

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.

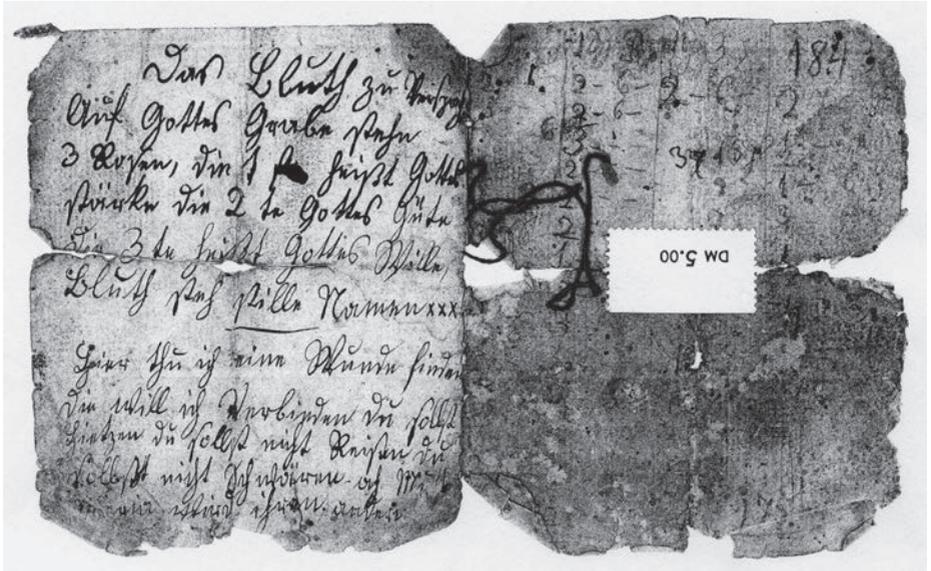
Unter diesen Bedingungen ist es kein Wunder, dass im Ernstfall die Suche nach Auswegen aus dem Leid viele Möglichkeiten kennt. Probates Wissen in der Gegenwart muss nach laienmedizinischem Verstand nicht approbiert sein, sondern kann seine Berechtigung der familiären Tradition verdanken, der religiösen 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.



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 Grab“ 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 Medialkulturforschung. 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-Jandl*: 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 volkscundlichen 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).