studie. Frankfurt a.M. u. New York 2003.

³ Dabei ist der Leib nicht der Bereich der authentischen, unhinterfragbaren Erfahrung, sondern ebenfalls kultureller Prägung unterworfen. Vgl. *Gesa Lindemann*: Das soziale Geschlecht unter der Haut. In: KEA – Zeitschrift für Kulturwissenschaften, 7 (1994), 112.

⁴ Zur kulturell-metaphorischen Bedeutung des Körpers vgl. u.a. *Claudia Benthien, Christoph Wulf* (Hg.): Körperteile: eine kulturelle Anatomie. Reinbek 2001; zur besonderen Bedeutung des Herzens vgl. *Georg Berkemer u. Guido Rappé* (Hgg.): Das Herz im Kulturvergleich. Berlin 1996; *Heide Hollmer* (Hg.): Hallo mein Herz! Ein Lesebuch. München 1997; *Oliva Wiebel-Fanderl*: Kulturschock Herztransplantation. In: BIOS, 10 (1997), H. 1, 116.

⁵ Zur Definition und Problematik des „Hirntodes“ vgl. *Hans-Peter Schlake u. Klaus Roosen*: Der Hirntod als der Tod des Menschen. Neu-Isenburg 1995, 13; *Thomas Schlich u. Claudia Wiesemann* (Hgg.): Hirntod. Zur Kulturgeschichte der Todesfeststellung. Frankfurt a.M. 2001.

⁶ Selbst beim medizinischen Personal, das direkt mit „hirntoten“ Patienten arbeitet, treten trotz fundiertem medizinischen Wissen um den „Hirntod“ Zweifel auf, wie andere Studien zeigen. Vgl. hierzu *Ulrike Baureitbel u. Anna Bergmann*: Herzloser Tod. Das Dilemma der Organspende. Stuttgart 1999; *Hans Walter Striebel u. Jürgen Link* (Hgg.): Ich pflege Tote. Die andere Seite der Transplantationsmedizin. Basel 1991; *Hauser-Schäublin* u.a. (wie Anm. 2). Die meisten der Angehörigen in meiner Erhebung, die nicht mit dem „Hirntod“ auf der Intensivstation konfrontiert wurden, standen der Organspende positiv gegenüber und äußerten auch keine Zweifel am Todeszeitpunkt. Etwa die Hälfte der Angehörigen, die mit dem „Hirntod“ auf der Intensivstation konfrontiert waren, bereute ihre Entscheidung oder befindet sich noch im Zweifel. Als Gründe hierfür wurden genannt: Umgang mit ihnen in der Klinik, Zweifel am Todeszeitpunkt, Zeitdruck und Störung bei der Verabschiedung, Zustand der Leiche nach der Explantation. Damit wird deutlich, dass das vorrangige Problem darin liegt, den Tod in seiner neuen ‚Verkörperung‘ zu erkennen. *Kalitzkus* (wie Anm. 2), 104-149.

⁷ Die Interviewzitate wurden zur besseren Lesbarkeit sprachlich geglättet.

⁸ *Anthony Giddens*: Modernity and self-identity. Self and society in the late modern age. Cambridge 1991, 55 u. 78.

⁹ Wenngleich auch nach einer Transplantation bemerkenswerte körperliche Leistungen möglich sind, wie die transplantierten Sportler und Sportlerinnen bei nationalen und internationalen Sportwettkämpfen der Öffentlichkeit zeigen. *Kalitzkus* (wie Anm. 2), 213-215.

¹⁰ *Claire Sylvia*: Herzensfremd. Wie ein Spenderherz mein Selbst veränderte. Hamburg 1998, 136.

¹¹ *Paul Pearsall*: The heart's code. The true stories of organ transplant patients – and what they reveal about where we store our memories. New York u. London 1998.

¹² *Marcel Mauss*: Die Gabe. Form und Funktion des Austauschs in archaischen Gesellschaften.

Frankfurt a.M. 21994 [1925].

¹³ *Marilyn Strathern*: Partners and consumers: making relations visible. In: Alan D. Schrift (Hg.): *The logic of the gift*. London u.a. 1997, 301.

¹⁴ Diese Praxis schreibt strikte Anonymität zwischen der spendenden und empfangenden Seite vor.

¹⁵ *Georg Simmel*: Exkurs über Treue und Dankbarkeit. In: ders.: *Soziologie. Untersuchungen über die Formen der Vergesellschaftung*. Gesamtausgabe Bd. 11. Frankfurt a.M. 1999 [1908], 652-670.

¹⁶ *Jacques T. Godbout*: *L'esprit du don*. Paris: Éditions la Découverte 1992.

¹⁷ Ebd.

¹⁸ Vgl. *Carl Ludwig Fischer-Fröhlich* u. *Manuela Kulik*: *Das Spannungsfeld der Organspende: Erfahrungen von Angehörigen Jahre danach*. Vortrag anlässlich der Tagung der deutschen Transplantationskoordinatoren, Deutsche Stiftung Organtransplantation. Homburg/Saar, Juni 1996, unveröffentlicht.

¹⁹ *Kalitzkus* (wie Anm. 2), 245.

²⁰ *G. Sirchia, L. Mascaretti*: *Familij consent: legal and cultural background*. In: *Transplantation Proceedings* 1997, 29, 1622–1624.

²¹ *Renée Fox, Judith Swazey*: *Spare parts: organ replacement in American Society*. Oxford 1992.

Ritual, Religion und Krankheit

Populärreligiöse Handlungspraxen im Kontext von Gesundheits- und Körperkonzepten

Dagmar Hänel

Im Januar 2006 besuchte ich mit einer Gruppe Studierender im Rahmen des Seminars „Religion und Ritual“¹ den niederrheinischen Wallfahrtsort Kevelaer.² Obwohl wir aufgrund des Termins keine großen Wallfahrtergruppen erwarteten,³ konnten doch mehrere Einzelpersonen und Kleinstgruppen beobachtet werden, die von den Exkursionsteilnehmerinnen und -teilnehmern im Nachgespräch als „Wallfahrer“ klassifiziert wurden. Die Frage nach dem Grund dieser Einschätzung beantworteten die Studierenden mit dem Hinweis auf die von ihnen wahrgenommene Zeichen körperlicher Einschränkung und Krankheit: So wurden vier Sehbehinderte oder Blinde, zwei Rollstuhlfahrer, zwei Menschen mit geistigen Behinderungen, mindestens sechs Personen mit Gehhilfen und vier kranke Kinder mit ihren Begleitpersonen beim Besuch der Gnadenkapelle und bei der Durchführung bestimmter Handlungen (Kerzen anzünden, lange Betrachtung des Gnadenbildes, Gebet) beobachtet.

Für die Studierenden war klar: Wer schwer erkrankt ist, sucht Hilfe bei überirdischen Instanzen, denn wenn die Medizin an ihre Grenzen stoße, könne nur noch ein Wunder Heilung bringen.

Ein solches Konzept von Heilung und ein entsprechender Umgang mit Krankheit werden vor allem für vormoderne Gesellschaften postuliert.⁴ Die historisch belegten unterschiedlichen Praktiken zeigen, dass Konzepte von gesund und krank oft eine direkte Korrelation mit religiösen Vorstellungen aufweisen: Krankheit als Strafe einer göttlichen Instanz, Krankheit als Zeichen für bestimmte Verfehlungen, Heilung als symbolische Repräsentation göttlicher Macht. Die Bibel bietet sowohl im Alten als auch im Neuen Testament zahlreiche Erzählungen, die als Beispiele für solche Konzepte dienen können,⁵ ebenso finden sich unzählige weitere in anderen literarischen und oralen Gattungen,⁶ die nicht auf den christlichen Kontext beschränkt bleiben.⁷ Aber nicht nur als literarischer Topos, sondern auch in Formen der Alltagspraxis ist dieser Zusammenhang sichtbar. An Wallfahrtsorten sind schriftliche, bildliche und dingliche Indizien für den Glauben an die Heilkraft des heiligen Ortes und seines überirdischen Personals dokumentiert,⁸ Biographien erzählen die dazugehörigen Geschichten,⁹ in

Museen und bei Haushaltsauflösungen finden sich „geheiligte“ Objekte, denen Heilkraft zugeschrieben wird.¹⁰ Für die Moderne galt lange die These, dass sich mit der schleichenden „Entzauberung der Welt“¹¹ im 19. und 20. Jahrhundert auch religiöse Konzepte als Modelle der Welterklärung und normative Instanzen überholt haben. Inzwischen ist in der historischen Forschung immer deutlicher herausgestellt worden, dass es mit der linearen Entwicklung angeblicher Mentalitäten und Denkmuster nicht sehr weit her ist. Die Vormoderne erweist sich bei genauem Hinsehen als gar nicht so homogen in ihren religiösen Vorstellungen und den daraus resultierenden Handlungspraxen.¹² Das 19. Jahrhundert tradiert nicht nur unterschwellig noch eine ganze Menge an Religiösem und das postmoderne 20. Jahrhundert demonstriert Religiosität ebenso in tradierten Ausdrucksformen¹³ wie auch im Aufgreifen unzähliger spiritueller religiöser Moden. So verwundert die am Beginn des 21. Jahrhunderts medial konstatierte „Renaissance des Religiösen“¹⁴ eigentlich nicht sonderlich, fraglich ist allerdings, ob es sich überhaupt um eine *Wiedergeburt* handelt.

Trotzdem erscheinen die Kevelaer-Wallfahrer des Jahres 2006 auf den ersten Blick anachronistisch, eine kleine Minderheit mit Reliktcharakter sind sie allerdings nicht. Die Beliebtheit dieses Handlungsmusters zeigt sich in Zahlen, für Kevelaer beispielsweise werden jährlich etwa 800.000 Besucher angegeben,¹⁵ im Interview gab der deutsche Pilgerseelsorger von Lourdes an, dass die offiziell angemeldeten etwa sechs Millionen Lourdespilger nur etwa ein Drittel der tatsächlichen Besucher ausmachen.¹⁶ Das Pilgern, beispielsweise auf dem Jakobsweg, ist durchaus als *populär* zu klassifizieren.¹⁷

Im Folgenden seien einige Überlegungen zu aktuell beobachtbaren religiösen Handlungspraxen in Bezug auf den Umgang mit Krankheit vorgestellt. Die Quellengrundlage bilden dabei Interviews mit Lourdes-Wallfahrerinnen, deren Narrationen über ihre Wallfahrt und die damit zusammenhängenden Handlungen auf Formen und Funktionen religiöser Rituale im Kontext von Heil- und Heilungskonzepten zu untersuchen sind. Zunächst werden die Begriffe Ritual und Religiosität diskutiert, im Anschluss daran folgt die Darstellung des Ablaufs der Lourdes-Wallfahrt in seiner rituellen Struktur. Für die Frage nach selbsttherapeutischen Alltagspraktiken ist der Umgang mit und die Bewertung von Wasser aus der Quelle von Lourdes besonders aufschlussreich, daher fokussiert der dritte Teil auf dieses Themenfeld. Ein kurzes Fazit schließt die hier vorgestellten Überlegungen ab.

1. *Ritual und Brauch, Religion und (populäre) Religiosität*

Der Ritualbegriff und dazugehörige Konzepte sind schon seit einigen Jahren aus ihrem ursprünglich eher ethnologisch-religionswissenschaftlichen Kontext herausgelöst und

auf andere Kulturphänomene übertragen worden. Dabei haben sie sich als tragfähige Interpretationsmodelle für eine Vielzahl unterschiedlicher Handlungsformen erwiesen.¹⁸ Der in diesem Prozess in allen Kulturwissenschaften beobachtbare Diskurs um Ritualtheorien und -konzepte wird im Fach Volkskunde/Europäische Ethnologie bzw. Kulturanthropologie vielleicht besonders intensiv geführt,¹⁹ denn hier treffen Ritualkonzepte auf den älteren Brauch-Begriff, der seit dem 19. Jahrhundert zu den zentralen Kategorien dieser Disziplin zählt.²⁰ Ein kurzer wissenschaftshistorischer Rückblick zeigt die Gemeinsamkeiten und Unterschiede auf: Das Begriffspaar *Sitte und Brauch* der romantischen Volkskunde des 19. und frühen 20. Jahrhunderts enthält – abgesehen von der zugrunde gelegten Kontinuitätsprämisse – keine theoriegeleitete Perspektive, sondern ist primär phänomenologisch ausgerichtet.²¹ Allerdings impliziert dieses Konzept, wie Bausinger schon 1965 aufzeigt,²² von Anfang an Ideologisierung von idealisiertem Bauerntum und nationaler Volksgemeinschaft, welche die junge Disziplin Volkskunde im Kontext der Erfindung, Inszenierung und Etablierung von Nation zu einer „aktiv-konstruierende[n] Kraft im Zusammenhang mit der Ausbildung eines nationalen Selbstwertgefühls“²³ macht. Mythologische und nationale Ansätze führten das Fach nicht erst in den dreißiger Jahren des 20. Jahrhunderts in eine *Volkstumskunde*. Diese lieferte „ideologische Versatzstücke, volkstümliche Bilder und ästhetische Muster für die Kulisse einer ‚Volksgemeinschaft‘ [...]“²⁴ und war damit gerade während der NS-Diktatur eine politisch durchaus attraktive Disziplin. Nach dem Zweiten Weltkrieg repräsentiert der wissenschaftliche Umgang mit Brauchphänomenen in der Volkskunde sowohl Problematik als auch Potential dieser Wissenschaft. Denn einerseits bleibt die Brauchforschung in der traditionellen Volkskunde noch bis in die achtziger Jahre des 20. Jahrhunderts weiterhin implizit mit romantischen Konzepten verbunden,²⁵ während andererseits eine sozialwissenschaftlich und europäisch perspektivierte „neue“ Volkskunde gerade anhand der Analyse von Brauchphänomenen ihr theoretisches und methodisches Instrumentarium entwickelt.²⁶ Inzwischen liegen viele prägnante und präzise Analysen zum Thema vor, das Konzept Brauch ist klar eingegrenzt. Andreas C. Bimmer definiert Brauch als Handlung, die nicht beliebig und spontan abläuft, sondern von „Regelmäßigkeit und Wiederkehr“ geprägt ist. Des Weiteren bedarf es einer „den Brauch ausübende[n] Gruppe, für die dieses Handeln eine Bedeutung erlangt, sowie einen durch Anfang und Ende gekennzeichneten Handlungsablauf, dessen formale wie zeichenhafte Sprache der Trägergruppe bekannt“ ist.²⁷

Alois Döring und Werner Mezger positionieren den Brauchbegriff in vier Dimensionen, der historischen, sozialen, strukturalen und funktionalen.²⁸ Diese Kategorien sind bei der Bestimmung des Ritualbegriffs ebenfalls zentral. So definieren Moore and Myerhoff Rituale als Handlungen, die ein repetitives Element enthalten und sich durch Stilisierungen auszeichnen.²⁹ Strittig ist, ob eine kollektive Dimen-

sion konstitutiv ist oder ob Rituale auch vollständig individualisiert entwickelt und durchgeführt werden können. Unstrittig sind die Funktionen von Ritualen: sie dienen als „existentielle Lebenshilfen, als Orientierungszeichen räumlicher, zeitlicher und gesellschaftlicher Art.“³⁰ Diese Funktionen werden wiederum auch den Bräuchen zugeschrieben – denn es handelt sich bei Bräuchen und Ritualen im Prinzip um dieselben Phänomene. Hochzeiten und Beerdigungen, Karneval und Schützenfest, Weihnachten und Kräuterweihe wurden, als diese Kulturelemente in der frühen Volkskunde als forschungswert erkannt waren, als *Brauch* klassifiziert. In außereuropäischen Kontexten allerdings wurden dieselben Phänomene von der fast parallel zur Volkskunde entstehenden Wissenschaft Ethnologie als *Rituale* benannt.³¹ Im Gegensatz zur nationalen Perspektive der frühen volkskundlichen Brauchforschung zeigt der ethnologisch-religionswissenschaftliche Ritualbegriff in seiner Genese als kulturwissenschaftliche Kategorie eine andere Blickrichtung. Er rekurriert auf das grundsätzlich Fremde, welches mit Hilfe von interkulturellen Vergleichen und der Suche nach Grundmustern und Strukturen verstanden werden sollte. Mit der unterschiedlichen Perspektive ergaben sich auch unterschiedliche Erkenntnisse: Das Forschen nach Mustern durch vergleichende Analyse führte zu der Entwicklung von Strukturmodellen wie den Übergangs- und den Initiationsritualen nach van Gennep oder dem Konzept des Liminalen durch Victor Turner.³² Die Disziplin Volkskunde hat durch die Auseinandersetzung mit diesen Modellen wichtige Impulse erhalten, wobei allerdings die Tendenz zu beobachten ist, den durchaus nicht unproblematischen Brauchbegriff durch das Wort Ritual einfach zu ersetzen.³³ Es liegen bisher nur wenige Ansätze vor, die Begriffe Ritual und Brauch definitorisch voneinander zu unterscheiden. Hirschfelder stellt fest, dass die Übergänge zwischen den Begriffen fließend sind, die Kategorie Brauch allerdings die übergeordnete sei: „Letztlich rangiert die Kategorie Ritual unterhalb der Kategorie Brauch: Jeder Komplex Brauch beinhaltet Rituale, aber nicht jedes Ritual entwickelt sich zum Brauch.“³⁴ Obwohl einerseits eine klare begriffliche Abgrenzung notwendig ist, erscheint mir der Versuch einer Hierarchisierung nicht unbedingt zielführend. Vielleicht ist die Bewusstmachung der aufgezeigten unterschiedlichen Forschungstraditionen und der daraus resultierenden Perspektiven, aber auch der Gemeinsamkeiten ergiebiger, möglicherweise bedarf es für jeweils abgegrenzte Forschungsfragen eines spezifisch angepassten Definitionsansatzes. Ein Versuch sei hier vorgestellt: Brauch und Ritual beschreiben Handlungskomplexe, die zeichenhafte Elemente enthalten, zeitlich und räumlich sowohl strukturiert sind als auch Zeit und Raum der ausübenden Menschen strukturieren. Brauch und Ritual sind funktional in den Kontext von gemeinschafts- und identitätsstiftenden Handlungen einzuordnen. Der Brauchbegriff bezieht sich stärker auf die phänomenologischen Formen, die vor allem durch lokale bzw. regionale Ausprägungen gekennzeichnet sind. Bräuche klassifizieren Handlungs-

Aktualisierungen. Rituale hingegen fokussieren ein strukturelles Grundmuster, ein Handlungs-Potential, welches abseits von regionalen Sonderformen einen Handlungsablauf grundsätzlich strukturiert.³⁵

Da im Folgenden nach strukturellen Mustern in den Narrationen und Beobachtungen von symbolischen Handlungen gesucht wird, findet der Begriff des Rituals Anwendung.

Der Ritualbegriff kann vor allem hinsichtlich funktionaler und formaler Kriterien gewinnbringend auf religiöse Handlungsmuster wie Heiligenverehrung und Wallfahrt angewandt werden.³⁶ Zudem lässt sich ein Zusammenhang auf konzeptueller Ebene diskutieren: Rituale sind symbolische Handlungen, die auf zugrunde liegende kulturelle Ordnungsmuster rekurren.³⁷ Religion ist ein solches symbolisches Ordnungsmuster, und es stellt sich die Frage, ob nicht jedes Ritual habituell einen Transzendenzbezug und damit eine religiöse Komponente enthält.³⁸ Vor allem in der frühen ethnologischen Ritualforschung war umstritten, ob Ritualen ein religiöser Bezug inhärent sei, oder ob es auch säkulare Rituale gäbe.³⁹ Noch 1982 verbinden Panoff und Perrin den Ritualbegriff explizit mit religiösen Konzepten, es handle sich bei Ritualen um „eine genau festgelegte Gesamtheit von ausgesprochenen Worten, ausgeführten Gesten und gehandhabten Objekten, welche dem Glauben an eine wirksame Anwesenheit übernatürlicher Wesen oder Kräfte entspricht.“⁴⁰ Diese strikte Verbindung kann im Zuge der Ausweitung des Ritualbegriffs auf Handlungsmuster wie Einschulung und Schulabschluss, Begrüßung und Abschied und weiteres nicht in ihrer Absolutheit beibehalten werden.⁴¹ Damit ist eine Unterscheidung von religiösen und säkularen Ritualen sinnvoll. Wann ist aber ein Ritual religiös, und wann ist es säkular? Zentral für diese Klassifizierung ist die Deutung des Rituals durch die handelnden Individuen. Denn „verbindliche Kriterien, anhand derer festgemacht werden kann, wann eine symbolische Handlung, eine Inszenierung oder eine stilisierte Handlung ein ‚religiöses Ritual‘ ist, können kaum vollständig aufgestellt werden.“⁴²

Aus der Perspektive der Religion als einem Symbolsystem ist das Verhältnis klarer zu definieren.⁴³ Denn Rituale sind als symbolische Repräsentationen kultureller Ordnungsmuster ein potentielles Medium der Vermittlung und Darstellung religiöser Konzepte. Sie sind neben Ethos und Mythos die dritte Ausdrucksform von Religion als einem kulturellen Zeichensystem.⁴⁴ Damit bieten Rituale, die innerhalb des Systems Religion in ihrer Zeichenhaftigkeit und Bedeutung definiert sind, Ausdrucksmöglichkeiten, die in der jeweiligen Religiosität gefüllt und aktualisiert werden.⁴⁵

Der Begriff „Religiosität“ wird im Folgenden als Bezeichnung für die akteurszentrierte Handlungsebene eines Systems „Religion“ benutzt. Während „Religion“ ein institutionalisiertes System, eine Lehre oder einen kanonisierten Wissensfundus meint, betrifft „Religiosität“ die subjektive Ausdrucksebene von Religion. Akteure partizipie-

ren an dem System, aber gegebenenfalls auch an anderen Systemen und schaffen sich individuelle Konzepte, an denen sie sich in ihrer Alltagspraxis – mehr oder weniger – orientieren. Hier schließt der von Hubert Knoblauch umfassend definierte Begriff der populären Religiosität an,⁴⁶ der, wie Gottfried Korff prägnant zusammenfasst, „auf die Pluralität und Heteronomie religiöser Phänomene, auf die unterschiedlichen Ausdrucksformen institutioneller und außerkirchlicher (auch außerchristlicher) Religion, auf subjektive Glaubensformen, individuelle und auch kollektive Rituale und Symbole“⁴⁷ fokussiert ist. Diese Ausdrucksebene, die Transformation eines Konzepts in Handlungen, Objekte oder Vorstellungen, ist für den Kulturwissenschaftler/die Kulturwissenschaftlerin die einzige Möglichkeit, Zugang zu diesem Prozess zu bekommen. Nur aus der tatsächlichen Umsetzung lässt sich das jeweilige Konzept interpretativ erschließen.⁴⁸ Religiöse Konzepte sind durch bestimmte Elemente charakterisiert. Sie setzen sich auseinander mit der Frage nach dem Jenseits, der Transzendenz, sie bieten Erklärungsmodelle für die Erfahrungen des Numinosen, das Problem des Todes und Vorstellungen eines Lebens nach dem Tod.⁴⁹ Hinzu kommt ein moralisches Verhaltensmodell, ein Wertekanon.

Diese Elemente müssen nicht konsequent und schlüssig aufeinander bezogen sein, sondern sie werden von den Akteuren individuell zusammengesetzt, es entsteht eine *bricolage*⁵⁰, oder wie Korff beschreibt, „eine ‚bastelnde‘ Kombination unterschiedlicher Denkstile und Praxisformen, die Verknüpfung ritueller Bildtraditionen mit moderner Technik, das Neben- und Ineinander von parapsychologischen und in den regionalen Kulturen überlieferten Wissensformen.“⁵¹

Dementsprechend sind religiöse Konzepte in der Gegenwart heterogene und vielschichtige Deutungsmuster, die von individuellen Erfahrungen und Lebensformen, aber auch von tradierten und im Erziehungsprozess vermittelten Elementen determiniert werden. Die Erforschung dieser Konzepte muss sich daher auf die Ebene der Akteure konzentrieren und bedarf der Anwendung ethnographischer Methoden.

2. *Ritualkomplex Lourdes-Wallfahrt*

Mit Bekanntwerden der ersten Heilungswunder setzt im Jahr 1858 die Wallfahrt nach Lourdes ein.⁵² Die Besucherzahlen steigen kontinuierlich, das 100jährige Jubiläum der Erscheinung der Muttergottes bringt sechs Millionen Wallfahrer in den französischen Pyrenäenort.⁵³ Aktuelle Zählungen dokumentieren jährlich etwa fünf Millionen Besucher, die aus allen Teilen der Welt nach Lourdes reisen.⁵⁴ Damit ist „Lourdes einer der weltweit meistbesuchten Wallfahrtsorte.“⁵⁵

Wallfahrt als Ausdrucksform klassisch katholischer Frömmigkeit ist von Seiten

der Volkskunde und der Geschichtswissenschaft umfangreich untersucht worden.⁵⁶ Lourdes allerdings gehört zu den Wallfahrtsorten, die bislang wenig akademisches Interesse auf sich zogen.⁵⁷ Die oben genannten Besucherzahlen verweisen auf eine große Bedeutsamkeit dieses Ortes als Ausdruck spezifischer religiöser Konzepte. Die Besonderheit diese Stätte ist für viele Besucher stereotyp eng an die Idee der Wunderheilung gebunden.⁵⁸ Lourdes gilt als der „Wallfahrtsort der Kranken“⁵⁹, daher schienen Lourdes-Wallfahrer für die Frage nach einer Verbindung von Heil- und Heilungsvorstellungen mit religiösen Konzepten eine vielversprechende Untersuchungsgruppe.⁶⁰

Eruiert wurden die Gesprächspartner, nachdem ein erster Kontakt über den Kölner Lourdes-Verein geknüpft wurde, durch ein Schneeballprinzip. Zudem erwies sich auch der Zufall als hilfreich: Über eine Studierende, die bereits einmal Lourdes besuchte, ergab sich eine weitere Verbindung zu Wallfahrern, die nicht in den Kölner Lourdes-Verein involviert sind. Eine weitere Studierende schuf einen Kontakt zu Mitgliedern des Malteserordens, die regelmäßig Krankenwallfahrten nach Lourdes begleiten. So konnten für die hier vorgestellten Überlegungen Gespräche mit insgesamt sechs Lourdeswallfahrerinnen untersucht werden.⁶¹ Gefragt wurde nach dem genauen Ablauf der Lourdes-Wallfahrt. Zu den Deskriptionen wurden Bewertungen erhoben: Welche Handlungen sind Ihnen wichtig, was hat Sie besonders beeindruckt, was ist die Motivation für eine solche Wallfahrt? Ergänzt werden die durch Interviews erhobenen Narrationen durch eigene Beobachtungen während eines Feldforschungsaufenthaltes in Lourdes im Mai 2007.

Alle befragten Wallfahrerinnen haben an mindestens einer Gruppenreise nach Lourdes teilgenommen, entweder organisiert von der eigenen Kirchengemeinde, von den Maltesern, vom Lourdes-Verein oder einer religiösen Bruderschaft. Die Art der Wallfahrt als von einer kirchlich geprägten Institution organisierte Gruppenfahrt prägt die Struktur der Gesamthandlung grundsätzlich. Der Rahmen (An- und Abreise, Unterbringung, Programm) ist vorgegeben, und enthält bereits rituelle Elemente. Nicht zu unterschätzen sind Prozesse und Hierarchien, die sich innerhalb der jeweiligen Wallfahrtsgruppe ausbilden, ein individuelles Abweichen vom Programm oder ein Ausscheren aus der Gruppe ist daher nicht unbedingt möglich.

Dieses Programm beginnt bereits mit Antritt der Reise, der Beginn wird mit einem Gottesdienst gestaltet. Die Fahrt selbst ist ebenfalls von gemeinsamen Gebeten und Gesang begleitet, ebenso wie bei einer Fußwallfahrt.⁶² Eine Gesprächspartnerin berichtet von einer Art kulturhistorischem Programm dieser Fahrten: Kirchen und Klöster auf dem Weg nach Lourdes werden gemeinsam besichtigt.⁶³

Bereits die Anreise ist durch religiöse Handlungen und Zeichen strukturiert.⁶⁴ Dieses lässt sich als eine Art Einstimmung auf den Heiligen Ort deuten, es ist die Anfangsphase des Rituals *Lourdes-Wallfahrt*. Sie dient nicht nur der Erzeugung einer ge-

wissen „religiösen Stimmung“, sondern auch der Herstellung von Gemeinschaft – die Reisegruppe konstituiert sich schon bei der Anreise als Wallfahrtsgemeinschaft.

Auch die Phase des Lourdesaufenthaltes ist geprägt von Ritualen: Verschiedene Prozessionen, also rituelle Be- oder Umgehungen, gehören zu den wichtigen Elementen. Explizit von den Befragten genannt wurden die Kranken- und die Lichterprozession, wobei sie letztere als besonders eindrucksvolles und bewegendes Erlebnis schilderten.



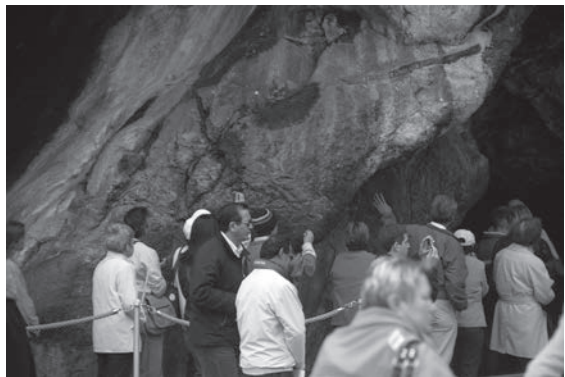
Krankenprozession, Lourdes 2007



Lichterprozession, Lourdes 2007

Auch der Besuch der Grotte, in der die Marienerscheinung stattgefunden haben soll, gehört ins rituelle Programm. „Wenn ich das so sagen darf, ist das wichtigste das Wasser und der Felsen, die Grotte.“⁶⁵ Dieser Ort ist von seiner symbolischen Bedeutung wohl am stärksten mit der Vorstellung einer besonderen Nähe zum Heiligen verbunden. Repräsentiert wird diese Vorstellung durch die hohe Wertschätzung des Ortes, die Relevanz, die einem Besuch der Grotte zugewiesen wird und die beschriebene Ritualpraxis: Der Besucher geht durch die Grotte an einer erhöht positionierten Marienfigur vorbei, dabei berühren fast alle Besucher die Wand. „Das ist ein ganz wichtiger Punkt, vielleicht muss man jetzt auch erwähnen die Frömmigkeit an der Grotte.

[...] Der Fels rundherum ist ja immer feucht, und es ist für mich wirklich ergreifend zu sehen, wie dann auch Kranke hindurch geführt werden, die dann den Felsen auch anfassen.“⁶⁶ Eine andere Gesprächspartnerin betont den kollektiven Aspekt dieser Handlung: „Und alle Menschen streichen mit der Hand da lang. [...] Und alle machen das und es ist auch sehr friedlich. [...] Und



Grotte, Lourdes 2007

ich wollt unbedingt diesen Stein auch anfassen und habe das auch mitgemacht“⁶⁷

Hier zeigt sich in besonderer Weise die Bedeutung des Körpers im Ritual. Der Körper dient als eine Art Medium der Erfahrung auf der einen und des religiösen oder spirituellen Ausdrucks auf der anderen Seite. Die Vorstellung, durch Berührung eines als Heilig empfundenen Ortes die damit verbundene besondere Kraft aufzunehmen, ist eine sehr alte. Hier ist es nicht eine tatsächlich vorhandene Reliquie, der Ort erhält seine „Heiligkeit“ nur durch die Zuweisung einer erzählten Geschichte. Als Beleg für die Erscheinung Mariens gilt die an der Grotte entspringende Quelle. Das Wasser dieser Quelle gilt ebenfalls als heilend, es wird aufgefangen und in ein Leitungssystem geleitet, das sowohl die Wasserstellen des Heiligtums (Orte, an denen Besucher das Wasser an Kränen benutzen und in mitgebrachte Gefäße abfüllen können) als auch die Bäder des Heiligtums speist. Beide Elemente, die Nutzung und Mitnahme des Wassers sowie das Bad gehören zu den spezifischen Ritualen von Lourdes.

Nicht nur die Ankunft in Lourdes, auch die Abfahrt wird von rituellen Handlungen flankiert. „Und wenn wir dann herausfahren mit dem Bus, dann sieht man noch mal die Türme und dann singen wir ein Marienlied. Das ist dann so quasi der Abschied. [...] Wir wollen der Mutter Gottes Auf Wiedersehen sagen.“⁶⁸

Mit den Ritualen von Ankunft und Abschied werden insbesondere die Kategorien Raum und Zeit als herausgehoben aus dem Alltag betont. Raum und Zeit gehören zu den zentralen Kategorien kulturellen Handelns. Auch die Ausdrucksformen von Religiosität werden räumlich und zeitlich manifestiert: das Ritual Lourdeswallfahrt, das eine explizite religiöse Handlung mit starkem expressiven und bekennenden Charakter ist, wird in Zeit und Raum klar abgegrenzt. Es behält damit den Charakter des Besonderen und Außergewöhnlichen, wertet damit die religiöse Handlung und Erfahrung auf. Die Wirkung erlebt Frau R. vor allem auf emotionaler Ebene: „Eine Wallfahrt ist wichtig für das Frömmigkeitsgefühl, für die Spiritualität. Die man hin und wieder auch, die Frömmigkeit, muss man hin und wieder auffrischen. Das Wissen um meinen Glauben habe ich parat, aber das Frömmigkeitsgefühl muss man hin und wieder auffrischen, und davon lebt man auch.“⁶⁹

Die Gesprächspartnerin macht hier eine deutliche Unterscheidung zwischen „Wissen“ und „Gefühl“, gerade für Letzteres ist das Erlebnis der Lourdeswallfahrt von zentraler Bedeutung.

Für die emotionalen Bedeutungen sind vor allem wallfahrtsinterne Ritualelemente essenziell. Hier ergab die Frage nach den persönlichen „Höhepunkten“ des Lourdesbesuchs sowohl Unterschiede als auch signifikante Übereinstimmungen in den Bewertungen durch die Gesprächspartnerinnen.

Frau He. beschreibt das Gemeinschaftsgefühl bei den großen Lichterprozessionen als besonders beeindruckend.

„Das ist sehr schön, wie diese tausende Menschen inbrünstig singen. [...] Das ist natürlich auch sehr ergreifend. Und da ist es auch egal, ob sie einen Afrikaner neben sich haben oder einen Japaner neben sich haben oder einen aus den USA oder aus Südamerika, das ist eine einzige Glaubensgemeinschaft. Das ist schon sehr, sehr aufregend und ergreifend, das zu erleben.“⁷⁰

Nicht nur Frau He. betont den starken sozialen Impetus der Lourdes-Wallfahrt: es geht um die Erfahrung der Gruppe, der Gemeinschaft, die Positionierung des Individuums zu den Anderen einerseits, das Gefühl der Kollektivität, des Aufhebens von Grenzen andererseits. „Das ist das Schöne, wir sind dann verschiedene Nationalitäten und dann wird gesungen [...] und dann ist man eine Familie und das ist, was zieht“⁷¹, so eine andere Gesprächspartnerin.

Es ist nicht nur eine spirituelle, sondern durchaus eine körperliche Erfahrung, die die besondere Qualität des Rituals Lourdes-Wallfahrt ausmacht. Wie bei jeder Wallfahrt gehören körperliche Grenzerfahrungen dazu, Schmerzen, Erschöpfung, aber auch körperliche Nähe in den Massenveranstaltungen. Erstere sind Erfahrungen, die im Alltag – abgesehen von den Feldern persönlicher und körperlicher Selbsterfahrung wie z. B. Sport – häufig negativ belegt sind und nach Möglichkeit vermieden werden. Für diese bietet Religiosität Zeit und Raum an, in der sie legitimiert sind. Die beobachtbaren und erzählten Körperpraxen haben somit eine Verweisfunktion, die auf religiöse Konzepte deuten kann.⁷²

Der Umgang mit dem Körper beziehungsweise die Behandlung des Körpers sei im Folgenden anhand der Beispiele „Bad im Wasser der heiligen Quelle“ und „Lourdeswasser zur Selbsttherapie“ dargestellt.

3. Heiliges und Heilendes Wasser

Wasser ist in vielen unterschiedlichen kulturellen Kontexten ein Symbol für die heilende, lebensspendende und erneuernde Macht transzendenter Instanzen. Für Mircea Eliade liegt die symbolische Attraktivität des Wassers im „Prinzip des Undifferenzierten und Virtuellen, [es stelle die] Basis jeder kosmischen Erscheinung [dar]“⁷³ und impliziere damit viele potentielle Möglichkeiten des Lebens und des Sakralen.

Zur Legende um die Erscheinung der Gottesmutter in Lourdes gehört eine Episode, welche die Entstehung der Quelle am Erscheinungsort beschreibt. Die als „Jungfrau Maria“ klassifizierte „weiße Dame“, die der 14-jährigen Müllerstochter Bernadette Soubrius in einer Grotte am Fluss Garve erschien, teilt dem Mädchen nicht nur verschiedene Botschaften mit, sondern fordert es auch auf, im Boden vor ihr nach einer Quelle zu graben. Das Mädchen stößt tatsächlich auf eine Quelle und die Erscheinung

befiehlt ihm, sich mit diesem Wasser zu waschen und davon zu trinken. Während der 12. Erscheinung am 1. März 1858 ereignet sich das erste Heilungswunder: Catherine Latapie taucht „ihre gelähmte Hand in das Wasser der Quelle und kann sie daraufhin plötzlich wieder bewegen.“⁷⁴ Im Zusammenhang mit diesem Wasser treten die meisten Heilungen auf, so dass es zu den wichtigsten Elementen der Lourdeswallfahrt gehört.

An den öffentlichen Wasserstellen (zum einen an der Rückseite der Stützmauer des rechten Aufgangs zur Basilika, zum anderen auf der gegenüberliegenden Flussseite an einem eigens eingerichteten „Weg des Wassers“) lassen sich zu jeder Tageszeit Menschen beobachten, die dieses Wasser in spezifischer Weise anwenden (vgl. Abb. 4). „Das wird heute noch an der Grotte aufgeführt, dass man um rein zu werden, sich waschen soll.“⁷⁵



Menschen an der Wasserstelle, Lourdes 2007



Wassergefäß in Form einer Marienstatue, Lourdes 2007

Der von Bernadette überlieferten Handlungsanweisung der Erscheinung: „Wasche Dich mit dem Wasser und trinke“ folgend, treten Menschen an die Kräne, waschen Hände, Gesicht und Kopf (gelegentlich auch die Füße) und trinken von dem Wasser, entweder aus der Hand oder aus mitgebrachten Gefäßen. Als zweiter Schritt wird von vielen Besuchern das Wasser in mitgebrachte Gefäße (vom 10-Liter-Kanister über die PET-Wasserflasche bis zur in den zahlreichen Andenkenläden gekauften Plastik- oder Glasmarienstatuen abgefüllt und nach Hause mitgenommen. Welche Anwendungen dieses Wasser nach Beendigung der Wallfahrt findet, ist zwar der direkten Beobachtung entzogen; als Erinnerungsobjekt oder auch zur selbsttherapeutischen Anwendung mitgenommen, findet es aber durchaus Niederschlag in den Erzählungen der Lourdeswallfahrerinnen (s. u.).

Die zweite Anwendung des Wassers ist das Bad. Das Wasser der Quelle wird in Badebecken geleitet, in denen kranke und gesunde Pilger baden können. Jeder Badegast wird von zwei Helfern begleitet, die vor dem Bad mit dem Pilger ein Gebet sprechen und ihn/sie dann kurz in das Wasser tauchen, so dass der ganze Körper bedeckt wird.

„Und dann wird gesagt, man soll sich besonders gedenken, was am meisten am Herzen liegt, das sollen sie für sich zur Mutter Gottes bringen und dann werden sie untergetaucht. Ist eiskalt das Wasser, und hinterher, sie brauchen sich komischerweise kaum abzutrocknen. Ich weiß es nicht, (Pause) es ist (Pause) es ist so ein Phänomen und dann wird hinterher gesagt, Mutter Gottes bitte für uns, Bernadette bitte für uns. Das ist es dann.“⁷⁶

Auch die anderen Gesprächspartnerinnen weisen auf die besondere Kälte des Wassers und den Effekt der schnellen Trocknung hin. Für Frau He. ist die Kälte ein Grund, seit einigen Jahren auf das Bad zu verzichten: sie empfindet sich selbst als zu krank und zu alt.⁷⁷ In gewisser Weise ist diese Erklärung merkwürdig, handelt es sich doch im Glaubenssystem der Befragten um Wasser mit besonderen Eigenschaften, auch wenn eine konkrete und empirisch nachweisbare Heilkraft verneint wird.⁷⁸ „Aber das Wasser selbst hat keine heilende Wirkung“, betont Frau R. im Gespräch mehrfach, denn Heilungen seien nur durch göttliche Intervention möglich. „Es ist, wie gesagt, die Wunder geschehen durch die Fürbitte der Muttergottes bei ihrem Sohn, nicht ... [durch das Wasser]. Das ist mir ganz wichtig.“⁷⁹

Die Gesprächspartnerinnen beschreiben die rituelle Praxis als ein Ganzkörperbad, die symbolischen Implikationen rekurrieren ebenfalls auf Vorstellungen von Reinheit und Reinigungskraft des heiligen Wassers, welches durch eben diese Reinheit heilend wirkt. Damit impliziert diese Ritualpraxis in gewisser Weise die Vorstellung der unreinen Krankheit. Allerdings geht es den Besuchern nicht unbedingt um eine konkrete körperliche Krankheit, eine Gesprächspartnerin interpretierte ihr Erlebnis des Bades als eine innere, geistige Reinigung: „Also durch dieses Bad – es ist eine Art Symbol für mich – alles Negative, was auf meiner Seele liegt, sollte damit wegfallen, weggespült werden. Und ich wollte Kraft schöpfen.“⁸⁰

Diese Bewertung des Badens ist nicht singulär, auch andere Gesprächspartnerinnen empfanden ähnliches. „Ich bin ja nicht krank. Ich gehe ja nicht hin, um die Mutter Gottes zu bitten, dass ich geheilt werde.“⁸¹

Trotzdem ist die Wunderheilung durch das Wasser ein fester Topos in den Erzählungen der Frauen.⁸² Das Wasser ist zudem ein wichtiges Mitnahmeobjekt. Es wird entweder selbst in Flaschen oder Kanister abgefüllt und mitgenommen oder in solchen gekauft. „Ich bringe auch manchmal Bekannten, also Bekannten, [die fragen,] bringen sie mir eine Flasche Lourdeswasser mit. Man kann kleinere Flaschen kaufen, dann bringe ich auch Lourdeswasser mit.“⁸³ Einerseits wird das Wasser durchaus als Heilmittel eingeordnet, denn es wird zur Anwendung für Kranke oder eigene Erkrankungen mitgenommen und zuhause verwandt. Andererseits wird immer wieder betont, dass das Wasser selbst keine Heilkräfte oder heilende Wirkung habe.

„Das Quellwasser löst nicht automatisch eine heilende Wirkung aus, sondern, sonst würde ja jeder Mensch, der da das Wasser trinkt – ich trinke ja auch manchmal das Wasser. Es gibt da viele Möglichkeiten, sich die Flasche zu füllen. Ich trinke es wie normales Wasser. Aber ich denke dann schon, es kommt jetzt von der Quelle. Es ist schon ... das Wasser hat keine automatische Heilung. Das ist selbstverständlich.“⁸⁴

In diesem Zitat wird die Ambivalenz der Haltung zu diesem Wasser besonders deutlich. Frau R., die im Gespräch immer wieder auf die kirchlichen Definitionen und Normen zum Phänomen Lourdes hinweist und die selbst in diesem Kontext tief verwurzelt ist, zeigt in ihren Narrationen über das Wasser ihre eigene Unsicherheit einer klaren Stellungnahme. Eine solche scheint für das Phänomen des Lourdeswassers schwierig, in der konkreten Ausformung des Sprechakts wird die Ambivalenz deutlich.

Der Symbolwert des mitgebrachten Wassers erstreckt sich auch auf weitere Ebenen, das Wasser stellt das wohl bedeutsamste Erinnerungsobjekt dar.

„Nur das Wasser war für mich wichtig, was ich da geholt habe. [...] Unser Haus wurde eingeweiht. [...] Bevor man in dem Haus schläft, sollte es geweiht werden. Ich habe natürlich im Eiltempo den Pastor organisiert. Wir hatten alles anders geplant, aber es kam anders als wir es geplant haben. Aber ich wollte ja nicht in dem Haus schlafen, bevor es nicht geweiht ist. Also habe ich einen Pastor organisiert und der hatte nicht einmal Weihwasser mit, aber ich [habe gesagt]: keine Sorge, ich habe Lourdes-Wasser. Ich möchte mein Haus mit Lourdes-Wasser weihen lassen. Das hat er auch getan.“⁸⁵

Hier wird deutlich, dass das mitgebrachte, als „heilig“ definierte Lourdeswasser auch an anderen Orten als wirksam empfunden wird und in religiös-rituellen sowie auch selbsttherapeutischen Kontexten Verwendung findet.

Bestimmte Objekte können zu Objektivationen des Religiösen werden – hier ist der subjektiven und individuellen Zuweisung im Prinzip keine Grenze gesetzt. Aus unterschiedlichen Systemen können und werden Elemente zusammengestellt – kommen wir hier noch einmal auf die therapeutische Anwendung des Lourdes-Wassers zurück. Die befragten Frauen, die sich alle stark am normativen religiösen System der katholischen Kirche orientierten, erlebten ihren alltäglichen Umgang mit diesem ja als „heilig“ bewerteten „Objekt“ keinesfalls als konfliktträchtig. Hier zeigt sich das Element der bricolage, es werden aus anderen Systemen Handlungsmuster und symbolische Zuschreibungen verwandt und in die eigene Handlungspraxis transformiert.

Auch andere Beispiele – wie die Zuweisung einer besonderen Schutzkraft an aus Lourdes mitgebrachte Dinge wie Schmuck oder Rosenkranz – verweisen auf die vielschichtigen und heterogenen Bedeutungs- und Funktionszusammenhänge von Objekt und Religiosität.

So entstehen Symbolsysteme, die sich einerseits aus tradierten und kirchlich normierten, andererseits aus ganz individuellen Zeichen zusammensetzen.

4. Fazit: Religiöse Rituale als symbolische Umgangsformen mit Krankheit

Das Phänomen Lourdes entpuppt sich als ausdrucksstarkes Indiz für den Umgang mit Krankheit und Körper in der Gegenwart. Zum einen sind Umgang und Bewertungen gekennzeichnet durch Dualismen und Widersprüche: Einerseits sind alle Menschen dort irgendwie krank,⁸⁶ andererseits nehmen sich viele Gesprächspartner von dieser Verallgemeinerung aus; einerseits geht es in den Erzählungen um eine spirituelle Heilung, andererseits verweisen die Alltagspraxen durchaus auf körperliche Aspekte, denn das Wasser wird zur Selbsttherapie eingesetzt. Die Rituale, die in Lourdes praktiziert werden, sind heterogen und auf unterschiedlichen Ebenen bedeutsam. Sie bilden einen äußeren Rahmen und strukturieren den Ablauf des Lourdes-Besuchs in Zeit, Raum und sozialer Gruppierung. Ihre Funktionen (Gemeinschaftsstiftung, symbolischer Ausdruck des Transzendenzbezugs, Vermittlung von Sicherheit und Sinn) werden deutlich wahrgenommen und – als spirituelle Erfahrung interpretiert – bewusst kommuniziert und in sinngebende Erklärungsmodelle eingefügt. Das wohl wichtigste Symbol in diesem Zusammenhang ist das Wasser der als „heilig“ definierten Quelle. Reale oder als real bewertete Erfahrungen von Heilungen durch das Wasser sind Element fast jeder Narration, wobei die Einordnung des Wassers ambivalent erscheint.

Eine Erklärung bietet das Konzept der Bricolage als Technik posttraditionaler und pluralistischer Kulturen: ein individuelles Konzept von Religiosität wird aus unterschiedlichen Quellen konstruiert, traditionelle Elemente mischen sich mit modernen und werden je nach aktueller Bedürfnislage der Akteure transformiert. Die Situation der Postmoderne mit der fast permanenten Erfahrung von Unsicherheit und Bedrohtheit, zudem Kontingenzmangel und Erfahrung von Anonymität und Vereinzelung kann als auslösender Faktor für eine Sinnsuche und einen Transzendenzbezug interpretiert werden. Die Situation von Krankheit verstärkt diese alltäglichen Erfahrungen, sie fordert geradezu nach Strategien der Sinnstiftung, wie sie Religionen und Religiosität leisten können.⁸⁷ Lourdes als Phänomen befriedigt diese Bedürfnisse auf heterogene Weise: Der Ort ermöglicht durch Rituale Gemeinschafts- und Kontingenzerfahrungen, er bietet ansprechende Symbole und Narrationen, die auf die spezifische Situation von Krankheitserfahrung zielen. Von daher zeigt dieses Beispiel sehr deutlich die in populären Kulturzusammenhängen immer noch hergestellte Kausalität von Heil und Heilung, von Religiosität und Krankheitserfahrung.

¹ Vgl. den Kommentar zu dieser Lehrveranstaltung in: KulTour, Mitteilungen der Studierenden und Mitarbeiter des Volkskundlichen Seminars der Universität Bonn, 16 (2005), H. 2, 115 f.

² Vgl. *Ludwig Bergmann*: Kevelaer-Wallfahrt. In: Wallfahrt im Rheinland. Hg. vom Amt für rheinische Landeskunde in Verbindung mit dem Volkskundlerat Rhein-Maas und dem Niederrheinischen Freilichtmuseum. Köln 1981, 67-78; *Peter Dohms*: Die Wallfahrt nach Kevelaer zum Gnadenbild der „Trösterin der Betrübten“. Nachweis und Geschichte der Prozessionen von den Anfängen bis zur Gegenwart. Kevelaer 1992.

³ Die eigentliche Wallfahrtszeit in Kevelaer beginnt Ostern und endet an Allerheiligen. Vgl. die Informationen auf den offiziellen Internetseiten der Kevelaer-Wallfahrt, <http://www.wallfahrt-kevelaer.de> (Stand: 31.05.07).

⁴ Vgl.: *Michael Simon*: Symbole helfen heilen. In: Rolf Wilhelm Brednich u. Heinz Schmitt (Hgg.): Symbole. Zur Bedeutung der Zeichen in der Kultur. Münster u.a. 1997, 58-67; *Alfons Labisch*: Medizin, I. Historisch. In: Lexikon für Theologie und Kirche, Bd. 7. Freiburg u.a. 1998, 53-58, hier 54; *Jörg Rüpkke*: Heilung/Heilungen, I. Religionsgeschichtlich. In: Ebd., Bd. 4, Freiburg u.a. 1995, 1357-1358.

⁵ Z. B. in 1 Sam. 16, 14-23; Tob. 3,8; Dtn 32,39; Pss 30,3 und 103,3f; Ijob 5,18; Mk. 1,23-28; 5,1-20; Mt. 9,32ff; Mt. 8,5-13; Lk. 17,11-19; Joh. 5,2-9; Apg. 3,1-10.

⁶ Beispiele sind die spätmittelalterliche Verserzählung Hartmann von Aues: Der arme Heinrich sowie die Romane Thomas Manns (Tod in Venedig, Der Zauberberg), für populäre Erzählstoffe sei auf ‚Das Geschenk der Zwerge‘ (AaTh 611), ‚Das Wasser des Lebens‘ (AaTh 551) und ‚Gevatter Tod‘ (AaTh 332) sowie die entsprechenden Beispiele in folgenden Sammlungen moderner Sagen verwiesen: *Rolf Wilhelm Brednich*: Die Spinne in der Yucca-Palme. München 1990; *Helmut Fischer*: Der Rattenhund. Köln 1991. Einen analytischen Zugang zeigt *Ingo Schneider*: Geschichten über AIDS. Zum Verhältnis von Sage und Wirklichkeit. In: ÖZfVk, 95 (1992), 1-27.

⁷ Vgl. *Gudrun Schwibbe*: Krankheit. In: Enzyklopädie des Märchens. Handwörterbuch zur historischen und vergleichenden Erzählforschung. Bd. 8, Berlin/New York 1996, 338-346; *Rudolf Schenda*: Heilen, Heiler, Heilmittel. In: ebd., Bd. 6, Berlin/New York 1990, 655-665; *Rüpkke* (wie Anm. 4); *Martin Ott*: Medizinmann. In: Lexikon für Theologie und Kirche, Bd. 7, Freiburg u.a. 1998, 61 f.

⁸ Vgl. die Beispiele bei: *Lenz Kriss-Rettenbeck*: Ex Voto. Zeichen, Bild und Abbild im christlichen Motivbrauchtum. Zürich u. Freiburg i. Brsg. 1972; *Arnold Angenendt*: Heilige und Reliquien. Die Geschichte ihres Kultes vom frühen Christentum bis zur Gegenwart. München 1994, bes. 209 f.; *Nina Gockerell*: Bilder und Zeichen der Frömmigkeit. Sammlung Rudolf Kriss. München 1995; *Arthur E. Imhof*: Das prekäre Leben. Leben, Not und Sterben auf Votivtafeln. Impulse für heute. Buch mit CD-ROM. Stuttgart und Leipzig 1998.

⁹ Vgl. *Olivia Wiebel-Fandler*: Religion als Heimat. Zur lebensgeschichtlichen Bedeutung katholischer Glaubensstraditionen. Wien u.a. 1993.

¹⁰ Vgl. *Christine Aka*: Wegwerfen tabu? Zeichen katholischer Sinnwelten im Säkularisierungsprozeß. In: Brednich u. Schmitt (Hgg.) (wie Anm. 4), 427-434.

¹¹ *Max Weber*: Die Wirtschaftsethik der Weltreligionen. Vergleichende religionssoziologische Versuche. Zwischenbetrachtung: Theorie der Stufen und Richtungen religiöser Weltablehnung. In: ders.: Gesammelte Aufsätze zur Religionssoziologie. Bd. 1. Tübingen 1920, 237-573, hier 513.

¹² Vgl. dazu beispielsweise *Carlo Ginzburg*: Der Käse und die Würmer. Die Welt eines Müllers um 1600. Berlin 2002; *Emmanuel Le Roy Ladurie*: Montailou. Ein Dorf vor dem Inquisitor. Berlin 2000.

¹³ Vgl. u.a. die Beiträge in dem Sammelband: *Gottfried Korff* (Hg.): Alliierte im Himmel. Populäre

Religiosität und Kriegserfahrung. Tübingen 2006.

¹⁴ <http://www.spiegel.de/dossiers/0,1518,455740,00.html> (Stand: 03.05.07).

¹⁵ <http://de.wikipedia.org/wiki/Kevelaer> (Stand: 31.05.07).

¹⁶ Interview Herr B., 2007.

¹⁷ Als kurzer Hinweis zu dieser Thematik sei auf den auflagenstarken biographischen Text von Hape Kerkeling verwiesen (*Hape Kerkeling: Ich bin dann mal weg. Meine Reise auf dem Jakobsweg*. München ²⁶2006).

¹⁸ Vgl. dazu *Christine Burckhardt-Seebass: Zwischen McDonald's und weißem Brautkleid. Brauch und Ritual in einer offenen, säkularisierten Gesellschaft*. In: ÖZfV, 43 (1989), 97-110, hier 103; *Dagmar Hänel: Bestatter im 20. Jahrhundert. Zur kulturellen Bedeutung eines tabuisierten Berufs*. Münster u.a. 2003, 10-16.

¹⁹ *Doris Bachmann-Medick: Performative Turn*. In: dies.: *Cultural Turns. Neuorientierungen in den Kulturwissenschaften*. Reinbeck b. Hamburg 2006, 104-143.

²⁰ Vgl.: *Andreas C. Bimmer: Brauchforschung*. In: Rolf W. Brednich: *Grundriß der Volkskunde. Einführung in die Forschungsfelder der Europäischen Ethnologie*. Berlin ³2001, 445-468.

²¹ „Im wesentlichen ging es um eine regionale Beschreibung von Bräuchen [...]. Im Vordergrund standen Zustandsbeschreibungen.“ (Ebd., 447 f.)

²² *Hermann Bausinger: Volksideologie und Volksforschung. Zur nationalsozialistischen Volkskunde*. In: ZfV, 61 (1965), 177-204.

²³ *Dagmar Hänel: Uniformiertes Verkleiden. Vom Spiel mit Rollenbildern und Traditionen am Beispiel des Neusser Bürgerschützenfestes*. In: *Rheinisches Jahrbuch für Volkskunde*, 36 (2005/06), 119-136, hier 124.

²⁴ *Wolfgang Kaschuba: Einführung in die Europäische Ethnologie*. München ²2003, 76. Vgl. dazu auch *Bausinger* (wie Anm. 22).

²⁵ Vgl. *Hans Moser: Gedanken zur heutigen Volkskunde. Ihre Situation, ihre Problematik, ihre Aufgaben*. In: *Bayerisches Jahrbuch für Volkskunde*, 5 (1954), 208-234, sowie die neueren Überlegungen von *Andreas C. Bimmer: Vom „-tum“ in der Volkskunde*. In: ÖZfV, 93 (1990), 150-173.

²⁶ Vgl. beispielsweise *Ingeborg Weber-Kellermann: Saure Wochen – Frohe Feste. Fest und Alltag in der Sprache der Bräuche*. München u. Luzern 1985; *Martin Scharfe: Zum Rügebrauch*. In: *Hessische Blätter für Volks- und Kulturkunde*, 61 (1970), 45-68.

²⁷ *Bimmer* (wie Anm. 20), 445.

²⁸ *Alois Döring: Rheinische Bräuche durch das Jahr*. Köln 2006, 26.

²⁹ *Sally Moore u. Barbara Myerhoff: Introduction. Secular Ritual: Forms and Meanings*. In: Diess. (Hgg.): *Secular Ritual*. Assen 1977, 3-24.

³⁰ *Paul Hutter: Die Ritualisierung des Alltags*. In: ders. (Hg.): *Handbuch der schweizerischen Volkskultur*, Bd. 3. Zürich 1992, 1443-1440, hier 1440.

³¹ Vgl. *Hans Fischer u. Bettina Beer: Ethnologie. Einführung und Überblick*. Berlin 2003.

³² Vgl. *Arnold van Gennep: Übergangsriten. Les rites de passage*. Frankfurt a.M. 1986.; *Victor Turner: Das Ritual. Struktur und Anti-Struktur*. (Neuaufgabe von: *The Ritual Process. Structure and Anti-Structure*. New York ⁹1969) Frankfurt a.M. 2005.

³³ Vgl. *Bimmer* (wie Anm. 20).

³⁴ *Gunther Hirschfelder: Mittsommer, Sonnenwende und Johannisfeuer im Rheinland zwischen Tradition und Inszenierung*. In: *Rheinisch-westfälische Zeitschrift für Volkskunde*, 50 (2005), 101-140, hier 117.

³⁵ Vgl. *Hänel* (wie Anm. 23).

³⁶ Vgl. *Dagmar Hänel*: „Der Kopf kann laufen.“ Bedeutungen und Funktionen von Wallfahrten in der Gegenwart. In: Rheinisch-westfälische Zeitschrift für Volkskunde, 49 (2004), 111-129; *Walter Fürst, Gunther Hirschfelder* u.a.: Religiöse Rituale im höheren Erwachsenenalter in einer pluralistischen Gesellschaft. In: diess. (Hgg.): „Selbst die Senioren sind nicht mehr die alten...“ Praktisch-theologische Beiträge zu einer Kultur des Alterns. Münster 2003, 181-200.

³⁷ Vgl. *Hänel* (wie Anm. 18); *Edmund Leach*: Ritual as an Expression of Social Status (1959). In: Stephen Hugh-Jones and James Laidlaw (Ed.): The Essential Edmund Leach. Bd. 1: Anthropology and Society. New Haven 2000, 153-158; *Mary Douglas*: Ritual, Tabu und Körpersymbolik. Sozialanthropologische Studien in Industriegesellschaft und Stammeskultur. 2. überarb. Aufl. Frankfurt a.M. 1998.

³⁸ Vgl. *Jon P. Mitchell*: Ritual. In: Alan Barnard u. Jonathan Spencer (Hgg.): Encyclopedia of Social and Cultural Anthropology. London u. New York 1996, 490-493.

³⁹ Vgl. *Fritz Kramer*: Ritual. In: Bernhard Streck (Hg.): Wörterbuch der Ethnologie. Köln 1987, 181-183.

⁴⁰ *Michel Panoff* u. *Michel Perrin*: Stichwort ‚Ritual‘. In: Diess. (Hgg.): Taschenwörterbuch der Ethnologie. Begriffe und Definitionen zur Einführung. Berlin ²1982, 263.

⁴¹ Vgl.: *Andreas C. Bimmer*: Von Übergang zu Übergang. Ist Van Genepp noch zu retten? In: ÖZfV, 103 (2000), 15-36; *Burckhardt-Seebass* (wie Anm. 18).

⁴² *Fürst, Hirschfelder* u.a. (wie Anm. 36) hier 188.

⁴³ Vgl. *Clifford Geertz*: Religion als kulturelles System. In: ders.: Dichte Beschreibung. Beiträge zum Verstehen kultureller Systeme. Frankfurt a.M. 1983, 44-95.

⁴⁴ *Marco Frenschkowski*: Religiöse Motive. In: Enzyklopädie des Märchens. Handwörterbuch zur historischen und vergleichenden Erzählforschung. Band 11. Berlin u. New York 2004, 537-551, hier 539.

⁴⁵ Vgl. *Bernhard Grom*: Religiosität, Religionspädagogisch. In: Lexikon für Theologie und Kirche. Bd. 8. Freiburg u.a. ³1999, 1087-1088; *Heinrich M. Schmiedinger*: Religion, anthropologisch-theologisch. In: ebd., 1036-1039.

⁴⁶ Vgl. *Hubert Knoblauch*: Religionssoziologie. Berlin u. New York 1999, bes. 186-188.

⁴⁷ *Gottfried Korff*: Einleitung. In: Korff (wie Anm. 13), 9-32, hier 17.

⁴⁸ Vgl. *Martin Scharfe*: Soll und kann die Erforschung subjektiver Frömmigkeit das Ziel volkswissenschaftlich-kulturwissenschaftlicher Tätigkeit sein? In: Ruth-E. Mohrmann (Hg.): Individuum und Frömmigkeit. Volkskundliche Studien zum 19. und 20. Jahrhundert. Münster u.a. 1997, 145-151.

⁴⁹ *Hubert Knoblauch*: Der Mythos der Entzauberung, die populäre Religion und das Ende der Privatisierung. In: Korff (wie Anm. 13), 371-390, hier 385 f.

⁵⁰ *Claude Lévi-Strauss*: Das wilde Denken. Frankfurt a.M. 1973, 29 ff.

⁵¹ *Korff* (wie Anm. 13), hier 12.

⁵² Die Wallfahrt nach Lourdes entwickelte sich aus den Erzählungen der Bernadette Soubriou, der 1858 insgesamt 18 Mal eine Frauengestalt erschien, die sich als „unbefleckte Empfängnis“ bezeichnete und als Erscheinung der Jungfrau Maria gedeutet wird. Während der neunten Erscheinung am 25. Februar 1858 gräbt Bernadette auf Geheiß der Erscheinung eine Quelle aus, deren Wasser als heilkräftig und wundertätig gilt. Vgl. *René Laurentin*: Marienerscheinungen. In: Wolfgang Beinert u. Heinrich Petri (Hgg.): Handbuch der Marienkunde. Regensburg 1984, 528-555.

⁵³ *Michel de Roton*: Lourdes (I. Wallfahrt). In: Lexikon für Theologie und Kirche, Band 6, Freiburg u.a. 1997, 1068.

⁵⁴ Ebd.

⁵⁵ Ebd.

⁵⁶ Vgl. u.a.: *Peter Assion*: Der soziale Gehalt aktueller Frömmigkeitsformen. Zur religiösen Volkskunde der Gegenwart. In: Hessische Blätter für Volks- und Kulturforschung, NF 14/15 (1982/83), 5-17; *Wolfgang Brückner*: Die Verehrung des Heiligen Blutes in Walldürn. Aschaffenburg 1958; ders.: Fußwallfahrt heute. Frömmigkeitsformen im sozialen Wandel der letzten hundert Jahre. In: Lenz Kriss-Rettenbeck u. Gerda Müller (Hgg.): Wallfahrt kennt keine Grenzen. München 1984, 101-113; ders.: Art. Wallfahrt. In: Lexikon für Theologie und Kirche. Bd. 10. Freiburg u.a. 2001, 963-965; *Hänel* 2004 (wie Anm. 36); *Oliva Wiebel-Fanderl*: Die Wallfahrt Altötting. Kultformen und Wallfahrtsleben im 19. Jahrhundert. Passau 1984; *Helge Gerndt*: Vierbergelauf. Gegenwart und Geschichte eines Kärntner Brauchs. Klagenfurt 1973; *Klaus Guth*: Die Wallfahrt – Ausdruck religiöser Volkskultur. Eine vergleichende phänomenologische Untersuchung. In: *Ethnologia Europea*, XVI (1986), 59-82.

⁵⁷ Vgl. *Wolfgang Brückner*: Lourdes und Literatur – oder die Faszination des Massenkultes. In: Kriss-Rettenbeck u. Müller (wie Anm. 56), 429-442.

⁵⁸ Vgl. ebd.

⁵⁹ *Franz Josef Brems*: Marienwallfahrtsorte in Europa – Ein kulturgeschichtlicher Führer. München 1994, 112.

⁶⁰ In einem ersten Zugriff wurden mit sechs Lourdes-Wallfahrerinnen jeweils etwa zwei- bis dreistündige Gespräche geführt, die als themenzentrierte narrative Interviews konzipiert waren. Die Frauen leben in der Region Köln/Bonn, sind zwischen 24 und fast 80 Jahren alt und haben außer der Konfession und einer Bindung an eine kirchliche (katholische) Institution kaum eine Gemeinsamkeit. Zur Methodik vgl. u.a. *Brigitta Schmidt-Lauber*: Das qualitative Interview oder: Die Kunst des Reden-Lassens. In: Silke Göttisch u. Albrecht Lehmann (Hgg.): Methoden der Volkskunde. Positionen, Quellen, Arbeitsweisen der Europäischen Ethnologie. Berlin 2001, 165-186; *Albrecht Lehmann*: Bewusstseinsanalyse. In: ebd., 165-186; *Hänel* (wie Anm. 18); *Rolf Wilhelm Brednich*: Quellen und Methoden. In: ders. (wie Anm. 20), 77-100.

⁶¹ *Johannes Dierkes*: Auf dem Weg zu Heilung und Heil? Eine qualitative Untersuchung zur Wallfahrt nach Lourdes. Hamburg 1999, 37.

⁶² Vgl. *Hänel* (wie Anm. 36); *Brückner* (wie Anm. 56); *Elisabeth Röhm*: Große Gemeinschaft unterwegs? In: Martin Scharfe u.a. (Hgg.): Wallfahrt – Tradition und Mode. Empirische Untersuchungen zur Aktualität von Volksfrömmigkeit. Tübingen 1985, 83-88, hier 88.

⁶³ Frau R. berichtet von ihrer jährlichen Lourdes Fahrt, die von einer Marianischen Bruderschaft organisiert wird: „Diese Marianische Route geht bis nach Spanien hinunter, (...) die Routen verlaufen immer anders, aber drei Punkte werden (...) immer angefahren. Das ist immer Lourdes, das ist immer Saragossa (...) und immer Torreciudad.“ (Interview Frau R., Mai 2005).

⁶⁴ „Man betet zusammen, wir beten täglich drei Rosenkränze. Wir sind ja zusammen mit den Bus.“ (Interview Frau R., 2005).

⁶⁵ Interview Frau H., 2005.

⁶⁶ Interview Frau R., 2005.

⁶⁶⁷ Interview Frau Fe, 2005.

⁶⁸ Interview Frau R., 2005.

⁶⁹ Interview Frau R., 2005.

⁷⁰ Interview Frau He., 2005.

⁷¹ Interview Frau H., 2005.

⁷² Zur Verweisfunktion von Körper und Körperpraxen vgl. *Douglas* (wie Anm. 37).

⁷³ *Mircea Eliade*: Die Religionen und das Heilige. Elemente der Religionsgeschichte. Salzburg 1954, 217.

⁷⁴ Lourdes entdecken. Toulouse 2006, 26.

⁷⁵ Interview Frau H., 2005.

⁷⁶ Interview Frau H., 2005.

⁷⁷ Interview Frau He., 2005.

⁷⁸ Vgl. *Dagmar Hänel*: Grenzgänger. Auf der Suche nach Heil und Heilung – Wallfahrt im Grenzbereich zwischen Medizin und Glaube. In: Thomas Hengartner u. Johannes Moser (Hgg.): Grenzen & Differenzen. Zur Macht sozialer und kultureller Grenzziehungen. 35. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Volkskunde, Dresden 2005. Leipzig 2006, 515-527.

⁷⁹ Interview Frau R., 2005.

⁸⁰ Interview Frau F., 2005.

⁸¹ Ebd.

⁸² In allen Interviews wurden Erzählungen beigebracht, die eine oder mehrere solcher Heilungen thematisierten. (Eine Veröffentlichung der entsprechenden Analyse und Interpretation ist in Vorbereitung.)

⁸³ Interview Frau R., 2005.

⁸⁴ Ebd.

⁸⁵ Interview Frau F., 2005.

⁸⁶ „Ich sag mal, jeder der hierher kommt, hat es nötig irgendwie.“ (Interview Frau H., 2005).

⁸⁷ Vgl. *Jutta Dornheim*: Kranksein im dörflichen Alltag. Soziokulturelle Aspekte des Umgangs mit Krebs. Tübingen 1983.

Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter

CHRISTINA ANTENHOFER, MMag. Dr., geb. 1973 in Italien (Südtirol), Studium der Geschichte (Diplom) und der Germanistik/ Französisch (Lehramt) an den Universitäten Innsbruck und Sorbonne, Wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Geschichte und Ethnologie, Universität Innsbruck, Dissertation über die Korrespondenz um Paula de Gonzaga und Leonhard von Görz (1473-1500). Forschungsschwerpunkte: Kommunikations- und Alltagsgeschichte, Fürstliche Familien in der Renaissance, Geschlechtergeschichte, Flurnamen.

REINHARD BODNER, Mag., geb. 1980 in Österreich, Studium der Europäischen Ethnologie und Deutschen Philologie in Innsbruck, seit 2000 Studienassistent und seit 2005 Vertragsbediensteter am Institut für Europäische Ethnologie/Volkskunde der Universität Innsbruck, seit 2007 wissenschaftlicher Mitarbeiter am Teilprojekt „Cultural Tendencies and Dominants in Modern Mining“ (Fach Europäische Ethnologie) des Sonderforschungsbereichs HiMAT („The History of Mining Activities in the Tyrol and Adjacent Areas“) der Universität Innsbruck.

ELISABETH DIETRICH-DAUM, ao. Univ. Prof. Dr., geb. 1959 in Österreich, Studium der Geschichte und Germanistik, Dozentin für Wirtschafts- und Sozialgeschichte am Institut für Geschichte und Ethnologie der Universität Innsbruck, Forschungsschwerpunkte: Medizin- und Psychiatriegeschichte, regionale Sozialgeschichte.

ELLINOR FORSTER, Mag.a, geb. 1970 in Österreich, Studium der Geschichte, Skandinavistik und Psychologie an den Universitäten Innsbruck und Wien, Projektmitarbeiterin am Institut für Geschichte und Ethnologie, Universität Innsbruck, Forschungsschwerpunkte: Rechts- und Geschlechtergeschichte, historische Ausdrucksformen des Psychischen.

DAGMAR HÄNEL, Dr. phil., geb. 1969 in Deutschland, Studium der Europäischen Ethnologie/Volkskunde, Deutschen Philologie und Klassischen Archäologie in Münster, derzeit wissenschaftliche Mitarbeiterin der Abteilung Kulturanthropologie/Volkskunde (Institut für Germanistik, vergleichende Literatur- und Kulturwissenschaft) der Rheinischen Friedrich-Wilhelms-Universität Bonn, Forschungsschwerpunkte: Populare Religiosität, Ritual und Brauch, Visuelle Anthropologie.

MARINA HILBER, Mag.a, geb. 1981 in Österreich, Studium der Geschichte/Sozialkunde und Anglistik/Amerikanistik (Lehramt), sowie Bakkalaureatsstudium der Europäischen Ethnologie, derzeit: wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Geschichte und Ethnologie, Universität Innsbruck, Forschungsschwerpunkte: Geschlechtergeschichte und Sozialgeschichte der Medizin.

SUSANNE HOFFMANN, M.A., geb. 1979 in Deutschland, Studium der Wirtschafts- und Sozialgeschichte/Neuere Geschichte, Betriebswirtschaftslehre und Medien- und Kommunikationswissenschaft an der Universität Mannheim, Wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Geschichte der Medizin der Robert Bosch Stiftung in Stuttgart, Forschungsschwerpunkt: Sozialgeschichte der Medizin/Patientengeschichte im 18. und 20. Jahrhundert.

CHRISTINE HOLMBERG, Dr. phil., M.P.H., M.A., geb. 1968 in Deutschland, Studium der Ethnologie, Empirische Kulturwissenschaften und Europäische Ethnologie, Vergleichende Religionswissenschaften, Epidemiologie in Tübingen, Berlin, Boston, Chicago, Institut für Sozialmedizin, Epidemiologie und Gesundheitsökonomie an der Charité - Universitätsmedizin Berlin und am National Cancer Institute, Bethesda, MD, Forschungsschwerpunkte: Umgang mit epidemiologisch generierten Zahlen, Risikowahrnehmung, Entscheidungsfindungen (Arzt-Patienten-Interaktionen) und Krankheitserfahrung.

VERA KALITZKUS, Dr. disc. pol., geb. 1968 in Deutschland, Studium der Ethnologie, vergleichenden Religionswissenschaft und Interkulturellen Didaktik an der Universität Göttingen und der University of Santa Barbara, California, wissenschaftliche Mitarbeiterin am Lehrstuhl für Medizintheorie und Komplementärmedizin der Universität Witten/Herdecke, Forschungsschwerpunkte: Biographie und Krankheitsverarbeitung, Narrative Medizin, Salutogenese, Arzt-Patienten-Kommunikation.

MARTIN KRIEGER, M.A., geb. 1977 in Deutschland, Studium der Geschichte und der Lateinischen Philologie an der Universität Trier, z.Z. Studienreferendar für das Lehramt an Gymnasien in Lüneburg, zuvor wissenschaftlicher Mitarbeiter im Sonderforschungsbereich 600 „Armut und Fremdheit“ an der Universität Trier, Forschungen zur Geschichte der Armut und Sozialgeschichte der Medizin im ländlichen Raum des 19./20. Jhdts.

MICHAEL RISS, Mag., geb. 1976 in Österreich, Studium der Volkskunde / Europ. Ethnologie an der Universität Wien, freischaffender Volkskundler und Dissertant am Institut für Europäische Ethnologie der Universität Wien, Forschungsschwerpunkte: Museologie, Medizinethnologie.

MICHAEL SIMON, Univ.-Prof. Dr. M.A., geb. 1956 in Deutschland, Studium der Ethnologie/Volkskunde und Allgemeinen Sprachwissenschaft, Universitätsprofessor für Kulturanthropologie/Volkskunde am Deutschen Institut der Johannes Gutenberg-Universität Mainz, Forschungsschwerpunkte: Geschichte und Methoden des Faches, Visuelle Anthropologie, Regionale Kulturforschung, Enkulturation, Interethnik, Gesundheit und Kultur.

KATHRIN SOHM, geb. 1980 in Österreich, Studium der Europäischen Ethnologie, Sprachwissenschaft, Germanistik und Indogermanistik an der Universität Innsbruck. Studienassistentin am Institut für Europäische Ethnologie/Volkskunde, Universität Innsbruck von 2001-2007 und Projektmitarbeiterin bei der ÖAW von 2004-2007.

ALOIS UNTERKIRCHER, Mag., geb. 1971 in Österreich, Studium der Europäischen Ethnologie/Volkskunde, Germanistik und Geschichte an der Universität Innsbruck, wissenschaftlicher Mitarbeiter am Institut für Geschichte und Ethnologie, Universität Innsbruck, Forschungsschwerpunkte: Sozialgeschichte der Medizin, Geschichte der Männlichkeiten, Bergbauzentren der Frühen Neuzeit als geographische, territoriale und soziale Räume.

EBERHARD WOLFF, Dr. rer. soc., geb. 1959 in Deutschland, z.Z. vor allem wissenschaftlicher Mitarbeiter am Medizinhistorischen Institut der Universität Zürich. Arbeit an unterschiedlichen Orten in den Bereichen Forschung, Lehre, Ausstellungs- und Archivwesen zu einer Reihe von Themen im Überschneidungsbereich von Medizingeschichte und Kulturwissenschaft. Hauptforschungsfeld derzeit: Die Geschichte gesunder Lebensführung und Prävention im 20. Jahrhundert.

Alle Rechte sind vorbehalten. Nachdruck, auch auszugsweise, nur mit Bewilligung der Verfasserin/des Verfassers. Jede gewerbliche Weiterverwertung ist ohne schriftliche Zustimmung der Redaktion unzulässig.

Für den Inhalt der einzelnen Beiträge trägt die Verfasserin/der Verfasser die Verantwortung. Eine Haftung für die Richtigkeit der Veröffentlichungen kann trotz sorgfältiger Prüfung durch die Redaktion nicht übernommen werden. Die einzelnen Beiträge geben nicht in jedem Fall die Meinung der Redaktion wieder.

Bei den Abbildungen handelt es sich entweder um Grafiken der Autorinnen und Autoren oder um wissenschaftliche Bildzitate. – Titelbild: Votivtafel in der Kapelle von Altötting. Foto: Alois Unterkircher 2004.

Kontakt:

Institut für Europäische Ethnologie/Volkskunde
Leopold-Franzens-Universität Innsbruck
Philosophisch-Historische Fakultät
Innrain 52
A-6020 Innsbruck

Tel.: 0043-512 507 4431

Fax.: 0043-512 507 3458

Mail: volkskunde@uibk.ac.at

Internet: <http://volkskunde.uibk.ac.at>