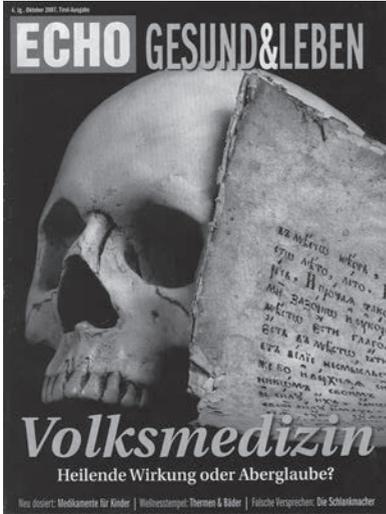


„Medikale Kultur“ – zur Geschichte eines Begriffes und zur Einführung in diesen Band

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 Söllhäsler 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 Krankheitsfalle 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 rekurrieren 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 beschäftigt.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 könnten. Doch sieht er wie Ernst den hauptsächlichen Zueginn 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 volkskundlich-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 medikalen 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 früherer „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; *Helmut 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 wertvolle 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 Studententexte*, 1), 143-160, oder *Elaine Scarry*: *Der Körper im Schmerz. Die Chiffren der Verletzlichkeit und die Erfindung der Kultur*. Frankfurt a.M. 1992.