

Zeitschrift: Schweizerisches Archiv für Volkskunde = Archives suisses des traditions populaires
Herausgeber: Schweizerische Gesellschaft für Volkskunde
Band: 89 (1993)
Heft: 1

Artikel: Kranksein im dörflichen Alltag : zum kulturellen Kontext einer Lebensform
Autor: Dornheim, Jutta
DOI: <https://doi.org/10.5169/seals-117854>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. [Siehe Rechtliche Hinweise.](#)

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. [Voir Informations légales.](#)

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. [See Legal notice.](#)

Download PDF: 02.02.2025

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, <https://www.e-periodica.ch>

Kranksein im dörflichen Alltag*

Zum kulturellen Kontext einer Lebensform

Von Jutta Dornheim

I. Aspekte von Kranksein in der Volksmedizinforschung

Am 30. September 1987 stand in der in Tübingen erscheinenden Tageszeitung «Südwest Presse – Schwäbisches Tagblatt» eine kleine Anzeige, die folgendermassen begann:

*Schämen Sie sich nicht!
Wenn Sie AIDS haben. Gott ist barmherzig.*

Es folgten eine Telefonnummer und eine Adresse aus einem kleineren Ort in der unmittelbaren Umgebung Tübingens. Bei meiner telefonischen Anfrage stellte sich heraus, dass es die Anzeige einer sogenannten Geistheilerin war, die damit AIDS-Erkrankte ermuntern wollte, Kontakt zu ihr aufzunehmen.

Obwohl das Thema der folgenden Ausführungen nicht AIDS ist, soll diese Anzeige an den Anfang gestellt werden, denn in ihr kommen, gleichsam fokussiert, zentrale Aspekte unseres Umgangs mit schwerer Krankheit zum Ausdruck:

1. Kranksein wird angesprochen als eine Beziehung zwischen dem Kranken und seiner persönlichen Umgebung, mithin als ein *soziales* Geschehen.
2. Dieses Geschehen ist gekennzeichnet durch *soziale Kontrolle* (jemand schämt sich ja deshalb, weil er glaubt oder weiss, dass er gegen einen gesellschaftlichen Wert und/oder eine Norm verstossen hat und dass dies von anderen bemerkt, eben: kontrolliert wurde).
3. Gegen diese soziale Kontrolle wird opponiert (nämlich mit der Aufforderung, sich *nicht* zu schämen), und damit wird eine potentielle *Konfliktsituation* zwischen den Kranken und ihrer sozialen Umwelt angezeigt.
4. Die Krankheit AIDS wird im Rahmen eines bestimmten Bezugssystems gedeutet. Dies ist ein Merkmal, das den Umgang mit Krankheit in wohl allen Kulturen kennzeichnet. Im vorliegenden Falle wird die Krankheit in den Kontext eines religiösen Systems, des christlichen Glaubens, gestellt.

Darüber hinaus handelt es sich um eine *öffentliche Äusserung* in einem ganz alltäglichen Medium, um eine Äusserung, die *nicht* durch Forschung evoziert wurde, jedenfalls nicht so unmittelbar, wie dies z. B. in Befragungen der Fall ist. Vorangestellt wurde diese Anzeige auch, weil die genannten Aspekte, die eben

nicht nur unseren Umgang mit AIDS kennzeichnen (also nicht aidsspezifisch sind), dazu beitragen können, die im folgenden zu besprechenden Befunde in einem grösseren Zusammenhang zu sehen. Das heisst konkret, es soll dem Verdacht entgegengesteuert werden, dass es sich im folgenden um einmalige, kuriose Ansichten kurioser, vielleicht gar hinterwäldlerischer Leute handle. Dieser möglichen negativen Diskriminierung meiner Befragten vorzubeugen, scheint mir – nach gelegentlichen entsprechenden Erfahrungen – nicht ganz überflüssig zu sein.

Es soll versucht werden, den Umgang mit Kranksein und Kranken, den Leute in einer konkreten Lebenswelt praktizierten, kennen- und verstehen-zulernen. Dies soll entsprechend meinen Untersuchungen¹ vorwiegend am Beispiel des Umgangs mit Krebs und Krebserkrankten geschehen. Das Vorgehen ist folgendes:

Zunächst werden kurz das Forschungsinteresse und die Anlage der Untersuchung beschrieben. Danach sollen schrittweise die Verstehenshorizonte für die krankheitsbezogenen Vorstellungen, Einstellungen und Verhaltensweisen der Leute im Untersuchungsort, der Rauhenfeld genannt werden soll, aufgebaut werden. Bei der Interpretation der Befunde bediene ich mich weitgehend derselben (gegenstandsbezogenen) Theorien², die ich auch damals, im Verlauf der Untersuchung und ihrer Dokumentation, herangezogen habe. Danach soll der Versuch gemacht werden, die Befunde in einem *übergreifenden theoretischen Rahmen* zu verankern, d. h. sie durch Hypothesen mit unserem Kultursystem zu verbinden. Dieser Versuch ist ein Ergebnis der immer wieder gemachten Beobachtung, dass die Grundproblematik heutiger Volksmedizinforschung immer noch darin besteht, einen *systematischen Zugang* zu den Beziehungen zu finden, die zwischen *volksmedizinischen Phänomenen* einerseits und der *Struktur und Funktion unseres Kultursystems* andererseits bestehen.

II. Zum Untersuchungsinteresse und der Anlage der Untersuchung

Von Frühjahr bis Herbst 1976 bestand an der Universität Tübingen der interdisziplinäre Arbeitskreis «Umgang mit Karzinompatienten». Die Initiative dazu war von einigen Medizinerinnen der Universitäts-Frauenklinik ausgegangen. Diese Ärzte sahen sich in ihrer täglichen Arbeit mit Problemen konfrontiert, die ihrer Meinung nach den Zuständigkeitsbereich der Medizin überschritten. So hatten die Initiatoren auch den Wunsch, ihre eigenen Ängste und Hemmungen zu bearbeiten, die sie im Umgang mit den Patientinnen empfanden.³ Der Arbeitskreis wurde interdisziplinär im weitesten Sinn: An ihm nahmen Krankenschwestern und Ärzte, eine Sozialarbeiterin, eine Klinikpfarrerin und ein Klinikpfarrer, Psychologen, Soziologen und schliesslich einige VertreterInnen des Faches empirische Kulturwissenschaft (Volkskunde) teil, zu denen auch ich gehörte.

Alle Beteiligten versuchten, neben der Bearbeitung von Angst und Betroffenheit spezifische Verstehenszugänge von ihrem jeweiligen Fach her zu erschliessen.⁴

Ungelenkt, aber dennoch wohl nicht zufällig, richtete sich mein Interesse von Anfang an besonders auf die Berichte der Pfarrerin und des Pfarrers sowie der Sozialarbeiterin. Diesen Arbeitskreismitgliedern gegenüber hatten Patientinnen immer wieder geklagt, dass nach ihrer Rückkehr aus der Klinik Ehemänner angeblich aus Furcht vor Ansteckung aus dem gemeinsamen Schlafzimmer ausgezogen und Dorfbewohner auf der Kirchenbank von ihnen abgerückt seien. Mich beschäftigte jedoch am meisten, dass diese Mitteilungen im Arbeitskreis auf einen merkwürdigen, nicht explizit diskutierten Verstehenskontext stiessen, wobei ich mich selbst nicht ausnehme. Das heisst konkret: über diese Mitteilungen wurde kaum gesprochen, und es wurde keine Verbindung zu unseren eigenen Ängsten hergestellt.

Diese Beobachtungen führten mich zu der Frage, wie die geschilderten Vorgänge – auch wenn es sich «nur» um subjektive Wahrnehmungen handeln sollte – mit unser aller Vorstellungen und Einstellungen zusammenhängen könnten. So kam ich zu der *Ausgangsthese*, dass der alltägliche Umgang mit Krebserkrankten durch Vorstellungen und Einstellungen mitbestimmt ist, die in ihren wichtigen Bestandteilen gemeinsamer Besitz der Menschen unserer Kultur und Zeit sind, dass diese «Bilder», wie ich etwas anschaulicher sagen möchte, eine Entstehungsgeschichte unabhängig vom einzelnen Individuum haben. Dabei war natürlich anzunehmen, dass der und die einzelne im Laufe seiner bzw. ihrer Lebensgeschichte sich diese Bilder individuell aneignen und modifizieren. Möglicherweise spielen auch in der Entstehungsgeschichte der Bilder frühere kollektive Erfahrungen mit Krankheit eine Rolle; Erfahrungen, die sich durch Wiederholung und Tradierung allmählich verfestigt und verstärkt haben. Somit könnte das oft scheinbar spontane Verhalten durch viele Muster bestimmt sein, die dem einzelnen gar nicht bewusst sind.

Da viele Patientinnen der Tübinger Frauenklinik aus Orten der Schwäbischen Alb kamen, lag es nahe, dort mit den Untersuchungen zu beginnen, und zwar mit Befragungen *gesunder* Personen. Aufgrund der Vorannahmen meiner Untersuchung und deren explorativen Charakters kamen nur sogenannte «offene» Interviews⁵ in Frage. So führte ich im Winter 1976/77 mit jeweils zehn Frauen und Männern eines kleineren Ortes mehrstündige Einzelgespräche, die thematisch auf Krebs zentriert waren und auf Tonband aufgenommen werden durften. Den ersten Kontakt zu einer Frau im Ort, die ich selbst jedoch nicht befragte, vermittelte mir ein Arzt des Arbeitskreises. Die GesprächspartnerInnen fand ich dann durch Vermittlung dieser «Gewährsfrau» und in einer Art «Schneeballsystem».

III. Der Untersuchungsort

Rauhenfeld hat zwischen 500 und 1000 Einwohner und liegt am Hang eines Bergrückens, der sich auf einer der kargen Hochflächen der Schwäbischen Alb erhebt. Rauhenfeld ist Ortsteil einer Gemeinde, deren sogenannter Kern in ca. 10 km Entfernung liegt. Zur Zeit der Befragungen gab es nur noch einige Vollandwirtschaftsbetriebe im Ort. Die meisten Landwirtschaften wurden als Nebenerwerb betrieben.

Schon vor Generationen konnten nur wenige der durch Realteilung kleinen und mit ihren dürftigen Albböden wenig ertragreichen Höfe ihre Bewohner ernähren. Die meisten Bauernsöhne mussten sich als Knechte in auswärtigen Landwirtschaften verdingen, wo sie aber jeweils nur von Lichtmess bis Martini Arbeit hatten. Ein Teil der Männer arbeitete auch in Steinbrüchen und später beim Strassenbau; zu ihren Arbeitsstellen fuhren sie täglich 20–30 Kilometer weit mit dem Fahrrad. Im Winter gingen die meisten Männer «ins Holz». Arbeitgeber war dann die Gemeinde, die für die gefällten Baumstämme Akkordlöhne zahlte. Wer einmal als Arbeiter tätig gewesen war, hatte den Vorteil, dass er als freiwilliges Mitglied in der gesetzlichen Krankenversicherung bleiben durfte. Erst seit 1972 sind auch die Haupterwerbslandwirte gesetzlich krankenversichert.

Schon früher wurden die kleinen Nebenerwerbslandwirtschaften vor allem von den Frauen betrieben. Zur Zeit der Befragungen arbeiteten viele Frauen zusätzlich halb- oder auch ganztags in einer der kleinen Nähereien oder Wirke-
reien, die sich seit Ende der 20er Jahre in den umliegenden Ortschaften und im Ort selbst angesiedelt hatten. Auch hier wurde im Akkord gearbeitet. Frauen mit Säuglingen und Kleinkindern machten Heimarbeit. Der Pfarrer des Ortes beklagte sich bei mir darüber, dass sich die Mütter scheuten, an einem «normalen Werktag» mit ihren Kindern spazierenzugehen, da sie fürchteten, als «faul» zu gelten. Dies stimmt mit Beobachtungen, die ich machen konnte, überein: An Werktagen einschliesslich der Samstage sah ich Erwachsene und ältere Kinder stets nur bei der Arbeit: auf den Feldern und in den Gärten, beim Hausbau und -renovieren, an den Strick- und Wirkmaschinen daheim; auf den Strassen aber sah ich sie stets nur mit Einkaufskörben und Kleinkindern beladen oder auf Traktoren sitzend. Männer allerdings traf ich an Winterabenden auch an einem der Stammtische in den Wirtschaften.

IV. Erster Verstehenshorizont: Die Vorstellungs- und Verhaltensdimension «Ansteckung»

Ausgehend von den Schwierigkeiten, die die im Arbeitskreis zitierten Patientinnen mit ihrem sozialen Umfeld gehabt hatten, richtete sich mein Interesse

zunächst auf die Kontakte und Interaktionen zwischen Gesunden und Erkrankten im Ort. Als ich dementsprechend Frau Aichele⁶, eine 48jährige Bäuerin, fragte, auf welche Weise man denn zu den operierten Frauen im Ort Kontakt halte, ob und wie häufig man sie besuche, meinte die Gefragte:

Ja, ja. Also – so Angst hat man grad' nicht, dass man das so – – durch Übertragung kriegen könnt', oder so. Ich glaub' auch nicht, dass das so ist, dass das so ansteckend ist.⁷

Bis dahin war von «ansteckend» noch nicht die Rede gewesen, weder in diesem Gespräch, noch in anderen Gesprächen, denn das Interview mit Frau Aichele war das erste, das ich in Rauhenfeld führte. Meine Gesprächspartnerin hatte also die Frage nach dem Besuchen unmittelbar im Kontext «Übertragung» wahrgenommen, und sie hatte damit auf etwas reagiert, das offenbar für sie im Stichwort «Besuchen» mitangesprochen war.

Das Problem «Ansteckungsfurcht» tauchte aber noch weit eindrucksvoller als persönliche Erfahrung von Frau Eberle, einer 56jährigen Hausfrau und Nebenerwerbslandwirtin, auf, deren Bruder sechs Jahre zuvor an Magenkrebs gestorben war. Frau Eberle schilderte zuerst die enge Beziehung, die sie zu ihrem Bruder bis zu seinem Tod gehabt hatte, und fuhr dann fort:

Bloss – , ... wenn er hat einen trinken lassen wollen aus seinem Gläsle – , das hat man nicht wollen ... also – das hätt' ich nicht können.

Auf meine Rückfrage gab die Gesprächspartnerin an, dass sie sonst aus *jedem* Glas trinken könne, auch wenn es ein anderer soeben benutzt habe. Auch bei ihrem Bruder habe sie da «keine Hemmungen» gehabt, solange dieser noch gesund war. Als ich sie bat, ihre Gefühle in der geschilderten Situation zu beschreiben, meinte sie, dass sie sich wohl vor «Übertragung» gefürchtet habe. Gleichzeitig betonte sie jedoch, dass sie Krebs nicht für ansteckend halte. Dabei fiel ihr selbst auf, dass diese Meinung im Widerspruch zu ihrem Verhalten in der geschilderten Situation stand.⁸

Diese Äusserung Frau Eberles, die sich auf persönliche Erfahrung berief, hatte mir die Dimension «Ansteckung» in einem lebenspraktischen Kontext vermittelt, den ich am Schreibtisch wohl niemals antizipiert hätte. Ich nahm nun die geschilderte Situation nachträglich als Operationalisierung für die Frage nach Ansteckungsfurcht in meinen Leitfaden auf. Das heisst konkret, ich beschrieb in allen nachfolgenden Gesprächen diese Situation und bat die Befragten, mir zu sagen, wie sie sich verhalten würden. Natürlich war mir dabei klar, dass solche Angaben über *hypothetische* Situationen nicht mit dem *tatsächlichen* Verhalten in *realen* Situationen übereinstimmen müssen. Wenn ich dennoch danach fragte, so deshalb, weil ich an den *Vorstellungen* interessiert war, die die Verhaltensschilderung hervorrufen würde. Vor diesem Hintergrund waren die Begründungen von besonderem Interesse, die für die Weigerung oder die Zustimmung, aus dem Glas zu trinken, gegeben werden würden. Da

die Situation erst nachträglich in den Gesprächsleitfaden aufgenommen wurde, liegen Antworten zwar von allen Männern, aber nur von weiteren zwei Frauen vor. Diese beiden wollten ihr Verhalten von der Nähe abhängig machen, in der sie zu der betreffenden Person stünden,⁹ wobei Frau Jacob die Situation sofort auf ihre Erfahrungen mit ihrer an Krebs verstorbenen Tante bezog. Frau Jacob meinte, sie hätte aus dem Glas getrunken, wenn die Erkrankte sie darum gebeten hätte. Sie hätte es «schon ihr zulieb' getan, wenn sie mir's angeboten hätte». Von den zehn befragten Männern wollte nur einer, der an multipler Sklerose erkrankte 52jährige Herr Munz, bedingungslos aus dem Glas trinken. Die Aussagen, mit denen die übrigen Männer ihre Weigerung begründeten, reichten von Einschränkungen wie z. B. «Ich würde nicht trinken, wenn der Kranke Mundkrebs hat» über ein mehr oder weniger entschiedenes Sich-Wehren wie z. B. «Da hätt' ich jetzt wieder ein bisschen Hemmungen» und «Das ist doch irgendwie ein bisschen – – komisch ... Vielleicht ist's *doch* ansteckend» bis hin zur Äusserung von starken Gefühlen, wie sie in der Antwort des 48jährigen Maurers Nill zum Ausdruck kommen: «Das hätte ich abgewehrt. Da hätte ich einen Vorwand gesucht ... Aus Angst. – Aus Angst. Aus Angst.»

Interessant sind auch die weiteren Situationen, zu deren Schilderung einige Männer durch das «Aus-demselben-Glas-Trinken» angeregt wurden. So bekannte der 38jährige Briefträger Paul, dessen Vater zur Zeit der Befragung an Prostatakrebs erkrankt war, dass er bei Gesprächen mit seiner an «Mundkrebs» erkrankten Nachbarin «ein bissle Schiss» habe, weil «dabei Bazillen ausströmen könnten». Und der 54jährige Postangestellte Lang meinte, dass er sich doch Gedanken machen würde, wenn ihm sein an Krebs erkrankter Arbeitskollege eine Zigarette anböte. Ob er sie direkt abschlagen würde, wisse er nicht; aber er nähme da ja etwas in seinen Körper herein, und wenn es *doch* ansteckend wäre, was er ja *nicht* glaube, dann könnte er «es» leichter kriegen. Herr Lang meinte auch, dass bei den sogenannten Vorsorgeuntersuchungen von Frauen über die Instrumente des Arztes «kranke Zellen verschleppt» werden könnten, weil die Instrumente ja innerlich angewendet werden.

An den Beiträgen von Herrn Lang fällt die Unterscheidung «innerlich» – «äusserlich»¹⁰ besonders auf, aber andere Befragte trafen diese Unterscheidung auch. Sie hatte die Funktion, die Gefahren einer Übertragung besser einschätzen zu können. Alles, was man in seinen Körper hereinnimmt oder was einen innerlich berührt, galt als gefährlich. Mit Hilfe dieser Unterscheidung begründeten Männer häufig auch, warum Geschlechtsverkehr mit einer Frau, die wegen Unterleibskrebs operiert wurde, gefährlich sein könne, obwohl, wie der 64jährige Heimstricker Opp meinte, nach der Operation «das Gröbste» vom Krebs ja «weggeschnitten» sei.

Zusammenfassend lässt sich feststellen: Keine einzige der befragten Personen sagte explizit und uneingeschränkt: «Krebs ist ansteckend.» Aber relativ

viele sagten: «*Andere* sagen: Krebs ist ansteckend.» Und relativ viele schränkten ihre Aussage, dass Krebs nicht ansteckend sei, dadurch ein, dass sie ganz bestimmte Kontaktformen für gefährlich hielten.¹¹ Dabei spielten selbsterlebte Situationen eine grosse Rolle, was für die Wirksamkeit des Faktors «Betroffen sein» spricht. Die Diskrepanz zwischen dem Wissen des aufgeklärten Kopfes und einer offenbar tiefer sitzenden Verhaltensbereitschaft fiel vielen Befragten selbst auf. Das bedeutet: Sie hatten erkannt, dass sie sich in einer *Konfliktsituation* befinden würden bzw. – im Falle der selbst eingebrachten Beispiele – befunden hatten. Im folgenden wollen wir uns möglichen Ursachen der Diskrepanz zwischen Wissen und Verhaltensbereitschaft zuwenden.

V. Zweiter Verstehenshorizont: Verweisungszusammenhänge zwischen Krebs und Tuberkulose

Ähnlich wie die Situation des «Aus-demselben-Glas-Trinkens» eingebracht wurde, erhoben mehrere Befragte eine Forderung, die zu unserem Verstehen beitragen kann. Diese Forderung wurde zum ersten Mal von Frau Kern, einer 53jährigen Näherin, vorgebracht. Nachdem Frau Kern ihre Hoffnung ausgedrückt hatte, dass man Krebs eines Tages so «in den Griff» bekomme, wie Tbc, fuhr Frau Kern fort:

Und das war ja bei Tb das Schlimmste, weil das ansteckend war. Das war das Schlimmste. Und deswegen mein' ich halt so: Sollt' man den Krebs auch mit irgend so 'nem Wagen zur Früherkennung irgend so rausbringen.

Hier ist offensichtlich, dass Frau Kern zu dem Inhalt «ansteckende Tbc» den Inhalt «ansteckender Krebs» assoziierte.

In allen das Reihen-Röntgen betreffenden Äusserungen fällt die enge Assoziation der Inhalte «Tbc» und «Krebs» auf.¹² Zwischen beiden Erkrankungen sprangen die Befragten in ihren Äusserungen hin und her; häufig bezog sich die Antwort, mit der ich nach Krebs gefragt hatte, zunächst auf Tbc und ging dann unvermittelt zum Inhalt «Krebs» über. Dabei wurde mitunter offenbar, dass die Befragten die Tuberkulose als historischen Vorläufer von Krebs betrachteten. So sagte z. B. Herr Nill:

Bloss möcht' ich das noch mitsagen: Früher sind die Leute –, sind auch – – ganze Familien –, kann man sagen, gestorben –, aber damals hat man eben gesagt: «Sie haben auszehrt.» «Auszehrt.» Was «auszehrt» ist, kann ich mir direkt auch nicht vorstellen, aber das muss doch irgendwie – auch so irgend etwas sein.

Er kam sofort auf ein in eine entferntere Stadt verzogenes Ehepaar zu sprechen, dessen Sohn erst dieses Jahr an Auszehrung gestorben sei, nachdem schon zwei Töchter an derselben Krankheit gestorben waren, und schloss:

Das ist grad' so eine Familie, wo –, wo man das gewusst hat, dass da irgendwie etwas nicht stimmt.

Für Fritz Class waren Tbc und Krebs möglicherweise sogar identisch. Er meinte:

Galoppierende Schwindsucht . . . , ob das nicht früher der Krebs war. Der Lungenkrebs.

Zu seiner Vermutung gelangte Fritz Class aufgrund von Ähnlichkeiten in Symptomen und Verlauf: «Es geht ganz schnell», «Es kommt Blut», «Und wenn's Blut kommt –, zerfällt ja die Lunge.» Das ist seiner Meinung nach bei Lungen-Tbc ebenso der Fall wie bei Lungenkrebs, es könnte demnach ein und dieselbe Krankheit sein.

Wenn man die Äusserungen, in denen Tbc und Krebs explizit miteinander verglichen wurden, zusammenfasst, ergeben sich zwei Kernaussagen:

1. Krebs und Tbc sind identische oder ähnliche Krankheiten.
2. Was heute Krebs genannt wird, wurde früher anders bezeichnet, zum Beispiel als «Tbc».¹³

Für die Bewohner von Rauhenfeld war die Tuberkulose eine Art historischer Vorläufer von Krebserkrankungen auch in dem Sinne, dass sie Wahrnehmungen von schwerer Krankheit und Verhaltensweisen im Umgang mit Kranken prägte. In den Befragungen kam direkt oder indirekt zur Sprache, dass diese Prägungen in Form von Wahrnehmungs- und Verhaltensmustern immer noch nachwirkten. Einem besonders wirksamen und im Umgang mit Krankheit immer wieder aktualisierten Muster wollen wir uns nun zuwenden.

VI. Dritter Verstehenshorizont: «Verheimlichen» und «Herauskommen» als praktiziertes und wechselseitig erwartetes Verhalten

Herr Nill befürwortete nicht nur den Einsatz einer mobilen Untersuchungsstation zur Früherkennung, sondern er forderte darüber hinaus, dass die Teilnahme an dieser Art Röntgenuntersuchung zur gesetzlich verankerten Pflicht eines jeden Menschen gemacht werde.

Denn – (so meinte er) der, wo zum Wagen läuft – – –, nachher – –, wie's in so 'nem kleinem Ort ist –, da sagt man: «Guck! Der da!»

Und weiter:

Ja, da passt im Ort jeder auf – –, wer geht –, wer das sein –, der ist gegangen –, und der ist gegangen – und so weiter und so fort –.

Wenn er hingegen mit seiner Frau im Auto zur Vorsorgeuntersuchung fahre, dann wisse keiner im Ort davon. Josef Class kam bei der Frage nach den Gründen der «Vorsorge»-Abstinenz unmittelbar auf das Tbc-Reihen-Röntgen zu sprechen und unmittelbar anschliessend auf die Situation von Bauern, die tbc-krankte Kühe haben. Diesen Vergleich wandte er auf Krebs-Untersuchungen an:

Ach wegen –, ja weil sie Angst haben, es könnte was rauskommen. – Und vielleicht haben die auch, mancher auch –, denkt –, ... ich möcht's nicht, ... dass man sagt: «Haja, der hat auch Tb im Stall» –, gell –, oder so. Wie das eben ist.

In dieser Äusserung hat «rauskommen» eine zweifache Bedeutung: Es bezeichnet zunächst die Vorstellung, dass eine Krankheit, die im Körper steckt, zum Vorschein, eben: herauskommt. Daneben ist hier der soziale Modus des Herauskommens angesprochen, und er betrifft auch die Angehörigen des Erkrankten. «Haja, der hat auch Tb im Stall» korrespondiert mit dem «Guck! Der da!» Bemerkenswert ist, dass nicht allein Krebs, sondern auch schon die Untersuchung, bei der Krebs «herauskommen» könnte, nicht offenbart werden darf. Schon diese scheint als somatische und soziale Bedrohung zu gelten.

Wie gross die Bedrohung früher für eine Familie mit einem Tbc-Kranken war, klingt in der Äusserung Frau Becks an:

Früher war's ja schlimm. Wenn eins Tb gehabt hat – hach was! – manche Leute sind gar nicht mehr in die Häuser rein oder irgendwie, oder – ... haben gesagt: «Da kann man nicht mehr rein», oder: «Das ist erblich» ... oder: «Das hat offene Bazillen»...

Es geht hier nicht allein um die Furcht vor Ansteckung, sondern auch um Kontaktvermeidung mit einer ganzen Familie.¹⁴ Denn, so Josef Class, Tb habe man früher häufig verheimlicht, «weil man Angst hatte, man könnte nicht zum Heiraten kommen». So hätten die Kranken gearbeitet, bis Blutstürze sie niederstreckten.

Der Wahrnehmungs- und Verhaltensmodus, der in den Äusserungen dieses Abschnitts zum Vorschein kam, ist der des gegenseitigen Beobachtens, des Wissens um gegenseitiges Beobachten und des Verheimlichens als Abwehrmassnahme.

Beobachtet wird in Rauhenfeld aber nicht nur gegenwärtiges Geschehen. Vergangenes wird erinnert und mit neuen Beobachtungen verbunden. So äuserten viele Befragte, dass in Rauhenfeld Gesundheit und Krankheit «von Generation zu Generation» verfolgt würden. Herr Paul, der die Krebserkrankung seines Vaters im Ort verheimlichte, hatte sich offenbar mit dieser Perspektive auseinandergesetzt. Er sagte:

Bei uns auf dem Land –, da kennt ja einer den andern ganz genau –, da kennt man die Familienverhältnisse –, kennt die Kinder, Eltern, Grosseletern, Urgrosseletern. Da kennt man die ganzen Generationen.

Herr Paul spricht aber auch an, dass dies alles von früher, «vom Auszehren, ... der Lungenkrankheit» und der «Ansteckung» herkomme. Da wolle keine Familie Anlass geben zu Vermutungen über Vererbung oder «irgendwelche Schwächen im Körper drin», die von Generation zu Generation wieder auftauchen.

«Schwache Stellen» oder «schlechtes Blut» haben, «angeschlagen» sein, «Nicht-mehr-arbeiten-Können», «es» «im Stall» oder «im Haus» haben, zu

einer Familie gehören, «in der irgend etwas nicht stimmt» – dies sind die Zuschreibungen, die von Alt und Jung gefürchtet werden und denen man durchs Verheimlichen auch schon des blossen Anscheins des Sich-Sorgens um seine Gesundheit zu entgehen trachtet.¹⁵ Doch fast ebenso häufig, wie das Beobachten und Verheimlichen angesprochen wurden, kam auch Kritik daran zum Ausdruck. Nicht nur der Pfarrer des Dorfes kritisierte seine Gemeinde in dieser Hinsicht, auch die Befragten selbst distanzieren sich davon. Dies geschah allerdings oft mit dem Hinweis, dass es ja doch herauskomme. So meinte Frau Jacob:

Aber auf einmal weiss man's halt doch. Aber warum das --, hab' ich mich auch schon gefragt, warum wollen das die Leute verheimlichen --, es kommt ja doch raus, und da gibt's ja nichts zum Verheimlichen.

In der Kritik am Verheimlichen kommt zum Ausdruck, dass dieses Verhalten als das wahrgenommen wird, was es seiner Intention nach primär ist: Widerstand und Schutz gegen das zur Stigmatisierung neigende soziale Umfeld Dorf. Man erkennt, dass dieses Verhalten nicht – wie häufig vorgegeben – der Abschirmung der Kranken dient.

An dieser Stelle wäre eigentlich ein Exkurs zur früheren Lebens- und Produktionsweise der Rauhenfelder erforderlich, so, wie ich sie eingangs ansatzweise skizziert habe. Zu zeigen wäre dann, was es für die um ihre Existenz ringenden Familien auf den kleinen Albhöfen bedeutete, einen kranken Ehepartner, kranke Kinder und somit weniger Arbeitskräfte zu haben. Statt dieses sozialhistorischen Exkurses soll der Hinweis genügen, dass unsere Verstehensbemühungen noch *hinter* die heute beobachtbaren und erhebbaren Interaktionsformen der Rauhenfelder zurückgehen müssen.

Der Kritik am eigenen Umgang mit Gesundheit und Krankheit entsprechend, werden bestimmte Erklärungsmuster für die Entstehung von Krebs bevorzugt. Immer wieder wurde gesagt, dass Krebs jeden jederzeit treffen könne bzw., wie Frau Aichele sagte, «dass keins keine Stunde und keine Minute sicher sei, von der Krankheit befallen zu werden». Das Schlimmste sei, dass man nicht wisse, woher der Krebs komme, und somit könne man sich auch gar nicht «weghalten». Krebs war für die Befragten geradezu die grosse Unbekannte unserer Zeit, das zur Zeit Unerkennbare schlechthin. Befragte, die ein an Krebs erkranktes Familienmitglied hatten, wiesen häufig darauf hin, dass Krebs «einfach Pech» oder «Schicksal» sei. Andere nannten unter den möglichen Ursachen von Krebs das «Sich-nicht-Halten» (womit Rauchen, Alkoholtrinken, falsche Ernährung und Stress gemeint waren) sowie Umweltgifte. Aber auch als «vom Herrgott geschickt», als «göttliche Fügung» und als «Busse» wurde Krebs bezeichnet. Vor allem aber wurde Krebs in eine historische Abfolge grosser Menschheitsplagen gestellt, die z. B. für Herrn Beck mit Pest und Blattern begann und über Cholera und Tuberkulose zum Krebs führte.

Wenn dieser einmal besiegt sei, komme wieder eine andere Krankheit, «wo man wieder nicht wüsste –, wie und was.»

VII. Zum Krankheitsbegriff in Rauhenfeld

Wie das erhobene Material zeigt, gehört zum Krankheitsbegriff der Rauhenfelder vor allem, dass ein kranker Mensch nicht mehr arbeiten kann. Das bedeutet aber auch, dass er oder sie an den sonstigen alltäglichen und feiertäglichen Aktivitäten der Ortsbewohner nicht teilnehmen kann. So lange es keine Krankenversicherung gab und so lange eine erwachsene Person kaum jemals einen Arzt konsultierte, entstanden in diesem alltagsweltlich geprägten Bild von Krankheit und Kranken keine Störungen. Zu diesen kam es aber in den letzten Jahrzehnten, als das professionelle Medizin- und das Sozialversicherungssystem ihre Verhaltensanforderungen auch in Rauhenfeld geltend zu machen begannen. Dies soll anhand der Krankengeschichte von Fritz Class demonstriert werden:

Als ich dem 45jährigen Fritz Class zum ersten Mal gegenüberstand, wusste ich aus dem Interview mit seiner Frau, dass er früher «arg krank» gewesen war: Er hatte an einer Stenose der Hauptschlagader gelitten, bis ihm ein Stück Kunststoff an der verengten Stelle der Arterie eingesetzt worden war. Aufgrund dieser Mitteilung, die ich als Laie nicht recht einzuschätzen wusste, hatte ich einen immer noch irgendwie krank wirkenden Mann erwartet. Ich war also erstaunt, dass ich Herrn Class keinerlei Beeinträchtigungen seines gesundheitlichen Zustandes anmerken konnte. Später erfuhr ich dann von Josef Class, dem Vater, dass Fritz Class seit gut einem Jahr Frührentner war.

Die Reaktionen der Dorfbewohner auf die unsichtbare Krankheit bzw. die unsichtbare Behinderung von Fritz Class waren das immer wiederkehrende Thema in den Gesprächen mit ihm und seiner Frau. In mehreren kleinen Szenen und Geschichten aus dem alltäglichen Lebenszusammenhang teilten sie mir mit, dass die meisten Leute im Dorf glaubten, was ein alter Mann über Fritz Class anlässlich eines Besuches im Festzelt gesagt hatte, nämlich: «Ha! Der Faulenzer will doch nix schaffe.» Um mir die Situation ihres Mannes recht deutlich zu machen, bezog sich Frau Class auf den noch wahrnehmbaren und kontrollierbaren Arbeitszusammenhang im Dorf. Sie sagte:

Sie müssen denken: Im Sommer arbeitet vom Kind bis zum Ältesten jedes –, und er muss – daheim sitzen und muss den andern zugucken.

Um das dem Frührentner Fritz Class allein mögliche Verhalten in seiner Bedeutung für den dörflichen Interaktionszusammenhang aufzuzeigen, habe ich auf folgender Matrix die Befindens- und Verhaltenserwartungen, die seitens der Dorfbewohner gegenüber Schwerkranken bestehen, den Erwartungen ge-

genübertgestellt, welche die Gesunden betreffen, und darunter das Verhalten von Fritz Class dokumentiert.

	Vorhandensein von Schmerz	Gebundensein ans Haus	Gebundensein ans Bett	Bewegungseinschränkungen
schwerkrank	+	+	+	+
gesund	-	-	-	-
Fritz Class	-	-	-	-

	pflegebedürftig	arbeitsfähig	Spazierengehen	Kirchgang	öffentl. Vergnügen
schwerkrank	+	-	-	-	+
gesund	-	+	(+)	+	+
Fritz Class	-	-	+	+	+

Wir sehen, dass das Verhalten von Fritz Class nur eines der Merkmale aufweist, welche schwere Krankheit im Verständnis der Dorfbewohner kennzeichnen. Dagegen besteht nahezu vollständige Übereinstimmung mit den Merkmalen des Gesundseins – die einzige Ausnahme bildet der Aspekt «Arbeiten-Können». Noch schwerer wiegt aber vielleicht die Übereinstimmung zwischen Fritz Class und den Gesunden in den Punkten «Spazierengehen», «Kirchgang» und «öffentliche Vergnügen». Für den Zustand «gesund» wurde «Spazierengehen» in Klammern gesetzt, weil es eine Besonderheit aufweist, die eingangs schon angesprochen wurde: Es entspricht nicht den Verhaltenserwartungen der Leute in Rauhenfeld, wenn jemand an einem Werktag spazierengeht; in ihren Augen tun dies nur «Faulenzer». Da nun Fritz Class mitunter mit seiner kleinen Tochter spazierengeht, verstärkte er den Eindruck, der schon aufgrund seines Nicht-mehr-Arbeitens entstanden war.

Die Einstellung der ausserfamiliären Umgebung, die Fritz Class und seine Frau beschrieben, lässt sich folgendermassen formulieren: Gesunde *könnten* an Werktagen spazierengehen, sie können es aber nicht tun, weil sie arbeiten (müssen). Fritz Class *geht* an Werktagen spazieren – aber nicht deshalb, weil er nicht arbeiten müsste und arbeiten könnte, sondern weil er dies nicht *will*. Schliesslich hindern ihn weder Bettlägerigkeit noch Schmerzen daran (denn: spazieren geht er ja). Wenn also Fritz Class als «Faulenzer» bezeichnet wurde,

so dürfte das seinen Grund darin haben, dass für die Menschen in Rauhenfeld krank ist, wer im Bett liegt und/oder Schmerzen hat und/oder sich nicht bewegen kann, jedenfalls eine schwere, wahrnehmbare Befindensstörung hat.

Mit dieser Aussage lässt sich die traditionelle Vorstellung von Kranksein in Rauhenfeld zusammenfassen. Deutlich wird, dass sie mit den Verhaltensanforderungen der Kranken- bzw. Patientenrolle¹⁶, die uns das professionelle Medizinsystem vorschreibt, kollidiert. Zum Patienten wird ein Mensch, der sich nicht wohl fühlt, dadurch, dass er sich hilfesuchend an Institutionen des Gesundheitswesens wendet und hier in ein ganz spezifisches Rollensystem integriert wird. Das heisst, es wird auch hier ein ganz bestimmtes Verhalten von ihm erwartet. Dazu gehört an erster Stelle, dass er sich den Anordnungen der Ärzte, Pflegenden und anderer Berufsgruppen unterwirft. Dass diese Anordnungen aber ganz anders lauten können, als es die Normen in Rauhenfeld vorschreiben, hat sich am Fall des Fritz Class gezeigt. Der Konflikt, in dem sich der Kranke befindet, entsteht aus dem Zusammentreffen divergierender Verhaltensanforderungen moderner und traditioneller Lebensbereiche.

VIII. Konfliktsituationen als Schlüssel zum Verständnis volksmedizinischer Phänomene

Das in Rauhenfeld erhobene Material zeigt, dass der Umgang mit Krankheit und Kranken durch soziale und psychosoziale Konflikte¹⁷ gekennzeichnet ist. Diese sind:

1. Der Konflikt zwischen *Wissen und Nicht-wissen-Dürfen um Krankheit*.

Kranksein hatte sich als Existenzbedrohung erwiesen, und zwar nicht nur für die Erkrankten selbst, sondern auch für ihre Familienangehörigen und Verwandten. Davon sind ökonomisch schwache Familien stärker betroffen als andere. Ausdruck und Folge der Existenzbedrohung stellen das Beobachten und Verheimlichen von Kranksein dar, zwei komplementäre Verhaltensweisen, die in synchroner und diachroner Perspektive realisiert wurden. Als Folge wie als Ausdruck davon waren in historischer Perspektive das Arbeiten bis zum Umfallen angesprochen worden und in Gegenwartsperspektive das Arbeiten und Arbeiten-Können als Zeichen von Gesundheit. Heutige Formen, in denen schwere Krankheit behandelt wird, wirken häufig «aufdeckend», so z. B. bestimmte Untersuchungen und Operationen, das Perüketragen krebserkrankter Frauen und das sogenannte «Einsammeln» der Dorfbewohnerinnen und Dorfbewohner, die zur Untersuchung oder Behandlung in die Klinik müssen. Der von Institutionen des Medizin- und Sozialversicherungssystems definierten Arbeitsunfähigkeit wird häufig misstraut, d. h. sie wird wahrgenommen als «Herauskommen» einer spezifischen Form von Krankheit, nämlich: «Faulheit».

2. Konflikte durch *Widersprüche zwischen traditionellen Krankheitserfahrungen und modernem Medizinwissen*.
Beispiel dafür war das Wissen «Krebs ist nicht ansteckend», das im Widerspruch steht zu dem traditionellen «Wissen»: «Schwere Krankheit ist immer irgendwie ansteckend.» Hintergrund von traditionellem Wissen sind Verweisungszusammenhänge, in denen v. a. Krankheiten wahrgenommen werden, die als grosse «Unbekannte» gelten.
3. Der Konflikt zwischen einem *Distanzbedürfnis aus Übertragungsfurcht und den Verhaltensanforderungen humaner Interaktion*.
Indikatoren dieses Konfliktes waren Situationen wie «Aus-dem-Glas-Trinken» und «Eine-Zigarette-angeboten-Bekommen». Dabei erschien «Übertragung» als relativ diffuse Vorstellung, die nicht nur körperliche Ansteckung meint, sondern auch psychosoziale Komponenten enthält.
4. Konflikte, die aus *divergierenden Verhaltensanweisungen* für Kranke bzw. Patienten und Behinderte entstehen.
Hier bilden unterschiedliche Sinnsysteme den Hintergrund für Interpretationen. In der heutigen Zeit treffen vor allem das Sinnsystem der professionellen, mit umfassender Definitionsmacht ausgestatteten, naturwissenschaftlich begründeten Medizin und alltagsweltlich gegebene Sinnsysteme aufeinander.
5. Konflikte aufgrund *unterschiedlicher Bewertungen von Krankheit*.
Auch diese erfolgen durch Interpretationen innerhalb unterschiedlicher Sinnsysteme. Beispiele dafür waren religiöse, weltlich-moralische, historische und naturwissenschaftliche Sinnsysteme.

Die Konflikte konstituieren sich in mindestens zwei Dimensionen. Diese sind jedoch nur anhand konkreter Situationen analysierbar. Ich möchte die eine als *intersubjektive oder horizontale Dimension* bezeichnen und die andere als *intrasubjektive oder vertikale Dimension*. Das Beispiel «Eine-Zigarette-angeboten-Bekommen» zeigte sie am deutlichsten: Als Herr Lang zitiert wurde mit «Da würde ich mir schon Gedanken machen», stand dies für die intrasubjektive Dimension, während seine Aussage, er wisse nicht, ob er die Zigarette direkt abschlagen würde, die intersubjektive Dimension anzeigt. In den Befragungssituationen erschienen beide Dimensionen in unterschiedlichen Gewichtungen, und es ist davon auszugehen, dass sie auch in den Erlebnissituationen, über die gesprochen wurde, verschieden stark und in wechselnden Zusammensetzungen wirksam sind.

IX. Theoretische Schlussfolgerungen und einige weiterführende Überlegungen

Mit der Herausarbeitung und Strukturierung des Konfliktpotentials haben wir die Perspektive der Befragten, aus der heraus wir zunächst die Probleme betrachteten, überschritten. Dies ist zum Verständnis des Untersuchungsgegenstandes notwendig. Dass hier nahezu ausschliesslich Konfliktsituationen aufgezeigt wurden, heisst aber nicht, dass mir die Befragten keine solidarisierenden Erfahrungen mitgeteilt hätten. Letztere wurden allerdings seltener geäussert, und wenn dies der Fall war, erschienen sie als *Potentiale von Konfliktlösungen*.

Eine methodologisch weitergehende Frage ist, ob es ausreicht, die Kategorien, mit denen der untersuchte Wirklichkeitsausschnitt erschlossen werden soll, allein aus dieser Wirklichkeit heraus zu entwickeln.¹⁸ Am Beispiel der Interaktions- bzw. Kommunikationsformen in Rauhenfeld kann dies konkretisiert werden: Offenbar war es den Bewohnern von Rauhenfeld zum damaligen Zeitpunkt nicht gelungen, sich über die Unangemessenheit des Beobachtens und Verheimlichens schwerer Krankheit, die sie ja selbst kritisierten, verbal zu verständigen. In bedrückender Weise wird das am Fall Fritz Class deutlich: Bei anhaltender «Sprachlosigkeit» beider Seiten kann Fritz Class seine Umgebung davon, dass er kein «Faulenzer» ist, nur überzeugen, wenn er sichtbare Behinderungen entwickelt – oder gar stirbt. Diese Zusammenhänge, die den Umgang mit Kranksein und Kranken in Rauhenfeld insgesamt betreffen, weiter zu erschliessen, wäre die Vermittlung mit den Begriffen einer Handlungstheorie oder Diskursanalyse erforderlich. Das aber muss anderweitigen volksmedizinischen Untersuchungen vorbehalten bleiben.

Volksmedizinforschung kann und sollte sich nicht damit begnügen, Vorstellungen, Einstellungen und Verhaltensweisen im Hinblick auf Kranksein und Gesundsein zu erheben oder Rezepturen und Heilhandlungen medizinischer Laien zu sammeln.¹⁹ Sie muss vielmehr die Beziehungen analysieren, die zwischen den volksmedizinisch interessanten Phänomenen einerseits und der Struktur und Funktion des jeweiligen Kultur- und Sozialsystems bestehen. Das hat vor allem Rudolf Schenda schon relativ früh erkannt, als er z. B. 1973 schrieb, es komme für die Volksmedizinforschung darauf an, die «aktuellen Meinungen und Einstellungen gegen den Hintergrund des jeweils gültigen Kulturmusters exakt zu messen».²⁰ Von der empirischen Seite her hat uns Margarete Möckli-von Seggerns Untersuchung der Einstellung des Zürcher Industriearbeiters zur wissenschaftlichen und volkstümlichen Heilkunde gezeigt, dass Einstellungen und Verhaltensweisen der Befragten nur im jeweils spezifischen Kontext von Lebensweise, Umwelt und *soziokulturellem Hintergrund* zu verstehen sind.²¹ Im Laufe seiner theoretischen und empirischen

Untersuchungen war Schenda bereits auf jenes hervorstechende Merkmal des Gegenstandsbereiches «Volksmedizin» gestossen, das auch das Rauhenfelder Material kennzeichnet: Schenda musste feststellen, dass der «sehr verwickelte Komplex», der heutige Volksmedizin ausmacht, «von einem ganzen Bündel von *sozialen Konflikten* durchsetzt ist». ²² Hinzuzufügen bleibt, dass auch die Sozialgeschichte der medikalen Alltagskultur wie die der Medizin überhaupt viele Hinweise darauf enthält, dass soziale Konflikte das Kennzeichen jener historischen Prozesse waren, im Laufe derer sich Volksmedizin und professionelle Medizin ausdifferenziert haben. ²³

Die Bedeutung des empirisch belegbaren Phänomens «Konflikt» für die Volksmedizinforschung, die sich als Kulturanalyse versteht, wird auch von kulturtheoretischer Seite gestützt. So vertritt der Soziologe Friedhelm Neidhardt die Auffassung, dass «Konflikte das Medium darstellen, über das am ehesten die gesellschaftliche Artikulation von Kultur zu erwarten ist». ²⁴ Wenn wir diese Annahme ein Stück weit operationalisieren, heisst das: Aufgrund dessen, dass Konfliktsituationen einen Zwang zur Wahl zwischen Handlungsalternativen darstellen und diese Alternativen zugleich strukturell vorgegeben sind – zumindest in ihren grundlegenden Konstituenten –, kommen in Konfliktsituationen kulturelle Werte in ihrer Funktion als regulative Ideen zum Ausdruck. Schon bei der hier nur ansatzweise vorgetragenen Analyse der im Rauhenfelder Material erscheinenden Konflikte sind Hinweise darauf unübersehbar, dass eine wichtige Wertvorstellung nicht mit dem allgemeinen Begriff «Gesundheit» zu erfassen ist, sondern eher mit der Formulierung «gesunde Familie seit Generationen». Ebenso wurde deutlich, dass den wohl wichtigsten Gegen- oder Nicht-Wert nicht einfach «Krankheit» darstellt, sondern «Krankheit in der Familie seit Generationen, Krankheit, die arbeitsunfähig macht und deshalb nicht zu verbergen ist». Dadurch, dass heute die Definitionsmacht über diese Form von Krankheit beim professionellen System der Medizin und anderen gesellschaftlichen Instanzen liegt, gewinnt dieser Nicht-Wert so lange immer mehr Gewicht für das soziale System in Rauhenfeld, so lange dieses seine krankheitsbezogenen Interaktions- und Kommunikationsformen nicht verändert.

Vor allem anhand des letztgenannten Sachverhalts lässt sich zeigen, dass mit der Kategorie «soziale und psychosoziale Konflikte» der Handlungsaspekt mit dem Strukturaspekt zu vermitteln ist. Neben die Definitionsmacht gesamtgesellschaftlicher Instanzen traten als weitere Manifestationen des Strukturaspektes die sozialhistorischen Bedingungsbeziehungen heutiger Lebensweise und des gegenwärtigen Umgangs mit Krankheit und Kranken. Die Analyse sozialer und psychosozialer Konflikte im Umgang mit Krankheit und Kranken kann über die Herausarbeitung der unterschiedlichen Verteilung interessengeleiteten Handelns Machtstrukturen aufdecken, Ansätze von Dynami-

sierungen erkennen lassen und damit Struktur- und Handlungsaspekte in ihrer wechselseitigen Verflochtenheit sichtbar machen.²⁵

Die Kategorie «soziale und psychosoziale Konflikte» kann aber auch als Basis für die Vergleichbarkeit von Ergebnissen unterschiedlicher volksmedizinischer Untersuchungen genutzt werden. Die Beantwortung der Frage nach Vergleichbarkeit hängt ja vor allem davon ab, auf welchem Theorieniveau verglichen wird. Natürlich lassen sich Vergleiche auch auf der direkten empirischen Ebene, d. h. materialunmittelbar, durchführen. Als erster Schritt ist dies sogar notwendig und häufig auch ergiebig. So fanden mein Kollege Wolfgang Alber und ich in einem Folgeprojekt²⁶, das sich mit bestimmten krebsforschungsrelevanten Bevölkerungsgruppen in *städtischer* Umgebung beschäftigte, die Aussage «Krebs ist nicht ansteckend – aber andere sagen: Krebs ist ansteckend» direkt in dieser Äusserungsform wieder. Analoges gilt für die Verweisungszusammenhänge zwischen Krebs und Tuberkulose. Anders verhielt es sich mit den Wahrnehmungs- und Verhaltensweisen «Beobachten» und «Verheimlichen». Das Beobachten spielte kaum eine Rolle, was bei einem Sample, dessen Angehörige in städtischer Umgebung leben, nicht verwunderlich ist. Im Gegensatz dazu war «Verheimlichen» ein wichtiger Gesprächsinhalt, er erschien jedoch als Bestandteil ganz anders gestalteter sozialer Konflikte als in Rauhenfeld. Zu vermuten ist nun, dass durch Vergleiche von Konflikten spezifischer Trägergruppen vor dem Hintergrund von deren jeweiligen Lebenszusammenhängen Unterschiede und Übereinstimmungen in den Struktur- und Handlungsaspekten deutlich hervortreten können und Aussagen über die Repräsentanzpotentiale²⁷ erhobener Befunde zulassen. Ich spreche hier ausdrücklich nicht von Repräsentativität: Auf Repräsentativität im Sinne der empirischen Sozialforschung war meine Untersuchung nicht angelegt. Vielmehr sollte mit den Erhebungen ein möglichst umfassendes und facettenreiches Bild des Umgangs mit Kranksein im dörflichen Alltag gewonnen werden. Es ging primär darum, welche Aspekte in den Gesprächen überhaupt erscheinen würden und wie sich ihre Erscheinungsformen darstellten.²⁸

Vergleiche volksmedizinischer Untersuchungen auf der Konfliktebene werden vermutlich auch offenbaren, was hier als Hypothese festgehalten werden soll: Soziale und psychosoziale Konflikte im Umgang mit Krankheit und Kranken sind in der Gegenwart nicht einfach an sozioökonomische Unterprivilegierung gebunden, sondern verteilen sich – in je spezifischer Ausformung – über alle Schichten und Gruppen der Bevölkerung. Gleichzeitig aber – und dies ist kein Widerspruch – scheint mir die Bedrohung der alltäglichen Lebenszusammenhänge, die von den krankheitsbezogenen Konflikten ausgeht, auch nicht unabhängig von sozialen Positionen zu sein. Darauf deuten z. B. ganz vehement neuere Arbeiten hin, die sich die medikale Situation ausländischer Bevölkerungsgruppen als Untersuchungsfeld gewählt haben.²⁹ Diese Korrelation zwi-

schen der Stärke der Bedrohungspotentiale und einer sozioökonomischen Unterprivilegierung dürfte darauf beruhen, dass *Unterprivilegierung die Entfaltung von Konfliktlösungspotentialen strukturbedingt behindert*.

In kulturanalytischer Perspektive lässt sich zusammenfassend sagen: Unsere medikale Alltagskultur ist eine durch Konflikte und Konfliktlösungspotentiale geprägte Kultur.³⁰ Die Konflikte gestalten sich im alltäglichen Lebenszusammenhang unterschiedlicher Bevölkerungsgruppen unterschiedlich und wirken sich auch verschieden aus. Die Volksmedizinforschung wäre sicherlich gut beraten, wenn sie dem stärker als bisher Rechnung trüge.

Anmerkungen:

- * Diesem Beitrag liegt ein Vortrag zugrunde, der im Rahmen der von Prof. Dr. Paul Hugger und Prof. Dr. Beat Rüttimann geleiteten Vorlesungsreihe «Volksmedizin – Geschichte und Gegenwart» im Wintersemester 1992–93 an der Universität Zürich gehalten wurde.
- ¹ Jutta Dornheim: *Kranksein im dörflichen Alltag. Soziokulturelle Aspekte des Umgangs mit Krebs*. Tübingen 1983 (Untersuchungen des Ludwig-Uhland-Instituts der Universität Tübingen, 57. Bd.).
- ² Zu dieser Methode vgl. Barney G. Glaser/Anselm L. Strauss: *Die Entdeckung gegenstandsbezogener Theorie: Eine Grundstrategie qualitativer Sozialforschung*. In: Christel Hopf/Elmar Weingarten (Hg.): *Qualitative Sozialforschung*. Stuttgart 1979, 91–111.
- ³ Vgl. Protokolle des Arbeitskreises «Umgang mit Ca-Patienten». Unveröff. Manuskript, Tübingen 1976.
- ⁴ Vgl. z. B. Hans Braun/Bert Hardin: *Krebserkrankung und psychosoziale Belastung. Eine Analyse von Gesprächen mit Teilnehmerinnen an einem Programm der Nachsorgeuntersuchung*. In: *Medizin Mensch Gesellschaft* Jg. 4/1979, H. 1, S. 40–45.
- ⁵ Zu dieser Methode vgl. Martin Kohli: «Offenes» und «geschlossenes» Interview: Neue Argumente zu einer alten Kontroverse. In: *Soziale Welt* Jg. 29/1978, H. 1, S. 1–25. – Gerhard Kleining: *Umriss zu einer Methodologie qualitativer Sozialforschung*. In: *Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie* 34/1982, S. 224–253.
- ⁶ Die Namen der Befragten wurden durch fiktive Namen ersetzt.
- ⁷ Die in der Notation verwendeten Zeichen bedeuten:
Gedankenstriche im Zitat = Pausen, und zwar:
– = kurze Pause
-- = längere Pause
--- = lange Pause
drei Punkte im Zitat, z. B.
«Es steckt im Haus . . .» = innerhalb einer Äusserung vorgenommene Kürzung.
- ⁸ Auch Rolf Verres stiess im Laufe der 100 Interviews seiner medizin-psychologischen Untersuchung «Krebs und Angst», die er einige Jahre nach meinen Erhebungen in drei allgemeinärztlichen Praxen Baden-Württembergs durchführte, auf die Situation «Aus-demselben-Glas-Trinken». Verres hebt hervor, dass Ambivalenz und bewusstes Konflikterleben in entsprechenden Äusserungen fast immer direkt ausgedrückt wurden. Vgl. Rolf Verres: *Krebs und Angst. Subjektive Theorien von Laien über Entstehung, Vorsorge, Früherkennung, Behandlung und die psychosozialen Folgen von Krebserkrankungen*. Berlin/Heidelberg 1986, S. 213 f.
- ⁹ In den Erhebungen von R. Verres betonten 64% der Befragten von sich aus, dass ihr Verhalten in einer realen Situation von der Art des Krebses und der persönlichen Beziehung zu der erkrankten Person abhängt. Vgl. ebd. S. 212, 215.

- ¹⁰ Aus der Psychoanalyse sind diese Unterscheidungen und die Zuordnungen «gut» (meist zu «innerlich») und «schlecht» (meist zu «äusserlich») bekannt. Sigmund Freud hat sie mit einer ontogenetisch sehr frühen Grundlage erklärt. Vgl. S. Freud: *Triebe und Triebchicksale* (1915). Studienausgabe Bd. III, Frankfurt/M. 1975, S. 75–102; S. 98; ders.: *Die Verneinung* (1925). Ebd., S. 371–377; S. 374.
- ¹¹ Während in R. Verres' Untersuchung auf die offene Frage nach den Ursachen von Krebs nur 3% der Befragten mit «Ansteckung» antworteten, traten in den Antworten über das tatsächliche Verhalten gegenüber Krebskranken bei 20% der Äusserungen *explizite* Ansteckungsphantasien zutage. Noch häufiger, nämlich in 42% aller Äusserungen über Körperkontakt mit Krebserkrankten, wurden deutlich Ambivalenz und Ablehnung ausgedrückt. Vgl. R. Verres 1986 (wie Anm. 8), S. 214 f.
- ¹² In den Interviews von R. Verres war innerhalb der Assoziationen zum Wesen von Krebskrankheiten die Tuberkulose die am häufigsten erwähnte Vergleichskrankheit. Vgl. ebd., S. 214. – Zu den Zusammenhängen zwischen Krebs und Tuberkulose vgl. auch Susan Sontag: *Krankheit als Metapher*. München/Wien 1978, S. 12 f. – Zum Synonym Tuberkulose für Krankheit schlechthin vgl. Claudine Herzlich/Janine Pierret: *Kranke gestern, Kranke heute. Die Gesellschaft und das Leiden*. München 1991, S. 62.
- ¹³ Darauf, dass bis zur Entdeckung des Tuberkelbazillus auch im professionellen Medizinsystem Krebs und Tuberkulose nicht eindeutig unterschieden werden konnten, sei hier nur hingewiesen. Vgl. dazu S. Sontag 1978 (wie Anm. 12), S. 13.
- ¹⁴ Wie schon in den Befragungen in Rauhenfeld, trat auch in den Untersuchungen von Verres ein metaphorisches Potential krebsbezogener Ansteckungsphantasien zutage. Verres meint, dass diese nur in einem *übertragenen* Sinne wirklich verstanden werden könnten: «Ansteckungsangst heisst dann überhaupt Berührungsangst ... Der Mitmensch des Krebskranken will für sich vermeiden, vom Unheimlichen, vom «Bösen», das den Krebskranken getroffen hat oder das in diesem sitzt, auch selbst tangiert zu werden.» R. Verres 1986 (wie Anm. 8), S. 215. – Zum Zusammenhang von komplexen Übertragbarkeitsvorstellungen und einer komplexen sozialen Realität vgl. J. Dornheim 1983 (wie Anm. 1), v.a. S. 174–178, 249–254.
- ¹⁵ Noch um die Mitte dieses Jahrhunderts gingen erwachsene Rauhenfelder kaum jemals zum Arzt, und schon gar nicht taten sie dies, um zu erfahren, ob sie noch gesund seien (wie der Zweck des Arztbesuches im Zusammenhang mit der «Vorsorge» heute gesehen wird).
- ¹⁶ Zur Definition der Krankenrolle vgl. Talcott Parsons: *Definition von Gesundheit und Krankheit im Lichte der Wertbegriffe und der sozialen Struktur Amerikas*. In: Alexander Mitscherlich/Tobias Brocher u.a. (Hg.): *Der Kranke in der modernen Gesellschaft*. 2. Aufl. Köln/Berlin 1969, S. 57–87. – Zur Unterscheidung zwischen «Krankenrolle» und «Patientenrolle» vgl. Manfred Pflanz: *Medizinsoziologie*. In: René König (Hg.): *Handbuch der empirischen Sozialforschung*, Bd. 14. 2. Aufl. Stuttgart 1979, S. 238–344; 254–257.
- ¹⁷ Während unter «sozialen Konflikten» durch Gegensätzlichkeit gekennzeichnete Beziehungen zwischen Personen und Gruppen zu verstehen sind, seien unter «psychosozialen Konflikten» unvereinbare Verhaltensmöglichkeiten in Wahl- oder Entscheidungssituationen gefasst. Die beiden Konfliktformen werden hier nicht differenziert betrachtet. Vgl. Werner Fuchs/Rolf Klima u.a. (Hg.): *Lexikon zur Soziologie*: Opladen 1973, S. 358 f.
- ¹⁸ Vgl. dazu die Diskussion deutschsprachiger Sozialhistoriker, dargestellt bei Wolfgang Kaschuba: *Mythos oder Eigen-Sinn? «Volkskultur» zwischen Volkskunde und Sozialgeschichte*. In: Utz Jeggle/Gottfried Korff u.a. (Hg.): *Volkskultur in der Moderne. Probleme und Perspektiven empirischer Kulturforschung*. Reinbek b. Hamburg 1986, S. 469–507; 477 f.
- ¹⁹ Es ist bedauerlich, dass sich die Volksmedizinforscherin Elfriede Grabner in ihrer neueren, äusserst materialreichen Arbeit wiederum mit diesem Zugriff begnügt und auch in einem neueren Grundlagenwerk der Volkskunde keine weitergehenden Forderungen an die Volksmedizinforschung stellt. Vgl. Elfriede Grabner: *Grundzüge einer ostalpinen Volksmedizin*. Wien 1985; dies.: *Volksmedizin*. In: Rolf W. Brednich (Hg.): *Grundriss der Volkskunde. Einführung in die Forschungsfelder der Europäischen Ethnologie*. Berlin 1988, S. 423–446. – Einen ganz anderen Standpunkt vertritt Hermann Bausinger, demzufolge die Betrachtung volksmedizinischer «Befunde» als «*Zeugnisse bestimmter Einstellungen und Verhaltensnormen*» diesen Befunden «erst

- ihren *Stellenwert* gibt.» Als Beispiel dafür gilt Bausinger die Untersuchung «Arbeiter und Medizin» der Schweizer Volksmedizinforscherin Margarete Möckli-von Seggern. Vgl. Hermann Bausinger: *Volkskunde. Von der Altertumsforschung zur Kulturanalyse*. Darmstadt 1987 (Erstausgabe 1971), S. 221 (Hervorheb. im Orig.).
- ²⁰ Rudolf Schenda: *Volksmedizin – Was ist das heute?* In: *Zeitschrift für Volkskunde* Jg. 69/1973, S. 189–210; 210. – Ähnlich wie Schenda hat auch Helmut Paul Fielhauer die Verankerung der Medizin (er lehnte eine Differenzierung in «Schulmedizin» und «Volksmedizin» ab) im jeweiligen kulturellen System gesehen. Vgl. Helmut Paul Fielhauer: *Volksmedizin – Heilkulturwissenschaft. Grundsätzliche Erwägungen anhand von Beispielen aus Niederösterreich*. In: *Mitteilungen der Anthropologischen Gesellschaft in Wien*, Bd. 102/1973, S. 114–136.
- ²¹ Vgl. Margarete Möckli-von Seggern: *Arbeiter und Medizin. Die Einstellung des Zürcher Industriearbeiters zur wissenschaftlichen und volkstümlichen Heilkunde*. Basel 1965.
- ²² Rudolf Schenda 1973 (wie Anm. 20), S. 210 (Hervorheb. J.D.).
- ²³ Konfliktgeladene Medikalierungsprozesse hat von volkskundlicher Seite her mehrfach Eberhard Wolff untersucht. Vgl. z. B.: *Medikalkultur und Modernisierung. Über die Industrialisierung des Gesundheitsverhaltens durch die Pockenschutzimpfung und deren Grenzen im 19. Jahrhundert*. Unveröff. Manuskript Tübingen 1992. Ersch. im Tagungsband des Volkskundekongresses Hagen, Oktober 1991. – Einen Überblick über Arbeiten zur Sozialgeschichte der Medizin gibt Robert Jütte: *Sozialgeschichte der Medizin: Inhalte – Methoden – Ziele*. In: *Medizin Gesellschaft Geschichte, Med.GG 9/1990*, S. 149–164.
- ²⁴ Friedhelm Neidhardt: *Kultur und Gesellschaft. Einige Anmerkungen zum Sonderheft*. In: Friedhelm Neidhardt/M. Rainer Lepsius/Johannes Weiss (Hgg.): *Kultur und Gesellschaft. Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie, Sonderheft*. Jg. 1986, S. 10–18; 17.
- ²⁵ Die Vermittlung beider Aspekte stellt ein – auch anderweitig nicht zufriedenstellend gelöstes – theoretisches Problem dar, das noch durch die Problematik verschärft wird, die von der Realitätsebene «Interviewsituation» und ihren Kontexten ausgeht. Zu letzterer vgl. Jutta Dornheim: «Ich kann nicht sagen: Das kann ich nicht». Inkongruente Erfahrungen in heiklen Feldsituationen. In: Utz Jeggle (Hg.): *Feldforschung. Qualitative Methoden in der Kulturanalyse*. Tübingen 1984 (Untersuchungen des Ludwig-Uhland-Instituts der Universität Tübingen, 62. Bd.), S. 129–157.
- ²⁶ Das von der Deutschen Forschungsgemeinschaft geförderte Projekt lief unter dem Titel «Heilkultur und Krebs – Untersuchung kultureller Determinanten und sozialer Bedeutungen von Krankheitsbildern» von 1981 bis 1984 am Ludwig-Uhland-Institut der Universität Tübingen.
- ²⁷ Vgl. Klaus F. Geiger: *Probleme des biografischen Interviews*. In: Rolf Wilhelm Brednich/Hannjost Lixfeld u.a. (Hgg.): *Lebenslauf und Lebenszusammenhang. Autobiographische Materialien in der volkskundlichen Forschung*. Freiburg i. Br. 1982, S. 154–181; 165.
- ²⁸ Die vorliegende Untersuchung, die hermeneutisch-interpretierend vorgeht und damit der qualitativen Sozialforschung verpflichtet ist, mit den «wissenschaftstheoretischen Kriterien» einer empirischen Sozialforschung zu messen, die sich auf das normative Paradigma gründet, zielt an den Intentionen und Realitäten der Untersuchung vorbei. Diese Kritik richtet sich gegen die Kritik von Gudrun Schwibbe: *Laientheorien zum Krankheitsbild «Krebs». Eine volksmedizinische Untersuchung*. Göttingen 1989, v.a. S. 4.
- ²⁹ Vgl. z. B. Birgit Ostermann: «Wer versteht mich?» *Der Krankheitsbegriff zwischen Volksmedizin und High Tech. Zur Benachteiligung von AusländerInnen in deutschen Arztpraxen*. Frankfurt/M. 1990.
- ³⁰ Die eingangs zitierte Anzeige weist beides in komprimierter Form auf.