„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‘ 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 popularen 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 ausgewogenen repräsentiert.[15] Dies gilt in absoluten wie in Seitenzahlen. 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 popularen 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 popularen 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 populare 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 Gesundheitsselbsthilfe 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 popularen 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 Gesundheitsselbsthilfe (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 Gesundheitsselbsthilfe als *‚doing gender‘* im Alltag, und *gender* mit Scott als eine Machtrelation, dann diente das in den popularen 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 Gouvernementalitätstudien 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: Gesundheitsselbsthilfe und ‚gesundheitsrelevante Lebensstile‘

Die Gesundheitsselbsthilfe 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] ‚Gesundheitrelevante 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, Gesundheitsselbsthilfe 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 Akteure	109	68	177	135	53	188	244	121	365

Quelle: eigene Berechnungen

GSH = ∑ 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.: Gesundheitsselbsthilfe im Alltag. Ergebnisse einer repräsentativen Haushaltsbefragung über gesundheitsbezogene Selbsthilfeerfahrungen 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 [4]2006, 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 ^{2}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'Neujahrskind‘:* 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 ^{3}2003, 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 Rothschuh:* 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 ^{2}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; *Willibad 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 Siegrist:* Medizinische Soziologie. München [6]2005, 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 Pregnany 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.