Der ärztliche Habitus in Venezuela

Interkulturelle Einblicke in die medizinische Professionskultur am Beispiel ärztlicher Deutungsmuster über Aids in Caracas

Dissertation
zur Erlangung des Grades der Doktorin der Philosophie
im Fachbereich Philosophie und Sozialwissenschaften
der Universität Hamburg

vorgelegt von

Elvira Boeker

aus Loccum

Hamburg 2001

Tag der mündlichen Prüfung:	6.3.2002
Vorsitzender des Prüfungsausschusses im Fachbereich Sozialwissenschaften:	Prof. Dr. Troitsch
1. Gutachterin:	Prof. Dr. Pieper
2. Gutachterin:	Prof. Dr. Kaupen-Haas

Inhaltsverzeichnis

Teil I	**EINLEITUNG**	**6**
0	Vorwort	6
1	Profession und Kultur: Das Forschungsinteresse	7
2	Der ärztliche Habitus aus interkultureller Perspektive: Forschungsstand und Quellenlage	8
2.1	Historische Transformationen des kurativen Habitus	9
2.2	Zum Verhältnis von Profession und Lebenswelt	17
2.3	Habitus und Geschlecht in der Medizin	18
2.4	Standardisierte versus kontextabhängige Komponenten des kurativen Habitus	21
3	Die interkulturelle Perspektive und der Kulturbegriff	22
4	Die methodischen Instrumente im Überblick	22
5	Aufbau der Arbeit und Vorgehensweise	23
Teil II	**KONSTITUTIVE PRÄMISSEN UND THEORETISCHER RAHMEN**	**24**
1	**Der ärztliche Habitus**	**24**
1.1	Das Habitus-Konzept nach Bourdieu	24
1.2	Habitus und Profession	29
2	**Die Biomedizin als Macht-Technologie**	**30**
2.1	Einleitung: Medizin und Macht	30
2.2	Das Science-Gender-System oder: Die Naturalisierung sozialer Hierarchien durch die Medizin	32
2.3	Das Foucault´sche Instrumentarium	43
2.4	Unternehmen Aids-Forschung: Die biomedizinische Konstruktion von Aids	64
2.5	Inscribing Bio Politics: Aids-Prävention als Disziplinar- und Kolonisierungstechnologie	81
Teil III	**DAS FORSCHUNGSDESIGN**	**92**
1	Die Erhebunginstrumente	92
2	Die Auswertung nach der Grounded Theory	95
3	Das Setting	98
4	South meets North: Die deutsche Forscherin erlebt die venezolanische Kultur	104
4.1	Der Lebens- und Forschungsalltag in Caracas	104
4.2	Interkulturelle Mißverständnisse als Zugang zur „fremden“ Kultur	109

Teil IV	**DIE EMPIRIE: DARSTELLUNG DER ERGEBNISSE**	**119**
1	**Learning Medicine oder: Wie erwerben Mediziner in Venezuela den ärztlichen Blick ?**	**119**
1.1	Einleitung: Die primäre ärztliche Sozialisation zum Naturwissenschaftler	119
1.2	Vom Leib zum wissenschaftlichen Objekt: Die Fragmentierung und Neukonfiguration des Körpers im Setting der medizin. Ausbildung	120
1.3	Die erste Obduktion: Initiation zur Einübung des ärztlichen Blicks	123
1.4	Vom Laien zum Experten: Die Obduktion als Übergangsritual	128
1.5	Ekel oder Selbstkontrolle? Die Obduktion als Training zur Abstrahierung von der eigenen Subjektivität	130
1.6	Bewältigungs-Strategien: Reflexionen über Leben und Tod	135
1.7	Bewältigungs-Strategien 2. Teil: Gelächter und Anekdoten	137
2	**Zwischen normativen Leitbildern und Selbstentwürfen: Die professionsethische Orientierung venezolanischer Ärzte**	**140**
2.1	Einleitung: Medizinische Ethik als Leitlinie ärztlichen Handelns	140
2.2	Traditionslinien medizinischer Ethik: Das hippokratische Erbe	141
2.3	Heilige Ärzte: Das medizinethische Erbe in Venezuela	144
2.4	Medizinische Ethik als Korrekturinstanz des "ärztlichen Blicks”	148
2.5	Das altruistische Berufsideal: Motivationen und Leitbilder im Zeichen sozialer Erwünschtheit	151
2.6	Die Tradierung der ärztlichen Wertorientierung durch biographische Vorbilder	159
3	**Ärztliche Handlungsstile in Venezuela: Die ärztliche Interaktion mit Hiv/Aids-Patienten auf der Grundlage handlungsleitender Metaphern**	**166**
3.1	Einleitung: Habituelle Ressourcen ärztlichen Handelns	166
3.2	Die ärztliche Handlungsgrammatik	167
3.3	Die Gestaltung ärztlicher Interaktion auf der Grundlage von Metaphern	169
3.4	Die Arzt-Patient-Interaktion im Zeichen der Berührungsmetapher	171
3.5	"Hey, es gibt eine neue Krankheit!" Die Entdeckermetapher	176
3.6	"Man muß das im Griff haben": Die Kontroll- und Disziplinarmetapher	180
3.7	"Der Arzt steht über allem!": Die Autoritätsmetapher	188
3.8	"Als Arzt bist du Freund und Priester!": Die Holismusmetapher im Vorzeichen familienzentrierter Interaktion	200

4	**Paradoxien ärztlichen Handelns: Bewältigungs-Strategien und Sinnkonstitutionen venezolanischer Ärzte im Umgang mit Hiv/ Aids**	**211**
4.1	Einleitung: Der brüchige Habitus	211
4.2	Die Einpassung von Aids in das medizinische Paradigma	212
4.3	Die Disqualifikation des Todes im biomedizinischen Setting	214
4.4	Bewältigungs-Strategien venezolanischer Ärzte im Umgang mit dem Tod	217
4.5	Die hilflosen Helfer: Ärztliche Sinnkonstitutionen einer nicht heilbaren Krankheit	223
4.6	Das ärztliche Management einer sozial stigmatisierten Krankheit	229
4.7	Ärztliche Compliance-Sicherung im Behandlungssetting	235
5	**Front Stage versus Back Stage: Lebensweltliche Aspekte des kurativen Habitus**	**240**
5.1	Einleitung: Ärzte als lebensweltliche Akteure	240
5.2	Die Konzeptualisierung von Aids als "Krankheit aus der Fremde"	241
5.3	Crime Tales: Von Hiv-Viren und anderen "Killern"	249
5.4	Ärztliche Sagen über Aids und ”Fremde”	250
5.5	Homosexuellenbilder: Ärztliche Phobien und Läuterungen	254
5.6	*”...vierzig sexuelle Kontakte in einer einzigen Nacht...”*: Krankheit als Schuld	261
5.7	Ärztliche Deutungen im Zeichen venezolanischer Schönheitsnormen	263
5.8	Die Verräumlichung des Infektionsrisikos	267
TEIL V	**DER FORSCHUNGSERTRAG**	**270**
1	Einleitung	270
2	Der Ertrag aus der Auswertung des empirischen Datenmaterials	271
2.1	Die Obduktion als Ort der Verdichtung zur Inkorporation des ärztlichen Blicks	271
2.2	Ärztliche Ethik als soziales Scharnier zwischen medizinischen und lebensweltlichen Wertkonzepten	275
2.3	Interaktives ärztliches Handeln als Ausdruck lokaler Professionskultur	278
2.4	Brüche im professionellen Selbstbild und Paradoxien ärztlichen Handelns	283
2.5	Der ärztliche Habitus zwischen Profession und Lebenswelt	286
3	Bezug auf das Habitus-Konzept und den kulturellen Kontext	288
3.1	Methoden- und Theoriereflexion	288
3.2	Ärztliches Handeln in Kontexten: Der kurative Habitus in Venezuela	289
LITERATURVERZEICHNIS UND ANHANG		**287**

0. Vorwort

Wie alles anfing:
Kleine Geschichte des Forschungsprojekts

Nach Venezuela verschlug es mich eher "zufällig". Noch während meiner Examenszeit im Jahr 1993 bewarb ich mich für ein Projekt der Entwicklungshilfezusammenarbeit im Rahmen der Carl-Duisberg-Gesellschaft (ASA). Ich wurde angenommen für ein Projekt in Venezuela, bei dem die Frage nach einem tragfähigen Konzept für kulturell angepaßte Gesundheitsprävention im Mittelpunkt stand. Ich reiste mit einem Team von insgesamt drei deutschen Mitarbeiterinnen - eine Sozialarbeiterin, eine Krankenschwester und ich als Sozialwissenschaftlerin - aus. Wir arbeiteten mit einer lokalen Partnerorganisation (GEMA) zusammen, die über enge Kontakte zu Barriobewohnern in Caracas verfügte. In den Barrios (Armenviertel) "Colinas de Palo Grande" und "Macarao" entwickelten wir zusammen mit den Bewohnern basisorientierte Seminare und Workshops über verschiedene gesundheitsrelevante Themen und zur Prävention von Hiv/Aids.

Im Rahmen des Projekts nahm ich Kontakte mit den Krankenhäusern der Stadt und den ambulanten Aids-Sprechstunden auf. So lernte ich bereits bei meinem ersten Aufenthalt einige der Ärzte kennen, die ich später für mein Forschungsprojekt interviewte. Die Durchführung des Entwicklungshilfeprojekts erstreckte sich über einen Zeitraum von vier Monaten. Ich blieb insgesamt ein halbes Jahr in Venezuela und kehrte anschließend nach Deutschland zurück.

Aus meiner Auslandserfahrung heraus und aus den Impulsen, die ich aus Venezuela mitgebracht hatte, entwickelte sich die Idee, erneut nach Caracas zu gehen, um ein Forschungsprojekt für eine Dissertation durchzuführen. So reiste ich 1995/ 96 im Rahmen eines DAAD-Jahresstipendiums erneut nach Venezuela. Dort knüpfte ich an die Kontakte an, die sich bereits bei meinem ersten Aufenthalt ergeben hatten. Da ich die Infrastruktur und "mein Feld" schon ein wenig kannte, war es einfach, einen Einstieg zu finden und bereits bestehende Kontakte weiter auszubauen. Innerhalb meines einjährigen Aufenthalts führte ich insgesamt circa 45 durch einen Leitfaden gestützte Interviews durch, die sich gleichmäßig auf drei Befragungsgruppen erstreckten: Ärzte und andere Health-Professionals im Hiv/Aids-Bereich, "Laien" aus den Barrios von Caracas und mit Hiv/Aids-Betroffenen. Nachdem die Interviews transkribiert und systematisiert worden waren, unternahm ich 1997 nochmals eine fünfmonatige Reise nach Venezuela, um Fragen abzuklären, die bei der Kategorisierung des Datenmaterials entstanden waren, um noch weitere Ärzteinterviews durchzuführen und den Kontakt zu "meinen" Familien und Freunden aufzufrischen. Insgesamt habe ich über den Zeitraum von zwei Jahren in Venezuela gelebt.

Teil 1: Einleitung

1 Profession und Kultur: Das Forschungsinteresse

In dieser Untersuchung soll empirisch herausgearbeitet werden auf welche Weise professionelle Handlungsformen gesteuert werden durch kulturelle Wertvorstellungen und wie sich Kultur als Einflußgröße speziell in die Handlungs- und Interaktionsstile der ärztlichen Akteure in Venezuela einschreibt. Die Arbeit will daher einen Beitrag zum Diskurs um *Globalisierung in der Medizin* leisten und geht der Frage nach, ob und wie die Biomedizin mit ihrem globalen Anspruch auf Objektivität und Einheitlichkeit einer Transformation oder Modifizierung im lokalen kulturellen Kontext unterzogen wird. Zugleich gestattet die interkulturelle Ausrichtung dieser Forschung, die die Biomedizin in einem ”fremden” Kontext untersucht, eine erweiterte Perspektive und Rückschlüsse auf wertgebundene Phänomene der Medizin in der ”eigenen” Kultur.

Für meine Untersuchung ist daher die Frage zentral, durch welche Charakteristika die Performanz des ärztlichen Habitus im lokalen Setting in Caracas gekennzeichnet ist und welche Begründungszusammenhänge dies möglicherweise hervorbringen. Die Konkretisierung dieser Fragestellung lautet: Was macht im Selbstverständnis der ärztlichen Akteure in Venezuela einen guten Arzt aus und durch welche (Handlungs-)Kompetenzen zeichnet er sich aus? Überdies wird gefragt nach dem professionellen Selbstverständnis venezolanischer Ärzte und danach wie sie mit den Herausforderungen durch eine ”neue” Krankheit (Hiv/Aids) umgehen. Eine Einbindung dieser Fragen in theoretische Zusammenhänge führte zur analytischen Kategorie des ”kurativen Habitus”, die im Zentrum der Untersuchung steht [1].

[1] Die Fokussierung auf das Habitus-Konzept kristallisierte sich bei der Evaluation des erhobenen Datenmaterials heraus, als ich die zentrale Kernkategorie in meinem Datenmaterial herausarbeitete. Diese Kernkategorie des ärztlichen Habitus ist somit das Ergebnis eines prozeßhaften Auswertungsprozesses, den ich in Teil III der Untersuchung detaillierter darstellen werde. Die inhaltliche Ausrichtung der vorliegenden Arbeit erfuhr während des Auswertungsprozesses eine Richtungsveränderung des Forschungsfokus. Ursprünglich war geplant, die Interviews aller drei Befragungsgruppen unter dem gemeinsamen Fokus "Aids in Venezuela" zu evaluieren. In der Auswertungsphase stellte sich jedoch heraus, daß eine Zusammenführung und erst recht eine theoretische Einbindung aus drei verschiedenen Perspektiven und obendrein aus sehr unterschiedlichen sozialen Milieus theoretische und methodische Schwierigkeiten bereitete, die sich nicht lösen ließen. Daher lag es nahe, mich für eine der drei Befragtengruppen zu entscheiden. Weil es mich theoretisch am meisten interessierte, den Einfluß der kulturellen Lebenswelt auf professionelle Handlungsformen zu untersuchen, entschied ich mich dafür, die Ärzteinterviews auszuwerten und sie ins Zentrum der Arbeit zu rücken.

2 Der ärztliche Habitus aus interkultureller Perspektive: Forschungsstand und Quellenlage

Die überwiegende Mehrheit der Untersuchungen zur ärztlichen Profession beziehen sich auf den europäisch-nordamerikanischen Kulturraum und sind nicht interkulturell ausgerichtet. In den Forschungen von Freidson (1979 und 1995) und Becker/ Strauss (1961) beispielsweise wurde die Sozialisation des US-amerikanischen Arztes in Medizinstudium und Beruf herausgearbeitet. Good/ DelVecchio Good (1993) begleiteten und evaluierten mit ihrer medizinethnologischen Untersuchung die Umstellung wichtiger Phasen des Medizinstudiums in Harvard Medical School. Bollinger et al. (1981) grenzen die ärztliche Sozialisation (in Deutschland) ausschließlich auf den Aspekt der ”Persönlichkeitsdeformation” während der medizinischen Ausbildung ein; obwohl ein kritischer Blick auf das Medizinstudium sicherlich gerechtfertigt ist, halte ich eine derart enge Perspektive aber für zu reduktionistisch. Bauch (1996) analysiert den Zusammenhang zwischen Arztberuf und Gesundheitswesen in Deutschland sowie deren Einbettung in gesellschaftliche Medikalisierungsvorgänge.

Huerkamp (1985) fokussiert aus einer historischen Perpektive heraus auf den Aufstieg des Ärztestands zur Profession im 19. Jahrhundert in Preußen. In ihrer Untersuchung stehen zwei Kriterien im Mittelpunkt: Die Entwicklung der ärztlichen Autorität sowie die Notwendigkeit einer medizinischen Kultur als Voraussetzung zur Professionalisierung. Starr (1982) bearbeitet dasselbe Thema – die ärztliche Autorität als etwas historisch Gewordenes – bezogen auf die professionelle Entwicklung des Ärztestands in den USA.

Eine Einbindung in außereuropäische bzw. nicht-westliche Kontexte wurde in all diesen Forschungsarbeiten nicht anvisiert. Ich habe nur vier Forschungen gefunden, die sich mit dem Arztberuf in lateinamerikanischen Ländern befassen. Finkler (1991) untersucht das mexikanische Gesundheitswesen und behandelt in diesem Zusammenhang auch medizinische Handlungsformen und lokale Vorstellungen, die sich auf die Arzt-Patient-Bezeihung auswirken. Allerdings sind diese nicht auf Venezuela übertragbar, da die Struktur des venezolanischen Gesundheitswesens sich in wesentlichen Aspekten von der mexikanischen unterscheidet. Die Arbeiten der venezolanischen Medizinsoziologen Miriam Balestrini Acunia (1990, 1996) und Rigoberto Lanz (1986, 1988) sind auf den medizinischen Diskurs und die darin enthaltene Festschreibung sozialer Ungleichheiten fokussiert. Sie behandeln die Thematik der ärztlichen Profession vor allem aus diskursanalytischer Perspektive unter dem Macht- und Autoritätsaspekt. Cueto/ Birn (1996) bieten einen historischen Überblick über die Entwicklung des Öffentlichen Gesundheitswesens in Lateinamerika. Thematischer Schwerpunkt ist dabei der nordamerikanische Einfluß; regionaler Mittelpunkt der Arbeit sind Mexiko, Brasilien und Argentinien.

2.1 Vom Gelehrten zum professionellen Experten: Historische Transformationen des kurativen Habitus

Als Grundprämissen erfolgreicher *Professionalisierung* werden insbesondere drei Bedingungen genannt, die erfüllt sein müssen, um von einer gelungenen Professionalisiserung einer Berufsgruppe sprechen zu können: 1. Muß für die spezifische professionelle Dienstleistung ein Markt vorhanden sein, der durch einen Prozeß der Ausweitung der Nachfrage als auch durch Verdrängung alternativer Anbieter für einen spezifische Berufsgruppe monopolistisch gesichert ist (Bauch 1996: 26). 2. Muß eine standardisiertes, auf wissenschaftlicher Ausbildung beruhendes Expertenwissen existieren, das eine klare Außenabgrenzung und professionsinterne Identitätsbildung bei breiter Laienakzeptenz des Expertenstatus ermöglicht (ebd.). 3. Muß ein Maximum an beruflicher Autonomie bestehen, das es ermöglicht, Fremdkontrolle durch Laien oder andere Berufsgruppen oder des Staates abzuwehren (ebd.). Diese drei Bedingungen - tendenzielles Monopol auf ausgedehnte Märkte, wissenschaftliche Expertenausbildung, professionelle Autonomie - sind es im wesentlichen, die einen erfolgreich durchprofessionalisierten Beruf ausmachen. Dies korrespondiert mit Freidson, der bereits 1979 als Maßstab forderte :

"[...] es ist eine der Mindestvoraussetzungen für die Herrschaft in seinem Aufgabenbereich, daß der Berufsstand Verfügungsgewalt über die alleinige Kompetenz errungen hat, den richtigen Inhalt und die wirksame Methode bei der Ausführung einer Aufgabe zu bestimmen" (Freidson 1979: 11).

Um die Genese professioneller Habitusmerkmale des Ärztestands darzustellen, ist es daher unerläßlich, einen kurzen historischen Rückblick in die Entwicklung der medizinischen Profession zu werfen, auch um festzustellen, mittels welcher strategischer Maßnahmen sich die Ärzteschaft an dieses *"Professionalisierungsmaximum"* (Bauch 1996: 26) herangearbeitet hat. Im Zentrum dieser kulturhistorischen Kontrastierungsfolie wird auf zwei besonders charakteristische professionsspezifische (ärztliche) Habitusmerkmale fokussiert: a) die ärztliche Autorität und b) die "medizinische Kultur" in der ärztlichen Praxis. Die Wandlung und Entwicklung beider Habituselemente ist eingebunden in spezifische historische Rahmenbedingungen: a) Eine Ausdehnung der Nachfrage nach ärztlichen Dienstleistungen und b) die Entwicklung der medizinischen Wissenschaft im 19. Jahrhundert [2].

[2] Da mir keine medizinhistorischen venezolanischen Fallbeispiele zu dieser Thematik bekannt ist, werde ich diese Entwicklung am Beispiel der ärztlichen Professionsgeschichte in Europa nachzeichen, an der sich die lateinamerikanischen Mediziner als Leitbild orientierten (Cueto 1996).

Der Aufstieg der ärztlichen Tätigkeit zur Profession fand in Europa im wesentlichen erst im 19. Jahrhundert statt (Huerkamp 1985; 1989: 57 ff) [3]. Die akademischen Ärzte [4] im 18. Jahrhundert zählten sich noch zum Gelehrtenstand. Ihnen blieb im Grunde auch gar nichts anderes übrig, als den Habitus des Gelehrtenstandes zu kopieren; ihre Ausbildung war fast ausschließlich theoretischer Natur. Sie waren noch nicht Inhaber eines speziellen Expertenwissens, das sich erst über die Differenzierung eines funktional spezifischen Gesundheitswesens konstituieren konnte (Bauch 1996: 31). Der gelehrte Habitus war somit ein Distinktionsmittel gegenüber den nicht akademisch gebildeten Heilern, den "Empirici", und es war ein Versuch, sich dem Habitus der ärztlichen Klienten aus den gehobenen Klassen anzupassen (ebd: 32).

Bis ins 19. Jahrhundert standen die akademischen Ärzte zu ihren Patienten in einem patronageartigen Abhängigkeitsverhältnis. Sowohl in ihren Behandlungsmethoden als auch in ihrer finanziellen Entlohnung waren sie von den Launen und der Gunst ihrer Klientel abhängig, die in der Regel begütert war und im Arzt-Patient-Verhältnis den strukturell dominanten Part übernahm [5]. Überdies korrespondierte mit der *ärztlichen Subalternität* die Regelung, daß die ärztliche Tätigkeit Besuchspraxis war (Göckenjan 1985: 94), und er somit unter den kritischen Augen der Partei des Kranken seine Leistung erbringen mußte. Diese "Umstehenden" konnten nicht nur über den Zugang zum Krankenbett bestimmen, sondern auch über den Umfang von Befragung und Untersuchung, also den Umfang des möglichen Eingriffs in die individuelle Intimsphäre, die Körpergrenzen und sogar über die Art des therapeutischen Eingriffs sowie über die Durchführung der ärztlichen Verordnungen. Ein zentraler Kenntnis- und Fähigkeitsnachweis des ärztlichen Praktikers bestand somit darin, mit dieser ihn kontrollierenden Öffentlichkeit umzugehen (ebd.).

---

[3] Da mir keine medizinhistorischen Arbeiten aus Venezuela vorliegen, die eine anders verlaufende Entwicklung der ärztlichen Profession aufzeigen, gehe ich von der Annahme einer analogen Entwicklung in Venezuela aus. Vor dem Hintergrund, daß das Land bis Ende des 18. Jahrhunderts eine spanische Kolonie war und die Entwicklung der spanischen Medizin wiederum derjenigen in den anderen Ländern Europas, vor allem der in Frankreich als impulsgebendes Land, ähnelte, halte ich diese Prämisse für legitim.

[4] Die Arbeitsteilung zwischen akademischen Ärzten - zuständig für die "inneren" Krankheiten - und den Wundärzten - zuständig für die "äußeren" Krankheiten - blieb, zumindest auf dem Lande, reine Theorie. Im Krankheitsfall wurde in der Regel der Laienheiler/ Wundarzt gerufen und dieser war zuständig für alles (Bauch 1996: 30). Die akademisch gebildeten Ärzte, die "Medici puri", waren mehr Medizin-Theoretiker; sie verabscheuten das praktische Handanlegen, höchstens gaben sie den Laienheilern/ Wundärzten Weisungen, wie ein bestimmter "Eingriff" vorzunehmen sei. Für die akademischen Ärzte galt noch das mittelalterlich-christliche Verbot des Blutvergießens. Dennoch fühlten sie sich als die "eigentlichen" Ärzte, konnten sich aber wegen ihres Theoretisierens und der insgesamt gering ausgeprägten medizinischen Kenntnisse von der Konkurrenz der "Medikaster" (Laienheiler, Quacksalber, Kurpfuscher) nicht positiv abheben (ebd). Noch 1806 klagt ein Mediziner: "Ein Schäfer, ein Barbiergeselle, eine abgelebte Hebamme, ein Urinbeseher und ähnliche Menschen haben sich...sehr oft bei manchen Layen einen bedeutenden Kredit erworben und erhalten in vielen Fällen den Vorzug vor dem einsichtsvollsten Heilkünstler" (zit in Bauch 1996: 30).

[5] Das Leitbild des Arztes im 17. und 18. Jahrhundert war das eines "medicus politicus", des weltgewandten, vornehmen, diplomatisch geschickten Arztes, der sich seiner sozial gehobenen Klientel in seinem Äußeren, seinen Umgangsformen und seiner Sprache anglich. Sein habituelles Sozialisationsziel entsprach letztlich dem des Fürstendieners und Höflings (Bauch 1996: 32).

Potenziert wurde diese asymmetrische Struktur des Arzt-Patient-Verhältnisses durch den niedrigen Stand der medizinischen Wissenschaft jener Zeit (Huerkampt 1985: 58). Die gelehrten akademischen Ärzte hatten kaum Kenntnisse und Fähigkeiten anzubieten, die denen eines Laienbehandlers signifikant überlegen gewesen wären [6]. Aus diesem Grund wurde oftmals zugleich ein Laienheiler hinzugezogen oder dem akademischen Arzt sogar vorgezogen. Die ständige Gefahr, von nicht-professionellen Heilern ausgestochen zu werden, ist vielleicht der deutlichste Hinweis für das Fehlen einer ausgeprägten *professionellen Autorität*; aber auch die gängige Praktik, daß im Krankenzimmer eine große Anzahl von dem Patienten nahestehenden Personen versammelt war, die alle die Behandlungsweise des Arztes kommentieren zu können glaubten, war der Ausbildung einer ärztlichen Autorität abträglich. Ein zeitgenössischer Arzt klagt:

> "Nichts kann mehr kränken, als wenn der Kranke dem Arzt...seine besten Pläne durchkreuzt, zernichtet, seine Ratschläge halb oder gar nicht befolgt, die gegebenen Arzneyen nicht nimmt, mit dem Arzt über Verordnungen disputiert und ihn wol gar belügt..." (Ploucquet 1797, zit in Huerkamp 1985: 59).

Die für die moderne Profession so charakteristische Distanz von Experten und Laien war auf diese Weise kaum gegeben (ebd: 59). Gerade die aber soll heutzutage als das entscheidende Kriterium für professionelles Handeln herangezogen werden.

> "Eine Profession ist ein - von der alltäglichen Laienwelt, aber auch von anderen Expertensinnwelten - relativ abgegrenzter Orientierungs- und Handlungsbereich, in welchem sowohl wissenschaftlich als auch praktisch ausgebildete Berufsexperten gesellschaftlich lizensierte Dienstleistungen für ihnen per gesellschaftlichem Mandat anbefohlene Klienten bzw. Abnehmer vollbringen" (Schütze 1992: 135).

Für einen strukturellen Wandel oder sogar eine Umkehrung der bis ins 19. Jahrhundert hinein üblichen Machtkonstellation im Arzt-Patient-Verhältnis - die sich häufig durch eine soziale Inferiorität des Arztes gegenüber seinen Patienten auswies - waren vor allem vier wesentliche Entwicklungen ausschlaggebend: a) eine Ausdehnung der Nachfrage nach ärztlichen Dienstleistungen, b) die Entwicklung der medizinischen Wissenschaft, c) der Aufbau eines Autoritätsgefälles zwischen Arzt und Patient und d) die Etablierung einer "medizinischen Kultur".

a) Die wichtigste Ursache, die die Aushöhlung des traditionellen Patronage-Verhältnisses einleitete, ist die allmähliche *Ausdehnung der Nachfrage nach ärztlichen Dienstleistungen*, also die fortschreitende Medikalisierung der Bevölkerung [7] im Sinne eines immer mehr

[6] Der Arzt war bis hinein ins 19. Jahrhundert Angehöriger einer Berufsgruppe, über die man in Ermangelung eines effektiven therapeutischen Angebots sogar öffentlich spotten durfte, wie dies beipielsweise in Molìeres "Der eingebildete Kranke" plastisch zum Ausdruck kommt.

[7] Vgl. Kapitel II. 2.2 (Foucaults Bio-Macht-Konzept).

expandierenden ”Gesundheitsmarkts” (Huerkamp 1985: 62). Dadurch veränderte sich die soziale Zusammensetzung der Klientel des Arztes: Der Fall, daß der Arzt im sozialen Status unterhalb seiner vermögenden Patienten stand, wurde immer mehr zur untypischen Ausnahme. Zugleich wurde durch die Ausdehnung des Marktes ärztlicher Dienstleistungen die ökonomische Abhängigkeit des Arztes vom einzelnen Patienten abgebaut (ebd.). Die Ausdehnung des ”Gesundheitsmarktes” zugunsten der approbierten Ärzte ist auf eine Vielzahl von Faktoren zurückzuführen; neben dem überproportionalem Anwachsen der Schicht gebildeter Bürgerlicher, die bereits früh damit begonnen hatte, regelmäßig einen wissenschaftlich gebildeten Arzt zu konsultieren [8], führte auch der allgemeine Kaufkraftzuwachs in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts dazu, im Krankheitsfall einen approbierten Arzt aufzusuchen. Die Entwicklung der Ärztedichte, die Modernisierung von Transport- und Kommunikationsmöglichkeiten sowie die Urbanisierung taten ein Übriges, um zu gewährleisten, daß im Notfall ein akademischer Arzt in relativ kurzer Zeit zu erreichen war (ebd.). Die Inanspruchnahme dieses verbesserten Angebots durch die Bevölkerung ist in erster Linie auf politische Maßnahmen zurückzuführen, die den Medikalisierungsprozeß aktiv vorantrieben [9]. Den wichtigsten Anteil an der wachsenden Inanspruchnahme ärztlicher Dienstleistungen durch breite Schichten der Bevölkerung (in Deutschland) [10] ist aber der Einführung des Krankenversicherungsgesetzes im Jahre 1883 zu verdanken; durch diesen Versicherungszwang wurden 4 Millionen Menschen mit einmal versichert und dies brachte einen enormen Bevölkerungsanteil mit den approbierten Ärzten in Kontakt. Weitere gesundheitspolitische Maßnahmen [11] leiteten eine bisher beispiellose Expansion der Nachfrage nach den Leistungen approbierter Ärzte ein (ebd.)

b) Die *Entwicklung der medizinischen Wissenschaft* im 19. Jahrhundert leistete einen weiteren wesentlichen Beitrag zur Umstrukturierung in der Machtbalance zwischen dem Arzt und seiner Klientel. Die medizinische Wissenschaft konnte in dieser Zeit rasch ihre Kenntnisse über die Funktionsweise des menschlichen Körpers und über krankhafte Veränderungen ausweiten, doch hielten die therapeutischen Möglichkeiten der Ärzte mit dieser Entwicklung zunächst nicht Schritt, sondern hinkten hinterher (Huerkamp 1985: 64). In der Diagnostik

[8] Das gebildete Bürgertum war die soziale Schicht, die am ehesten und bereitwilligsten aufgrund ihrer *"Wissenschaftgläubigkeit"* (Huerkamp 1989) die ärztliche Autorität wegen seiner gestiegenen fachlichen Kompetenzen akzeptierte. Von höheren Beamten, Lehrern, Richtern, Pfarrern und gebildeten Kaufleuten konnten die Ärzte dies am ehesten erwarten, da sie ihnen über den Glauben an die "Macht der Vernunft" hinaus zumeist über eine ähnliche Sozialisation und soziale Herkunft verbunden waren (ebd: 61).

[9] Zu denken ist etwa an den Ausbau der städtischen Armenkrankenpflege zu Beginn des 19. Jahrhunderts, an die Zunahme der städtischen Hospitäler sowie an die Einführung der Pockenschtuzimpfung (Huerkamp 1989).

[10] Für andere Länder, insbesondere für Venezuela, liegen mir hierzu keine Vergleichszahlen oder anderweitige Untersuchungen vor.

[11] Beispielsweise die Reichsversicherungsordnung von 1914, durch die ca. 35% der Reichsbevölkerung kostenlose ärztliche Hilfe im Krankheitsfall erhielten (Huerkamp 1985: 63).

zeichnete sich spätestens seit Mitte des letzten Jahrhunderts eine deutliche Überlegenheit des Arztes, der ein Studium absolviert hatte, gegenüber seinem Laienkollegen ab. Diese Transformation zugunsten der Ärzte wurde vorangetrieben und begleitet durch die Entwicklung spezieller Untersuchungsinstrumente und –techniken: Stethoskop [12], Augenspiegel, Ohrenspiegel, Magensonde, Uterussonde, Blutuntersuchung, Bestimmung des Eiweiß- und Zuckergehalts im Urin (ebd.). Diese verfeinerten diagnostischen Verfahren waren jedoch von zweifelhaften Wert, solange damit nicht effektive Therapieformen einhergingen. Dies war bis zur Jahrhundertwende in nur einer medizinischen Spezialdisziplin der Fall: in der Chirurgie. Durch die Entwicklung von Narkoseverfahren (seit ca. 1850) und die Einführung antiseptischer Wundbehandlung (seit ca. 1870) hatte die Chirurgie eine erstaunliche Erfolgsbilanz vorzuweisen. Viele früher lebensgefährliche Krankheiten wurden zu relativ harmlosen Eingriffen: etwa die Blinddarmoperation oder die Operation von Uterus und Gallenblase. Die Weiterentwicklung diagnostischer Verfahren und Operationstechniken verschaffte dem ärztlichen Handeln am Krankenbett gegenüber dem Handeln eines Laienheilers einen Wettbewerbsvorteil und steigerte die ärztliche Autorität gegenüber dem Kranken und seinen Angehörigen.

c) Der *Aufbau eines Autoritätsgefälles zwischen Arzt und Patient* wurde erst im späten 19. Jahrhundert eingeleitet und ist als Gegenreaktion auf die - für die Mediziner - prekäre Machtkonstellation im Arzt-Patient-Verhältnis zu interpretieren. In allen ärztlichen Ratgebern dieser Zeit findet sich an oberster Stelle der unbedingte Anspruch auf Gehorsam des Patienten, der sich den auf fachlicher Kompetenz beruhenden Anordnungen des Arztes zu unterwerfen habe (Huerkamp 1985: 66). Dieser epistemisch legitimierte Autoritätsanspruch wurde zwar auch schon in den ärztlichen Schriften des späten 18. und frühen 19. Jahrhunderts erhoben, allerdings wurde er dort zugleich konterkariert durch Klagen über den Ungehorsam und die Besserwisserei der Patienten [13]. Ende des 19. Jahrhunderts fehlen solche Klagen bereits weitgehend. Grund dafür war, daß die Anweisungen und Ratschläge an den Praktiker von einer zuvor nicht gekannten Detailliertheit gekennzeichnet waren, die dem Patienten nicht mehr den geringsten Spielraum für eigenes Handeln ließ. Um das ärztliche Handlungs- und Entscheidungsmonopol im Arzt-Patient-Verhältnis fest zu verankern, wurde den Ärzten geraten, sich auf keinerlei Diskussionen mit ihrer Klientel einzulassen.

”Wenn mich ein Patient fragt: `Kann ich es nicht vielleicht auch so (d.h. in anderer Weise) machen?´ und ich antworte ihm: `Ja, Sie können es meinethalben auch so machen´, dann habe ich

[12] Vgl. Kapitel II.

[13] Der ärztliche "Besserwisserei"-Vorwurf richtete sich zudem hauptsächlich an Frauen; denn das Terrain, das die Ärzte für sich okkupieren wollten, war traditionell weitgehend von Frauen besetzt, denen die entscheidende Kompetenz in der Gesundheitspflege und Krankenheilung im Rahmen ihrer familiären Rolle zukam. Da sie sich häufig den ärztlichen Anordnungen nicht nur widersetzten, sondern stattdessen eigene Behandlungen durchführten, ist das Gros der ärztlichen "Laienschelte" über den mangelnden Gehorsam an die Frauen adressiert (Huerkamp 1985: 60).

meine Autorität schon verloren. Der Patient muß unbedingt das Gefühl und die Überzeugung haben, daß eine jede meiner Anordnungen, auch die scheinbar geringfügigste, wohlerwogen und gutbegründet ist. Ich werde ihm also höflich, aber bestimmt antworten: `Nein, ich wünsche, daß Sie es so machen, wie ich es Ihnen angab, denn ich habe meine Gründe dazu´". (Der Berliner praktische Arzt Dr. Knauer 1912; zit. In Huerkamp 1985).

Die Ärzte unternahmen also große (rhetorische) Anstrengungen, um aus der zuvor untergeordneten Position gegenüber dem Patienten herauszukommen und selber den dominanten Part zu übernehmen. Das strategische Instrument zur Durchsetzung eines ärztlichen Führungsanspruchs im Arzt-Patient-Verhältnis war die *Konstruktion der ärztlichen Autorität*. Charakteristisch für diesen Autoritätsanspruch war, daß er mit der professionellen Fachkompetenz des Arztes legitimiert wurde; der Patient sollte dieser überlegenen fachlichen Kompetenz des Mediziners vertrauen und sich den ärztlichen Anordnungen freiwillig unterwerfen. Flankiert wurde diese Strategie durch die Einrichtung ärztlicher Standesorganisationen, dem ärztlichen Vereinswesen. Insbesondere seit den 1860er Jahren vermehrte sich die Zahl der ärztlichen Vereine rasch, die über "standesgemäßes" Verhalten ihrer Mitglieder wachten (Huerkamp 1985: 65) und diese häufig in ärztlichen Ehrengerichten überprüften. Eins der wichtigsten Gebote kollegialen Verhaltens war es demnach, sich jeglicher Kritik der ärztlichen Maßnahmen eines Kollegen in Gegenwart von Laien zu enthalten [14]. Zu tief saß den Medizinern noch die demütigende Erfahrung, die sie insbesondere mit reichen Patienten [15] gemacht hatten; oftmals riefen die gleich mehrere Ärzte zur Konsultation ans Krankenbett, um sie dort gegeneinander auszuspielen. Solche Bedingungen verunmöglichten, daß sich eine professionelle ärztliche

[14] Dies gilt bis auf den heutigen Tag; insbesondere die Auswertung von Prozessakten, bei denen ärztliche "Kunstfehler" Verhandlungsgegenstand sind, belegen dies. Zumeist besteht das gerichtliche Verfahrensproblem darin, Gutachter zu finden, die gegen ihre ärztlichen Kollegen Partei ergreifen (Auskunft eines befreundeten Richters).

[15] Gegenüber den Unterschichten war das Arzt-Patient-Verhältnis schon immer ein strukturell anderes gewesen als gegenüber der betuchten Klientel. In der medizinischen Betreuung der Unterschichten sahen die meisten Ärzte eine Art "medizinisches Versuchsfeld" - die willkommene Gelegenheit, sich in die Praxis einzuüben und in ihrer Gemeinde bekannt zu werden (Huerkamp 1985: 61). Der Autoritätsanspruch des Arztes konnte sich gegenüber den Unterschichten besonders gut im Krankenhaus und hier besonders in der Armenkrankenpflege entfalten. Die Hospitalinsassen - in der Regel Dienstboten, Tagelöhner, Arme - waren von ihrer gewohnten Umgebung und ihren Angehörigen getrennt; dadurch ließen sie sich leicht unter ärztliche Kontrolle bringen. Sie mußten sich rigiden Hospitalanordnungen unterwerfen, und über diesen Zwangscharakter des Arzt-Patienten-Verhältnisses ließen sie sich bereitwillig Medikamente applizieren, die die reichen Patienten nicht hinnehmen wollten. Dies machte die Betreuung der Unterschichten für die Ärzte zu einem Testlauf für die Konstruktion ärztlicher Autorität, die im 19. Jahrhundert für alle gesellschaftlichen Schichten folgte. Ein Arzt des 18. Jahrhunderts konstatiert *"den großen Unterschied zwischen der Hospital- und Privatpraxis; dort kann (der Arzt) befehlen, kann durch militärische und andere Gewalt sich Gehorsam verschaffen, hier nicht"* (Ploucquet 1797, zit. in Huerkamp 1985: 61). Im 19. Jahrhundert wurden ärztliche Autorität und Kontrolle über die Angehörigen der Unterschicht sogar noch ausgeweitet und institutionell festgeschrieben; im Rahmen der Krankenkassen - und Versicherungsgesetzgebung wurde der Arzt vom Staat offiziell mit der Aufgabe des Kontrollierens und Disziplinierens der Unterschichten beauftagt, indem er "Simulanten" unter den kranken Arbeitern ausfindig machen sollte. Die für den arbeitsunfähigen Arbeiter so wichtigen Lohnersatzzahlungen waren (und sind noch immer) an Attest und Behandlung gebunden; dadurch erlangte der Arzt eine Dominanzposition (Göckenjan 1989: 99). Gegenüber den Unterschichten avancierte der Arzt schnell zum *"strengen Erzieher"* (Huerkamp 1985), der die Leute an Hygiene gewöhnen sollte und dessen erzieherischer Einsatz den Arbeitern, die sich von sich aus nicht um ihre Gesundheit kümmerten, den nötigen *"hygienischen Drill"* (ebd.) aufoktroyierte.

Autonomie entfalten konnte. Die Kontrolle, der die Mediziner zuvor seitens der Klientel ausgesetzt waren, übernahmen fortan die Standesorganisationen der Berufskollegen (ebd.).

d) Die *Etablierung einer medizinischen Kultur* ist ein weiteres Merkmal des modernen und erst im 19. Jahrhundert entstandenen Arzt-Patient-Verhältnisses. Darunter wird die Außerkraftsetzung von Normen und Tabus des Alltagslebens in der ärztlichen Praxis zusammengefaßt. Was uns heute so selbstverständlich erscheint, daß nämlich in der ärztlichen Praxis Scham-Tabus gebrochen und Eingriffe in die körperliche Unversehrtheit [16] des Patienten vorgenommen oder ihm Schmerzen zugefügt werden, ist das Ergebnis eines historischen Wandlungsprozesses: Das Entstehen einer spezifischen medizinischen Kultur, in der die Gesetze der Alltagswelt keine Gültigkeit haben (Huerkamp 1985: 67). Die Etablierung einer "medizinischen Kultur", in deren Bereich beispielsweise die gynäkologische Untersuchung eine "Normalität" und keine Verletzung von Scham-Tabus mehr darstellt, beanspruchte jedoch einen längeren Zeitraum als der vorauseilende medizinisch-technische Fortschritt. Insbesondere an der Geschichte der Gynäkologie läßt sich exemplarisch die Entwicklung einer "medizinischen Kultur" nachzeichnen, deren Regeln auf quasi "extra-kulturellem Terrain" ihre Wirkkraft entfalten. Noch in den 1840er Jahren klagten viele Mediziner über die Schwierigkeit einer Behandlung *"schamhafter Frauen"* (Liehrsch 1842, zit in Huerkamp 1985), die sich auch bei ernsthaften Leiden scheuten, einen männlichen Arzt zu konsultieren. Daher findet sich in den ärztlichen Ratgebern vor dem ersten Weltkrieg stets noch der Rat an den praktischen Arzt, Untersuchungen von Frauen und Mädchen prinzipiell nur in Gegenwart von deren Müttern oder Ehemännern vorzunehmen. Dies ist ein Indiz dafür, daß die Funktion des Arztes noch nicht als eine "professionelle" im modernen Sinn aufgefaßt wurde; der Arzt galt noch nicht als von seiner Person getrennt, das Verhältnis von (männlichem) Arzt und (weiblichen) Patienten noch nicht als ein "entsexualisiertes", in dem Verlaß war auf eine "affektneutrale" Reaktion des Mediziners [17]. Darum konnte ihm die Untersuchung einer "anständigen" Frau nicht ohne einen "Aufpasser" aus ihrer Lebenswelt gestattet werden (ebd).

Ein weiterer Faktor, der sowohl das Autoritätsgefälle zwischen Arzt und Patienten aufbauen half als auch die Entwicklung einer professionellen "medizinischen Kultur" vorantrieb, war die allmähliche Einbürgerung der *Sprechstundenpraxis* anstelle der Hausbesuchspraxis.

---

[16] Aus der juristischen Perspektive ist der Tatbestand der Körperverletzung, wie sie beispielsweise bei einer Operation vorliegt, immer noch eine Körperverletzung. Daher bedarf jeder ärztliche Eingriff einer Zustimmung des Patienten; erst dadurch wird aus einer verbotenen Körperverletzung ein erlaubter ärztlicher Eingriff. Ärzte, die das Einholen der Einverständniserklärung unterlassen, machen sich demnach strafbar (§ 242 StGB/ Schönke-Schröder 1980 - Kommentar zum Strafgesetzbuch).

[17] Dies gilt zum Teil heute noch in einigen islamischen Ländern; in einigen Kulturen islamischer Prägung ist es üblich, dem Arzt ein Diagnosepüppchen zu schicken, an dem die Schmerz verursachenden Körperteile mit Nadeln u.ä. gekennzeichnet sind (Duerr 1993).

> Zwar richteten alle Ärzte, die sich nach der Jahrhundertmitte niederließen, ein Sprech- und Behandlungszimmer und ein davon abgetrenntes Wartezimmer ein; denn der Arzt, der in seiner eigenen Umgebung agierte, konnte mehr Autorität und mehr professionelle Autonomie entfalten als sein Kollege, der im Hause des Patienten von dessen Angehörigen kritisch beobachtet wurde. Dennoch blieb der Übergang von der Besuchs- zur Sprechstundenpraxis lange Zeit umstritten, was aber in keinerlei Zusammenhang mit der Schwere der Erkrankung stand. Vielmehr spielten soziale Kriterien dabei eine zentrale Rolle; noch 1896 konstatiert ein ärztlicher Beobachter: *"Alle besser Situierten lassen in der Regel den (jungen) Arzt zu sich rufen"* (zit. in Huerkamp 1985: 65).

Zusammenfassend ist zu resümieren, daß insbesondere zwei Entwicklungen konstituierend sind für das moderne Arzt-Patient-Verhältnis und für den ärztlichen Habitus aktueller Prägung: Sowohl der Aufbau eines Autoritätsgefälles zwischen Arzt und Patient als auch die Etablierung einer "medizinischen Kultur" trugen dazu bei, daß sich das Arzt-Patient-Verhältnis von einer funktional diffusen Beziehung zu einem klar definierten, funktional spezifischen und affektiv neutralen Rollenmuster verschob. Der strukturelle Wandel im Arzt-Patienten-Verhältnis hatte tiefgreifende Konsequenzen für die ärztliche Profession insgesamt und brachte eine komplette hundertachzig-Grad-Wendung für deren soziale Positionierung hervor: Aus einem vormals von seiner Klientel abhängigen, servilen Dienstleistungsanbieter ohne eigene professionelle Autonomie, der auf einem unübersichtlichen Gesundheitsmarkt mit Laienheilern konkurrieren und sich einem Laienpublikum anbiedern mußte, avancierte der Arztberuf hin zu einer der anerkanntesten, mit gesellschaftlichen Dominanz- und Autoritätsinsignien ausgestatteten Profession. Diese strukturellen Wandlungen der Rahmenbedingungen wiederum bildeten die konstitutive Basis für die Entwicklung eines spezifischen ärztlichen Habitus als zentralem Element der modernen medizinischen Profession.

Abschließend ist anzufügen, daß ich - trotz intensiver Suche in den Archiven und Bibliotheken von Caracas - auf keine Arbeiten gestoßen, die eine fundierte Auskunft über die Geschichte des Arztberufs in Venezuela gegeben hätten. Daher werde ich bei der Nachzeichnung der Entwicklung des Ärztestands zur Profession an die historischen Analysen aus anderen Ländern Lateinamerikas und an die in Europa und den USA durchgeführten Fallstudien anknüpfen. Da sich bis nach Ende des ersten Weltkriegs die in Lateinamerika praktizierte Medizin am französichen Vorbild orientierte – danach ging der französiche Einfluß zurück und wurde abgelöst durch den US-amerikanischen (Cueto/ Birn 1996; Finkler 1991) -, halte ich die Annahme einer analogen Entwicklung der ärztlichen Professionskultur in Venezuela für gerechtfertigt.

2.2 Zum Verhältnis von Profession und Lebenswelt

Entgegen Schützes Definition der modernen Profession (Schütze 1992: 135), in der er von einer strikten Trennung des Handelns in Profession und Laienwelt ausgeht, vertritt Oevermann ein Konzept zur Bestimmung der Logik professionellen Handelns, in dem er die Elemente professionellen Handelns bereits im kompetenten Alltagshandeln von jedermann ansiedelt. In den Professionen würden diese Handlungselemente lediglich systematisiert und verdichtet eingesetzt (Oevermann 1977). Oevermann argumentiert damit nicht nur für eine Definition professionellen Handelns, der keine strikte Grenzziehung zwischen Profession und Laienwelt zugrunde liegt, sondern diese als durchlässig annimmt. Überdies werden lebensweltliche Deutungsmuster, Handlungskonzeptionen und Habitualisierungen dadurch als kulturelles Basisprogramm für die Entwicklung eines professionellen Habitus gewertet.

Daß lebensweltliche Habitualisierungen konstituierende Handlungselemente für das professionelle Handeln bereitstellen und quasi den (kulturellen) "Rohstoff" repräsentieren, aus dem beispielsweise auch der ärztliche Habitus gespeist wird, belegt die Studie von Lynn Payer (1993/ 1988). Die Autorin, eine Medizinerin und Medizinjournalistin, schildert am Beispiel eines interkulturellen Vergleichs von vier Ländern (USA, Deutschland, Frankreich, England), welch erstaunliche Variationsvielfalt der professionelle ärztliche Habitus selbst innerhalb der Industrienationen in den nördlichen Ländern aufweist. Die Mediziner der verschiedenen Länder verfahren unterschiedlich in der Beachtung und Deutung von Symptomen und Zeichen von Krankheiten, ihrer Weiterverarbeitung zu Diagnosen, in der Bestimmung kritischer, zum ärztlichen Eingreifen berechtigender Befindlichkeitsstörungen, der Behandlung von Krankheiten und dem Umgang mit Problemen, deren Lösung mit den Mitteln der Medizin allein nicht möglich ist (Friedrich/ Wilhelm in Payer 1993: 223). Die unterschiedliche Bewertung von Symptomen, Befindlichkeitsstörungen und Krankheiten wird in den Erwartungen der Patienten an das ärztliche Behandlungsprogramm fortgesetzt. Kulturbedingte Anschauungen lassen die Menschen bestimmte ärztliche Handlungsweisen in der einen Kultur klaglos hinnehmen, die in einer anderen nicht gebilligt werden [18].

Diese Unterschiede in der Bewertung und Applikation medizinischer (Be-)Handlungsprogramme erklärt Payer als Konsequenz kulturbedingter Vorstellungen in der Medizin (Payer 1993: 12 ff). Diese Leitvorstellungen, Stile und Traditionen medizinischen Denkens wiederum sind

[18] Als Parade-Beispiel erwähnt Lynn Payer den kulturell unterschiedlichen Umgang mit Medikamenten. Ein deutscher Gynäkologe empfahl einer jungen Amerikanerin, die in der BRD arbeitete, ihre Vaginalinfektion statt mit Antibiotika mit Schlammbädern zu behandeln. "Ich will nicht im Schlamm herumsitzen", beklagte sich die Patientin später bei einer Kollegin. "Alles, was ich will, sind ein paar Tabletten!" Payer wertet dies als Kollision zwischen deutschen Behandlungskonventionen, die häufig vom Bild der "Heilkraft der Natur" geleitet sind, und US-amerikanischen Vorstellungen, wonach die Bereitschaft zum Tablettenkonsum im Krankheitsfall übermäßig groß ist (Payer 1993: 13). Überdies zeigt Lynn Payer, daß die Bandbreite akzeptabler, effektiver und patientenfreundlicher Behandlungsmethoden interkulturell sehr viel größer ist, als es die jeweiligen nationalen Stile erkennen lassen.

kontextgebunden und eingebettet in die Grundannahmen der jeweiligen Kultur über den menschlichen Körper, "gesundes" Verhalten und die lokale Beurteilung gesundheitsfördernder Medikamente und/oder Drogen. Mit der Auffassung, daß kulturbedingte Vorstellungen großen Einfluß auf medizinisches Denken und Handeln nehmen und diese auch über Aufnahme von und Widerstand gegen (Be-)Handlungsweisen entscheiden, bezieht sich Payer auf kulturelle Inhalte und normative Wirkungen, die ein bestimmtes *kulturelles Erbe* beinhalten. In diesem Ansatz von kulturbedingten Vorstellungen und (professionellen) Habitualisierungen, der unter dem Namen *"culture lag"* bekannt ist, ist auch die Idee enthalten, daß jede Gegenwart durch die Gleichzeitigkeit ungleichzeitig entstandener Kulturelemente zu charakterisieren ist (Friedrich/ Wilhelm in Payer 1993: 225). Beispielsweise kann die These vom Nachwirken der Romantik in der besonderen Betonung des Herzens als dem "sprechenden" und besonders gefährdeten Organ der Deutschen in dieser Richtung gelesen werden [19].

Payers Studie zeigt, daß die Medizin nicht so international und global identisch ist, wie wir zu denken gewohnt sind und wie es die medizinischen Experten selbst so oft verkünden. Sie ist vielmehr gebunden an lokale Stile und Habitualisierungen in Wissenschaft und Medizin sowie an den Lokalismus ihrer Betätigung, der sich bis zum Ethnozentrismus steigern kann (ebd: 228). *Medizin ist demnach nicht eine wertneutrale Wissenschaft, sondern ein soziales und kulturelles Handlungssystem*. Und auch das professionelle Handeln des Arztes orientiert sich trotz seiner international scheinbar einheitlichen Handlungsgrammatik an den Wünschen und Forderungen der lokalen Klientel; er reagiert also auf kulturelle Desiderate, die das Handeln beider - Arzt und Patient - implizit anleiten.

2.3 Habitus und Geschlecht in der Medizin

Der *Habitus als in Prozessen der Sozialisation erworbenes Dispositionsschema* beinhaltet ebenso wie die kulturellen Muster auch die gesellschaftlichen Strukturen sozialer Geschlechtlichkeit und die gesellschaftlichen Bedingungen seines Werdens (Friebertshäuser 1992: 105). Diese Inkorporierung strukturell verfestigter Geschlechterverhältnisse bedingt, daß auf der Ebene von Praxisformen gleiche Handlungen, Denk- und Verhaltensweisen von Frauen und Männern verschieden wahrgenommen und bewertet werden (können) [20]. Um diese sozialstrukturellen und

[19] Payer hat herausgefunden, daß bei deutschen Ärzten überdurchschnittlich häufig - verglichen mit den anderen Ländern der Studie - eine pathogene Herz-Kreislauf-Diagnose gestellt wird und niedriger Blutdruck als ernsthafte Erkrankung problematisiert wird, während dies von den Ärzten in den USA oder England eher als Indiz für ein besonders langes und gesundes Leben begrüßt wird (Payer 1993).

[20] Als besonders schönes Beispiel, das diese These plastisch untermauert, habe ich folgende Begebenheit gefunden: Ein fünfjähriges Mädchen klettert in einem Lokal vom Gastraum in die dahinter liegende Küche. Das dort arbeitende Küchenpersonal reagiert belustigt und kommentiert den Vorfall so: "Das ist aber ein tatkräftiger und unternehmenslustiger Bursche, der guckt sich schon mal um in der Welt!" Als die Mutter hinzukommt und richtig stellt, daß es sich bei dem Kind um ein Mädchen handelt, erfolgt seitens des Personals folgende feinsinnige Interpretation: "Aha, das kleine Mädchen will sich schon mal die Küche anschauen, wo es ja später auch mal arbeiten

sozialkulturellen Machtverhältnisse zentrieren sich die Begrifflichkeiten der "habitualisierten Geschlechtlichkeit" bzw. des "geschlechtsspezifisch geprägten Habitus" (ebd.), die ich verwenden werde.

Insbesondere im Rahmen der feministischen Professions-Forschung dient das Konzept der "habitualisierten Geschlechtlichkeit" als Erklärungsschlüssel zwischen vorfindlichen gesellschaftlichen Strukturen und den kulturellen und sozialen Praxen von Frauen und Männern (ebd: 104). Das Verständnis einer "habitualisierten Geschlechtlichkeit" geht auch in die Betrachtungsweise von professionsspezifischen Sozialisationsprozessen mit ein, wie sie beispielsweise die Mediziner während des Studiums und den daran anschließenden praktisch orientierten Ausbildungsabschnitten - Praktisches Jahr, Fachartzausbildung - durchlaufen. Die Ausbildung des fachspezifischen Habitus, die im Kontext des Faches zu sehen ist, in dem er erworben wird, korrespondiert mit der Übernahme und Inkorporation der Werte, die die jeweilige Fachkultur ausmachen. Die Zugehörigkeit zur medizinischen Fachkultur beispielweise wird zumeist immer noch als eine männlich vergeschlechtlichte Berufs-Sozialisation beschrieben (Schultz 1992: 234), in deren Verlauf auch die Studentinnen in ein mit "männlicher" Autorität ausgestattetes Fachgebiet einsozialisisiert würden, das eine *"Lücke mit Weiblichkeitszuschreibung"* (ebd.) darstelle; d.h. die (zukünftigen) Ärztinnen partizipieren am Autoritätskapital ihrer Profession:

> "Die Medizinerinnen haben sehr viel mehr Autorität in ihrem ganzen Gehabe als wir Sozialwissenschaftlerinnen [...]" (Schulz 1992: 232).

Für die Erforschung professioneller Sozialisationsprozesse von Frauen in als "männlich" vergeschlechtlichte Arbeitszusammenhänge und "männlich" geprägte akademische Fachkulturen haben sich Begrifflichkeiten aus der *Migrationsforschung* als sinnvoll und ergebnisreich herauskristallisiert. Um dem speziellen Entwicklungsprozeß von Frauen gerecht zu werden, verwenden Schultz und Hagemann-White (1992) das Konzept der *"Akkulturation"*, das verschiedene Formen von Marginalität, Anpassung und Integration in "männlich" dominierte Berufsfelder sichtbar macht. Am Beispiel der Analyse unterschiedlicher Lebenswege und Bewältigungsstrategien von Hochschullehrerinnen wurde ein weiteres Konzept aus der Migrationsforschung entwickelt, das der *"kulturellen Zwischenwelten"* (ebd.), mit dem die Schwierigkeiten, aber auch die Eigenständigkeit der Arbeitswelt von Frauen in als "männlich" konnotierten Professionen erfaßt werden kann.

---

wird!" Einzig durch die Information über die Geschlechtszugehörigkeit des Kindes wird dieses also in der Wahrnehmung der Umstehenden von einem unternehmungslustigen "Burschen", den es in die Welt hinausdrängt, in ein "kleines Mädchen" verwandelt, dem via Geschlecht sein zukünftiger Arbeitsplatz zugewiesen wird (Wetterer 1992).

Die "männliche" Prägung des Arztberufs, dem die Macht legitimer Autorität über alle Angelegenheiten von Gesundheit und Krankheit anhaftet, ergibt sich vor allem aus der für den Beruf dominanten Dimension der Rationalität medizinischer Wissenschaft, die eine epistemische Autorität der Mediziner legitimatorisch begründet. In dieser Herausstellung fachlichen Wissens als professionelles Markenzeichen nimmt eine ärztliche Habitus-Komponente Gestalt an, die wiederum das Ergebnis eines historischen Wandlungsprozesses im 19. Jahrhundert ist. Das Entscheidende dabei ist, daß diese Weichen stellende Transformation des Berufshabitus mit dem Ausschluß der Frauen vom Medizinstudium als Zugangsmonopol zum Ärztestand konstitutiv begründet wurde (s.o.).

Zugleich konnte festgestellt werden, daß gerade über das Motiv des "Helfens" im ärztlichen Beruf für Frauen die geringsten Schwierigkeiten auftreten, im Selbstverständnis ihrer beruflichen Rolle an die vergeschlechtlichte Sozialisation als biographisches Kontinuum anzuknüpfen (Hagemann-White 1992: 251). Darin, daß der Arztberuf als helfende oder sozial engagierte Profession empfunden und auch als solche inszeniert wird, kommt überdies eine weitere wichtige ärztliche Habitus-Komponente zum Ausdruck, die sogar normative Züge aufweist [21]. Zwar wird in der Untersuchung von Hagemann-White eine männlich und weiblich divergierende Ausformung des Berufsmotivs vom "Helfen" konstatiert, diese ist aber Ausdruck der geschlechterspezifischen Konnotation eines aufs Helfen ausgerichteten professionellen Handelns. Das jeweilige Helfen der Geschlechter wird mit einer naturalisierten Bedeutung unterlegt: Das vom Helfermotiv geleitete professionelle Handeln eines Mannes wird zumeist als das eines Förderers - im Sinne eines begünstigenden Mäzens - gedeutet, während dasselbe Handeln, wenn es von einer Frau erfolgt, als Ausdruck essentialistischer "mütterlicher" Betätigung naturalisiert wird (ebd.).

Insgesamt ist daher zu resümieren, daß der ärztliche Habitus so geschlechtsneutral, wie von offizieller medizinischer Seite vorgetragen wird, nicht ist. Für die Medizin hat sich sogar gezeigt, daß insbesondere das Habitusmerkmal der ärztlichen bzw. epistemischen Autorität, die über die wissenschaftliche Rationalität abgestützt ist, *implizit* als naturalisierte *männliche* Habitus-Komponente konzipiert und tradiert wird. Dies ist sicherlich mit auf den historischen Kontext zurückzuführen, aus dem heraus sie entstanden ist; denn im wesentlichen fand die Konstruktion medizinischen Wissens und epistemischer ärztlicher Autorität unter Ausschluß von Frauen statt. Für die Beantwortung der in meinem Interviewmaterial aufgeworfenen Frage, ob und inwiefern mit der Ausübung des Arztberufs zugleich die Konstruktion einer (In-)Kompatibilität von Professionalität und "Weiblichkeit" einhergeht [22], ist dieser Zusammenhang von beträchtlicher Relevanz.

---

[21] Vgl. Kapitel IV. 2.2 - Die berufsethische Orientierung.

[22] Vgl. Kapitel IV. 1 – Learning Medicine.

2.4 Standardisierte versus kontextabhängige Komponenten des kurativen Habitus

Was am einzelnen Arzt als Habitus sichtbar wird, ist Ausdruck einer von der Zunft geteilten Berufskultur (Dewe et al. 1992: 87). Sie stellt personenunabhängig das Handlungsdispositiv dar, mit dem die Ärzte, gewußt oder ungewußt, ihre Wirklichkeit konstruieren und ihre Praxis organisieren. In Verbalisierungen, wie sie beispielsweise in Interviews hervorgebracht werden, erscheinen die in Anspruch genommenen Deutungs- und Handlungschemata als ärztliche Konventionen [23], die als typische Deutungs- und Legitimationsmuster der Berufsgruppe anzusehen sind und die zunftkonforme Übereinstimmung *nachträglich* [24] kommunikativ herstellen. Die Inhalte der Konventionen bilden sich heraus durch kollektive Erfahrung (ebd.).

Der professionelle ärztliche Habitus konstituiert sich sowohl aus standardisierten, global eher einheitlich strukturierten Komponenten wie beispielsweise der ärztlichen Autorität, dem medizinischen Wissen oder der Aufteilung in Spezialdisziplinen als auch aus kontexabhängigen wie historischen, kulturellen und geschlechtsspezifischen Dispositions-Elementen. Dieser Gegensatz aus einheitlichen Habitusmerkmalen einerseits und *"situated"* [25] Habituskomponenten andererseits ist aber kein grundlegender Widerspruch, sondern legt bereits vorab Analyekategorien für meine Untersuchung bereit, die einen profunderen Einblick in die lokale Tiefenstruktur des kurativen Habitus in Venezuela ermöglichen. Dieser ist insgesamt Ausdruck der lokalen ärztlichen Professionskultur in Venezuela.

Durch die Analyse einer Verflechtung der kontextabhängigen Habituselemente mit denen - in der offiziellen medizinischen Lesart - als kontextunabhängig konzipierten Komponenten werden die jeweiligen lokalen Bedingungen von Professionalisierungsvorgängen deutlich, die den spezifischen Habitus für ein signifikantes ärztliches Handlungsfeld hervorbringen. Die gegenseitige Durchdringung und Verflechtung beider Ebenen wird Thema der weiteren Untersuchung sein.

---

[23] In Analogie zur Untersuchung von Dewe, Ferchhoff und Radtke, die *"Das Professionswissen von Pädagogen"* (Dewe/ Ferchhoff/ Radtke 1992: 70 ff) analysiert haben und dabei auf *"pädagogische Konventionen"* (ebd: 87) fokussieren.

[24] Die *Nachträglichkeit* einer Herstellung bzw. Darstellung zunftkonformer Übereinstimmung ist zugleich integraler Bestandteil einer Rekonstruktion dieser Berufskonventionen (Dewe et al. 1992: 87).

[25] In Anlehnung an Donna Haraway, die von *"situated knowledge"* spricht (Haraway 1993)

3 Die interkulturelle Perspektive und der Kulturbegriff

Die interkulturelle Perspektive der Forschung basiert nicht – wie man annnehmen könnte – auf einem Kulturvergleich zwischen deutschen und venezolanischen Ärzten, sondern ergibt sich daraus, daß für mich als deutsche Forscherin in Venezuela die Vergleichsfolie meiner deutschen Herkunft und mein von dort mitgebrachtes Wertkonzept ständig präsent war und immer dann „abgerufen“ wurde, wenn mir etwas in meinem Forschungsfeld als „fremd“ oder im Vergleich mit Deutschland als unbekannt auffiel. Die Interkulturalität der Studie ist demnach auf meine Herkunft als Forscherin aus einem anderen als dem untersuchten Kontext zurückzuführen. Auf diese Weise fließt mein eigenes kulturelles Wertkonzept und die deutsche Perspektive kontinuierlich, wenn auch selbstreflexiv, in die Auswertung und die Untersuchuungsergebnisse mit ein.

Überdies basiert die Untersuchung auf einem *dynamischen Kulturbegriff*. Das Konzept eines dynamischen Kulturbegriffs geht von einer kulturellen Identität aus, deren Kern die kulturelle Lernfähigkeit der Menschen ist **(**Hannerz 1992 und 1995**)**. Im Gegensatz dazu steht ein Konzept, das von einer einheitlichen Kultur ausgeht. Der Gebrauch eines solchen Kulturbegriffs birgt aber die Gefahr, daß kulturelle Identität als Ausgrenzungsstrategie benutzt wird, wenn die Vereinheitlichung betont werden soll. Kulturelle Merkmale der eigenen oder fremden Gruppe werden dafür aus dem Gesamtrepertoire herausgegriffen und symbolisch besetzt (ebd.: 8). Durch die Dynamisierung des Kulturbegriffs werden Menschen nicht nur als Kulturträger gesehen, sondern als Handelnde, *"die in ihrem Handeln die kulturelle Ordnung nicht lediglich ausfüllen oder ausführen, sondern permanent verändern"* (ebd.). Kulturelle Identität wäre demnach die Fähigkeit, ein Leben lang die *"Landkarten der Bedeutung"* und das mitgebrachte kulturelle Material den aktuellen Lebensbedingungen anzupassen. Um dem Forschungsgegenstand, der Einbindung professioneller Handlungsformen in den spezifischen kulturellen Kontext Venezuelas gerecht zu werden, halte ich eine Analyse auf der Grundlage eines dynamischen Kulturbegriffs, der ebenfalls die Herausstellung des Handelns als Ausdruck kultureller Identität betont, für besonders geeignet.

4 Die methodischen Instrumente im Überblick

Theoretisch integriert diese Untersuchung das Habitus-Konzept von Bourdieu (1987), mit dem die Inkorporation des Sozialen und die Logik professioneller Handlungsformen analysiert wird, mit dem Foucault´schen Analyseinstrumentarium, mit dem Machtstrukturen ärztlichen Handelns herausgearbeitet werden. Überdies wird die Metaphernanalyse zur Untersuchung von ärztlichen Handlungsstilen herangezogen.

Bei der Untersuchung in Venezuela wurden verschiedene methodische Werkzeuge eingesetzt. Das Datenmaterial wurde mit Hilfe von Interviews erhoben, die mit einem zuvor entwickelten Leitfragebogen (siehe Anhang) durchgeführt wurden. Darüber hinaus setzte ich erzählgenerierende Impulse während der Gespräche, die narrative Erzählsequenzen hervorbrachten. Die Auswertung erfolgte auf der Grundlage der Grounded Theory nach Strauss (1990). In die Darstellung der Ergebnisse werden zusätzlich zu dem Ertrag aus den Interviews Elemente aus der Teilnehmenden Beobachtung eingehen.

5 Aufbau der Arbeit und Vorgehensweise

Die Arbeit gliedert sich in fünf Untersuchungsschritte. Nach Teil I, in dem eine Einleitung und Übersicht über die Forschungsarbeit gegeben wurde, werden in Teil II die *theoretischen Instrumente* vorgestellt, die die Perspektive formulieren, mit der ich das Interviewmaterial ausgewertet habe. Es handelt sich um das Habitus-Konzept nach Bourdieu sowie um die Machttheorie und die Kategorie des "ärztlichen Blicks" nach Foucault.

In Teil III wird das *Forschungsdesign* dargestellt. Dazu gehört das Erhebungsinstrument der leitfadengestützten Interviews und die Teilnehmende Beobachtung im Forschungsfeld. Anschließend wird die Evaluierung auf der Grundlage der Grounded Theory nachgezeichnet, und ich beschreibe das Untersuchungsfeld sowie meinen Zugang zur anderen Kultur.

Teil IV beinhaltet die *Auswertungsergebnisse der empirischen Daten*, die durch eine Fünferstruktur gekennzeichnet ist. Darin kommen die fünf Hauptkomponenten des ärztlichen Habitus zum Ausdruck, die während der Auswertung der Daten entwickelt wurden. Es sind: Der "ärztliche Blick", die berufsethische Orientierung, ärztliche Handlungs- und Interaktionsstile, Brüche des professionellen Selbstverständnisses, die Paradoxien ärztlichen Handelns hervorbringen sowie ärztliche Deutungsmuster aus der kulturellen Lebenswelt.

In Teil V werde ich den *Forschungsertrag* formulieren und eine Zusammenführung der Ergebnisse aus der Empirie mit der theoretischen Einbindung herstellen.

Teil II: Konstitutive Prämissen und theoretischer Rahmen

1 Der ärztliche Habitus

1.1 Das Habitus-Konzept nach Bourdieu

Der Habitus als Denk-, Handlungs- und Wahrnehmungsmatrix

Als analytische Kategorie zur Erfassung einer sozialen Logik im ärztlichen Alltagshandeln und Denken dient mir Bourdieus Habitus-Konzept. Dieses bietet den Vorteil, daß individuell-psychologisch orientierte Erklärungsmuster um den Aspekt ihrer gesellschaftlichen Ursprünge erweitert werden (Friebertshäuser 1992: 49) [26]. Das Bourdieu´sche Habitus-Konzept läßt sich für meine Untersuchung in besonderem Maße fruchtbar machen, da es die Umsetzung einer Einbindung ärztlicher Deutungsmuster in einen (kulturellen) Reproduktionskontext ermöglicht.

Mit dem Habitus-Begriff beschreibt Bourdieu die ständige Reproduktion gleicher und ähnlicher Handlungen, indem er den Habitus als theoretische Erklärungsformel zwischen gesellschaftliche Struktur und Praxis, d.h. zwischen Lebensbedingungen und Lebensstil, einführt (ebd.). Mit Hilfe des Habitus-Konzepts ist es möglich, die komplexen Mechanismen zwischen vorgefundenen gesellschaftlichen Strukturen und deren Reproduktion durch die Individuen als dialektischen Prozeß zu begreifen. Die Lebensbedingungen führen zur Ausbildung spezifischer Lebensstile und werden durch diese ständig reproduziert, aber auch verändert. Als Mittlerinstanz zwischen Struktur und Praxis steht der Habitus (ebd: 50).

> "Mein Versuch geht dahin, zu zeigen, daß zwischen der Position, die der einzelne innerhalb eines gesellschaftlichen Raumes einnimmt, und seinem Lebensstil ein Zusammenhang besteht" (Bourdieu 1987: 25).

Unter Habitus versteht Bourdieu ein System dauerhafter und übertragbarer Dispositionen, die als strukturierende Rahmungen fungieren, innerhalb derer die Erzeugungs- und Ordnungsgrundlage für kulturelle Praktiken, Wahrnehmungen, Beurteilungen und Vorstellungen gelegt wird (Bourdieu 1987: 98). Diese Dispositionen konstituieren sich im Kontext menschlicher Daseinsbedingungen und gewährleisten in Gestalt von Wahrnehmungs-, Beurteilungs- und Handlungsschemata die Kontinuität sozialer (Alltags-)Praxen und -Praktiken. Überdies sichern sie die Tradierung kultureller Praktiken und Praxen mehr, als dies formale Regeln und explizite Normen tun könnten (Schachtner 1999: 22); denn Dispositionen werden im Verlauf von Sozialisationsprozessen inkorporiert. Habitualisiertes Wissen beispielsweise kommt Bourdieu

[26] Diese Synthese visiert auch die Ethnopsychoanalyse für das Verhältnis individuell-psychischer Dispositionen und Kulturanalyse an (Erdheim 1984; Friebertshäuser 1992).

zufolge in der Praxis *unbewußt* zum Tragen. Daher schließt die Praxis den Rekurs auf sich selbst aus, denn sie "weiß" nichts von den sie beherrschenden Prinzipien (Bourdieu 1987: 165). Es handelt sich beim habitualisierten Wissen demnach um "implizites Wissen", denn Implizitheit ist eines der Hauptmerkmale des Habitus (Bohn 1990). Bourdieu spricht von praktischem Wissen, das sich in praktischem Zustand nicht im Bewußtsein der Akteure vorfindet, von einer quasi körperlichen Weltsicht (Bourdieu 1987), einem begriffslosen Erkennen und einem praktischen Sinn, der die charakteristische Wirk- und Operationsweise des Habitus beschreibt.

> "Der Habitus ist die unbegrenzte Fähigkeit, in völliger (kontrollierter) Freiheit Hervorbringungen - Gedanken, Wahrnehmungen, Handlungen - zu erzeugen, die stets in den historischen und sozialen Grenzen seiner Erzeugung liegen [...]" (Bourdieu 1987: 103).

Die Begrenzung von Praxis als Folge kulturell-gesellschaftlicher Einflüsse wird in Bourdieus Habituskonzept somit deutlich herausgearbeitet. Er leitet sie ab von den Zugängen zur Macht, zu Dienstleistungen, die sich in verschiedenen Kulturen und Subkulturen voneinander unterscheiden und den Subjekten unterschiedliche Daseinsbedingungen bescheren (Schachtner 1999: 24). In der Bewältigung dieser Bedingungen entwickeln sich spezifische Habitusformen, die wiederum zur Grundlage der Wahrnehmung und der Beurteilung aller späteren Erfahrung werden.

> "Als einverleibte, zur Natur gewordenen und damit als solche vergessenen Geschichte ist der Habitus wirkende Präsenz der gesamten Vergangenheit, die ihn erzeugt hat" (Bourdieu 1987: 105).

Bourdieu betont vor allem die kollektive Geschichte, weniger die individuelle Lebensgeschichte. Gleichwohl verweist die von ihm begründete Geschichtlichkeit praxisgenerierender Schemata auf deren Gewohnheit und damit auf deren Veränderbarkeit (Schachtner 1999: 24). Eine Veränderung kann auf kollektiver oder individueller Ebene initiiert werden, doch bleiben die Impulse, die auf einer dieser Ebenen gegeben werden, aufgrund der existierenden Wechselbeziehung nie ohne Rückwirkung auf die andere.

Bourdieu veranschlagt allerdings die Veränderungsneigung eines Habitus als gering (Bourdieu 1987: 114) und geht davon aus, daß im Habitus die Tendenz verankert ist, sich vor Krisen und Infragestellungen zu schützen (Bohn 1990: 34). Dies bedeutet, es werden Erfahrungen bevorzugt, die das habitualisierte Schemata affirmativ verstärken und ein Milieu geschaffen, das seinen Hervorbringungen und Erzeugnissen einen aufnahmebereiten Markt bietet (ebd.). Ein Beleg dafür wäre beispielsweise - bezogen auf die ärztliche Profession -, wenn in Arztpraxen Ärzte und Patienten zusammenfinden, die ein ähnliches Verständnis von Krankheit und adäquater Behandlung haben (Schachtner 1999: 24).

Habitus und (Lebens-)Stile

Der Habitus im Sinne Bourdieus hat eine unmittelbare Plausibilität vor allem dort, wo es um Stilfragen geht (Bohn 1990: 35). Stil meint - einer lexikalischen Definition folgend - das einheitliche Gepräge der künstlerischen Produkte einer Zeit, einer Persönlichkeit, einer Lebensform. Bourdieu benutzt zur Verdeutlichung Metaphern wie Schicklichkeit, Manier und Manieren, Handschrift oder Takt (im doppelten Wortsinn). Es geht also um die Art und Weise des Tätigseins, d.h. körperliche und mentale Haltung, zeitliche Struktur und Zeitgefühl, Rhythmus, Tempo, Tonlage etc. (ebd.).

Die hier verwendete Bedeutung des Begriffs geht über die üblichen Konnotationen des Habitus wie Gewohnheit, das Gewohnheitsmäßige und Haltung im Sinne der äußeren Erscheinung, dem Verhalten, hinaus. Zentral ist es, den die verschiedenen Lebensbereiche einer Epoche oder Kultur verbindenden Stil zu erklären und *das gemeinsame Gestaltungsprinzip* aufzufinden. Die endgültige Wahrheit eines Stils konstituiert sich laut Bourdieu von einem zufälligen Ausgangspunkt aus sich selbst heraus zu einem System, das auf sich selbst reagiert (ebd:38).

Steht bei historischen oder kunsthistorischen Untersuchungen der jeweilige Epochenstil im Mittelpunkt des Interesses, so thematisiert Bourdieu Stilfragen am Beispiel der französichen Gegenwartsgesellschaft auf sozialem bzw. soziologischem Terrain. Stilfragen sind für ihn vor allem Fragen des Lebensstils; danach repräsentiert der Habitus das Fundament zur Ausdifferenzierung von Lebensstilen (Bohn 1990: 39). Der Habitus ist daher zugleich ein System von Grenzen (Bourdieu 1997: 33).

Habitus und sozialer Raum

Bourdieu ermittelt Homologien zwischen den kulturellen Praxen der Individuen und Gruppen und ihren Soziallagen. Entwerfe man ein Feld sozialer Lagen und decke darüber die Folie der kulturellen Praxen, so würden sich Homologien zwischen der jeweiligen Position im Raum und der entwickelten Kultur des Lebensstils einstellen; dadurch konnte Bourdieu aufdecken, daß im bis dahin als autonom betrachteten Lebensstil Strukturmerkmale von Lebenslagen wiederzufinden sind (Friebertshäuser 1992: 50). Zur Herstellung dieser Homologie zwischen Lebenslage und Lebensstil fungiert der Habitus als Mittlerinstanz.

Die Rückbindung sozialer und kultureller Praxen an die jeweilige soziale Lage veranschaulicht, daß der Habitus jeweils an ein bestimmtes soziales Feld gebunden ist [27].

[27] Bourdieu untersucht diesen Zusammenhang in seinem Werk *"Die feinen Unterschiede"* (1983). Ausgehend von einer ethnographischen Beschreibung und statistischen Erfassung der Alltagskultur der französischen Gesellschaft ermittelt er Homologien zwischen Lebensstil-Elementen - z.B. Vorlieben hinsichtlich der Eß- und Trinkgewohnheiten,

> "Von `Habitus´zu sprechen, hat dann nur Sinn, wenn man ihn auf ein spezifisches Feld bezieht" (Krais 1989: 58).

Felder sind Gebiete im sozialen Raum, die sich durch eine bestimmte Kombination verschiedener Kapitalsorten (Bourdieu 1983) auszeichnen [28]. Bedeutsam ist dabei vor allem das ökonomische Kapital, aber auch die Verfügung über kulturelles (z.B. Bildungstitel) und soziales Kapital (z.B. Verbindungen und Beziehungen) bestimmt die Stellung innerhalb des sozialen Raumes der Positionen. Die dadurch entstehenden Felder bringen wiederum spezifische kulturelle und soziale Praxen hervor. Daraus erklärt sich, daß, trotz einer gewissen Variationsbreite in den individuellen Besonderheiten, Menschen eines sozialen Feldes überraschend viele Merkmale gemeinsam haben, die sie von anderen Personengruppen unterscheiden (Friebertshäuser 1992: 51).

Wechsel zwischen sozialen Feldern, wie sie sich beispielsweise durch Bildungslaufbahnen oder kulturelle Kontextwechsel ergeben, führen auch zu Veränderungen des Habitus. Zwar verarbeitet der Habitus die Erfahrungen, die die Subjekte im Laufe ihres Weges durch den sozialen Raum machen, indem er sich beständig umstrukturiert, modifiziert, erweitert und ständig neue Praxen hervorbringt; doch erhält er durch die ersten Erfahrungen in den frühen Phasen der Sozialisation seine prägende Gestalt (Krais 1989: 53).

Der Habitus als inkorporierte Sozialstruktur

Die Inkorporation des Sozialen ist das prägnanteste Merkmal des Habitus. Der Habitus ist gleichsam die inkorporierte Sozialstruktur. Voraussetzung für die Inkorporationsannahme ist Bourdieus Axiom, daß

”[...] der Körper in der Sozialwelt ist, wie die Sozialwelt im Körper ist [...] Die Wahrnehmungskategorien resultieren wesentlich aus der Inkorporierung der objektiven Strukturen des sozialen Raums” (Bourdieu 1983: 17 ff).

Kleidung, Sportarten, Inneneinrichtung, Literatur, Kunst und Musik - und der jeweiligen Position im sozialen Raum (Bourdieu 1983: 286 ff; Friebertshäuser 1992: 51). Dabei konnte er feststellen, daß im sich aus verschiedenen Alltagshandlungen zusammensetzenden Lebensstil wiederum die spezifischen Lebensstile der sozialen Klassen nachweisen lassen: Der ”Notwendigkeitsgeschmack” der unteren Schichten, der dem Mangel an ökonomischem Kapital geschuldet ist, die Prätention bei den kleinbürgerlichen Schichten und das Distinktionsbedürfnis im Lebensstil der herrschenden Klasse (vgl. Bourdieu 1983: 281 ff, Friebertshäuser 1992: 51).

[28] Bourdieu unterscheidet vor allem vier Kapitalsorten (Bourdieu 1983): das ökonomische Kapital, kulturelles Kapital (z.B. Bildungstitel), soziales Kapital (Verbindungen, ”Vitamin B”) und symbolisches Kapital (Ansehen, Reputation). Daraus folgt, daß symbolische Praktiken analytisch auf dieselbe Stufe gestellt werden wie wirtschaftliche Praktiken (Bohn 1990: 22). Bei struktureller Dominanz des ökonomischen Kapitals sind die verschiedenen Kapitalsorten ineinander konvertierbar. Kapital ist demnach eine Metapher für soziale Macht, die gleichgesetzt wird mit den zur Verfügung stehenden Ressourcen. In der Theorie Bourdieus wird also das gesamte soziale Leben in ökonomischen Termini durchbuchstabiert (ebd).

Diese Dimension wird von Bourdieu auch als *”körperliche Hexis”* bezeichnet [29]. Im Habitus als Produkt des bisherigen Sozialisations- und Vergesellschaftungsprozesses werden die auf diesem Wege erworbenen Dispositionen als Denk-, Wahrnehmungs- und Handlungsschemata gespeichert, nach denen dann zukünftige Situationen wahrgenommen, klassifiziert und gelebt werden (Friebertshäuser 1992: 52). Ähnlich wie bei Foucault [30] steht bei Bourdieu der Körper in direkter Wechselbeziehung zur (ökomomisch, politisch, kulturell oder anderen) gesellschaftlich wirksamen Macht, die über ein quasi-körperliches Verwachsensein mit den sozialen Akteuren in diese eingeschrieben und dadurch *"in einer Beziehung hingenommener Komplizenschaft"* fest verankert wird (Bourdieu 1997: 82).

> "[...] Die politische Unterwerfung ist in die Haltung, die Falten des Körpers und die Automatismen des Gehirns eingegraben. Das Vokabular der Herrschaft ist voll von Körpermetaphern: einen Bückling machen, zu Kreuze kriechen, sich aalglatt zeigen, sich beugen etc. Und natürlich auch voll von sexuellen Metaphern. Die Worte bringen die politische Gymnastik der Herrschaft bzw. der Unterwerfung nur deshalb so gut zum Ausdruck, weil sie, zusammen mit dem Körper, die Stütze der tief vergrabenen Schaltungen sind, in denen sich eine gesellschaftliche Struktur dauerhaft verankert." (ebd.).

Zentral dabei ist, daß der Habitus zwar in Lebensstil, Handlungen und Denkweisen zum Ausdruck kommt, dann jedoch als inkorporierte ”zweite Natur” erscheint. Sein Erwerb wie seine Reproduktion erfolgen größtenteils *unbewußt* und mechanisch, wodurch sich seine Effektivität für die Erhaltung der gesellschaftlichen Ordnung, die ihn hervorgebracht hat und die durch ihn reproduziert wird, erklären läßt.

> ”Der Habitus, der mit den Strukturen aus früheren Erfahrungen jederzeit neue Erfahrungen strukturieren kann, die diese alten Strukturen in den Grenzen ihres Selektionsvermögens beeinflussen, sorgt für eine einheitliche, von den Ersterfahrungen dominierte Aufnahme von Erfahrungen, die Mitglieder derselben Klasse statisch miteinander gemein haben” (Bourdieu 1987: 113).

Der Habitus als inkorporierte Sozialstruktur ermöglicht somit Rückschlüsse und Aussagen zur gesellschaftlichen Einbettung von Sozialisationsprozessen. Die Reproduktion dieser sozialen Struktur organisiert wiederum der körperlich verankerte Habitus, indem er auch die zukünftigen Entscheidungen nach dem Muster der verinnerlichten Ordnung vorstrukturiert (Friebertshäuser 1992: 50). Auf diese Weise wird der Möglichkeitsrahmen einer potentiell denkbaren Zukunft bereits durch die in der Vergangenheit erworbenen Klassifizierungen vorgeprägt und das bestehende Kräfteverhältnis zwischen unterschiedlichen sozialen Gruppen tradiert und fortgeschrieben (ebd.).

---

[29] Diese Begrifflichkeit korrepondiert sinngemäß mit Marcel Mauss´ Studien zur Klassifikation der ”Techniken des Körpers” (1978).

[30] Siehe Kapitel II.

Der Habitus als praxisgenerierendes Prinzip

Mittels des Habitus-Konzepts lassen sich die in Routinen verfestigten Verhaltensmuster rückbeziehen auf gesellschaftliche Strukturen und soziale Lagen, aus denen sie hervorgegangen sind (Bourdieu 1997: 31ff; Friebertshäuser 1992: 53). Soziale und kulturelle Herkunft, der Faktor Geschlecht und biographische Erfahrungen verfestigen sich im Habitus zu einer spezifischen Denk-, Wahrnehmungs-, Bewertungs- und Handlungsmatrix. Diese fungiert als Muster, mit denen Situationen wahrgenommen, klassifiziert und bewältigt werden.

Sozialstruktur und gesellschaftliche Klassifikationssysteme verschiedener sozialer und kultureller Felder sind auf diese Weise auch in den Bewältigungsstrategien präsent, die beispielsweise im Umgang mit neuen Krankheiten - wie auch bei Aids - erforderlich werden. Der Habitus macht somit für die Bewältigung (neuer) Situationen entsprechende Vorgaben. Die Anforderung zur Bewältigung einer (neuen) Situation aktualisiert demnach die im Habitus verfestigten Normen, Werte und Praxen spezifischer sozialer und kultureller Felder, die eine Person im Verlauf ihres Lebens durchschritten und damit verinnerlicht hat (ebd.).

1.2 Habitus und Profession

Das Habitus-Konzept auf den Bereich der Professionen zu übertragen, heißt, ihn in seiner Wirksamkeit als praxisgenerierendes Prinzip und Vermittlungsglied zwischen der Position oder Stellung einer Berufsgruppe innerhalb des sozialen Raums und spezifischen, von ihr ausgeübten Praktiken zu untersuchen (Bourdieu 1997: 31). Aber auch in ihrem Selbstverständnis und in ihren Selbstinszenierungen, in ihren Leit- und Selbstbildern sowie in ihren Deutungsmustern scheint der Habitus als allgemeine Grundhaltung und Disposition gegenüber der Welt auf. Was beispielsweise am einzelnen Arzt als Habitus sichtbar wird, ist Ausdruck einer von der Zunft geteilten Berufskultur (vgl. Dewe et al. 1992: 87). Sie stellt personenunabhängig das Handlungsdispositiv dar, mit dem Ärzte, gewußt oder ungewußt, ihre Wirklichkeit konstruieren und ihre berufliche Praxis organisieren. Die in Anspruch genommenen Deutungs- und Handlungschemata erscheinen vor diesem Erklärungshintergund als "ärztliche Konventionen", die typische Deutungs- und Legitimationsmuster dieser Berufsgruppe darstellen und die zunftkonforme Übereinstimmung (nachträglich) kommunikativ herstellen (ebd.).

In den ärztlichen Konventionen werden die kollektiv erarbeiteten Lösungen berufspraktischer Probleme im Ansatz expliziert. Das in ihnen abgelagerte Wissen - die sog. "Weisheit der Regeln" - kann dabei selbst schon wieder in die Latenz gesunken und den Handelnden nicht mehr verfügbar sein. Die Konventionen enthalten ein Wissen, das "schlau" verwendet wird, ohne gewußt zu werden (ebd.); dies korrespondiert mit Flecks Begrifflichkeit vom *"Denkkollektiv"*

(Fleck 1935). Das Denken und Handeln des Einzelnen wird in vorbereitete Bahnen gelenkt, die die gleichermaßen von der Institution Betroffenen angelegt haben, um zu "überleben". Bei dieser Lesart des Deutungsmusterkonzepts wird sichtbar, daß das (ärztliche) Professionswissen nicht einen individuelle Schöpfung ist. Vielmehr bedient sich der professionell Handelnde bei der Entscheidungsfindung oder ihrer nachträglichen Begründung aus einem berufsspezifisch bereitgestellten Fundus. Ärztliches Professionswissen wäre demzufolge ein habitualisiertes und folglich "implizites Wissen" (Bourdieu 1987), das zwischen dem wissenschaftlichen und dem alltäglich-praktischen Wissen anzusiedeln wäre (Dewe et al. 1992: 88).

2 Die Biomedizin als Macht-Technologie

2.1 Einleitung: Medizin und Macht

Die professionstheoretischen Zusammenhänge, in die die Entwicklung des ärztlichen Berufshabitus eingebunden ist, sollen jetzt um die soziale Machtdimension medizinischen Wissens und dessen funktionelle Einbindung in die Konstruktion sozialer Hierarchien und gesellschaftlicher Machtformationen erweitert werden. Die Funktionalisierung der medizinischen Wissenschaft zur Legitimierung sozialer Ungleichheiten werde ich darstellen am Beispiel der wissenschaftlichen Konstruktion der sozialen Kategorie ”Geschlecht” sowie anhand des Foucault´schen Instrumentariums der Bio-/Disziplinarmacht, in dem die Verflechtung und gegenseitige Durchdringung medizinischen Wissens mit sozialer Macht analysiert wird. Überdies soll das Wirksamwerden des medizinischen Konstruktions- und Machtmonopols auf die Verwaltung neuer (Krankheits-)Phänomene am Beispiel der Krankheit Aids untersucht werden. Die Biomedizin verstehe ich als die soziale Organisation einer Profession (Herzlich 1991), als Gesamtheit von Experten, die nicht nur fähig sind, eine "Wahrheit" des Körpers und seiner Krankheiten darzulegen, sondern auch gesellschaftlich legitimiert sind, aktiv in diesen einzugreifen (ebd.). Bereits Foucault verdanken wir die Erkenntnis, daß

> "[...] die Krankheit ihre Wirklichkeit und ihren Wert als Krankheit nur innerhalb einer Kultur hat, die sie als solche erkennt" (Foucault 1993: 78).

Das bedeutet, Kulturen delegieren die Wahrnehmung und Definition dessen, was Krankheit und Gesundheit jeweils ausmacht, an soziale und kulturelle Institutionen, die genau dies festlegen. In einigen Kulturen - und auch in früheren historischen Epochen unserer eigenen Kultur - gehört diese Definitionsmacht z.B. den religiösen Autoritäten, in anderen bestimmt dies die jeweilige Gemeinschaft [31]. In unserer "westlichen" Kultur ist die einzige legitimierte Institution zur

[31] In vielen traditionellen Kulturen werden auch soziale Störungen und Konfliktfälle in der Gemeinschaft als "Krankheit" interpretiert und in Heilungszeremonien und -ritualen aufgearbeitet (Pfleiderer 1995).

Ausübung dieser Definitionsmacht die Biomedizin. Sie verfügt über die alleinige Autorität und das Monopol, die Bedeutung von Gesundheit und Krankheit festzulegen.

> "Biomedical ideology suggests that Western scientific conceptualizations of the body and bodily processes are the only legitimate means to understand physiological functioning and disease." (Wolpe 1990: 914).

Legitimiert dazu ist sie vor allem deshalb, weil sie sich bei der Ausübung dieser Macht auf rational begründete Prämissen stützt, die sowohl ihre diagnostischen als auch ihre therapeutischen Instrumentarien als objektive, wertfreie *"cold blooded findings"* (Schiebinger 1987: 70) ausweisen. Problematisch wird dieser Anspruch auf Definitionsmacht immer dann, wenn die Medizin durch die Konstruktion neuer Krankheitsbegriffe ihre Zuständigkeit auf soziale Probleme ausweitet, die z.B. zuvor als moralisches oder rechtliches Problem gegolten haben (Lachmund 1992: 235). Die Medikalisierung der Gesellschaft an den historischen Beispielen Geisteskrankheit und Homosexualität (Conrad und Schneider 1980), sowie an den aktuellen Beispielen Schulprobleme (Lock 1988: 377) und Wechseljahre (Kaufert 1988: 331) aber auch Aids (Preda 1997; Boeker 1993) zeigen, wie die medizinische Profession zu einer wichtigen Instanz sozialer Kontrolle (Kirmayer 1988: 58) geworden ist. Einen gewichtigen Anteil hat dabei die Medikalisierung biologisch "natürlicher" Lebensphasen durch die Medizin; dies hat beispielsweise bereits dazu geführt, den natürlichen Alterungsprozeß zur "Krankheit" umzudefinieren, die mittels medizinischer Eingriffe abgewendet werden kann und soll [32].

> "Medikalisierung heißt soviel, wie der Versuch des Medizinsystems, einen Markt zu schaffen und für seine Dienste Verbraucher zu kreieren. Dies tut man, indem man `normale´ Ereignisse, Verhaltensweisen und Probleme als Krankheit redifiniert (Alter, Körper der Frau, Fettleibigkeit, psychologische Probleme z.B. sind Angriffspunkte dieser Art)" (Pfleiderer 1995: 365).

Die Medikalisierung von Lebensphasen ist längst auf die Medikalisierung von Lebensstilen ausgeweitet worden; dieser Umstand kommt im Fall der Aids-Erkrankung (z.B. bei Homosexualität, Promiskuität und Prostitution) in besonderer Weise zum Tragen. Weltweit haben sich Menschen in unterschiedlichen Kulturen an die Selbstverständlichkeit gewöhnt, mit der die Medizin die Definitionsmacht über weite Teile des Lebens beansprucht. Beatrix Pfleiderer (1995) beschreibt, was beispielsweise der "ethnologische Blick" erkennen würde, ginge er denn mit den gleichen Methoden und der gleichen Distanz an die Erforschung unserer eigenen medizinischen Dominanzkultur, der Biomedizin, mit denen Ethnologen sonst auf ”fremde” Medizinkulturen schauen. Ein imaginärer Forschungsreisender - z.B. eine

[32] In dem auf NDR 3 ausgestrahlten Programm "Ewig jung" (vom 12.3.2000) wurden neuere Behandlungsverfahren gezeigt, die beispielsweise durch die regelmäßige Einnahme von Wachstumshormonen die natürliche Zellteilung effektivieren, beschleunigen und damit den Alterungsprozeß aufhalten (sollen). Einige andere "Anti-Aging-Medikamente" befinden sich noch im experimentellen Stadium und werden zur Zeit an kurzlebigen Tieren getestet, wie z.B bei Würmern (ebd.).

Forscher aus China - könnte bei der Erforschung unseres Medikalsystems ungefähr folgende Sätze in sein Forschungstagebuch schreiben:

> "Die Eingeborenen glauben, daß Krankheiten, gleich feindlichen Armeen, in das Terrain des Körpers eindringen und ihn erobern und zerstören, falls sie nicht mit Arzneien zurückschießen und die eindringende feindliche Armee unter Kontrolle bringen. Krankheiten sind eigenständige Wesen, die auch unabhängig vom und außerhalb des Körper(s) existieren können. Wenn ein Körperteil im Kampf gegen die eindringenden Feinde unterliegt, schneiden die Eingeborenen diesen vollständig ab" (Pfleiderer 1995: 171) [33]

2.2 Das Science-Gender-System oder: Die Naturalisierung sozialer Hierarchien durch die Medizin

Einleitung: Hat die Medizin ein Geschlecht?

Ein wesentliches Merkmal der Medizin und der (Natur-)Wissenschaften insgesamt tritt in dem Anspruch auf Objektivität und Wertneutralität hervor, in dessen Rhetorik zugleich die Naturalisierung und Vergeschlechtlichung sozialer Ungleichheiten in der Sprache biologischer und medizinischer Fakten übermittelt wird. Einerseits geschieht dies dadurch, daß wissenschaftliche Vorgänge in den Naturwissenschaften mittels Bildern oder Metaphern beschrieben und vermittelt werden, die auf Geschlechterrollen rekurrieren und umgekehrt sind auch in die Produktion "wissenschaftlicher Tatsachen" wiederum Geschlechtermetaphern eingebaut [34] (Keller 1998).

"[...] Metaphern sozialen Geschlechts können in zwei Richtungen wirken: Sie importieren gesellschaftliche Erwartungen in unsere Repräsentationen von Natur und sie dienen, indem sie

---

[33] Wäre derselbe Forschungsreisende ein paar Jahrhunderte vorher gekommen, hätte er sich nicht so sehr wundern müssen, denn unsere traditionelle Medizin war vermutlich seiner ähnlicher als unserer heute (Pfleiderer 1995).

[34] Wie es zu auf der gesellschaftlichen Kategorie "Geschlecht" beruhenden naturwissenschaftlichen Experimenten, Ergebnissen, Konstruktionen und Theorien kommt, ist häufig mit Hilfe von Sprachanalysen untersucht worden. Die Anthropologin Sharon Traweek (1988) beschreibt z.B. in ihrer Untersuchung über Hochenergie-PhysikerInnen deren Kommunikationsverhalten während sie einen neuen Detektor konstruierten; einen Vorgang, den sie mit Metaphern der Heirat oder Fortpflanzung beschreiben: *"Sie hatten eine Vierzig-Inch-Kammer mit einer Funkenkammer `verheiratet´und erreichten eine Pulsrate von sechs Pulsen pro Sekunde[...] Später erreichte die Hybrid-Kammer höhere Pulsraten und wurde mit anderen Geräten `verheiratet`, um seine Selektion von Photographien interessanter Ereignisse zu verfeinern"* (Traweek 1988: 54; übersetzt zitiert in Lucht 1997: 30). Traweek kommt zu dem Schluß: *"Die von Physikern verwendete Sprache über Detektoren ist genital: die Bilder von Namen wie `Spear` (Speer) oder `Slac`(Schlappi, Schlaffi) [...] ist klar sowie auch der Bezug zum `Strahl`als `rauf`oder `runter`[...] Ironischerweise existiert die Verneinung menschlicher Beteiligung an der Konstruktion von Naturwissenschaft gleichzeitig mit der Vorstellung von NaturwissenschaftlerInnen als männlich und Natur als weiblich. Detektoren sind der Ort ihrer Vereinigung [...]"* (Traweek 1988: 159; Lucht 1997: 30).

dieses tun, gleichzeitig dazu, kulturelle Überzeugungen und Praxis zu manifestieren" (Keller 1998: 87).

Geschlechterbezogene Zuschreibungspraktiken und Statuszuweisungen sowie die sozialen Bezogenheiten zwischen Konstruktionen von Weiblichkeiten und Männlichkeiten können demnach - bewußt oder unbewußt – aus dem menschlichen Bereich auf Tiere, Pflanzen, Landschaften, Gene, Kräfte (aktiv/passiv-Zuschreibungen) und Funktionen (sog. übergeordnete/ untergeordnete Funktionen) übertragen werden (ebd.). Evelyn Fox Keller hat in ihren Analysen von Metaphoriken herausgearbeitet, wie Bilder von Maschinen (mechanischen, chemischen, cybernetischen) die sozialen ”Männerwelten” entstammen, Organismen, Zellen und schließlich DNS-Strukturen unterlegt wurden. In ihrer androzentrismuskritischen Perspektive fragt Fox Keller:

”In welchem Ausmaß kann die gegenwärtige Beschreibung von Lebensformen, die in der Beschreibung des Organsimus als einer chemischen Maschine kulminiert, strikt als eine technische benannt werden? In welchem Ausmaß enthalten sie in Wahrheit spezifische Konzepte vom Menschen (vom Mann) – Konzepte, die nicht so sehr dem technischen Bereich entstammen, sondern die aus sozialen, politischen, ja sogar psychologischen Sphären kommen?” (Keller 1992: 86).

Diese Affinitäten zwischen dem Verhältnis des Menschen zur ”Natur” und der sozialen Gestaltung von Geschlechterbeziehungen werde ich über die strukturelle Einbettung des Science-Gender-Systems in der Medizin verdeutlichen an a) (historischen) Konstruktionsprozessen medizinischen Wissens über die Genitalien, b) Geschlechterbildern in der Immunologie und c) an der Naturalisierung sozialer Hierarchien mittels Vergeschlechtlichung von anatomischen und physiologischen Vorgängen des menschlichen Körpers.

Vom eingeschlechtlichen Leib zur Zweigeschlechtlichkeit: Kleine Körpergeschichte der Genitalien

Die gewichtige Bedeutung, mit der die biologische Geschlechtszugehörigkeit heutzutage überfrachtet wird, ist historisch betrachtet erst eine recht neue Erscheinung. Bis ins 19. Jahrhundert hinein galt der Grundsatz, daß es nur ein einziges Geschlecht gäbe (Laqueur 1992). Die Ein-Leib-Theorie, deren Ursprünge auf Aristoteles und Galen zurückgehen (Tuana 1995), betrachtete die weiblichen und männlichen Genitalien als äquivalent und analog strukturiert mit dem Unterschied, daß sich die männlichen nach außen stülpen, während die weiblichen im Körperinnenraum angesiedelt sind. Seziere man die Genitalien beider Geschlechter, so behauptete Galen, würde man erkennen, daß Frauen alle Teile, die Männer besitzen, auch haben.

> "Betrachte zunächst einen beliebigen Teil, wende ihn bei der Frau nach außen, wende den des Mannes nach innen und falte ihn doppelt, und du wirst sie bei beiden in jeder Hinsicht gleich finden" (Galen, zit. in Scheich 1996: 213).

Noch 1819 schrieb das London Medical Dictionary, daß Männer und Frauen dieselben Genitalien hätten, mit dem Unterschied, daß sie bei Frauen innerhalb des Körpers angeordnet sind und beim Mann außerhalb (ebd.). Häufig wurde diese Überzeugung von der Geschlechteranalogie auch in den Anatomielehrbüchern jener Epoche bildhaft illustriert und dadurch immer wieder neu dokumentiert und tradiert. Obwohl sich der Gedanke des "Einen Leibes" zunächst erfreulich geschlechtersymmetrisch anhört, ist aber auch diesem Konzept eine hierarchische Struktur eingelagert. Denn der Grund dafür, warum Frauen z.B. keine Männer geworden sind, bestand darin, daß sie nicht ausreichend "Hitze" aufzubringen in der Lage gewesen sind, um ihre Geschlechtsorgane nach außen wachsen zu lassen (Laqueur 1992; Scheich 1995; Martin 1989). In Zusammenhang mit der hippokratisch-galenischen Säfte- und Temperamentslehre verkörpert nämlich der Mann die "heißere" Version des Menschen, während die Frau zur "kälteren" konzipiert wurde (Laqueur 1992). Frauen und Männer sind sich laut Galen körperlich zwar sehr ähnlich, aber der Mann ist in seiner Interpretation eindeutig die perfektere Ausführung des Menschen (Tuana in Scheich 1996).

Obwohl es der Frau also an "Hitze" gefehlt hat, um ihr Geschlecht nach außen wachsen zu lassen, konnte sie dieses "Manko" im Verlauf ihres Lebens ausgleichen und sich in einen Mann verwandeln; umgekehrt konnte aber auch ein Mann sich durch "Hitzeverlust" in eine Frau verwandeln (Laqueur 1992). Die Geschlechtergrenze wurde also als höchstgradig fragil imaginiert und war abhängig von der Zusammensetzung und Temperatur der Körpersäfte sowie von einer Harmonie der Körperbewegungen (ebd.). Daher konnte es auch sehr leicht zu unbeabsichtigten Geschlechtswechseln kommen, vor denen es auf der Hut zu sein galt. Laqueur (1994) berichtet über den Fall eines jungen Mannes, der bis zum 15. Lebensjahr ein Mädchen gewesen war. Jenem Germain Garnier, der zuvor Marie hieß, widerfuhr folgendes Mißgeschick:

> "In the heat of puberty, as he was in the fields and was rather robustly chasing his swine, which were going into a wheat field, and finding a ditch, he wanted to cross over it, and having leaped, at that very moment the genitalia and the male rod came to be developed in him, having ruptured the ligaments by which they had been held enclosed" (Laqueur 1994: 13).

Das "leichtsinnige" Überspringen des Grabens, das die Festschnürung der weiblichen Genitalien im Körperinnern gelockert hatte und sie nun als männliche nach außen hin in Erscheinung treten ließ, war der Auslöser für die Geschlechtsumwandlung, die daraufhin von der sozialen Umgebung sorgfältig registriert und diskutiert wurde. Nachdem die Mutter der (ehemaligen) Marie in Kenntnis gesetzt wurde und das Resultat begutachtet hatte, bestätigten auch der Doktor und später sogar der Bischof den transformatorischen Akt (Laqueur 1987: 13). Man kam zu einer höchst

pragmatischen Lösung: Marie erhielt einen neuen Namen - Germain - und mußte fortan Männerkleidung tragen (ebd.) [35]. Innerhalb der Logik des "Einen Leibes" und dem ihm inhärenten Körpersäfte-Konzept [36] liegt der Grund für die Geschlechtsumwandlung darin begründet, daß die ruckartige Bewegung als ein Äquivalent für die fehlende "Hitze" zur Ausstülpung der Genitalien führte.

> "The reason why women can degenerate into men is because women have as much hidden within the body as men have exposed outside; leaving aside, only, that women don´t have so much heat, nor the ability to push out what by the coldness of their temperament is held bound to the interior. Wherefore if with time, the humidity of childhood which prevented the warmth from doing its full duty being exhaled for the most part, the warmth is rendered more robust, vehement, and active, then it is not an unbelievable thing if the latter, chiefly aided by some violent movement, should be able to push out what was hidden within" (Laqueur 1994: 13).

Bei der biologischen Geschlechtszugehörigkeit handelte es sich also um einen jeweils sehr fragilen Zustand mit provisorischem Charakter, der - ausgelöst durch äußere Widrigkeiten oder selbstverschuldete Unachtsamkeit - in sein gegengeschlechtliches Pendant transformiert werden konnte.

Einen aktuellen Bezug zur historisch vielfach dokumentierten spontanen Geschlechts-umwandlung lieferten neuere biologische Forschungen über geschlechtsinkongruente Personen.

---

[35] Montaigne berichtet, daß dieser Vorgang sogar Eingang in Volkslieder gefunden habe und man junge Mädchen mit dem warnenden Hinweis auf Marie Germaine dazu erzöge, die Beine nicht "zu weit" zu spreizen, um keine Männer zu werden (Laqueur 1987: 13).

[36] Was einem Menschen des 20. Jahrhunderts physiologisch festgelegt erscheint, konnte nach der Kosmologie eines Arztes um 1700 z.B. in ganz anderen Erklärungsrastern verortet sein (Duden 1987: 126). Ebenso wie sich bis ins 18. und 19. Jahrhundert hinein Geschlechter in das jeweils andere verwandeln konnten, so war diese Eigenschaft auch den Körperflüssigkeiten eigen. Dies erklärte auch, warum bei schwangeren Frauen die Menstruation ausblieb: das ausbleibende Blut wurde in Nahrung für den Fötus verwandelt und erschien nach seiner Geburt als Milch wieder, mit der er gestillt werden konnte (Duden 1987: 127). So waren die äußeren Körperflüsse für Ärzte (und Laien) Hilfsmittel zur Erkenntnis des Inneren; über die Flüssigkeiten, die nach außen dringen, bekam man einen Einblick über das, was innen geschah. *"Eine fürstliche Laquayenfrau, 20 Jahre alt, liegt mit ´Frost´, ´Hitze´, und einem Ausschlag, dem ´rothen Friesel´, krank in ihrem ersten Kindbett. Im Laufe der Tage hat sie verschiedentlich Durchfall und klagt dabei über ´Verschwindung der Milch´. Sie hat häufig Durchfall, ´welcher weiß, wie Milch, aussahe´und später zeigt der Durchfall sich ´weiß, wie Käsematten" (Storch, zit. in Duden 1987: 127).*
Der Arzt kombinierte in diesem Fall, daß jener Abgang unten "weiß wie Käsematten" seinen Ursprung in der "verschwundenen" Milch habe und bekräftigte seine Annahme mit dem Verweis auf andere (medizinische) Autoren, die ebenfalls beobachtet hatten, daß die Milch der Frauen ganz außerordentliche Wege gehen kann (ebd.). Die Vorstellungen der inneren Stoffumwandlung im 18. Jahrhundert erlaubten, in einem Analogieschluß davon auszugehen, daß Milch kein Stoff sei, der nur an *einem* Ort des Leibesinnern gebildet werden kann und nur an *einer* Leibesöffnung (den Brüsten) nach außen tritt. Milch konnte an verschiedenen Öffnungen nach außen treten und anderen Exkretionen gleichen; da "außen" Milch erschien, mußte sie innen "falsche Wege" gegangen sein (Duden 1987: 128). Auch Menstruationsblut unterschied sich noch nicht von anderem Blut, daher konnten auch Männer bluten, z.B. durch die Nase, was als Äquivalent für die Menstruation der Frau interpretiert wurde. Noch Albrecht v. Haller - ein Physiologe des 18. Jahrhunderts - bestätigte, daß schlechtes Körpermaterial beim Mann über Nasenbluten, bei der Frau über die Menstruation ausgeschieden würde (Duden 1987). Der Körperinnenraum wurde also als ein Ort unentwegter Metamorphose imaginiert, an dem Körpersäfte sich z.B. von Blut in Milch und vice versa verwandeln konnten.

Im Bereich der Biologie konnte mit naturwissenschaftlichen Untersuchungsanordnungen der Nachweis geführt werden, daß es in allen Bevölkerungspopulationen weltweit häufig zu genetisch ambigen und hermaphroditischen Geschlechtskonstellationen kommt [37]. Oftmals bleibt dieser Umstand der Umwelt jedoch verborgen, weil er nach außen hin nicht explizit in Erscheinung tritt (Fausto-Sterling 1988: 126) [38]. Die betroffenen Personen werden zumeist undiagnostiziert einem der beiden Geschlechter zugeordnet und nur in "Extremfällen" - wenn die hermaphroditische Geschlechtszugehörigkeit durch das Vorhandensein von weiblichen und männlichen Genitalien gleichzeitig sichtbar wird -, "löst" man die eindeutige Einsortierung in "Männlich" oder "Weiblich" in westlichen Ländern durch operative Zwangseingriffe (ebd.) [39]. Allerdings weiß man von einigen Kulturen, insbesondere aus der Dominikanischen Republik, daß das hermaphroditische Geschlecht bekannt und kulturell institutionalisiert ist. Dieses Phänomen hat dort sogar einen eigenen Namen und wird als *"Penis-mit-Zwölf"* bezeichnet (ebd.). Oftmals wird den genetisch hermaphroditischen Personen in der Dominikanischen Republik sogar die Wahl gelassen, welchem Geschlecht sie letztendlich angehören wollen. Da diese Entscheidung zumeist erst in der Pubertät getroffen wird und das Endergebnis ungewiß ist, genießen die Kinder bis dahin zumeist eine vorläufige und sehr lockere Geschlechtersozialisation mit der Option auf eine spätere Änderung (Fausto-Sterling 1988).

Diese Beispiele aus anderen Kulturen [40] sowie das Ein-Leib-Modell und seine Transformation zur Zweigeschlechtlichkeit im 18. Jahrhundert verdeutlichen, daß sowohl die kulturellen und

---

[37] Laut Erklärungen aus der Biologie liegt das in der Anordnung der geschlechtsbestimmenden Chromosomen begründet. Normalerweise verfügen biologisch weibliche Personen über einen XX-Chromosomensatz, während biologisch männliche Personen einen XY-Chromosomensatz aufweisen. Häufig jedoch gibt es Mischformen bzw. andere Chromosomensätze wie z.B. XXX oder XYX oder XYY (Fausto-Sterling 1988: 126). Die Vielfalt der Kombinationsmöglichkeiten geht also eindeutig über zwei Variationen hinaus. Ein Umstand, dem die kulturell verordnete Zweigeschlechtlichkeit nicht gerade Rechnung trägt.

[38] Die Biologin Imperato-McGuinley untersuchte in der Dominikanischen Republik insgesamt 38 Fälle geschlechtsinkongruenter Personen, von denen die meisten aus drei Dörfern in Santo Domingo stammten. Die von ihr untersuchten Personen wiesen allesamt den genetisch bedingten Mangel an DHT (Androgen Dihydrotestosteron) auf. Während alle 38 als DHT-Patienten identifizierten Personen ambige Genitalien hatten, wurden 18 von ihnen als Mädchen aufgezogen. In der Pubertät bekamen diese "Mädchen" eine tiefe Stimme, Penis und Hodensack (Fausto-Sterling 1988: 126).

[39] In der Biomedizin gibt es dafür sogar eine Spezialdisziplin - die Kindergynäkologie. Intersexuelle Menschen - also Personen, die nicht eindeutig einem bestimmten Geschlecht zugeordnet werden können - werden meist noch im Säuglingsalter oder in der Kindheit zwangsweise per operativem Eingriff auf ein Geschlecht vereindeutigt (Fausto-Sterling 1988).

[40] Dabei gibt es durchaus Kulturen, die sogar drei oder mehr Geschlechter kennen; die Institution der "Berdaches", wie sie bei nordamerikanischen Indianerkulturen vorkommt, ist dafür das häufigst zitierte Beispiel (Gildemeister 1992: 229). Von unserer Kultur aus betrachtet, ist das Phänomen "Berdache" schwer zu fassen; ausgestattet mit dem Konzept zweier Geschlechter wird versucht, das Berdache-Phänomen mit der "westlichen Brille" zu fassen als Transvestiten, Homosexuelle oder Hermaphroditen (Gildemeister 1992: 229). Eine weitere, eigenständige Kategorie - wie sie den Berdaches angemessen wäre - ist nicht vorgesehen. Dabei geht es bei den Berdaches nicht um einen Übergang von einem fixierten Status in einen anderen, sondern um einen dritten, "intersexus status", der sich nur aus einem in wesentlichen Zügen anderen Grundverständnis von Geschlecht und sozialer Rolle erschließt (ebd.). Der Geschlechtsrollenwechsel, der in verschiedenen Kulturen institutionalisiert ist, verweist darauf, daß Übergänge vorgesehen sind, die mit "Biologie" wenig zu tun haben (ebd.). Die Verknüpfung dessen, was "Mann-Sein" und "Frau-

"historischen Geschlechtskrankheiten" (Thürmer-Rohr 1987) "Männlichkeit" und "Weiblichkeit", wie wir sie heute vorfinden, als auch die jeweils dominanten Seh- und Interpretationsgewohnheiten ihrer biologischen Grundlagen – der Genitalien – Ergebnisse kultureller und historischer Wandlungsprozesse sind [41].

Geschlechterbilder in der Immunologie

Da Aids als immmunologische (und infektologische) Krankheit definiert wird, ist das Immunsystem und sein metaphorisches Potential von zentraler Bedeutung für meine Untersuchung. Nicht nur wird seine Eigenschaft, zwischen körpereigen und körperfremd zu unterscheiden, metaphorisch für die Konstruktion von Aids als ”Krankheit aus der Fremde” benutzt [42], zudem sind in seine Darstellungen zusätzlich zu den Innen-Außen-Konstruktionen auch Gender-, Rassen- und Klassenmerkmale eingewoben. Oftmals greifen die Inszenierungen des Immunsystems auf Bilder hierarchischer und geschlechtlicher Arbeitsteilung zurück. Die T-Zellen beispielsweise repräsentieren für viele Forscher die wahren Heroen des Immunsystems und werden mit hohem sozialen Status, Maskulinität und männlicher Potenz in Zusammenhang gebracht - oftmals werden sie gar als *"Rambo des Immunssystems"* (Martin 1994: 549) bezeichnet; zudem haben sie als hochentwickelte Abwehrzellen die Fähigkeit des "Gedächnis" - also intellektuelle Kompetenzen - entwickelt. Die B-Abwehrzellen dagegen werden feminisiert und nehmen als weisungsabhängig [43] von den T-Zell-Koordinatoren einen niedrigeren sozialen Status ein. Allerdings stehen auch sie in der Hierarchie noch weit über den Makrophagen, die als "Housekeeper" des Körpers den "infektuösen Dreck" wegputzen und abgestorbene Zellen auffressen. Dieses "wahllose und kannibalistische Fressen" [44] sowie die Arbeit als Dienstmädchen verweisen nicht nur auf eine *"unkultivierte (underdog-)Herkunft"* (ebd.), sondern zudem

---

Sein" heißt, mit den physiologischen Merkmalen kann sehr locker sein; es geht mehr um die Ausführung der Geschlechtsrolle als um körperliche Merkmale (ebd.).

[41] Die beiden *"Schrumpfformen des Mensch-Seins"* (Thürmer-Rohr 1987), die unseren heutigen Bildern über die zwei Geschlechter eingelagert sind, eignen sich übrigens auch nicht dafür, zu einem Konzept des "ganzheitlichen Menschen" umgedeutet zu werden wie sie in der Androgynie-Debatte in vereinfachender Weise zur Diskussion stehen (Hoppe 1990: 105). Eine simple Addition der Geschlechtskrankheit "Weiblichkeit" mit der Geschlechtskrankheit "Männlichkeit" ergibt eben nicht den ganzheitlichen Menschen, sondern bleibt, da die Produkte patriarchaler Sozialisationsgeschichte unhinterfragt übernommen werden, eine Affirmation der konventionellen Geschlechterdifferenz in Gestalt zweier reduzierter und verkürzter, nun neu zusammengefügter *"Bonsai-Versionen menschlicher Ausdrucksmöglichkeiten"* (Thürmer-Rohr 1987).

[42] Vgl. Kapitel IV.5 – Front Stage versus Back Stage

[43] Die T4-Zelle wird als Dirigent des Immunsystems betrachtet, die die Anordnung zum Handeln an die B-Zelle weiterleitet. In einem populären Buch über das Immunsystem wird berichtet, die T-Zelle habe der B-Zelle die "Erlaubnis" gegeben, eindringende Krankheitskeime anzugreifen (Martin 1994: 549).

[44] "Phagocytes are not choosy. They will eat anything suspicious that they find in the bloodstream, tissues, or lymphatic system" (Jaret 1986: 715; zit. in Martin 1994: 549).

möglicherweise auf eine rassische Markierung (ebd: 550). Ein Cartoon in "Immunology Today" macht diese Konnotationen noch deutlicher:

Eine B-Zelle mit angeklebten langen Augenwimpern und hohen Hacken nimmt Anordnungen von einer T-Zelle entgegen, die als Arzt gezeichnet und mit einem Stethoskop ausgestattet ist und eine lange Nadel in der Hand hält. Im nächsten Bild stößt die T-Zelle die B-Zelle an, was diese mit verbalem Protest "Ouch!" quittiert. Im letzten Bild stehen beide über einer Makrophage, während die T-Zelle in ein Megaphon brüllt: "Komm hierher - es gibt Arbeit!" (zit. in Martin 1994: 550).

Es gibt im Immunsystem also männliche und sozial hochstehende T-Zellen, weibliche und sozial hochstehende B-Zellen - die Upper-class-Frau, die die Partnerin von der an der Spitze rangierenden T-Zelle ist - und Makrophagen, die weiblich und vor allem sozial niedrig stehend sind, möglicherweise sogar einer ethnischen Minderheit angehören (ebd.). Sozial niedrig stehende männliche Abwehrzellen werden zumeist als homosexuell dargestellt [45]. In diesen Inszenierungen des Immunsystems, die mit Gender-Kategorien geradezu geladen sind und zudem eine hierarchische Arbeitsteilung widerspiegeln, verifiziert sich das *"Science-Gender-System"* (Keller 1996) [46].

Martins Untersuchung (1994) konnte aber aufzeigen, daß neben diesen klassischen Inszenierungen des Immunsystems gleichzeitig andere populäre Entwürfe existieren. Bei ihrer Befragung in den USA zum Laienwissen über das Immunsystem und seiner Abwehrfunktion äußerten einige ihrer Interviewpartner alternative Bilder wie beispielsweise vom Essen, [47] Tanz oder Spiel [48] oder sie stellten sich den Krankheitserreger gar als Kommunikationspartner vor, der davon zu überzeugen ist, daß er wohl besser wieder geht [49]. Gerade auch in der sogenannten

[45] "In order to slip inside a cell, a virus has to remove its protein coat, which its leaves outside on the cell membrane. The viral coat hanging outside signals the passing T cell that viral hanky panky is going on inside. Like the jealous husband who spots a strange jacket in the hall closet and *knows* what´s going on in the upstairs bedroom, the T cell takes swift action. It bumps against the body cell with the virus inside and perforates it." (zit. in Martin 1997: 550).

[46] Darunter versteht man zwei Formen der Vergeschlechtlichung wissenschaftlichen Wissens; einerseits die Naturalisierung und Sexualisierung sozialer Hierarchien durch Wissenschaft (Fox Keller 1996) und zugleich die Einlagerung und Beschreibung dieser Wissensbestände mittels sprachlicher Geschlechtermetaphern. Siehe ausführlicher unter Kapitel II.2.1.

[47] " The whole thing of war is not one that I take to very well. You don´t need war, you need to eat, you know, survive. I mean, eating, this sounds like less threatening, because if you think of eating you´re just like , ´oh, you need to eat´" (Martin 1994: 70).

[48] "See, this is Fred Astaire and he´s a white blood cell, and he´s going to step on Ginger Roger´s head, and it´s the way, you know, he does it...Or make a game out of it. You´re the white blood cell, and I´m the red blood cell. So, hey, that would be excellent to make a game out of it. You know, the white blood cell get the red blood cell, and we would box, or, you know, play a game of charades or something" (Martin 1994: 71).

[49] "I´ve always thought of it as somehow eliminating it, depriving it of its power, more passive. Somehow less of a clash, more of a ´convince it to go away´ kind of thing. Show it the door rather than...somehow that seems more peaceful to me, that it takes it in and somehow digests the cell and then fits into the life cycle. Take the bad guys and use them for your own good rather than destroying them" (Martin 1994: 71).

"Alternativmedizin" werden solche Bilder zum Krankheitsgeschehen und zum Immunsystem zunehmend favorisiert (Martin 1994: 82 ff), da sie deren Krankheitsverständnis mehr entgegenkommen.

Die wissenschaftliche Konstruktion der Zweigeschlechtlichkeit

Die Festschreibung der Zweigeschlechtlichkeit, wie wir sie heutzutage antreffen, setzte erst Ende des 18. Jahrhunderts durch die Institutionalisierung der biologischen und vor allem der medizinischen Wissenschaft ein. Im Zuge der Verwissenschaftlichung der Gesellschaft wurde fortan nahezu jedem Körperteil ein Geschlechtsmerkmal eingeschrieben (Schiebinger 1987: 42 ff). Seit 1750 beschäftigten sich deutsche und französiche Ärzte damit, in jedem Muskel, jedem Nerv und jedem Knochen Geschlechtsunterschiede aufzuspüren. Der Anatom Thomas von Soemmering beispielsweise veröffentlichte 1796 die Darstellung eines weiblichen Skeletts [50]; mit dieser Illustration leitete er eine Bewegung ein, die begann, Geschlechtsunterschiede in jedem Teil des menschlichen Körpers zu "entdecken" und eine Vergeschlechtlichung von Körperteilen durchzusetzen (ebd.).

Der wissenschaftlichen Konstruktion der Zweigeschlechtlichkeit wurde fortan oberste Priorität in der Forschung gegeben (ebd.). Den *"Genitalien als kulturellem Ereignis"* (Garfinkel 1967: 123) wurden wissenschaftliche Konstruktionen vergeschlechtlichter Organe und Körperteile zur Seite gestellt, denen die zuvor konstruierten essentialistischen "Charaktermerkmale“ von "Weiblichkeit" und "Männlichkeit" eingeschrieben wurden. Fortan wurde nahezu jedes Körperteil mit einem symbolischen Genital ausgestattet - vom Gehirn [51] und Schädel bis hin zu den Keimzellen [52].

---

[50] Das erste weibliche Skelett wurde schon 1759 von Sue d´Arconville, einer weiblichen Anatomin, hergestellt. Dieses Exemplar wurde das favorisierte Modell in England (Schiebinger 1987).

[51] Besondere Kopfzerbrechen bei dem wissenschaftlichen Unternehmen "Vergeschlechtlichung der Körper" - im Sinne einer artifiziellen Aufwertung männlicher und einer Entwertung weiblicher Körperlichkeit - bereitet den Wissenschaftlern immer wieder das weibliche Gehirn - und zwar bis auf den heutigen Tag. Weil es nämlich im Verhältnis zum Körper größer und schwerer ist als das von Männern, sträubt es sich immer wieder hartnäckig gegen das Argument der geistigen Überlegenheit des Mannes. Barclay - ein Anatom - "löste" dieses lästige Hindernis 1820 durch folgende akrobatische Überlegung: Da das Größenverhältnis zwischen Körper und Gehirn bei Kindern genauso sei wie bei der Frau, dürfe man aus dieser Tatsache nicht den Fehlschluß ziehen, daß die größeren Gehirne der Frauen auch mit mehr hochwertiger Gehirnmasse angefüllt seien. In Wahrheit sei dies nur ein Zeichen dafür, daß die Frauen noch nicht ausgewachsen seien; insbesondere der Brustkorb, das runde Gesicht und die Größe der Füße seien denen von Kindern ähnlicher als denen von Männern. Kurzum, das interpretative Glanzstück von Barclay lautete: Frauen sind "unfertige Männer", ihr Körper ist noch überwiegend infantil organisiert - alles "gute Gründe" also, sie als inferior zu konstruieren (Schiebinger 1987).

[52] Insbesondere die wissenschaftliche Inszenierung des Befruchtungs-Vorgangs weist Züge einer romantischen *"Liebes-Schnulze"* und *"Fairy Tale"* auf (Martin 1996: 103). Die Verschmelzung von Ei-und Samenzelle wird als "Eroberungs-Feldzug" der Samenzellen inszeniert, die in einer Art konzertierter Aktion über das als phlegmatisch charakterisierte Ei herfallen (ebd.) und in seine Membranhülle eindringen, wobei sich der "Sieger-Typ" als Einziger erfolgreich durchsetzt, seine Rivalen ausschaltet und das Ei nicht nur "befruchtet", sondern auch als Jagd-Trophäe

Die dahinter sich verbergende naturalistische Argumentationsfigur ist folgendermaßen aufgebaut:
1) Zunächst werden "natürliche" Wesenheiten und essentialistische "Charaktermerkmale" der Geschlechter konstruiert und diesen zugeschrieben.
2) In einem nächsten Schritt werden diese zuvor vergeschlechtlichten Eigenschaften auf den Körper und seine Organe zurückübertragen, dort ebenfalls "entdeckt" und so verleiblicht bzw. körperlich zementiert.
3) Die wissenschaftlich konstruierten "Tatsachen" über diese vergeschlechtlichten Körper werden wiederum rhetorisch dazu benutzt, um die Unterschiede der Geschlechter und deren asymmetrische soziale Verortung zu rechtfertigen.

Dieser *"naturalistische Fehl- bzw. Umkehrschluß"* (Palm 1998) wurde fortan dazu verwendet, unterschiedliche soziale Rollen für Männer und Frauen festzuschreiben. Indem der soziale Wert der Frau in ihrer physischen "Natur" verortet wurde, hofften Anatomen, die "Frauenfrage" durch Wissenschaft zu lösen; mit der Folge, daß die zunehmende soziale Ungleichheit immer mehr als "natürliches Gesetz" legitimiert wurde. Untersucht wurde diese angenommene "Natur" allerdings von einer wissenschaftlichen Gemeinde, von der eben gerade die Frauen ausgeschlossen waren [53]. Gleichzeitig häufte die medizinische Wissenschaft immer mehr Prestige an und konstruierte folgende fatale Situation: Frauen wurden von der Wissenschaft ausgeschlossen und die wissenschaftlichen Ergebnisse über sie wurden wiederum dazu benutzt, um ihren Ausschluß auch künftig sicherzustellen (Schiebinger 1987).

---

heimführt. Das *Werbungsdrama* zwischen Ei und Spermium wird in diesen Schilderungen auch oft als Unterbrechung eines "Dornröschen-Schlafs" inszeniert; das Ei wird metaphorisch als eine junge Dame im Wartestand charakterisiert bzw. als eine junge Dame, die gerettet werden muß vom Spermium, das als Verführer oder Retter in Aktion tritt (Martin 1998: 509). In einer Zeichnung auf dem Umschlag einer biologischen Fachzeitschrift wird das Ei als eine schlafende Schönheit abgebildet, die vom Kuß des Spermiums überrascht wird. Eine Karikatur im selben Magazin zeigt das Ei als Hausfrau, die von Spermien umlagert wird, die geschickte Verkleidungen ersonnen haben, um sie mit einer List dazu zu bringen, ihnen die Tür zu öffnen (ebd.). In anderen Darstellungen wiederum wird die Eizelle beim Befruchtungsvorgang von den Spermien ihrer (Ei-)Hüllen entledigt und "entblättert". Die Schilderung des Befruchtungs-Vorgangs aus der Perspektive eines "Male Bias" ist offensichtlich. Wiesner (1997) fragt sich bei diesen Inszenierungen denn auch ironisch, ob es sich bei dem Befruchtungs-Geschehen mehr um *"Striptease oder Damenwahl"* (ebd.) handelt.

[53] Und nicht nur die: Die wissenschaftliche Konstruktion von "Geschlecht" und "Rasse" geschah zum historisch selben Zeitpunkt - Ende des 18./ Anfang des 19. Jahrhunderts. In Abwesenheit von Frauen und Schwarzen erstellte die wissenschaftliche Community Standards, die sich an der Norm des weißen, männlichen Bourgois orientierten (Schiebinger 1987). Da sie ausgeschlossen waren aus der Produktion "wissenschaftlicher Tatsachen", hatten weder Schwarze noch Frauen die Möglichkeit, sich zu wissenschaftlichen Ergebnissen über sich selbst zu äußern oder wissenschaftliche Diskurse mitzugestalten. Zustandegekommen waren diese "wissenschaftlichen Tatsachen" z.B. dadurch, daß Craniologen Schädelvermessungen an Frauen und anderen "Rassen" vorgenommen hatten, um die vieldiskutierte Frage zu erörtern, ob die intellektuellen Kapazitäten von Frauen und Schwarzen denen der weißen Männer ebenbürtig seien. Soemmerings kühne Schlußfolgerung aus diesen Ergebnissen lautete z.B., daß *"der Neger in seiner Entwicklung näher am Affen ist als der Europäer, besonders hinsichtlich der Gehirnfunktionen"* (zit. in Schiebinger 1987). Die zeitlich simultane Konstruktion der sozialen Kategorien von "Rasse" und "Geschlecht" kommt auch zum Ausdruck in einem anderen Zitat des Thomas von Soemmering zur Idee, Frauen zum Medizinstudium zuzulassen : *"Wenn wir Frauen zum Medizinstudium zulassen, dann können wir es ja auch gleich den Negern erlauben"* (zit. in Schiebinger 1987)

Aus diesem Grund konnte das wissenschaftliche Unternehmen "Zweigeschlechtlichkeit" zu einer so großen *politischen* Bedeutung aufsteigen: Es wurde zur Absicherung sozialer Hierarchien und zur Rechtfertigung der asymmetrischen Verteilung gesellschaftlicher Ressourcen so dringend benötigt (ebd.). Der medizinischen Wissenschaft kam hierbei der Part der biologistisch fundierten Ideologieproduktion zu. Die Naturalisierung und Sexualisierung sozialer Hierarchien wurde mit der Rhetorik wissenschaftlicher Rationalität neutralisiert und erhob - getarnt als *"cold blooded findings"*, *"purely empirical"* und *"following the principles of reason"* (zit. in Schiebinger 1987) - Anspruch auf Objektivität und Wertfreiheit. Zusätzliche Schubkraft erhielt diese Strategie noch dadurch, daß merkantilistische Interessen an einem Anstieg des Bevölkerungswachstums eine wesentliche Rolle bei der Entstehung des im 18. Jahrhunderts einsetzenden *Ideals von Mutterschaft* spielten. Dieses neue Frauen-Leitbild veränderte in grundlegender Weise auch den medizinischen Blick auf den Uterus. Während sich z.B. Plato den Uterus noch als *"wildes Tier"* mit unabhängiger Bewegungsmacht vorstellte [54], wurde dieses Organ im 19. Jahrhundert als pathologischer Ort per se entworfen [55] und genießt mittlerweile in der Medizin nur noch den Status eines Körperteils mit "befristeter Aufenthaltsgenehmigung" [56].

Ärzte gegen das Medizinstudium für Frauen

Zurückgegriffen wurde auf die zuvor wissenschaftlich konstruierte ”Konstitution” der Frauen anläßlich der Debatten um ihren Ausschluß aus dem Medizinstudium und der ärztlichen Profession (Schmersahl 1998: 303). Seit den 60er Jahren des 19. Jahrhunderts hatte sich (in Deutschland) eine Frauenbewegung organisisert, die das Recht auf Bildung und Erwerbsarbeit für Frauen forderte. Medizinern waren die neuen Bildungsmöglichkeiten und die damit anvisierten Berufsperspektiven für Frauen ein Dorn im Auge; insbesondere weil damit die Forderung nach einer Öffnung der medizinischen Fakultäten für Frauen einherging. Die Mediziner fürchteten schon seit den 80er Jahren zunehmend Konkurrenz in den eigenen Reihen, da der medizinische Nachwuchs größer war als die freien Stellen (ebd.). Der als hart empfundene Wettbewerb in ihrem Beruf sollte – so eine verbreitete Argumentation – nun nicht noch durch Ärztinnen verschärft

[54] *"Das Tier in der Gebärmutter will unbedingt Kinder erzeugen und wenn es unfruchtbar bleibt, wird es unzufrieden, ärgerlich und wütend. Dann beginnt es in jede Richtung durch den Körper zu wandern und verursacht dadurch alle möglichen Leiden"* (Plato, zit. in Schiebinger 1987).

[55] Dazu entwickelte sich der Uterus vor allem in den im 19. Jahrhundert einsetzenden medizinischen Hysterie-Diskursen, in denen dieses Organ für nahezu alle Krankheiten von Frauen in die medizinische und psychiatrische Verantwortung genommen wurde (Schiebinger 1987).

[56] Groth verweist darauf, daß es sich bei den Hysterektomien (operative Uterus-Entfernungen) heutzutage quasi um "Routine-Behandlungen" in der Gynäkologie handelt, denen das Leitmotiv zugrunde liegt, diesem Organ sei spätestens in den Wechseljahren seine Existenzberechtigung abzusprechen, weil es als ausschließlich reproduktives Körperteil konzipiert wird (Groth 1992).

werden [57]; die Ärzte sahen ihre Standesinteressen gefährdet. Ihre Gegenargumente wider das Medizinstudium für Frauen rekrutierten sie aus der zuvor von ihnen selbst beschriebenen Konstitution der Frau. Laut der medizinischen Definition jener Zeit galt Weiblichkeit als eine Krankheit per se.

> ”Das Weib ist nur in Intervallen eines beständigen Krankseins gesund” (Plaszek 1896, zitiert in Schmersahl 1998: 307).

Die Ärzte des 19. Jahrhunderts waren aufgrund ihrer vergleichenden Gehirn- und Schädelforschung sowie physiognomischer Untersuchungen davon überzeugt, daß Gelehrsamkeit *”weibliche Wesen”* krank mache (Reich 1875, zit. In Schmersahl 1998). Zugleich fürchteten die Mediziner um die Reputation ihres Fachs.

”Gesetzt, man machte eine Frau zum Professor; nun sässe sie da auf dem Katheder und bekäme inmitten des Vortrags Geburtswehen – Nein! Dieser Skandal wäre denn doch zu arg und profanierte alle Wissenschaft unerhört!” (ebd.).

Zweifel bekundeten die Mediziner noch bis weit ins 20. Jahrhundert hinein am Durchhaltewillen der Frauen, die Medizin studieren wollten.

”[...] und die ganze Frau hängt den Doktorhut an den Nagel, wenn es gilt, die Wiege zu schaukeln” (Liepmann 1920, zit. In Schmersahl 1998: 302).

Schlußendlich wurde dem Medizinstudium für Frauen keinerlei Aussicht auf Erfolg attestiert, weil ”Männlichkeit” für den Arztberuf Voraussetzung sei. Die Frau sei – so Plaszek und andere seiner Zeitgenossen - einerseits konstitutionell zu schwach und andererseits psychisch ungeeignet für die Ausübung des Studiums und des Arztberufs, da sie weder tatkräftig, schöpferisch noch sachlich sei und zudem nicht abstrakt denken könne. Überdies sei die Ausübung des Arztberufs per se an ”Männlichkeit” gebunden und erfordere sogar die *”höchste Potenz von Männlichkeit”*, die *"auch den besten Frauen unzugänglich"* sei (Reich 1875, zit. in Schmersahl 1998: 305).

[57] In anderen Ländern war die Zulassung der Frauen zum Medizinstudium längst erfolgt: 1850/56 in den USA, 1872 in Rußland (aber nur bis 1882), 1863 in Frankreich, 1864 in der Schweiz, 1870 in Schweden, 1874 in England, 1875 in Finnland und Dänemark, 1878 in Holland und 1897 in Österreich (Zahlen aus Schmersahl 1998). Deutschland bildete demnach bereits im letzten Jahrhundert das Schlußlicht bei der Durchführung notwendiger Innovationen (in der Wissenschaft).

Fazit: Die Übersetzung sozialer Hierarchie in die Sprache wissenschaftlich konstruierter Zweigeschlechtlichkeit

Über die wissenschaftliche Konstruktion der Zweigeschlechtlichkeit, in die eine syntaktische Hierarchie und Machtasymmetrie eingelagert ist, wurde im 19. Jahrhundert das legitimatorische Fundament gelegt für den sozialen Ausschluß der Frauen aus gesellschaftlich relevanten Feldern und sogar aus dem Arztberuf selbst. Dem „Science-Gender"-System als Ort politischer Legitimation für die Absicherung sozialer Privilegien und insbesondere für den Ausschluß der Frauen aus der ärztlichen Profession kam dabei die Rolle der Konstruktion angeblich neutral begründeter wissenschaftlicher "Tatsachen" zu, die diesen Ausschluß als rationale und "plausible" Notwendigkeit erscheinen ließen. Die solchermaßen hergerichtete naturalistisch und wissenschaftlich legitimierte Rhetorik lieferte einen entscheidenden Grundbaustein für die dynamische Entfaltung und gegenseitige Durchdringung medizinischer und männlicher Hegemonie in der "westlichen" Kultur. Deren innige Verflechtung, die insbesondere in der langen ärztlichen Blockade des Medizinstudiums für Frauen im 19. Jahrhundert hervortrat, brachte letzendlich die Festschreibung der ärztlichen Autorität hervor, die im Kern zugleich als eine männliche konnotiert ist. Implizit und trotz des längst üblichen Medizinstudiums für Frauen wird eine syntaktische Gleichsetzung zwischen ärztlicher und männlicher Autorität in relevanten ärztlichen Praxisfeldern weiter fortgeführt [58].

2.3 Das Foucault´sche Instrumentarium

Die Archäologie des ärztlichen Blicks

Als nächsten Schritt möchte ich das methodologische Instrument der Foucault´schen Analyse vorstellen. Foucaults archäologischer Blick, mit dem er die Gegenwart der eigenen Kultur diagnostiziert, ist ein ethnologischer [59] und vor allem auch ein historischer Blick (Schmidt 1996: 107). Er wirft die Frage auf, wie Diskurse funktionieren und wie sich darin Gegenstände für das Wissen konstituieren. Seit dem 17. Jahrhundert formuliert der Mensch wissenschaftliche Diskurse, und im 18. Jahrhundert tritt darin plötzlich ein neuer Gegenstand auf - der Mensch.

In der *Geburt der Klinik* (1993) zeigt Foucault die Bedeutung der Medizin für die Konstituierung der Wissenschaft vom Menschen. Es geht Foucault darum, Brüche in der Geschichte der Medizin aufzuzeigen; d.h. auf Prozesse und Umstrukturierungen zu fokussieren, in denen sich die Art zu

[58] Vgl. dazu die Konkretisierung im venezolanischen Kontext Kapitel IV. 3 – Ärztliche Handlungsstile, die Autoritätsmetapher.

[59] Philosophieren heißt für Foucault, Ethnologe in der eigenen Kultur zu sein (Foucault 1993).

denken und die Dinge wahrzunehmen, radikal verändert haben. Vehement stellt er sein Analyse-Instrument einer Archäologie des ärztlichen Blicks gegen die offizielle Lesart des Ärztestandes, wonach sich die Medizin von den abergläubischen Phantasmen der Klassik zu einer rational begründeten Wissenschaft hin entwickelt habe (Schmidt 1996: 109), die zur objektiven Wahrheit über den Körper und seine Krankheiten gelangte (Dreyfus/ Rabinow 1994: 37). Dagegen will er aufzeigen, daß die vermeintlich objektiv berechtigten Wahrheitsansprüche der modernen Biomedizin ebenfalls den wahrheitskonstitutiven Strukturen, den "Regeln des Diskurses" unterworfen sind, und insofern nicht wirklicher, vernünftiger und nicht besser sind als andere und "fremde" Medizinsysteme auch.

Dort, wo die offizielle medizin-historische Interpretation eine lineare Entwicklung und eine fortschreitende "Erfolgsstory" des Unternehmens Biomedizin sieht [60], spürt Foucault Diskontinuitäten und Brüche auf. Seine Haupthese lautet, nicht die Semantik (Bedeutung) des ärztlichen Wissens habe sich im 18. Jahrhundert geändert, sondern die syntaktische Struktur (sinnhafte Zusammensetzung) ärztlicher Wahrnehmung; d.h. nicht die neue Technik - wie z.B. das Sezieren des menschlichen Körpers - hat den veränderten Blick ermöglicht, sondern der neue Blick hat die Möglichkeiten der Technik erst benötigt (Schmidt 1996: 108). Nicht nur das Hinzufügen einer neuen Technik genügte, um das Wissen vom Menschen zu erlangen, über das wir heute verfügen, sondern eine Umstrukturierung der Wahrnehmung, des Blicks stand im Brennpunkt dieses historischen Wandlungsprozesses.

> "Der neue Geist der Medizin [...] ist nicht psychologischen und epistemologischen Reinigungsprozessen zu verdanken; er ist nichts anderes als eine epistemologische Reorganisation der Krankheit" (Foucault 1993: 206).

Die ärztliche Wahrnehmung mußte sich erst ganz neu strukturieren, um die Dinge zu sehen, die scheinbar schon immer da waren, nur für das Auge noch nicht sichtbar gewesen sind. Geändert haben sich also die Formen der Sichtbarkeit (ebd.). Dies implizierte auch die Durchsetzung neuer Konzepte von Natur und Körper, in denen das Auge mit seiner dreidimensionalen Tiefenschärfe zum Richter und zur obersten Instanz der Wahrheit wurde (Schmidt 1996: 108) und nicht mehr das zweidimensionale Tableau des klassischen Denkens der sinnlichen Wahrnehmung. In den Diskursen der modernen Wissenschaft ist das Auge zum Hüter, zum Herrscher und zur Quelle der Wahrheit geworden. Die Oberfläche der Dinge, ihre Farben, Flecken und ihre Härte werden zum Gesicht der Wahrheit. Sichtbares wird Sagbares, gebunden an die souveräne Macht des empirischen Blicks (ebd.).

---

[60] Es dominieren im medizinhistorischen Bereich vor allem unkritische Darstellungen, die sich den "Meilensteinen" medizinischer Entwicklung widmen. Hier eine kleine Kostprobe: "Diese Geschichte beginnt mit den ersten tastenden Versuchen des Urmenschen, die Krankheit mit Magie und Steinmessern zu bekämpfen [...], die Leistungen großer Persönlichkeiten des klassischen Altertums von Hippokrates bis Galen; den Stillstand des Mittelalters und den Fortschritt, der der Renaissance der Medizin im 16. Jahrhundert folgte". (Ackerknecht 1979, zit. in Schmidt 1996: 109).

> "Am Anfang des 19. Jahrhunderts haben die Ärzte beschrieben, was Jahrhunderte lang unter der Schwelle des Sichtbaren und des Aussagbaren geblieben ist. Aber das kam nicht daher, daß sie sich wieder der Wahrnehmung zuwandten, nachdem sie allzulange spekuliert hatten, oder daher, daß sie nun mehr auf die Vernunft hörten als auf die Einbildungskraft. Das lag vielmehr daran, daß die Beziehung des Sichtbaren zum Unsichtbaren, die für jedes konkrete Wissen notwendig ist, ihre Struktur geändert hat. (Foucault 1993: 11).

Nicht das freie Schweifen des reinen und bis dahin unwissenden Blicks in die geöffneten Körper hat die Erkenntnisse geliefert, die zuvor unter der Haut der schweigsamen Leichname verborgen waren, sondern erst eine Neu-Strukturierung des Wahrgenommenen konnte das eigentlich schon lang Bekannte zu einer neuen Erkenntnis verdichten lassen. Der Wissens- und Wahrnehmungscode hat sich umstrukturiert zu einem "Neuen Wissen", das aber nicht im additiv-chronologischen Sinne, sondern aufgrund einer kompletten Rekonfiguration des Geschauten völlig neu war.

> "Es handelt sich nicht um einen Konflikt zwischen einem jungen Wissen und einem alten Glauben oder Aberglauben, sondern um einen Konflikt zwischen zwei Gestalten des Wissens" (Foucault 1993: 138).

Und selbst diese neue Wissensgestalt, die sich im 18. Jahrhundert erst herausgebildet hat, ist uns heute unverständlich, weil sie später noch weitere Transformationen erfuhr. Dreyfus/ Rabinow (1994) fragen sich denn auch etwas bestürzt, welchen Sinn man z.B. folgendem medizinischen Bericht beilegen soll:

> "Um die Mitte des 18. Jahrhunderts behandelte und heilte Pomme eine Hysterikerin, indem er sie ´zehn Monate hindurch jeden Tag zehn- bis zwölfstündige Bäder`nehmen ließ. Am Ende dieser Kur gegen die Hitze, welche die Austrocknung des Nervensystems bewirkte, sah Pomme `Hautteile, die durchnäßten Pergamentstücken glichen...sich unter leichten Schmerzen ablösen und jeden Tag im Urin abgehen. Der Harndrang der rechten Seite häutete sich und ging auf demselben Wege ganz ab.`Ebenso war es `mit den Gedärmen, die sich zu einer anderen Zeit von ihrer Tunika lösten, welche wir durch den Mastdarm abgehen sahen. Die Speiseröhre, die Luftröhre und die Zunge häuteten sich gleichfalls. Die Kranke gab mehrere Stücke durch Erbrechen oder durch Schleimauswurf von sich`" (zit. in Foucault 1993: 7).

Unsere ratlose Feststellung, daß wir nicht wissen, was diese Beschreibung, die ehedem als objektive wissenschaftliche Wiedergabe ernst genommen wurde, überhaupt bedeuten könnte, greift Foucault auf, um sie genüßlich in eine vernichtende Kritik unserer selbstgefälligen Annahme zu wenden, heute endlich habe sich die medizinische Wissenschaft der objektiven Wahrheit angenähert (Dreyfus/ Rabinow 1994: 37). Nach der archäologischen Methode sollen die "Archäologen" gegenüber jedem Diskurs und jedem Wissen - vor allem dem eigenen - die gleiche Art der Distanzierung von Wahrheit und Bedeutung üben, wie wir sie ganz selbstverständlich den

medizinischen Abhandlungen des klassischen Zeitalters und anderen Kulturen entgegenbringen (ebd.).

Der Wandel der Wissens-Gestalten oder:
Von der Medizin der Arten zur Medizin der Epidemien

Was aber ist denn nun so neu an dem sich wandelnden ärztlichen Blick und wie sieht sie aus, die neue Gestalt medizinischen Wissens? Die Unterschiedlichkeit der beiden divergierenden Wissensgestalten und die Ablösung einer "Medizin der Arten" zugunsten einer "Medizin der Epidemien" soll im Folgenden dargestellt werden. Für die bis Anfang des 18. Jahrhunderts gültige klassifikatorische Gestalt medizinischen Wissens war eine Krankheit hierarchisch organisiert in Familien, Gattungen und Arten, beruhend auf einem Modell der Ähnlichkeiten [61] (Schmidt 1996: 115). Die Krankheit hatte ihren "Platz" in einer bestimmten Familie auf dem Tableau, ihren Sitz aber, ihre sinnliche Erscheinung hatte sie im Körper. Sie war jedoch nicht an einen bestimmten Ort im Organismus zu fixieren, denn ihre Definition und Identifikation erfolgte durch Ähnlichkeiten und Entsprechungen, die in keinem konstanten oder notwendigen Verhältnis zum Körper standen (ebd.). Verbunden mit dem menschlichen Körper wurde die Wesensgestalt der Krankheit erst durch die Qualität ihrer Intensität, die an einem bestimmten Körperteil meßbar war; dieses Organ wurde zum *Träger* des Symptoms.

> "Die Wahrnehmung der Krankheit im Kranken setzt also einen qualitativen Blick voraus" (Foucault 1993: 30).

Diese "Medizin der Arten" nahm die Krankheit als eine eigene Natur aus Formen, Zeichen und Zeiten wahr (Schmidt 1996: 116); der zeitliche Verlauf einer Krankheit war Teil ihrer Wesenheit und kein außerhalb liegender Entwicklungsprozeß.

> "Es gibt eine `wilde` Natur der Krankheit, die zugleich ihre wahre Natur ist und ihr vernünftiger Verlauf: allein, frei von Interventionen, ohne medizinische Künstlichkeit bringt sie die fast pflanzliche Ordnung ihres Wesens zur Erscheinung" (Foucault 1993: 33).

Dieser Krankheit war der Raum der Gesellschaft fremd; die Zivilisation, und damit auch die Klinik wurden als denaturierte Räume betrachtet

> "[...] ein künstlicher Ort, an dem die verpflanzte Krankheit ihr wesenhaftes Gesicht zu verlieren droht" (Foucault 1993: 34).

[61] Diese Einteilung erinnert sehr an Klassifizierungen, wie wir sie aus der Botanik, insbesondere aus der Linnae´schen Pflanzen-Systematik kennen (Schiebinger 1987).

Damit die Krankheit ihre wahre Natur voll entfalten konnte, mußte sie an ihrem natürlichen Ort, der Familie, verweilen.

> "Der natürliche Ort der Krankheit ist der natürliche Ort des Lebens - die Familie" (ebd).

Die auftretenden sozialen Veränderungen, d.h. die Freisetzung von Individuen durch das Aufbrechen der alten Familienstruktur im Rahmen struktureller gesellschaftlicher Transformationsprozesse, führten sowohl zu der Notwendigkeit einer anderen Behandlung von Krankheit als auch zu der Notwendigkeit einer veränderten Wahrnehmung von Krankheit und Natur (Schmidt 1996: 117). Die sich entwickelnde "Medizin der Epidemien" war vor allem durch die Wahrnehmung von Größen und Zahlen bestimmt und wurde zudem durch völlig neue gesellschaftliche Räume und das Aufkommen der institutionellen Ordnung geformt, aus der sich schließlich auch die *neue Klinik* entwickelte. Der medizinische Raum konnte und mußte fortan mit dem gesellschaftlichen Raum zusammenfallen.

> "Man tritt in eine ganz neue und im 18. Jahrhundert beinahe unbekannte Form der institutionellen Verräumlichung ein, die Medizin der Arten sollte darin verschwinden" (Foucault 1993: 37).

Bis ins 18. Jahrhundert hinein galt der Grundsatz, daß sich medizinisches Wissen am Krankenbett bildet (ebd.: 201). Mit dem Wandel der medizinischen Wahrnehmung vollzog sich der Übergang von der Medizin am Krankenbett zur Krankenhausmedizin**.** Damit war auch die Medizin der Arten, im Sinne einer natürlichen Wesenheit von Krankheiten zu Ende; stattdessen etablierte sich eine Medizin der pathologischen Reaktionen, die "leidende Organe" [62] in den Mittelpunkt ihres Interesses rückte.

> "Epidemische Krankheiten nennt man all jene Krankheiten, die eine große Anzahl von Personen zur selben Zeit mit denselben Symptomen befallen" (Le Brun 1776 - Traité historique sur les maladies épidemiques; zit in Foucault 1993: 39).

Die Analyse der Epidemie stellte die Medizin vor eine neue Aufgabe, und zwar, dem Prozeß von der Ursache zur Form der Krankheit auf die Spur zu kommen (Schmidt 1996: 117). Die Krankheit war nun ein kollektives Phänomen und dennoch ein einzigartiger Prozeß; deshalb erforderte sie eine komplexe Beobachtungsmethode, die das Detail beschrieb, aber auch den Zusammenhang zur Wahrnehmung der Menge an Personen herstellen konnte. *"Diese Erfahrungsform wird am Ende des 18. Jahrhunderts institutionalisiert"* (Foucault 1993: 41).

Gegenüber der "Medizin der Arten" handelte es sich bei der Identifizierung der Krankheitsursache nicht mehr um die Definition einer hierarchischen Stellung und um die Auffindung einer

[62] Das gilt bis auf den heutigen Tag; beispielsweise ist es in Krankenhäusern unter dem medizinischen Personal sehr verbreitet, von "dem Magen oder der Niere auf Zimmer 512" zu sprechen (Anmerkung EB).

wesenhaften Kohärenz, sondern um die Integration von Zeit und um die Feststellung einer Kausalitätsbeziehung; nicht mehr um die Entzifferung eines Typs, sondern um die Analyse einer Serie (Schmidt 1996: 118). Allerdings ging es auch darum, daß nun die neue klinisch-medizinische Erfahrung und die Kontrolle des Arztes in die Gesellschaft hineingetragen werden sollte. Foucault versucht, herauszuarbeiten, daß die Zentralisation von Wissen nicht aus einer notwendigen Einsicht über die Wahrheit der Krankheit entstanden ist, sondern daß die Dimension der (epidemischen) Krankheiten zu einem gesellschaftlichen und politischen Faktor geworden war. Die daraus resultierende Notwendigkeit von Kontrollorganen führte zu einer Zentralisation von Wissen und letztendlich sogar zu einer Zentralisation des medizinischen Bewußtseins. Diese neue mit der "Medizin der Epidemien" auftretende medizinische Wahrnehmung stellt eines der konstituierenden Elemente der klinischen Erfahrung dar (ebd.). Darin wurde die Rolle des Arztes in eine politische Aufgabe transformiert, um das medizinische Bewußtsein eines jeden Bürgers zu wecken.

Die vormalige Aufgabe der Medizin - nämlich, die Gesamtheit therapeutischer Techniken und das dazu erforderliche Wissen bereitzustellen - wurde nun um die Zuständigkeit für die Erkenntnis des *gesunden* Menschen, die Erkenntnis der richtigen und gesunden Lebensführung erweitert. Die Bestimmung der positiven Gestalt des Menschen,

> "die Erfahrung des nichtkranken Menschen wie die Definition des Modellmenschen beanspruchten eine normative Rolle" (Foucault 1993: 52).

Der Krankheitsbegriff wandelte sich zu einer medizinisch beschriebenen und persönlich nicht erfahrbaren Norm; analog wurde der Körper vom neuen "medikalisierten Blick" des Arztes als Sitz von Krankheiten betrachtet. Diese Veränderung bedingte auch einen Wandel des menschlichen Selbstbildes; die Krankheit war nicht mehr Unheil schlechthin, sondern in ein körperliches Netz von Symptomen eingebunden, das der ärztliche Blick leidenschaftslos freilegen konnte (ebd.). Auch hinsichtlich der medizinischen Interpretation des Todes hatte dies Konsequenzen: der Tod galt nicht mehr länger als metaphysischer Abgrund, sondern als eine dem Körper inhärente Möglichkeit (ebd.).

Der neue klinische Blick ist ein horchender und ein sprechender Blick; er mußte fortan am Krankenhausbett gelernt werden, Ausbildung und Krankenhaus müssen lokal zusammenfallen (Schmidt 1996: 121). Damit die neue klinische Erfahrung möglich wurde, bedurfte es des Postulats, daß

> "[...] alles *Sichtbare aussagbar* und daß es in seiner Gesamtheit *sichtbar* ist, weil es in seiner Gesamtheit *aussagbar* ist. [...] Die totale Beschreibbarkeit ...(kursiv im Original; Foucault 1993: 130).

"Der Mythos eines sprechenden Auges" (ebd.: 128), dieser Mythos vom reinen Blick und der reinen Sprache, schwebte über allen Bemühungen, die das klinische Denken zur Definition seiner wissenschaftlichen Methoden unternahm (Schmidt 1996: 121).

> "Die Kunst der Beschreibung der Tatsachen ist die höchste Kunst in der Medizin, vor ihr verblaßt alles (Amand 1821: 62, zitiert in Foucault 1993: 128).

Ausgehend von diesem Postulat wurde fortan ein neuer Raum erkundet, der Raum des Leibes; der Erkundung des neuen Raumes widmete sich die "nun aufkommende" [63] pathologische Anatomie. Es folgte ein Prozeß, der schließlich den *"diskursiven Raum des Leichnams als Ursprungs- und Manifestationsebene der Wahrheit"* (ebd.: 207) hervorbrachte. In den Geweben des menschlichen Leibes wurde das Elementare und zugleich Universelle wahrgenommen und daraus konstituierte sich schließlich die pathologische Anatomie (Schmidt 1996: 123).

> "Diese Strukur, in der sich der Raum, die Sprache und der Tod ineinanderfügen, und die man gewöhnlich als die klinisch-anatomische Methode zusammenfaßt, bildet die historischen Bedingungen einer Medizin, die als positive Medizin gilt" (Foucault 1993: 207).

Genau an dieser Stelle entzündete sich denn auch erwartungsgemäß der Konflikt und Bruch zwischen den zwei Wissensgestalten. Das Öffnen von Leichen war zwar schon 1761 von Morgagani legal durchgeführt worden (Schmidt 1996: 121), aber angeblich hatte die Obduktion an den Grenzen von religiöser Moral ein Schattendasein führen müssen und wurde erst mit der Aufklärung "befreit". Der Arzt Bichat wird nach der konventionellen Lesart in der Medizingeschichte als der große Mediziner gefeiert, der das Wissen der pathologischen Anatomie um das Jahr 1802 endlich aus diesem Schattendasein befreite und damit den "Stillstand" der wissenschaftlichen Erkenntnis beendete (ebd.). Aus Foucaults Darstellung aber geht hervor, daß die Medizin diese "neue Wahrheit" tatsächlich bereits vierzig Jahre lang erblickt hatte, daß aber die Anatomie unter dem alten Wissenscode der "Medizin der Arten" eben diese vierzig Jahre lang zum Schweigen verurteilt gewesen war.

In der neuen klinischen Medizin gab es jenseits der Symptome keine pathologischen Wesenheiten mehr. In der medizinischen Tradition des 18. Jahrhunderts war das Symptom die Form gewesen, in der sich die Krankheit präsentierte, die erste Umschreibung der unzugänglichen Natur der Krankheit, es ließ die *"sichtbar-unsichtbare Figur der Krankheit [...] durchscheinen"* (Foucault 1993: 104). Das Zeichen zeigte an, *"was eintreten wird, was vorangegangen ist und was sich eben abspielt"* (ebd.). Das Symptom, das vormals als *"souveräner Indikator"* der Krankheit gegolten hatte, wurde zum *"Phänomen seines Erscheinungsgesetzes - also bloße Natur"* und ist somit zum

[63] Der Erkundung des neuen Raumes hat die offizielle Medizingeschichte eine besondere Stellung zugewiesen, ihr wurde *"das merkwürdige Vorrecht zugesprochen, dem neuen Wissen zuletzt die ersten Grundlagen seiner Positivität geliefert zu haben"* (Foucault 1993: 137).

Signifikant (Zeichen) *"seiner eigenen Totalität"* geworden (ebd.: 105). Das heißt, die Krankheit war fortan das Symptom selber und nicht mehr ein Zeichen, das auf eine wesenhafte Krankheit hinweist (Schmidt 1996: 120). Das Sein der Krankheit wurde somit aussagbar, vorhersehbar und bekam eine chronologische Dimension. Zwar ist die Begegnung zwischen Arzt und Patient immer schon die erste Quelle und auch bleibende Norm aller medizinischen Erfahrung gewesen, aber in einem ständig sich ändernden Erfahrungsraster.

> "Nicht nur die Namen der Krankheiten und die Gruppierung der Symptome haben sich gewandelt, sondern vor allem die fundamentalen Wahrnehmungscodes, mit denen man an die Körper der Kranken heranging, das Gegenstandsfeld der Beobachtung, die Fläche und Tiefen, die der Blick des Arztes durchlief, eben das gesamte Orientierungssystem dieses Blicks" (Foucault 1993: 69).

Die historischen Vorläufer der *neuen Klinik* waren in ihrer gesamten Struktur völlig anders organisiert. Nach dem alten Wissenscode standen die Krankheiten im Zentrum der Aufmerksamkeit, der Kranke war ein "Beispiel" für seine Krankheit, während er fortan in der *neuen Klinik* zum "Subjekt" seiner Krankheit und zum "Fall" wurde (Schmidt 1996: 119). Nach der alten Wissensgestalt war der Kranke ein *"Akzidenz seiner Krankheit, das vorübergehende Objekt, dessen sie sich bemächtigt hat"* (Foucault 1993: 75). Nach der neuen Wissensgestalt wurden alle Symptome in Zeichen transformiert, die in einen vorhersehbaren Krankheitsablauf eingebunden waren; der Zeitablauf bekam darin eine wissensstrukturierende Rolle zugewiesen. Die Ungewißheit machte der Wahrscheinlichkeit Platz (Schmidt 1996: 121); dem klinischen Feld wurde eine neue Struktur gegeben, *"in welcher das jeweilige Individuum weniger die kranke Person, als vielmehr das pathologische Faktum ist"* (Foucault 1993: 111).

Fazit: Die Umstrukturierung der medizinischen Wahrnehmung zum ”ärztlichen Blick”

Wesentlich an Foucault´s "Archäologie des ärztlichen Blicks" ist der Wandel der Wissens-Gestalten von einer "Medizin der Arten" zu einer "Medizin der Epidemien". Diese Transformation ging mit einer Umstrukturierung der ärztlichen Wahrnehmung einher. Nach der Analyse von Foucault sollte deutlich geworden sein, daß auch in der Geschichte der Medizin - wie überall auf der Welt - vollkommen unterschiedliche Formen des Wissens vom Menschen bestehen, mit ihren ganz unterschiedlichen Wahrnehmungen von Befindlichkeit (Schmidt 1996: 123). Universelle Wahrheiten über Krankheit und Gesundheit existieren demnach nicht. Eine lineare und fortschrittliche Geschichte, eine stete Anhäufung von Erkenntnis oder gar ein objektives Wissen über Krankheit, sind Konstruktionen von Wissenschaftlern des 19. Jahrhunderts. Die mit diesen Konstruktionen geschaffenen signifikanten Bedeutungsgestalten beanspruchen auch weiterhin Realitätsmacht in der modernen Biomedizin und dienen den damals entstandenen Wissenschaften

vom Menschen heute noch zur Rechtfertigung des Anspruchs auf das weltweite Monopol einer Definition des Menschen.

Die Foucault´sche Machttheorie

Ein weitergehendes Analyse-Instrument der verborgenen Machtstrukturen westlicher Medizinsysteme ist in Foucault´s Arbeiten zur *Machttheorie* enthalten. An Profil gewann Foucaults Machttheorie vor allem durch seine konsequente Ablehnung der Repressionshypothese, der er eine völlig andere Interpretation der Beziehungen zwischen Macht, Wahrheit, Sexualität, dem Individuum und dem Körper gegenüberstellte (Dreyfus/ Rabinow 1994: 157). Vereinfacht gesprochen ist die Repressionshypothese, als deren prominentesten Vertreter hier Max Weber zu nennen ist, in einer Tradition verankert, die Macht nur als Beschränkung, Negativität und Zwang kennt. Die Macht erzeugt danach nichts anderes als *"Begrenzung und Mangel"* (Foucault 1977: 102). Macht in diesem Sinn ist Beherrschung und letztlich Unterdrückung; zudem wird die Beziehung zwischen Macht und Wahrheit als dichotom angenommen. Foucault nennt diese Auffassung der Macht die "juridisch-diskursive" (ebd.: 102). Was diese Sichtweise der Dinge so anziehend macht für ihre Anhänger, ist, daß sie sich so einfach mit dem Aufstieg des Kapitalismus verbinden läßt (Dreyfus/ Rabinow 1994: 159) und zudem die Möglichkeit eröffnet, daß sich beispielsweise Intellektuelle in einem Sprechakt gegen die Macht in eine attraktive Aussageposition begeben können. Als Sprecher des Bewußtseins und des Gewissens siedeln sie sich selbst an priviligierter Stelle an (ebd.: 160); sie stehen außerhalb der Macht und innerhalb der Wahrheit. Foucault meint, aus diesem Grund, er nennt ihn *"den Gewinn des Sprechens"* (Foucault 1977: 15), sei diese Auffassung der Macht so bereitwillig in unseren Diskurs eingelassen worden.

Demgegenüber vertritt Foucault ein völlig anderes Machtbild. Bei ihm ist die Macht dynamisch-kreativ und bringt Neues hervor. Macht ist danach eine allgemeine Matrix der Kräfteverhältnisse zu einer bestimmten Zeit in einer bestimmten Gesellschaft (Dreyfus/ Rabinow 1994: 217). Für ihn ist die Macht der Name, den man einer komplexen strategischen Situation in einer Gesellschaft gibt (ebd: 219). Die Macht wäre danach eine Art strategische Formation, die das Wirken der politischen Technologien im Sozialkörper steuert (ebd.: 216). Foucault wertet es zudem als Illusion, daß die Macht etwas sei, was *"von denen da oben auf die da unten ausgeübt werde"* (Foucault 1977: 203). Er will vielmehr darauf hinaus, daß Macht sowohl auf die Herrschenden als auch auf die Beherrschten ausgeübt wird [64], was sich in Prozessen von Selbst-Technologien [65] konkretisiert. Macht ist für Foucault also weder nackte Gewalt noch bloßer Zwang, sondern das

[64] Im Gefängnis z.B. sind sowohl die Wärter als auch die Gefangenen innerhalb der konkreten Einschränkungen der Gefängnisarchitektur denselben spezifischen Disziplinar- und Überwachungsoperationen ausgesetzt (Dreyfus/ Rabinow 1994: 217).

[65] Z.B. Selbstkolonialisierung, Selbstüberwachung und Selbstzensur.

Zusammenspiel von Disziplinartechniken - diesen Begriff werde ich noch ausführen - und weniger augenfälligen Selbsttechnologien [66] (Dreyfus/ Rabinow 1994: 206). Kurzum, *die Macht wird demnach nicht auf die Individuen ausgeübt, sondern geht durch sie hindurch* (Foucault 1978: 82).

In diesem Sinne sieht Foucault die Macht die gesamte Gesellschaft durchwirken. Daher betrachtet er sich als Intellektueller auch nicht getrennt von dem, was er analysiert. Eine seiner Hauptthesen lautet, daß auch der Widersacher eines (politischen) Systems hinsichtlich des Gesetzes dieselbe Rede führe und sich innerhalb desselben Diskurses bewege wie das Regime selbst (Dreyfus/ Rabinow 1994: 161). Er behauptet, die moderne Macht sei tolerierbar unter der Bedingung, daß sie sich maskiere - was sie in äußerst wirksamer Weise auch getan hat. Wenn die Wahrheit außerhalb der Macht und ihr gegenübersteht - wie dies bei der Repressionsmacht der Fall ist - dann ist der Gewinn des Sprechens (gegen die Macht, EB) ein bloß zufälliger Ertrag. Wenn aber, wie bei Foucault, Wahrheit und Macht einander nicht entgegengesetzt sind, dann gehören der Gewinn des Sprechens und die damit verbundenen Listen zu den wesentlichen Verfahrensweisen der modernen Macht. Sie maskiert sich, indem sie einen Diskurs produziert, der ihr anscheinend zuwiderläuft, in Wirklichkeit aber Teil ihrer weiteren Entfaltung ist (ebd.: 160).

> "Reine Schranke der Freiheit - das ist in unserer Gesellschaft die Form, in der sich Macht akzeptabel macht" (Foucault 1977: 107).

Und weiter behauptet Foucault, daß es für die Macht notwendig wurde, die radikalen Verschiebungen, die Ende des 17., Anfang des 18. Jahrhunderts auf der Ebene kultureller Praktiken stattfanden, zu maskieren.

> "[...] nur unter der Bedingung, daß sie einen wichtigen Teil ihrer selbst verschleiert, ist die moderne Macht erträglich. Ihr Durchsetzungserfolg entspricht ihrem Vermögen, ihre Mechanismen zu verbergen" (Foucault 1977: 107).

Foucault benutzt folglich die Folie der Repressionshypothese, um sich mittels seiner eigenen, von ihm entwickelten archäologischen bzw. genealogischen Methode davon zu distanzieren - so weit diese Methode dies überhaupt zuläßt; denn letztlich schließt sie den Betrachter oder Benutzer immer mit ein (Dreyfus/ Rabinow 1994: 161). So besteht die Relevanz der Foucaultschen Analyse hinsichtlich der Vorgehensweise der Macht denn auch mehr in seinem Wert als kartographisches Werk - also im Sinne von Karten, die zum Gebrauch hergestellt werden - und weniger darin, das historische Terrain widerzuspiegeln (ebd.).

[66] Den Schlüssel zur Selbst-Technologie sieht Foucault in dem Glauben verkörpert, man könne mit Hilfe von Fachleuten die Wahrheit über einen selbst sagen. Dies ist nicht nur in den psychiatrischen Wissenschaften und in der Medizin, sondern auch im Recht, in der Erziehung und in der Liebe ein zentraler Lehrsatz (Dreyfus/ Rabinow 1994: 206).

Die Bio- und Disziplinar-Macht

Um die Macht in ihrem täglichen Wirken zu verstehen, müssen wir uns auf die Ebene der Mikropraktiken begeben. Als eine der unsere Praktiken formenden politischen Technologien kommt dem Umgang mit dem Körper eine wichtige Rolle zu. Eine der Hauptleistungen Foucaults ist seine Fähigkeit, die Weise, in der der Körper ein wesentlicher Bestandteil für das Operieren von Machtverhältnissen in der modernen Gesellschaft geworden ist, zu isolieren und begrifflich zu fassen sowie aufzuzeigen, wie der Körper als ein integraler Bestandteil in der Ausbreitung und Lokalisierung moderner Macht benutzt wird (Dreyfus/ Rabinow 1994: 141). Es ist ihm ein elementares Anliegen zu zeigen, daß

> "[...] der Körper [...] auch unmittelbar im Feld des Politischen steht; die Machtverhältnisse legen ihre Hand auf ihn, sie umkleiden ihn, markieren ihn, dressieren ihn, martern ihn, zwingen ihn, zu arbeiten, verpflichten ihn zu Zeremonien, verlangen von ihm Zeichen" (Foucault 1976: 37).

Diese Dressur des Körpers steht in direktem Zusammenhang mit dem ökonomischen System, denn der Körper ist sowohl nützlich als auch produktiv. *"Innerhalb eines Unterwerfungssystems"* (ebd.) wird er in ein sorgfältig gepflegtes, kalkulierbares und ausnutzbares politisches Instrument verwandelt; denn zu einer ausnutzbaren Kraft wird der Körper nur, wenn er sowohl produktiver wie unterworfener Körper ist (ebd.).

Erst im 17. Jahrhundert erschien die Bio-Macht als kohärente politische Technologie; doch war dies eine Periode, in der die Pflege des Lebens und das Wachstum und Wohlergehen der Bevölkerungen zu einem zentralen Anliegen des Staates avancierten, und in der ein neuer Typ politischer Rationalität und Praxis Form annahm (Dreyfus/ Rabinow 1994: 163). In Foucaults Geschichte lagerte sich Bio-Macht zu Beginn des klassischen Zeitalters um zwei Pole herum an. Bis zum Beginn des 19. Jahrhunderts blieben diese Pole getrennt; dann schlossen sie sich zusammen, um Machttechnologien zu bilden, die noch heute unsere gegenwärtige Situation kennzeichnen (ebd: 164).

Der eine Pol war die Sorge um die menschliche Spezies als neu entstehende und erstmalig praktizierte Form von *Bevölkerungspolitik und -kontrolle*. Zum ersten Mal in der Geschichte wurden weniger juridische als vielmehr naturwissenschaftliche Kategorien - Spezies, Bevölkerung etc. - Gegenstand politischer Aufmerksamkeit (ebd.). Bemühungen, die menschliche Fortpflanzung zu verstehen, wurden aufs Engste mit anderen politischen Zielen verflochten. In der sich erweiternden Arena des modernen Staates und seines Regierungsapparats galten die Menschen innerhalb eines bestimmten Bereichs als Ressourcen. Das Individuum war nur insoweit interessant, als es zur Stärke des Staates beitragen konnte. Das Leben und Sterben von Individuen

wurde in dem Maße wichtig, in dem diese Alltagsbelange politisch nützlich wurden. Diesen regulativen Kontrollen der menschlichen Lebenskraft geht Foucault in seiner Geschichte der Sexualität nach, auf die ich noch zu sprechen kommen werde.

Der andere Pol der Bio-Macht richtete sich auf den Körper nicht so sehr als Mittel menschlicher Fortpflanzung, sondern als zu manipulierendes Objekt. An verstreuten, peripheren Punkten bildete sich allmählich eine neue Wissenschaft oder genauer eine Technologie des *Körpers als Objekt der Macht* aus (ebd.: 164). Foucault nennt sie *"Disziplinarmacht"*. Deren Hauptziel war es, einen Menschen herzustellen, der als "fügsamer Körper" behandelt werden konnte; selbstredend hatte dieser fügsame Körper auch ein produktiver Körper zu sein. Die für die Zurichtung eines fügsamen Körpers benötigte Disziplinartechnologie wurde in unterschiedlichen sozialen Kontexten entwickelt und erprobt; in Werkstätten, Kasernen, Gefängnissen und Hospitälern wurde sie vervollkommnet. Politik wurde dergestalt fortan zur *Bio-Politik* (ebd.: 168).

Sexualität und Bio-Macht

Die zwei Pole der Bio-Macht - *Kontrolle des Körpers und Kontrolle der Art* - die sich im 18. Jahrhundert getrennt entwickelt hatten, wurden in der Beschäftigung des 19. Jahrhunderts mit dem "Sex" zusammengeführt. "Sex" wurde *die* Konstruktion, mittels derer die Macht die Lebenskraft des Körpers mit jener der Art verband. Sexualität und die ihr verliehene Bedeutung wurde zum entscheidenden Medium, durch die sich die Bio-Macht verbreitete (ebd.: 170). In Foucaults interpretativen Raster der Bio-Macht führte die Entfaltung der Sexualität nicht zu einem verminderten Interesse an dieser, sondern zu einer enormen Explosion des Redens und Bemühens um die Lebenskraft des Körpers. Es handelt sich laut Foucault um nichts Geringeres als

> "[...] um eine Intensivierung des Körpers, eine Problematisierung der Gesundheit und ihrer Funktionsbedingungen: es handelt sich um neue Techniken der Maximalisierung des Lebens. Es ging um den Körper, die Stärke, die Langlebigkeit, die Zeugungskraft und die Nachkommenschaft der `herrschenden` Klassen" (Foucault 1977: 147 ff).

Niemals zuvor war so viel Aufmerksamkeit auf jeden Aspekt des Körpers und jede Dimension seiner Sexualität gerichtet worden. "Sex" wurde zum Gegenstand eines politischen Großeinsatzes von Bedeutung, Macht und Wissen. Bereits gegen Ende des 19. Jahrhunderts hatte die allgemeine Entfaltung der Sexualität den Sozialkörper weithin bis in alle sozialen Schichten hinein durchdrungen (Dreyfus/ Rabinow 1994: 170), während zunächst das Bürgertum über die *"Exklusivrechte am Diskurs über die Sexualität"* (Foucault 1977: 154 ff) verfügt hatte. Als es diese aufgab, erfand es sich ein neues Privileg: die Fähigkeit, über unterdrückte Sexualität und über die tiefsten Begehren zu reden. (Dreyfus/ Rabinow 1994: 171). *"Die Aufgabe der Wahrheit*

war jetzt an die Herausforderung der Tabus gebunden" (ebd.), also über das zu reden, was die Macht vermeintlich zu tun verbat [67].

Foucaults Haupt-These lautet also, daß bei der Ausbreitung der Bio-Macht die Sexualität als ein Durchsetzungsinstrument erfunden wurde. Dieser Diskurs unterstellte den "Sex" als so mächtigen und irrationalen Trieb, daß es dramatischer Formen individueller Selbstprüfung und kollektiver Kontrolle bedurfte, um seine Kräfte zu bändigen (ebd.: 199). Durch die Entfaltung der Sexualität dehnte die Bio-Macht ihr Netz - Foucault nennt es das *Sexualitäts-Dispositiv* - bis in alle Regungen des Körpers und bis in die tiefsten Winkel der Seele hinein aus. Diese Zugriffsweisen auf den Körper denkt er sich als zu *"einem großen Oberflächennetz"* verknüpft,

> "[...] auf dem sich die Stimulierung der Körper, die Intensivierung der Lüste, die Anreizung zum Diskurs, die Formierung der Erkenntnisse, die Verstärkung der Kontrollen und der Widerstände, in einigen großen Wissens- und Machtstrategien ineinander verketten" (Foucault 1977: 128).

Dies hatte den Effekt, daß Sexualität produziert und intensiviert wurde. Insbesondere geschah dies durch die Selbsttechnologie der Beichte und des Geständnisses, mit deren Hilfe verschiedene Faktoren der Bio-Macht - Körper, Wissen, Diskurs und Macht - zusammengebracht und miteinander zu einer Macht-Formation verbunden werden konnten (Dreyfus/ Rabinow 1994: 200). Sexualität ist demnach ein historisches und kulturelles Konstrukt und kein zugrunde liegender biologischer Referent.

---

[67] Dies ging einher mit der kulturellen Ausbreitung von Geständnis- bzw. Beichttechnologien, die insbesondere das Geständnis der eigenen Sexualität als neue und eigenständige Form der Selbsttechnologie durchzusetzen intendierten. Von der christlichen Bußpraxis bis zum heutigen Tage stehen die körperlichen Begehren im Brennpunkt des Geständnisses. In *Sexualität und Wahrheit* (1977) will Foucault die lange und komplexe Entwicklung der kirchlichen Beichte analysieren. *"Die christliche Seelsorge hat aus der Aufgabe, alles was sich auf den Sex bezieht, durch die endlose Mühle des Wortes zu drehen, eine fundamentale Pflicht gemacht"* (Foucault 1977: 31). Das Individuum wurde angespornt, eine *"wuchernde Rede über seinen Seelenzustand und seine Leibeslüste zu erzeugen"* (Dreyfus/ Rabinow 1994: 207). Dieses Reden wurde vom beauftragten Vertreter der Obrigkeit, dem Priester, abgefordert und beurteilt. Bereits im 17. Jahrhundert lösten sich die Beichttechniken aus dem rein religiösen Zusammenhang und begannen, sich auf andere Bereiche auszudehnen; zunächst auf die Pädagogik, dann auf die Gefängnisse, später, im 19. Jahrhundert, auf die Medizin (ebd.).
"Die Wirkungen des Geständnisses sind breit gestreut: in der Justiz, in der Medizin, in der Pädagogik, in den Familien- wie in den Liebesbeziehungen, im Alltagsleben wie in den feierlichen Riten gesteht man seine Verbrechen, gesteht man seine Sünden, gesteht man seine Gedanken und Begehren, gesteht man seine Vergangenheit und seine Träume, gesteht man seine Kindheit, gesteht man seine Krankheiten und Leiden; [...] man macht sich selbst mit Lust und Schmerz Geständnisse, die vor niemand anders möglich wären, und daraus macht man dann Bücher [...] Im Abendland ist der Mensch ein Geständnistier geworden (Foucault 1977: 76 ff).
Das kulturelle Begehren, die Wahrheit über einen selbst zu wissen, veranlaßt einen, die Wahrheit zu sagen; durch Geständnis über Geständnis, sich selbst und anderen gegenüber, versetzte diese Diskursivierung das Individuum in ein Netz von Machtbeziehungen zu denen, die behaupten, mit ihren jeweiligen Interpretationsschlüsseln die Wahrheit aus diesen Geständnissen herausziehen zu können (Dreyfus/ Rabinow 1994: 206). Die Überzeugung, die Wahrheit lasse sich durch Selbstprüfung des Bewußtseins und durch das Geständnis der eigenen Gedanken und Taten entdecken, ist Bestandteil einer Machtstrategie. Ihre Unscheinbarkeit beruht auf unserem Glauben an die Repressionshypothese: ist die Wahrheit der Macht entgegengesetzt, so wird uns ihre Aufdeckung sicher auf dem Pfade der Befreiung leiten (ebd.). Der Hauptschub, der die Beichte und vor allem die sexuelle Beichte, in ein Machtgefüge versetzte, kam im 19. Jahrhundert, als man das Inidividuum dazu überredete, vor anderen Autoritäten, vor Ärzten, Psychiatern und Sozialwissenschaftlern, zu beichten (ebd.: 207).

> "Sexualität haben wir seit dem 18. und `Sex` seit dem 19. Jahrhundert. Was wir vorher hatten, war vermutlich das Fleisch und die Lüste" (ebd.).

Im 18. Jahrhundert hatte sich die Verbindung von Sexualität und Macht um Bevölkerungsangelegenheiten gedreht; zu Beginn des 19. Jahrhunderts ergab sich eine große Verschiebung - eine Übertragung des Diskurses über Sexualität in medizinische Begriffe (ebd.: 201). Springender Punkt bei diesem historischen Unternehmen war die Trennung einer Medizin des "Sexes" von der Medizin des Körpers, eine Trennung also, die auf der Isolierung eines sexuellen "Triebs" beruhte. Durch diesen "wissenschaftlichen Durchbruch" wurde die Sexualität an eine mächtige Form des Wissens gebunden und eine Verbindung zwischen Individuen, Gruppe und Kontrolle geschaffen. Sexualität wurde eine individuelle Angelegenheit, die verborgene private Genüsse ebenso beinhaltete wie körperliche Exzesse und heimliche Phantasien; sie wurde schließlich sogar zu *dem* Wesen des individuellen Menschen an sich und zum Kern seiner persönlichen Identität (ebd.: 202). Fortan war es möglich, die Geheimnisse seines Leibes und seiner Seele durch die Vermittlung von Ärzten, Psychiatern und anderen Experten, denen man seine privaten Gedanken und Praktiken gestand, zu erkennen. In dieser Personalisierung, Medikalisierung und Sinnbefrachtung des Sexes sieht Foucault die Entfaltung des *Sexualitäts-Dispositivs*, durch das die Macht ihre Wirksamkeit ausdehnt; die Sexualität wurde demnach durch die inflationäre Produktion und Vermehrung von Diskursen über Sex überhaupt erst hervorgebracht bzw. "herbeigeredet" [68].

> " `Sexualität`ist der Name, den man einem geschichtlichen Dispositiv geben kann. Die Sexualität ist keine zugrundeliegende Realität, die nur schwer zu erfassen ist, sondern ein großes Oberflächennetz, auf dem sich die Stimulierung der Körper, die Intensivierung der Lüste, die Anreizung zum Diskurs, die Formierung der Erkenntnisse, die Verstärkung der Kontrollen und der Widerstände in einigen großen Wissens- und Machtstrategien miteinander verketten (Foucault 1977: 128).

Und in *Der Wille zum Wissen* schließt er mit der Feststellung

> "Ironie dieses Dispositivs: es macht uns glauben, daß es darin um unsere `Befreiung`geht" (Foucault 1977: 190).

Foucault macht vier "große strategische Einheiten" aus, in denen sich Macht und Wissen zu spezifischen, um die Sexualität herum errichteten Mechanismen verbanden; jede der vier Strategien des Sexualitäts-Dispositivs kam unabhängig von den anderen zustande und jede war anfangs relativ isoliert (ebd.). Jedoch verlaufen ihre Grundstrukturen eindeutig im Sinne der Bio-Macht [69].

---

[68] Die inflationäre Produktion von Sexualität durch die "Rede" hat heutzutage durch die Medienlandschaft zum Teil drastische Formen angenommen, beispielsweise durch "Sex" im Internet oder Telefonsex und die entsprechende Propaganda dafür im Fernsehen (laut Emnid 1999 fühlen sich dadurch 52% der Bundesbürger belästigt). All diese massenmedialen Kanäle stellen eine noch intensivere Verdichtungsmöglichkeit des Sexualitäts-Dispositivs bereit.

[69] 1) Als erste Strategie ist die *Hysterisierung des weiblichen Körpers* zu nennen; der Körper der Frau wurde als durch und durch mit Sexualität gesättigt konstruiert. Durch diesen medizinischen "Fortschritt" konnte der weibliche Körper

Jede dieser vier Strategien führte zu einer Verbindung von Macht und Lust bzw. von Sexualität und Herrschaft (Haug 1991: 133).

> "Die medizinische Prüfung, die psychiatrische Untersuchung, der pädagogische Bericht, die familiären Kontrollen mögen durchaus global und augenscheinlich darauf zielen, alle abirrenden und unproduktiven Formen der Sexualität zu verneinen, aber funktionieren sie als Doppelimpulsmechanismus: Lust und Macht" (Foucault 1977: 60).

Die Macht fürchtet also die Sexualität nicht - im Gegenteil, *"die Macht wirkt sogar durch Sexualität"* (Haug 1991: 132) und kann sich durch sie umso besser entfalten. Da der Körper Ort der Sexualität war und die Sexualität sich nicht länger ignorieren ließ, war die Wissenschaft aufgerufen, bis ins winzigste Detail alles über die biologischen und psychischen Geheimnisse

---

isoliert und *"[...] aufgrund der ihm innewohnenden Pathologie [...] in das Feld der medizinischen Praktiken integriert werden; und schließlich brachte man ihn in organische Verbindung mit dem Gesellschaftskörper, dessen Fruchtbarkeit er regeln und gewährleisten muß"* (Foucault 1977: 126).

Alle Elemente des Sexualitäts-Dispositivs sind hier vertreten: eine alles durchdringende mysteriöse Sexualität sitzt überall im Körper; diese mysteriöse Präsenz trug fortan der weibliche Körper in die medizinischen Diskurse hinein und mittels dieser veränderten medizinischen Diskurse wiederum konnte sowohl die persönliche Identität der Frau als auch die zukünftige Gesundheit der Bevölkerung in ein gemeinsames Band aus Wissen, Macht und Körperlichkeit eingeflochten werden (Dreyfus/ Rabinow 1994: 202).

2) Als zweite Strategie ist die *Sexualisierung des Kindes* bzw. die *Pädagogisierung des Kindersexes* zu nennen; Foucaults Lesart des Diskurses gegen die kindliche Onanie identifiziert diesen Feldzug als *Machtproduktion* und nicht als Sexualunterdrückung, als was er zunächst erscheint. Der kindlichen Masturbation, die wie eine Epidemie behandelt wurde und der man mit ausgeklügelter Überwachung, endlosem Moralisieren, fortgesetzter Aufstachelung des Schuldgefühls und letztlich sogar mit medizinischem "Fortschritt" beizukommen versuchte, kam dabei die Rolle zu, der Ausbreitung der Bio-Macht im Sinne einer Diskurs-Produktion förderlich zu sein.
"Tatsächlich ging es in diesem hundertjährigen Feldzug, der die Welt der Erwachsenen gegen den Sex der Kinder auf die Beine brachte, darum, sich auf diese geringfügigen Lüste zu stützen, sie zu Geheimnissen zu machen, das heißt, sie zu zwingen, sich zu verstecken, damit man sie anschließend entdecken konnte [...] Auf dieser Grundlage schreitet die Macht voran, vermehrt ihre Relaisstationen und Wirkungen, währenddessen ihre Zielscheibe sich vergrößert, unterteilt, verzweigt und genau wie die Macht selber tief in die Wirklichkeit eindringt" (Foucault 1977: 57).

3) Drittens erfolgte eine *Vergesellschaftung des Fortpflanzungsverhaltens*. Bei dieser Strategie wurden dem (Ehe-)Paar sowohl medizinische als auch gesellschaftliche Verantwortung übertragen. Die Partner waren nun in den Augen des Staates der Körperpolitik verpflichtet; sie müssen den Körper vor den schädlichen Einflüssen schützen, die durch sorglose Sexualität gesteigert werden könnten, und das Bevölkerungswachstum durch sorgfältige Regulierung der Fortpflanzung beschränken (oder verstärken). Krankheiten oder sexuelle Unachtsamkeiten des Paars führten, so hieß es, leicht zur Zeugung sexuell Perverser und Erbkranker (Dreyfus/ Rabinow 1994: 203). Mangelhafte Überwachung der eigenen Sexualität konnte zum bedrohlichen Verfall sowohl der einzelnen Familie als auch des gesamten Sozialkörpers führen. So können vor allem die eugenischen und rassistischen Bewegungen innerhalb der Wissenschaften in diesem Licht verstanden werden.

4) Viertens erfolgte eine *Psychiatrisierung der perversen Lüste*. Ende des 19. Jahrhunderts war der Sex isoliert und als Instinkt konstruiert worden, der sich, so nahm man an, sowohl auf der biologischen wie auf der psychischen Ebene auswirkte. Er konnte pervertiert, entstellt, verkehrt und verdreht werden (ebd.); er konnte aber auch auf natürliche und gesunde Weise funktionieren. In jedem Fall aber waren der Sexualtrieb und die Natur des Individuums aufs engste verbunden. Für die Psychiater durchdrang die Sexualität jeden Aspekt des Lebens und für die "Perversen" erstellten sie ein breites Spektrum von Anomalien, Perversionen und Arten deformierter Sexualität. Jedes Verhalten ließ sich nun auf einer Skala der Normalisierung und der Pathologisierung dieses mysteriösen Sexualtriebs klassifizieren (ebd.: 204). War eine Diagnose auf Perversion wissenschaftlich erstellt, so konnten und mußten zum Wohle des Individuums und der Gesellschaft Korrekturtechnologien - quasi eine neue "Orthopädie" des "Sexes" - angewandt werden. Wie in den drei anderen Strategien waren fortan der Körper, die neue Sexualwissenschaft und die Forderung nach Regulierung und Überwachung miteinander verbunden.

herauszufinden, die im Körper verborgen waren. Die Untersuchung, das technische Kernstück dieser neuen Prozeduren, war die Gelegenheit, einen zugrunde liegenden sexuellen Diskurs in akzeptable medizinische Terminologie zu kleiden (Dreyfus/ Rabinow 1994: 204).

Foucaults Verdienst ist es, daß er diejenigen Diskurse, die mit dem Anspruch, unter der Flagge legitimer Wissenschaft zu segeln [70], als in Wirklichkeit engstens mit den Mikropraktiken der Macht verstrickte Wissenschaften identifiziert hat. Sexualität ist danach eine kultur-historische Konstruktion, die das Bindeglied zwischen den biologischen Wissenschaften und den normativen Praktiken der Macht liefert (ebd.: 209). Als "Naturwesen" stand der "Sex" angeblich außerhalb der Macht. Aber, so würde Foucault entgegnen, genau diese erfolgreiche kulturelle Konstruktion des "Sexes" als biologischer Kraft ermöglichte erst seine umso wirksamere Verbindung mit den Mikropraktiken der Bio-Macht [71].

Das Hospital als Experimental-Labor der Disziplinartechnologie

Foucault hat insbesondere anhand des Gefängnisses die Entwicklung einer spezifischen *Machttechnik* herausgearbeitet; dabei ist sein Untersuchungsgegenstand aber nicht wirklich das Gefängnis, sondern die *Disziplinartechnologie* (Dreyfus/ Rabinow 1994: 173). Das Gefängnis und die normalisierende Überwachung bewertet er als Verkörperung der modernen Technologie der Disziplinarmacht [72]. Allerdings ist festzuhalten, daß die Gefängnisse nur ein Beispiel unter vielen dieser Technologie der Disziplin, Überwachung und Bestrafung sind [73]. Disziplin ist eine Technik und nicht eine Institution. Sie funktioniert derart, daß sie in einzelnen Institutionen - Haftanstalten, Armeen - massiv, ja fast total, in andere - Schulen, Hospitäler - zu präzisen Zwecken eingehen konnte; sie konnte von bereits existierenden Behörden (Krankheitskontrolle) oder von Teilen des staatlichen Rechtswesens (Polizei) eingesetzt werden (Dreyfus/ Rabinow

[70] Z.B. die medizinischen Diskurse über Sexualität im 19. Jahrhundert, die in die Begründung einer neuen wissenschaftlichen Disziplin, der Sexualwissenschaft, einmündeten (Anmerkung EB).

[71] Neuere Forschungen zur Verbindung von "Sex" und Bio-Macht untersuchen deren Verflechtung bei der Strukturierung von sozialen Beziehungen in Institutionen und Organisationen. Rastetter (1994) beispielsweise fokussiert auf sexuelle Belästigung am Arbeitsplatz als Ausdruck eines sexualisierten Machtmißbrauchs.

[72] Gefängnisse bilden dennoch die Hauptfigur, an der Foucault die wechselnden Einstellungen zur Disziplin demonstriert. Seine konsequente Art, eine Geschichte der Macht- und Objektverhältnisse darzustellen, ist die Zusammenfassung der drei Figuren der Bestrafung, die Foucault herausarbeitet: die Marter als Waffe des Souveräns, richtige Repräsentation als Traum humanistischer Reformer im klassischen Zeitalter, und Gefängnis und normalisierende Überwachung als Verkörperung der modernen Technologie der Disziplinarmacht. In jedem Fall illustriert der jeweilige Bestrafungstyp den Umgang der Gesellschaft mit Kriminellen als zu manipulierenden Objekten. In allen drei Fällen ist es ein Hauptzweck, das Gleichgewicht der Machtverhältnisse in der weiteren Gesellschaft zu verschieben; ein zusätzlicher Zweck ist - zumindest in der zweiten und dritten Figuration - die (charakterliche) Wandlung des Kriminellen (Dreyfus/ Rabinow 1994: 174).

[73] "Die Technolgie der Macht soll als Prinzip der Vermenschlichung der Strafe wie auch der Erkenntnis des Menschen gesetzt werden" (Foucault 1976: 34).

1994: 183). Aber sie läßt sich nicht auf eine dieser Instanzen beschränken oder mit ihr gleichsetzen. Die Disziplinarmacht ersetzt nicht einfach andere Machtformen, die schon vorher in der Gesellschaft vorhanden waren, sondern sie "besetzt" und kolonisiert diese (ebd.), indem sie sie miteinander verbindet, ihren Zugriff erweitert, ihre Wirksamkeit verfeinert und *"die Machtwirkungen bis in die feinsten und und entlegensten Elemente dringen"* läßt (Foucault 1977: 277).

Zentrale Zielscheibe dieser Macht-Strategie ist der Körper. Obgleich alle Gesellschaften und Kulturen eine Form sozialer Kontrolle über den Körper durchsetzen, ist es ein besonderes Kennzeichen für Disziplinar-Gesellschaften, welche Form diese Kontrolle annnimmt. Der Körper gilt hier als zu analysierendes und in seine Bestandteile zu zerlegendes Objekt (Dreyfus/ Rabinow 1994: 184). Ziel der Disziplinartechnologie ist ein

> "[...] Körper, der unterworfen werden kann, der ausgenutzt werden kann, der umgeformt und vervollkommnet werden kann" (Foucault 1977: 184).

Die Vorgehensweise der Disziplinartechnologie unterteilt sich dabei in drei aufeinander aufbauende Schritte:

1) Zunächst wird der Körper in Einheiten aufgeteilt, z.B. Arme, Beine, Kopf; diese nimmt man sich sodann einzeln vor und unterwirft sie einem präzisen und kalkulierten Training. Bezweckt werden Kontrolle und Effizienz des Teils und des Ganzen. Die Schaffung einer "Mikromacht", die vom Körper als zu manipulierendem Objekt ausgeht, ist der Schlüssel zur Disziplinarmacht (Dreyfus/ Rabinow 1994: 184).

2) Zweitens werden Körperübungen integraler Teil der Arbeitsweisen der Macht. Nicht mehr als Sinnträger ist der Körper von Wichtigkeit, sondern als Gegenstand von Techniken und Taktiken zur Behandlung von Menschen als zu formenden Objekten. Man denke beispielsweise an den Drill, auf den Armeen soviel Energie verwenden; das größte, präziseste, produktivste und umfassenste System der Kontrolle von Menschen wird auf der kleinsten und präzisesten Grundlage errichtet: der Dressur einzelner Körperteile bis hinein in die allerkleinsten Bewegungsabläufe - wie etwa beim Exerzieren (Dreyfus/ Rabinow 1994: 184). Die in der inneren Bewegungskoordination des (Soldaten-)Körpers wirksame Regel lautet: Nimm kleine Einheiten, löse alle Bedeutung von ihnen ab, formalisiere die Operationen, die diese Einheiten verbinden und wende sie im großen Maßstab an (ebd.).

3) Zudem intendiert die neue Mikromacht eine andere Nutzung der Zeit. Wenn die Disziplinarmacht, wenn "Dressur" wirksam werden soll, so muß sie auf die Körper, die sie gefügig machen will, so stetig wie möglich einwirken. Kontrolle darf dann nicht nur sporadisch

oder bloß in regelmäßigen Abständen ausgeübt werden. Standardisierung des Vorgehens, Effizienz und Bedeutungsabbau erfordern eine stetige und regelmäßige Ausübung (ebd.: 185) [74].

Ein wichtiger und grundlegender Bestandteil dieser Technologie war die Kontrolle des Raumes; denn die Disziplin waltet durch die Organisation von Individuen im Raum und erfordert deshalb eine besondere Einteilung dieses Raums, die einen speziellen Ordnungsraster zugrunde legt [75]. Ist der Raster erstellt, so lautet das Prinzip: *"Jedem Individuum seinen Platz und auf jeden Platz ein Individuum."* (ebd.: 183). Mit einer beeindruckenden Ökonomie der Mittel wurden die Individuen plaziert, transformiert und beobachtet. Foucault führt ein Beispiel für diese Raumorganisation an: das *Militärhospital in Rochefort*. Es diente als eines der frühesten Experimental-Labors des Disziplinarraumes. Hier trafen Seeleute, Deserteure und Vagabunden mit Krankheiten und Epidemien aus der ganzen Welt zusammen. Aufgabe des medizinischen Hospitals war es, diese gefährlichen Vermischungen zu regulieren und zu kontrollieren. In einem solchen Hafen konnten durch rigorose Raumaufteilung ansteckende Krankheiten eingegrenzt, Deserteure aufgegriffen und Handelswaren bewacht werden (Dreyfus/ Rabinow 1994: 186). Zunächst beruhte die Ordnung des Hospitals auf der Kontrolle durch Arzneien; dann erweiterte sich der Raster auf die Identifizierung der Patienten, ihre analytische Beobachtung, ihre Sortierung nach Alter, Krankheit usw.

> "Allmählich verfeinert sich ein administrativer und politischer Raum zu einem therapeutischen Raum, der die Körper, die Krankheiten, die Symptome, die Leben und die Tode zu individualisieren sucht" (Foucault 1976: 185).

Aus der Disziplin erwuchs ein medizinisch nützlicher Raum, in dem der einzelne Patient genauestens beobachtet und mit anderen verglichen werden konnte. Die Bedeutung der Untersuchung im Hospital - das neben dem Gefängnis und den Behörden eine der zentralen Machtinstitutionen der Disziplinarmacht darstellt - beruht zunächst auf einer subtilen, aber wichtigen Umkehrung. Bei traditionellen Machtformen - wie etwa der des Monarchen oder Souveräns - wird die Macht selbst sichtbar gemacht. Sie wird herausgestellt und zur Schau gestellt - die Massen werden im Schatten gehalten und erscheinen nur im Abglanz der Macht (Dreyfus/ Rabinow 1994: 189). Die Disziplinarmacht aber kehrt diese Verhältnisse um. Hier strebt die

---

[74] "Der historische Augenblick der Disziplinen ist der Augenblick, in dem eine Kunst des menschlichen Körpers das Licht der Welt erblickt, die nicht nur die Vermehrung seiner Fähigkeiten und auch nicht bloß die Vertiefung seiner Unterwerfung im Auge hat, sondern die Schaffung eines Verhältnisses, das in einem einzigen Mechanismus den Körper um so gefügiger macht, je nützlicher er ist und umgekehrt [...] Der menschliche Körper geht in eine Machtmaschinerie ein, die ihn durchdringt, zergliedert und wieder zusammensetzt [...] Die Disziplin fabriziert auf diese Weise unterworfene und geübte Körper, fügsame und gelehrige Körper [...] der Disziplinzwang verkettet eine gesteigerte Tauglichkeit und eine vertiefte Unterwerfung im Körper miteinander [...]" (Foucault 1977: 176 ff).

[75] Nach Foucaults Ansicht legen sowohl Hospital, Schule und militärischer Bereich einen Ordnungsraster zugrunde. Dieser Raster erlaubt zum einen die sichere Verteilung der zu disziplinierenden und zu überwachenden Individuen; zudem erleichtert es die Umwandlung gefährlicher Menschenmassen oder streunender Vagabunden in fixierte und fügsame Individuen (Dreyfus/ Rabinow 1994: 185).

Macht nach Unsichtbarkeit, und die Objekte der Macht, auf die sie einwirkt, werden umso gründlicher sichtbar gemacht [76] (ebd.). Dies ständige Überwachen, diese fortgesetzte Sichtbarkeit, bilden den Kern der Disziplinartechnologie, die ihre Wirksamkeit bis in minutiöse Machtrituale hinein ausdehnte [77].

Der Charakter des Hospitals als Experimental-Labor der Disziplinarmacht tritt besonders markant durch die symbolische und tatsächliche Verknüpfung militärischer und kurativer Disziplinartechniken hervor. Rudimente dieser Einflechtung in ein gemeinsames Band aus Macht, auf den Körper ausgerichteter Disziplinartechniken, Militär und Hospital sind noch erkennbar am streng geregelten Tagesablauf, der sich am militärischen Ablauf orientiert, der Praxis der ärztlichen Visite, die analog einer Militäraufstellung strukturiert ist sowie daran, daß in den ersten psychiatrischen Kliniken in Paris die Patienten im Rahmen der ärztlichen Visiten mit einem *Holzgewehr* (!) zum Appell antreten mußten (Foucault 1996: 74).

Medizinische Praktiken als Machttechnologien oder: Die Erfindung des ärztlichen Gehörs

Ich halte die Erfindung des ärztlichen Gehörs im 19. Jahrhunderts, also die Einführung des Stethoskops, für besonders geeignet, um beispielhaft an einer konkreten medizinischen Praktik die darin angelegte Macht-Technologie freizulegen sowie die Machtverschiebung zugunsten der Mediziner und zuungunsten der Patienten aufzuzeigen. Bis dahin, also im ausgehenden 18. und frühen 19. Jahrhunderts, ist die Medizin in erster Linie "Krankenbettmedizin", der Arzt agiert im Hause des Kranken. Der soziale Status des Arztes ist noch unsicher. Es ist auch nicht selbstverständlich, überhaupt den Arzt zu konsultieren. Der Erfolg des Arztes wird von dem im Krankenzimmer anwesenden Laienpublikum bewertet, das sich dabei an den Diagnosen und

[76] Beispielsweise beim Gefängnis- und Klinikinsassen oder beim Prüfling (laut Foucault ist die Prüfung eine im Sinne der Disziplinarmacht äußerst wirksame Unterwerfungs-Technologie).

[77] Als paradigmatisches Beispiel einer Disziplinartechnologie greift Foucault Jeremy Benthams Plan für das *Panopticon* (1791) auf. Es besteht aus einem weiten Hof mit einem Turm in der Mitte und einem Kranz von peripheren Gebäuden, die in Stockwerke und Zellen unterteilt sind. Jede Zelle besitzt zwei Fenster: eines läßt das Licht herein, und das andere liegt dem Turm gegenüber, in dem große Beobachtungsfenster die Überwachung der Zellen erlauben. Jede Zelle ist *"ein kleines Theater, in dem jeder Akteur allein ist, vollkommen individualisiert und ständig sichtbar"* (Foucault 1976: 257). Nicht nur ist der Insasse für den Aufseher sichtbar, er ist vielmehr *nur* für den Aufseher sichtbar; von jeglichem Kontakt mit den Insassen der Nachbarzellen ist er abgeschnitten. *"Er ist Objekt einer Information, niemals Subjekt in einer Kommunikation"* (ebd.). Der Insasse kann nicht sehen, ob der Wärter im Turm ist oder nicht, muß sich also so verhalten, als sei die Überwachung stetig, endlos und total. Die Architektur ist so vollkommen, daß sie auch dann wirkt, wenn kein Wärter zugegen ist (Dreyfus/ Rabinow 1994: 221). Denn da der Gefangene nie sicher ist, wann er gerade überwacht wird, wird er sein eigener Wärter. Und es lassen sich durch die Verwendung diese Mechanismus auch die Kontrolleure kontrollieren - diejenigen, die im Panopticon die zentrale Position besetzen, unterliegen selbst einer durchgreifenden Ordnung ihres Verhaltens (ebd.). Daher ist auch das Panaopticon nicht bloß eine hochwirksame und ausgeklügelte Technik zur Kontrolle von Individuen; es ist gleichzeitig ein Laboratorium zu ihrer eventuellen Verwandlung. Aus diesem Grund faßt das Panopticon Foucault zufolge Wissen, Macht, Körperkontrolle und die Kontrolle des Raums in einer *integrierten Disziplinartechnologie* zusammen (ebd.).

Kuren früherer Behandlungen orientiert [78]. Dies bildet auch die einzige Ressource ärztlicher Autorität. Das heißt, zu dieser Zeit herrscht im Krankenzimmer eine strukturelle Dominanz des Kranken, der Diskurs des Patienten - nämlich wie dieser sich fühlt, sich seinen Zustand erklärt und mit dem Arzt als Ratgeber interagiert - dominiert das medizinische Setting. Der sprechende Kranke ist es, der mit seinen Worten den Rahmen festlegt, in dem sich die Angemessenheit des ärztlichen Handelns erweist (Lachmund 1992: 238).

Die stethoskopische Untersuchung, wie sie Laennec 1818 vorstellt und wie sie sich anschließend an den Pariser Kliniken durchsetzt, ist ein Beispiel für die kulturelle Praxis einer ganz anderen Medizin. Die stethoskopische Untersuchung ist eine kulturelle Wahrnehmungspraktik, eine kulturelle Hörweise. Die Geräusche erschließen sich nur einer geschulten Wahrnehmung (ebd.). In dieser Hinsicht ist das Hören mit dem Stethoskop der visuellen Wahrnehmung im Anatomiesaal analog. Laennec entfaltet ein neuartiges Geräuschuniversum mit einer Vielzahl von Metaphern und Vergleichen aus der Alltagswelt. So entwickelt er z.B. feinste Unterscheidungen beim Röcheln: es gibt das *"nasse oder kalte Röcheln"*, Das *"schleimige oder bollernde Röcheln"* und das *"helltönende trockene oder schnarchende Röcheln"* (ebd.).

Mit der Einführung des neuen Krankenexamens verlagert die stethoskopische Untersuchung die Kontrolle über den Diagnosevorgang vom sprechenden Kranken zum hörenden Arzt (Lachmund 1992: 246). Erstmals erhält damit der Arzt ein Kritrium, nach dem er die Krankheit unabhängig vom Diskurs des Kranken beurteilen kann. Es löst damit die bisher übliche Zurechnung auf den "geschickten Arzt" ab. Der Arzt wird von der Kontrolle durch das Laienpublikum unabhängig. Das Stethoskop wird zum Vorreiter und Durchsetzungsinstrument neuer Machtbeziehungen in der Medizin und führt zu einer Neuverteilung der kulturellen Ressourcen zwischen Arzt und Patient (ebd.). Durch die Institutionalisierung des Geräuschs werden die objektivierbaren Geräusche im Körperinnern für die Definition der Krankheit wichtiger als der Diskurs der Patienten. Der Arzt avanciert zum unumgänglichen Spezialisten.

Das Beispiel des Stethoskops zeigt den engen Zusammenhang zwischen der kulturellen Definition und Neudefinition von Krankheit und der Durchsetzung neuer Machtbeziehungen in der Medizin. Hören und Abgehorchtwerden, Eingang und Ausgang des Stethoskops markieren zwei unterschiedliche Machtpositionen und eine asymmetrische Interaktionspraxis (Lachmund 1992). Die Einführung des Geräuschs in die Medizin ist zudem ein *kulturelles Projekt*; zum ersten Mal setzt sich eine von der Erzählung des Patienten unabhängige Beschreibung in der Medizin durch. Zum ersten Mal werden Sicherheit, Präzision und eine von der Krankengeschichte und dem Heilungszweck unabhängige Objektivierung der Krankheit zum kulturellen Grundprinzip ärztlichen Handelns.

[78] Vgl. Kapitel II. 1. - Der ärztliche Habitus.

Parallel mit der neuen Technik einher geht der Übergang der Krankenbettmedizin zur Krankenhausmedizin. Durch die Herauslösung des Kranken aus seinem lokalen Kontext und seine Inkorporation in ein neues Territorium wird der Körper des Kranken in ein ständig verfügbares Objekt medizinischer Beobachtung transformiert. Durch die räumliche Zusammenlegung vieler Kranker werden systematische Vergleiche zwischen verschiedenen Kranken möglich. Durch eine strenge zeitliche (Visiten, geregelter Tagesablauf) und räumliche Disziplin verlieren die Patienten die Machtmittel, eigene Interessen durchzusetzen. Zudem wird die laiendominierte Krankenbettöffentlichkeit durch eine neue Öffentlichkeit kooperierender Experten ersetzt. Der Patient bleibt aus diesem Kreis ausgeschlossen.

Die entscheidenden Weichenstellungen zum heutigen medizinischen Verständnis sind damit gelegt: Im neuen medizinischen Setting, versehen mit einer neuen Technik, fehlen alle Voraussetzungen für einen Zugang zur Krankheit, der auf Kontextwissen und ungehindertem Diskurs des Kranken beruhte (Lachmund 1992).

Fazit

Die Praktiken der wissenschaftlichen Medizin repräsentieren institutionalisierte Technologien der Bio-Macht, die in Gestalt zweier spezieller Machttechnologien Zugriff auf den menschlichen Körper ausüben: Als *Regulierungstechnologie des Lebens* im Sinne von Bevölkerungspolitik und -kontrolle wirken sie als die Verwaltung der Gattung "Körper" durch Maßnahmen, die in Zeugung, Geburt, Tod, Lebensstandard und physische wie geistige Gesundheit regulativ eingreifen; als eine *Disziplinartechnologie des Körpers* (Foucault 1992: 36) bewirken sie eine Dressur und Herstellung fügsamer Körper. Diese zwei Machttechnologien überlagern, durchdringen und intensivieren sich in der Institution Biomedizin gegenseitig.

In der (medizinischen) Beschäftigung mit der Sexualität sind sie zu einer gemeinsamen Strategie - einer Machtformation - konzentriert und verdichtet worden. "Sex" ist als Objekt dieser beiden Strategien *"vorzüglich geeignet"* (O´Neill 1990: 130), weil "Sex" einerseits ein Objekt der Disziplinierungs-Macht darstellt, andererseits kann er psychoanalysiert oder medikalisiert zur diskursiven Strategie der Macht der Verwaltung werden (ebd.). Insbesondere die um die Sexualität herum entstandenen Geständnis- und Beichttechnologien - die sich zu einer Produktionsstätte von Sexualitätsdiskursen ausweiteten -, aber auch die therapeutischen Praktiken der Medizin selbst führen die Mikro- und die Makroebenen der Macht zusammen, indem sie die individuellen Körper mit dem Sozialkörper normativ koordinieren (Gastaldo 1997: 115).

Die Bio-Macht verwandelt den Körper in ein Objekt des Wissens und wirkt über Disziplinartechnologien auf ihn ein, wie sie vor allem im lokalen Kontext des Hospitals als Mikropraktiken in die täglichen Handlungsprogramme der ärztlichen Profession eingebettet sind (Turner 1997). Die zentralen Strategien der Disziplinarmacht im medizinischen Setting sind Beobachtung, Untersuchungsprozeduren (z.B. Auskultation, Visiten), Meßverfahren und das Vergleichen und Messen der Individuen an festen Normen, die man auf diese Weise gleichsam sichtbar und damit materialisieren kann (Lupton 1997: 99).

2.4 Unternehmen Aids-Forschung: Die biomedizinische Konstruktion von Aids

Um die Logik des medizinischen Diskurses und das Wirksamwerden seiner Instrumente bei der Übernahme von Phänomenen in die wissenschaftlichen Klassifizierungs- und Wissensbestände herauszuarbeiten, eignet sich das Auftauchen einer "neuen" Krankheit in besonderem Maße; durch die Notwendigkeit von medizinischen Klassifizierungen, Krankheitsdefinitionen und Wissensvereinheitlichungen innerhalb der medizinischen Wissenschaftsgemeinde werden die Regeln des Diskurses sichtbar. Sie treten, anders als bei den bereits zuvor fest definierten Krankheiten, klar hervor und gelangen bei der Bemächtigung des neuen Krankheits-Phänomens beobachtbar zur Anwendung.

Obwohl die Immunschwäche Aids erst vor etwa zwanzig Jahren ihr offizielles Debüt hatte und bereits wenig später ihren Status als Krankheit attestiert bekam, hat sich die biomedizinische Interpretation von Aids sehr schnell als dominante und hegemoniale Perspektive bei der Konstruktion dieser neuen Krankheit durchgesetzt. Dies hängt vor allem mit dem Definitionsmonopol der biomedizinischen Institutionen zusammen, deren alleinige Zuständigkeit für das Auftauchen von (neuen) Krankheiten unangefochten ist. Da alle bedeutsamen gesundheitspolitischen Aktivitäten, Aufklärungskampagnen und Public Health Strategien - und später im empirischen Teil auch meine Interviewpartner - auf diese biomedizinischen Vorgaben Bezug nehmen, werde ich sie in ihren strukturellen Grundzügen unter diskursdynamischen Gesichtspunkten kurz darstellen und dabei auf die markanten Charakteristika dieser Aids-Konstruktionen fokussieren. Beginnen werde ich chronologisch mit den ersten Krankheitsfällen, deren medizinischer Rezeption sowie den darin hervorgebrachten *"rules of seeing"* (Preda 1997).

Sehgewohnheiten schaffen: Die "Geburtsurkunde" von Aids

Am *5. Juni 1981* veröffentlichte das *Center for Disease Control (CDC)* in Atlanta fünf nicht klassifizierbare Pneumonie-Fälle, die zwischen Oktober 1980 und Mai 1981 in drei Krankenhäusern von Los Angeles beobachtet worden waren, in seiner Wochenzeitschrift "MMWR" [79] :

> "[...] the occurance of pneumocystosis in these five previously healthy individuals without a clinically apparent underlying immunodeficiency is unusual [...] The homosexuality of all the patients suggest an association between some aspects of homosexual *lifestyle* (Hervorhebung EB) or disease acquired through sexual contacts and Pneumocystis pneumonia in this population [...] All the above observations suggest the possibility of a cellular-immune dysfunction related to a common exposure that predisposes individuals to opportunistic infections such as pneumocystosis and candidiasis" (Morbididty and Mortality Weekly Report, Vol. 30, Nr. 21/ 1981).

In dieser "Geburtsurkunde" wird die *neue Krankheit*, die später den Namen Aids erhält, zum ersten Mal öffentlich präsentiert, und die medizinisch-wissenschaftlichen Experten werden auf ein bis dahin unbekanntes Symptomkonglomerat hingewiesen. Bedeutsam ist diese Bekanntmachung deshalb, weil sich schon in diesem ersten öffentlichen Dokument über Aids die besondere Interpretationsweise seitens der Wissenschaftler konkretisiert, die den weiteren Konstruktionsprozeß von Aids kennzeichnet. Bereits hier wurden Definitions- und Wahrnehmungsmerkmale in den wissenschaftlichen Diskurs eingeführt, die die Funktion einer Weichenstellung für die Interpretation und Erforschung dieser Krankheit erfüllten.

Entscheidendes Merkmal dieser ersten wissenschaftlichen Publikation ist, daß von Anfang an das Kriterium des homosexuellen *Lebensstils* in den biomedizinischen Aids-Diskurs eingeführt bzw. aufgegriffen wird; denn die Medikalisierung des homosexuellen Lebensstils in der ersten wissenschaftlichen Publikation über Aids greift auf die seit den 70er Jahren konstruierte medizinische Kategorie "homosexual" zurück (Conrad 1980), die zu einer Art Common-Sense-Kategorie im biomedizinischen Diskurs avancierte. Und zwar vor allem dann, wenn es um ansteckende und besonders, wenn es um sexuell übertragbare Krankheiten geht (ebd.) [80]. Das Besondere in diesem Fall ist darin zu sehen, daß hier die beiden zu medizinischen Kategorien zusammengeführten Merkmale "Homosexualität" und "lifestyle" als Basis-Charakteristika der neuen Erkrankung miteinander verwoben und als *das* konstitutierende pathologische Kernmerkmal herausgestellt werden.

Festzuhalten ist, daß schon diese erste Veröffentlichung über Aids nicht nur ausschließlich deskriptive Elemente einer wissenschaftlichen Beobachtung enthält, sondern bereits

[79] "The Morbidity and Mortality Weekly Report" = MMWR

Interpretationen, Wertungen und Zuschreibungen, kurzum Konstruktionen beinhaltet. Damit wurde der medizinisch-naturwissenschaftliche Diskurs über Aids eingeleitet und - was das Entscheidende daran ist - für seine Regeln wurde bereits in dieser "Geburtsurkunde" der zentrale Grundstein gelegt.

Das medizinische Mysterium oder:
Woran man eine "ungewöhnliche Krankheit" erkennt

Die Rekonstruktion der *"mysteriösen Anfänge von Aids"* (Preda 1997: 65) entwickelte sich zu einer gängigen und vielfach strapazierten rhetorischen Figur innerhalb des medizinischen Diskurses über Aids. Zum einen wurde damit die besondere Bedrohung durch diese Krankheit herausgestellt und zudem das spezielle Krankheitsprofil auffällig markiert. Vor allem aber diente sie später dazu, die sozialwissenschaftliche und journalistische Rezeption von Aids zu eröffnen (Treichler 1988: 197; Shilts 1987) [81]. Als "ungewöhnlich" war die "Neue Krankheit" den CDC-Wissenschaftlern vor allem dadurch aufgefallen, als unerklärliche Fälle einer seltenen Lungenentzündung [82] und ein seltener Hautkrebs [83] damit einhergingen und zudem offenbar nur homosexuelle Patienten betroffen waren. Diese unerklärlichen Phänomene, über die immer wieder von Neuem innerhalb der Scientific Community berichtet wurde, führten schließlich zur Entdeckung einer dem zugrunde liegenden Immunschwäche, die letztendlich Ende 1982 den Namen "Acquired Immune Deficiency Syndrome" erhielt (Preda 1997: 65).

Medizinhistoriker (Grmek 1990; Oppenheimer 1988) werten insbesondere die Zeitspanne von Mitte 1981 bis Ende 1982 als die eigentlich entscheidende Konstruktionsphase von Aids innerhalb der biomedizinischen Community, weil (1) die Besonderheit dieser Infektionen zusammen mit Hautkrebs erkannt wurde und daher auch der Umstand, daß es sich dabei um eine neue Krankheit handelte; (2) weil sie kombinierten, daß die beiden Einzelphänomene Pneumocystis carinii pneumonia und das Kaposi Sarkom eine gemeinsame Ursache hatten; (3) weil sie das Risiko feststellten, das von dieser neuen Krankheit ausging und weil sie (4) die Hypothese einer geschwächten Immunabwehr formulierten als die den opportunistischen Infektionen zugrunde liegenden gemeinsame Ursache (Preda 1997: 66).

Alexandru Preda (1997) konstatiert zudem eine besondere rhetorische Strategie in den Präsentationsschemen der mit Aids einhergehenden Krankheiten Pneumocystis carinii Pneumonie

[81] Der biomedizinische Diskurs bietet gleichsam die Ausgangsbasis für alle nachfolgenden Diskurse, einschließlich des sozialwissenschaftlichen (Preda 1997: 43).

[82] Pneumocystis carinii Pneumonie

[83] Kaposi Sarkom

und des Kaposi-Sarkoms. In seiner Untersuchung der international wichtigsten und prestigemächtigsten medizinischen Zeitschriften [84] und der darin vollzogenen Konstruktion einer *neuen Krankheit* sticht hervor, daß die "Performance" dieser beiden begleitenden Haupterkrankungen in den wissenschaftlichen Magazinen gekennzeichnet ist durch ein Paradoxum. Einerseits werden diesen Krankheiten fast durchgängig als *"unusual", "rare", "unseen before" und "uncommon"* (ebd.) bezeichnet, wenn sie mit der neuen Krankheit in Zusammenhang gebracht werden. Aber simultan dazu werden sie als "usual" und "seen before" dargestellt. Preda sieht darin ein Muster, wie die neue Krankheit entlang des Klassifikationsschemas usual/ unusual und seen/ unseen eingeführt, entlang der Ontologie der "usualness" neu konfiguriert und auf diese Weise allmählich im Diskurs etabliert wird. Den Aufbau dieser Argumentationsfigur faßt er so zusammen:

> "It was usual that we see **a** and **b** in x and y, but we have now an unusual situation, because we have seen **a** and **b** in z. This changes the nature and meaning of **a** and **b**. It becomes therefore usual that we see **a** and **b** in x, y and z, but this remains unusual". (Preda 1997: 77).

Die Immun-Abwehrschwäche wird also entlang von Klassifikationschemen, z.B. dem der "Usualness" und des *"Mysteriums"* (Herzlich/ Pierret 1989), die sich zunächst zu widersprechen scheinen, in den Diskurs eingefügt. Dabei arbeitet diese rhetorische Einfügungsstrategie vor allem damit, alte (Krankheits-)Phänomene in ein neues Gewand zu kleiden und sie von der Beschreibung "unusual" in den "usual"-Zustand zu überführen (ebd.) [85]**.** Indem aufgezeigt wird, wie "ungewöhnlich" es beispielsweise ist, daß homosexuelle Männer in New York Krankheitssymptome aufweisen, die dort normalerweise nicht anzutreffen sind, werden diese homosexuellen New Yorker Männer gleichzeitig implizit als neue "Risiko"-Kategorie präsentiert. Sie werden als zu einer neuen Kategorie von Krankheits- und Risikoträgern zugehörig erklärt - die geschwächte Immunabwehr betreffend - und dies rechtfertigt es schließlich sogar, von einer *"nationwide epidemic"* [86] zu sprechen. Die Kontrastierung der "usual"-Merkmale mit den

---

[84] Science, The Lancet, Journal of American Medical Association, New England Journal of Medicine, Science and Annals of Internal Medicine und das wöchentliche Bulletin des Centers of Disease Control in Atlanta, den Morbidity and Mortality Weekly Report. Der Untersuchungszeitraum war von 1981 bis 1989 (Preda 1997: 36).

[85] z.B. bei der *Pneumocystis Pneumonie* folgendermaßen: "Pneumocystis pneumonia in the United States is almost exclusively limited to severely immunosuppressed patients. The occurence of pneumocystosis i these previously healthy individuals without a clinically apparent underlying immunodeficiency is unusual" (New England Journal of Medicine, Vol 305, No. 24, S. 1431).
Beim *Kaposi Sarkom* folgendermaßen: "Kaposi´s sarcoma is rare in the United States, where the annual incidence is 0.021 - 0.061 per 100 000 population. In North America and Europe, this disease commonly presents as tumours of the lower extremities, and the clinical picture is that of a localised disease with an indolent cure. Most patients are in their seventh decade. This form of the disease is commonest among Ashkenazi Jews and those of Mediterranean origin, and especially in men. The incidence of Kaposi´s sarcoma in African Blacks residing in an endemic region is much higher than among Blacks and Caucasians in North America and Europe" (The Lancet, September 1981, S. 598).

[86] The New England Journal of Medicine 1981, Vol. 305, Nr. 24, S. 1489.

"unusual"-Merkmalen hat dabei die strategische Funktion, die Kategorie "Risiko" rhetorisch vorzubereiten und und in den Diskurs einzuführen (ebd.).

Die Konzeptualisierung und Transformation des "Risiko"-Begiffs

Bei der biomedizinischen Konzeptualisierung des (Infektions)"Risikos" lassen sich drei Phasen unterscheiden (Treichler 1988; Oppenheimer 1988; Preda 1997).

1) Die erste fand im Zeitraum von Mitte 1981 bis 1986 statt; charakteristisch daran ist das *Gruppen-orientierte Risiko-Konzept*, das zwischen geographisch, sozial und kulturell definierten Gruppen unterschied, die für ein Ansteckungsrisiko prädestiniert seien und dem "Rest", der als sicher und ungefährdet angenommen wurde (ebd.). Eine Ansteckungsgefahr bestand demnach nur für diejenigen, die solch einer "Risiko-Gruppe" angehörten, die wiederum vor allem über ihren "Lebenstil" charakterisiert wurde (Preda 1997: 55ff). Einzige Ausnahme davon stellten die Hemophiliacs (Bluter) dar, die nicht aufgrund ihres Lebensstils als gefährdet galten, sondern weil ihr zuvor "sicherer" Lebensstil zerstört worden war [87]. Hauptkritikpunkt an dieser Risiko-Zuschreibung ist das Außerachtlassen von Kindern, Frauen und Heterosexuellen, obwohl es bereits zu Beginn Krankheitsfälle in diesen Bevölkerungsgruppen gab. Zudem geht mit diesem Risiko-Begriff eine diskriminierende und stigmatisierende Konnotation einher.

2) Die zweite Phase begann etwa 1986 und dauerte bis in die 90er Jahre an. Gekennzeichnet ist sie vor allem durch die Ablösung des "Risiko-Gruppen-Konzepts" durch das Konzept des *"risikoreichen Verhaltens"* (Boeker 1993) [88]. Der Wechsel zu dieser neuen Risiko-Perspektive wurde durch die Entdeckung des Hi-Virus und die Identifizierung der Infektionswege eingeleitet. In dieser zweiten Phase wurde Risiko nicht mehr als Charakteristikum einer Gruppe, sondern als das eines Individuums aufgefaßt: die Möglichkeit der Infektionsgefahr richtete sich nun nach dem individuellen (Fehl)Verhalten und Sicherheit hing nicht mehr davon ab, zu welcher Bevölkerungsgruppe jemand gehörte, sondern vom Verhalten, das er praktizierte (ebd.). Dieser Perspektivenwechsel hat eine offenere und komplexere Risiko-Definition ermöglicht, die auch Frauen, Heterosexuelle und Kinder mit einschloß und differenziertere epidemiologische Muster zuließ. Da es jedoch verhaltensorientiert war, konnte es Infektionen nicht erfassen, bei denen das Verhalten nicht den dominanten Faktor der Infektion ausmachte [89]. Infektionen, bei denen das

[87] Der "Lebensstil" der Hemophiliacs wurde im biomedizinischen Diskurs als das Ergebnis medizinischer und technologischer Fortschritte dargestellt, die es den Betroffenen ermöglichten, ein selbstständiges Leben mit selbst injizierten Blut-Transfusionen zu führen (Preda 1997). Somit wurde die Hemophiliac-Identität als eine biomedizinische Kreation und Innovation präsentiert und auch von diesen selbst so rezipiert (ebd.).

[88] Tatsächlich aber hat die Ablösung der "Risiko-Gruppen" zugunsten von "Risiko-Faktoren" nie stattgefunden. Beide werden sowohl in der medizischen Literatur als auch in den Medien gleichzeitig verwendet (Preda 1997: 139).

[89] z.B. bei Kindern, bei infizierten Neugeborenen oder bei Hemophiliacs.

Verhalten *anderer* Personen ausschlaggebend gewesen war - seien es Hiv-positive Mütter Neugeborener oder infizierte Blutspender - trugen aber das Thema des institutionellen und technologischen Risikos in den biomedizinischen Diskurs hinein (Preda 1997: 57) [90].

3) Seit Anfang der 90er Jahre trat der *institutionelle Risiko-Aspekt* in den Vordergrund. Dies beinhaltete nicht nur die Thematisierung des Berufs- und Beschäftigungsrisikos des medizinischen Personals und die Patient-zu-Patient-Infektion, die durch die Interaktion mit dem medizinischen Personal möglich ist, sondern auch das institutionelle Risiko der Blutbanken (ebd.). Einige dieser Themen waren zwar auch bereits in den 80ern präsent, aber erst in den 90ern wurden sie allgemein bekannt. Die Fokussierung auf die instituionelle Ebene hatte zudem einen positiven Effekt auf den politischen Diskurs und auf die öffentliche Gesundheitspolitik. Medizinhistorische Arbeiten (z.B. Oppenheimer 1988) werten insbesondere den Übergang vom "Risiko-Gruppen"-Konzept zum verhaltensorientierten Risiko-Konzept als grundlegende Ausgangsbasis für realitischere und effizientere Präventionsmaßnahmen (Preda 1997: 57). Zudem führte ein verhaltensorientiertes Risiko-Konzept nicht zu der Stigmatisierung sozialer Gruppen oder Lebensstile, sondern ermöglichte eine direkte und personenzentrierte Präventionspolitik sowie zuverlässigere epidemiologische Erhebungen (ebd.).

Die Konstruktion eines ätiologischen Verursachers

Bewegung kam in die Begrifflichkeit der "Risiko"-Klassifikationen vor allem durch die Einführung eines viralen Verursachers [91]. Ein Blick in die ersten medizinischen Berichte zeigt, daß die These eines viralen Verursachers, der für die Immunschwäche verantwortlich ist, bereits von Anfang an vertreten wurde (Preda 1997: 139). Die Entwürfe "Risikofaktoren" und "Risikogruppen", die oft sogar gleichzeitig verwendet werden - obwohl sie sich im Grunde ausschließen - sind vor allem wichtige Bausteine, die die Konstruktion des ätiologischen Aids-

---

[90] Das institutionelle Infektionsrisko mit Hiv innerhalb der medizinischen Institutionen ist vor allem Mitte/Ende der 80er Jahre und zu Beginn der 90er bekannt geworden und hat durch die Medienrezeptionen Aufsehen erregt. Diese Vorkommnisse führten u.a. zu obligatorischen Testanwendungen in den Blutbanken.

[91] Die Vorstellung eines viralen Verursachers beruht auf dem *naturwissenschaftlichen Krankheitsverständnis***.** Die naturwissenschaftliche Auffassung von Krankheit ist prägend für die moderne Biomedizin, und sie entstand im Einflußbereich des okzidentalen Rationalismus (Labisch 1992; Schachtner 1999). Der Prototyp des naturwissenschaftlichen Krankheitsverständnisses verkörpert sich im *ätiologischen Modell*, das sich in der Mitte des 19. Jahrhunderts in der Zellularpathologie und in der Keimtheorie entwickelt hat und aus folgenden Grundprämissen besteht: a) jede Erkrankung besitzt eine spezifische Ursache, sogenannte Erreger; sie ist daher kausal determiniert b) jede Krankheit zeichnet sich durch eine Grundschädigung aus und c) Krankheiten identischer Ursachen produzieren mehr oder weniger die gleichen klinischen Symptome, die immer für einen ähnlichen Krankheitsverlauf sorgen (Siegrist 1977: 143; Schachtner 1999: 38).
Diese Prämissen ermöglichen die Anwendung standardisierter diagnostischer und therapeutischer Techniken. Charakteristisch für ein naturwissenschaftliches Krankheitsverständnis ist das Primat des Körpers, welches das medizinische Interesse auf die organische Krankheit lenkt, während es den Kranken in seiner Gesamtpersönlichkeit und mit seinen lebensweltlichen Bezügen als irrelevant ausblendet (Schachtner 1999: 38).

Modells überhaupt erst ermöglicht haben. Die Besonderheit am viralen Verursacher "Hiv" ist, daß für ihn zugleich ein lokales Setting im Sinne eines "natürlichen Herkunftsortes" kontruiert wurde. Seine Abstammung "out of Africa" hat eine wichtige diskursive Funktion in der biomedizinischen Konstruktion von Aids, die ich am Beispiel seiner Lokalisierung in Haiti (s.u.) als weiteren "natürlichen Ursprungsort" herausarbeiten werde.

Transformationen ethnischer in medizinische Kategorien: Das Beispiel der "Haitianer"

Obwohl es absurd erscheint, eine ganze Nation als Risikogruppe zu klassifizieren, wurden die Haitianer in den offiziellen epidemiologischen Kategorien des *Centers for Disease Control* mehr als zwei Jahre lang als eine solche geführt [92]. Zwischen 1982 und 1983 wurde Aids im *Morbidity and Mortality Weekly Report* quasi sogar als "tropische Krankheit" präsentiert, die von Touristen in die USA eingeschleppt worden war (Treichler 1988) [93]. Mit dem Hinweis auf einen wissenschaftlichen "racist bias" [94] allein wird dieser definitorische Zugriff auf eine komplette Nation als Risikogruppe aber nur ungenügend erklärt. Vielmehr ist es die Ökonomie und Dynamik des medizinischen Diskurses selbst, die derartige Paradoxien hervorbringt und die "Haiti-Performance" notwendig machte (Preda 1997: 86) [95]. Am Beispiel der "Haitianer" läßt sich besonders gut die biomedizinische Diskurs-Dynamik aufzeigen, die darauf beruht, daß durch Ausschluß anderer, bereits vorhandener Risiko-Kategorien, neue konstruiert werden.

Der erste Bericht über *"Opportunistic Infections and Kaposi´s Sarcoma among Haitians in the United States"* erschien am 9. Juli 1982 [96]. Die *Morbidity and Mortality*-Veröffentlichung unterschied zwischen "Haitianern in den USA" und "Haitianern in Haiti", wobei die Erkrankung beider Gruppen jeweils als unterschiedlich problematisch präsentiert wurde (ebd.) [97]. De facto

---

[92] Medizinische Berichte über das "Haitian risk" gab es sogar bis 1987 (Preda 1997: 86).

[93] Zum Merkmal der "Fremdheit" im Zusammenhang mit Aids und anderen Krankheiten siehe Kapitel II.1.

[94] Mehrere Untersuchungen (z.B. Treichler 1989) fokussieren auf den "racist bias" im biomedizinischen Aids-Diskurs.

[95] Zur Diskriminierung von Haitianern, die diese Klassifizierung vor allem in den USA zur Folge hatte, siehe ausführlicher Farmer 1990: Aids and Accusation - Haiti, Haitians and the Geography of Blame. Boston.

[96] Morbidity and Mortality Weekly Report; Vol. 31, Nr. 26, S. 353.

[97] "The recognition of Kaposi´s sarcoma and opportunistic infections in Haiti is temporally related to the appearance of Aids in the United States. The earliest possible case of opportunistic infections in Haiti that is known to our group occured in July 1978, and the first case of fulminant Kaposi´s sarcoma was diagnosed in June 1979: The first cases of Kaposi´s sarcoma and opportunistic infections in homosexual men in the United States were documented in early 1978. We do not believe that Aids was present in Haiti before 1978. This contention is supported by the clinical experience of practicing pathologists and dermatologists in Haiti and by our inability to identify earlier cases through examination of autopsy and biopsy records. It also seems likely that Haitians would have presented to U.S. hospitals sooner if Aids have been occuring in Haiti before 1978" (The Lancet, October 1983, S. 877).

wurden so ethnische Risiko-Kategorien von Haiti und den USA in Abgrenzung zueinander konstruiert. In der Ökonomie der Risiko-Klassifizierungen spielt dies eine wichtige Rolle, denn die "Haiti"-Kategorie und ihre Variationen machen innerhalb des Diskurses durchaus Sinn: "Haitianer" werden durch Ausschluß anderer Kategorien in die Risiko-Gruppen integriert. Sofort, nachdem die ersten diagnostizierten haitianischen Patienten als Homosexuelle und Drogenbenutzer ausgeschlossen worden waren, wurde damit begonnen, für sie eine eigene Risiko-Klassifizierung zu definieren, die auf die endemische Häufigkeit von Tuberkulose in Haiti zurückgeführt wurde [98]. Allerdings war auch dies zunächst umstritten. Es wurde argumentativ dagegengehalten, die Haitianer könnten ebenso gut in die homosexuelle Risiko-Kategorie einsortiert werden, da:

> "Haitian physians investigating in Haiti and in the United States have established that more than 30 percent of the Haitian Aids population have actually admitted to homosexual experience" (Mündliches Statement eines Arztes auf einem internationalen Kongress, zit. in Preda 1997: 93).

Diese Stellungnahme brachte die "Haitianer" von einem Extrem ins andere: Eine Nation ohne Homosexuelle [99] wurde transformiert in eine, in der die Homosexualität eine weit verbreitete Alltagserfahrung ist. Mitte der achziger Jahre spielten die "Haitianer" eine zentrale kausale Rolle im epidemiologischen Modell von Aids, obgleich die Forderung nach Reklassifizierung seitens klinischer Berichte - veröffentlicht durch haitianische Ärzte - immer lauter wurde; sie forderten eine Umwandlung der haitianischen Risikokategorie in andere Kategorien. Begründet wurde dieser Vorstoß damit, es handele sich bei den "Haitianern" um keine legitime medizinische Kategorie, sondern um eine ethnische.

> "[...] three social/medical groups, homosexuals, intravenous drug abusers andhemophiliacs, and one ethno-national community, Haitian immigrants, were labelled as being responsible for the eruption and the spread of Aids outbreak. For the first time in history, a disease was being attributed to a nationality without clear epidemiologic or scientific justification" (Dr. Jean C. Compas, zit. in Preda 1997: 92).

Analog zu der These, ein ansteckender Virus könnte die Grenze zwischen dem Tier- und dem Menschenreich passiert haben, so repräsentierte Haiti einen "plausiblen" und vorstellbaren Ort, an

---

[98] "The occurence of opportunistic infections among adult Haitians with no history of underlying immunosuppressive therapy or disease has not been reported previously. However, 11 cases or disseminated Kaposi´s sarcoma have been diagnosed by dermatologists in Port au Prince, Haiti, over a period of 2 1/2 years. The reason for the high prevalence of disseminated tuberculosis among the group of patients discussed above is not known; but a high prevalence of tuberculosis has been documented among recent Haitian entrants, and the disease has been reported to disseminate more frequently among persons who are immunocompromised" (MMWR, Vol. 31, Nr. 25/ 1982, S. 360).

[99] "There is a very strong bias against homosexuality in Haiti, and our data may underestimate this risk factor" (New England Jouurnal of Medicine, Vol. 309, Nr.16, 1983, S. 949).

dem diese "Passage" stattgefunden haben könnte [100]. In diesem Konzept wurde Haiti, wie Afrika auch, zu einem Setting konstruiert, an dem derlei interartliche Grenzüberschreitungen durch die soziale (und sexuelle) Nähe zwischen Tier und Mensch generell begünstigt würden. Die Kategorie der "Haitianer" erfüllte damit zwei wichtige Kriterien für die Konstruktion des Aids-Risikos: Durch die Abgrenzung zu den anderen Risikogruppen wurde eine neue geschaffen, die zudem - als Ergänzung zu Afrika - eine weitere naturalistische Erklärung für die Transmissionswege des Erregers bereitstellte. Zusammen mit den "Afrikanern" erfüllten die "Haitianer" im Diskurs die Funktion, einen "Ursprungsort" von Aids im Sinne eines geographischen, sozialen und kulturellen Settings zu konstruieren; einen Ort, an dem der Erreger schon lange zuvor in Ruhestellung bzw. schlafend präsent gewesen war, bevor er "entdeckt" wurde (Preda 1997: 173).

Die Verräumlichung des "Risikos”

In den medizinischen Berichten der Mitt-achziger Jahre wurde insbesondere die "haitianische Risikogruppe" widersprüchlich dargestellt; einerseits als eine statische und immobile Gruppe, die fest verwurzelt in einer traditionellen sozialen Umgebung lebt und andererseits als eine, die nach Nordamerika immigriert oder zwischen Zentralafrika und Haiti hin und her pendelt - um bei dieser Gelegenheit auch die Immunabwehrschwäche zu verbreiten. Damit ist sie Teil eines interpretativen Umgangs mit Risikofaktoren, die weniger als Aspekt individueller Krankengeschichten, sondern mehr im Sinne kollektiver geographisch-sozialer Umgebungen aufgefaßt wurden. Diese *"risk spaces"* (Preda 1997: 216) wurden dargestellt als Orte, die vielfältige Gelegenheiten für intensive "Risikokontakte" bereitstellten. Bei den "Haitianern" war es die Konzentration von Armut in den Slums von Port-au-Prince; in den späteren medizinischen Berichten war es der ländliche Rahmen primitiver "Rituale", der Infektionsmöglichkeiten begünstigte (ebd.). Bei der "Risikogruppe der Drogenbenutzer" waren es die "shooting galleries" und im Fall der "homosexuellen Risikogruppe" führten die leicht zugänglichen Saunen und Treffpunkte der homosexuellen Subkultur, vorzugsweise in San Franzisco, zur Infektion. Bei "Kindern" und "festen weiblichen Sexualpartnerinnen" verkörperte sich das Infektionsrisiko im gemeinsam geteilten "Haushalt".

> "All these models of risk factors presented a narrow social context, providing opportunities for multiple direct contacts, as `risk`. The syndrome was like a kind of contagious disease, whose transmission was determined in the first place by the place where it happened" (Preda 1997: 216).

[100] Diese These wurde zum ersten Mal in einem Brief an *The Lancet* veröffentlicht, den ein Virologe aus Harvard geschrieben hatte (April 1983, Nr. 23). Das darin geäußerte Hauptargument war, daß eine mögliche Übertragung vom Tier zum Menschen stattgefunden haben könnte; ein Erklärungsmodell, das sehr schnell institutionalisiert wurde.

Eins der ersten verräumlichten Infektionskonzepte war das "San Francisco Model", das darauf basierte, daß die "homosexuelle Risikogruppe" sich in einigen wenigen Straßenzügen der Stadt konzentrierte. Diese Häuserblocks wurden auf einem eigens dafür angefertigten Stadtplan hervorgehoben und nach Infektionsraten, Übertragungsmodellen sowie dem Anteil der "homosexuellen" und "heterosexuellen" Bevölkerung eingeteilt [101]. Nach demselben Muster erfolgte später die Einteilung anderer städtischer "Risikozonen", beispielsweise die der "Drogenbenutzer" in New York und die der "risikoreichen Begegnungszonen" zwischen "homosexuellen" und "heterosexuellen" Männern, z.B. in öffentlichen Parkanlagen [102]. Auf diese Weise wurden - bezogen zunächst nur auf einige wenige Großstädte in den USA - individuell markante Risikofaktoren für jeden Stadtteil konstruiert und gleichzeitig wiederum erscheinen die speziellen Risikofaktoren als lokal bedingte (Preda 1997: 221).

Bei all diesen Zuschreibungen stand die *Verräumlichung des Risikos* im Zentrum des Diskurses. Mit der räumlichen Konfiguration des Risikos wurde die Vorstellung einer *"risk environment"* (ebd.) konstruiert; eine rhetorische Figur, die das Infektionsrisikos quasi lokalisierte und gleichzeitig eingrenzte. Simultan wurde damit implizit die Möglichkeit zur Kontrolle einer weiteren Ausweitung der Epidemie suggeriert: Wer diesen Orten fernblieb, schien vor einer Infektion sicher.

Moderne Sagen in der Wissenschaft: Von dem Mann, *"der uns Aids brachte"*

Unter der Leitung von David Auerbach und William Darrow entdeckten einige Wissenschaftler des *Centers for Disease Control* im Herbst 1982, daß 9 von 13 homosexuellen Patienten, die sie in Los Angeles befragten, untereinander eine Art *"sexuelles Netzwerk"* bildeten (CDC-report 1982, zit in Preda 1997). Während der letzten fünf Jahre hatte jeder dieser neun Patienten sexuellen

---

[101] *The Lancet*, April 1983, S. 924. Die "homosexuelle Bevölkerung" wurde in einem Artikel folgendermaßen definiert: Alle Männer über 15, die nie verheiratet waren plus die ehemals verheirateten Homosexuellen abzüglich die Anzahl der nie verheirateten heterosexuellen Männer (ebd.). Zwei Zonen wurden eingezeichnet: Zone A mit der höchsten Rate einer homosexueller Bevölkerung und Zone B, die Zone A einschloß. Krankheitsfälle aus den städtischen Kliniken wurden ebenfalls aufgrund des Wohnsitzes in den Stadtplan mit einbezogen; zudem wurde die gesamte "homosexuelle Bevölkerung" im Computer vermerkt. Meiner Meinung nach wären allein diese statistischen Konstruktionen eine eigenständige Analyse wert, was im Rahmen dieser Arbeit leider nicht zu leisten ist. Der Artikel jedenfalls endete mit diesen Schlußfolgerungen:
"If the proportion of gay men among all men in area B were about 40 % of that in area A, the two sets of rates would be comparable. However, there is reason to suppose that incidence rates of Aids are different among different groups of gay men, depending on aspects of lifestyle and previous exposure to infectious diseases. Thus the lower rates in area B may represent a combination of different lifestyles and zhe smaller proportion of gay men among all men in area B. [...] Although incident rates are given by geographical area we are not saying that geographical proximity is associated with risk, or that area A is a focus of infection in the classical sense. We think that rates are high in area A and B because they contain the principal gay neighborhoods of the city, and most San Francisco cases are among gay or bisexual men. Given the large number of cases among gay or bisexual men in these areas, the small number of reported cases among heterosexual men and among women suggests, perhaps, that Aids is not easily transmitted by non-sexual personal contact" (ebd.).

[102] Journal of American Medical Association, Vo. 253, Nr.2/ 1985, S. 217.

Kontakt mit einem anderen Mitglied der Gruppe gehabt. Daraufhin wurde eine "Geschichte der Beziehungen" zwischen der kalifornischen Gruppe und einer ähnlichen Gruppe in New York rekonstruiert. Als Ergebnis kristallisierte sich heraus, daß ein junger Steward der Air Canada, Gaetan Dugas, im Zentrum des erstellten Beziehungsdiagramms erschien. Bei weiteren Recherchen ergab sich, daß Dugas von den bis April 1982 diagnostizierten 248 Erkrankungen mindestens 40 angesteckt haben soll, da er Sexualpartner von neun der 19 ersten Krankheitsfälle in Los Angeles, bei 22 Patienten in New York und bei neun Fällen in anderen Städten (Miami, Chicago etc.) gewesen war.

Als Steward einer Fluggesellschaft, der auch in seiner Freizeit viel unterwegs war, soll er den Hi-Virus entlang seiner Flugroute verbreitet haben, während er selbst bis November 1982 keinerlei Symptome zeigte. Bis zu seinem Tod im März 1984 - im Alter von 32 Jahren - erschien er bei mehreren medizinischen Interviews und öffentlichen Talkshows und wurde dort als *"Patient zero"* bzw. als *"the man who brought us Aids"* präsentiert (Crimp 1988: 75). Amerikanische Epidemiologen interpretierten den Fall Dugas als Demonstration für die These, daß

> "[...] the point of intersection in a network of sexual contacts established the reality of intimate transmission, the activism of some individuals, the danger of contagion" (Grmek 1990 : 19).

Das Wort "activism" ist in diesem Zusammenhang als *Promiskuität* und zwar als *homosexuelle* Promiskuität zu interpretieren. Tatsächlich rückte unter den Wissenschaftlern im Umgang mit der Ansteckungsgefahr die Promiskuität von Beginn an in den Mittelpunkt des Aids-Diskurses. Die Homosexuellen als gesellschaftliche Gruppe wurden unabhängig von einer diagnostizierten Erkrankung aufgrund ihres promisken Lebensstil als unvernünftig hingestellt. Der Fall Dugas kann hier nur als extremes Beispiel - und als Karikatur - gedeutet werden. Zwar eignet sich die Betrachtung dieses Falls als *Sample* für Ausbreitungspotentiale, die Konstruktion "Patient zero" ergibt jedoch keinen Sinn, da sich Dugas zuvor bereits angesteckt haben kann und seine Partner ebenfalls; die Möglichkeit einer Überprüfung, wer als erster infiziert war, ist nicht gegeben. Die Annahme, daß Dugas ein möglicher Promotor der Krankheit gewesen sein soll [103], stützte sich vor allem auf seine Promiskuität - er soll nach eigenen Angaben etwa 250 Partner pro Jahr gehabt haben - aber auch der Umstand, daß alle seine Partner infiziert waren, dürfte mit dazu beigetragen haben, ihm den Status des Krankheitsimporteurs zuzuweisen. Zudem war er für die US-amerikanische Öffentlichkeit Ausländer (Franko-Kanadier), ein Status, der für die Zuweisung der Rolle eines "Unheilbringers" ohnehin traditionell prädestiniert [104].

---

[103] Diese Annahme ist später auch von den Homosexuellenverbänden rezipiert worden; insbesondere die Entstehungsgeschichte von Aids aus Sicht von Homosexuellen (Shilts 1987) greift das Beispiel Dugas immer wieder auf als Mahnung an seine Community, einen weniger promisken Lebenswandel zu führen.

[104] Vgl. Kapitel IV.5.1 – Die Konzeptualisierung von Aids als Krankheit aus der ”Fremde”.

Das Patient-zero-Beispiel verdeutlicht, daß bei der Konstruktion und wissenschaftlichen Klassifizierung von Aids und seinen Ausbreitungswegen moralische Voreingenommenheiten die Prämissen, unter denen die Krankheit erforscht wurde, entscheidend mitgeprägt haben. Die Forschungen des *Centers for Disease Control* über "sexuelle Netzwerke" werfen ein Licht auf den Blick, mit dem die Wissenschaftler die *Neue Krankheit* betrachtet haben. Innerhalb ihrer Deutungsregeln repräsentiert die *homosexuelle Promiskuit* eine pathologische Erscheinung an sich und zudem eine medizinische Negativ-Kategorie, die wiederum andere Krankheiten zwingend nach sich zieht (Conrad 1980; Clatts/ Mutchler 1989; Treichler 1988; Preda 1997). Der *"Zahlentanz"* (Torres/ Rancel 1992), der zur Ermittlung der (homosexuellen) Promiskuitätsrate aufgeführt wurde sowie das penible – zuweilen voyeuristische - Interesse der Forscher an Sexualpraktiken führte insgesamt zum Ergebnis einer wissenschaftlichen Kodierung von *Sexualität als Risiko*.

Diskursive Gegenentwürfe und "Ketzerbriefe"

Mittlerweile haben sich in der wissenschaftlichen Forschung auch einige Häretiker zu Wort gemeldet, die grundsätzliche Kritik an dem ätiologischen Aids-Modell vortragen. Als einer der prominentesten und hartnäckigsten soll hier beispielhaft Prof. Peter Duesberg - Molekularbiologe an der Universität Berkeley - Erwähnung finden. Seiner Auffassung nach *"gibt es überhaupt kein Aids"*, sondern er hält die Auseinandersetzung mit dem Hi-Virus für

> "[...]die Erfindung einiger Virologen, die sich damit profilieren wollen. Aids ist ein pseudowissenschaftliches Gerüchtesystem, das religiöse Aspekte beinhaltet" (Interview in Science 22, 7/88).

Seine Hauptkritik am ätiologischen Aids-Modell richtet sich dabei gegen den angenommenen *Kausalzusammenhang* zwischen dem Virus und *"einem Krankheitsbild, das sich aus 25 verschiedenen Krankheiten zusammensetzt, die nichts miteinander gemeinsam haben"* (ebd.). Gegen die biomedizinischen Aids-Konstruktionen wendet er folgende Argumente ein:

- Das Kriterium des Antikörper-Nachweises und die nachgewiesene Zunahme der Antikörper-Reaktionen weisen seiner Meinung nach eher auf ein gut funktionierendes Abwehrsystem hin als auf einen baldigen Tod.
- Darüber hinaus spräche auch die Inaktivität des Hi-Virus bei Ausbruch der Krankheit gegen den angenommenen kausalen Zusammenhang zwischen Hiv und Aids.
- Schließlich aber sei der Befall von Immunzellen beim "Hiv-Positiven" mit dem Virus derart gering, daß auch dadurch der Kollaps des Immunsystems nicht ausreichend erklärbar sei (Duesberg in Science 22, 7/88).

Um die Widerlegung der "Aids-These" öffentlich zu demonstrieren, hat er das Experiment vorgeschlagen, sich den Hi-Virus, den er für harmlos hält, injizieren zu lassen und damit zu beweisen, daß es keinen Zusammenhang zwischen dem Virus und der Kausalität/Ätiologie von Aids gibt [105]. Zudem hält er den Hiv-Test für überflüssig und schädlich, da er bei positivem Befund zu einer Haltung der Todeserwartung bei den Patienten führe; dies belegt er mit der überproportional hohen Selbstmordrate unter Hiv-Positiven. Da seiner Auffassung nach lediglich eine *Korrelation* zwischen Hiv und Aids, aber kein Hinweis auf einen Kausalzusammenhang erwiesen ist, hält er Aids für eine Konstruktion und Erfindung von Virologen. In diesem Zusammenhang übt er darüber hinaus scharfe Kritik an der medikamentösen Behandlung mit AZT [106], weil dadurch

> "[...] die gleichen Zellen zerstört werden, die häufig bei den sogenannten 'Aids-Patienten' Mangelware sind. AZT ist ein Gift, mit dem unter dem Aids-Vorwand massenhaft bestimmte Leute, vor allem Schwule, umgebracht werden" (Science 22, 7/88).

Diese provokative Stellungnahme ist deshalb bedeutsam, weil sie aus den Reihen der biomedizinischen Wissenschaftler selbst kommt und deutlich *dekonstruktivistische* Merkmale beinhaltet. Die gesamte Klassifizierung des Krankheitsbildes Aids wird hier in Frage gestellt. Meiner Meinung nach ist dieses "Gegen-den-Strom-Schwimmen" zwar durchaus plausibel, außerdem erfrischend unkonventionell, andererseits aber ist auch eine gewisse Skepsis angebracht, wenn eine Krankheit, von der man noch wenig weiß, derart verharmlost wird.

Allerdings geht es ohnehin weniger um Wahrheitsfindung, sondern um die Funktion von *Mindermeinungen* im wissenschaftlichen Diskurs; sie verdeutlichen durch den Widerstand, der ihnen seitens der etablierten Wissenschaftler-Gemeinde entgegenschlägt, daß es innerhalb jeder wissenschaftlichen Disziplin um die Produktion von Konformität hinsichtlich der Grundkonzepte ihrer Ideologie und deren praktischer Anwendung geht. Sowohl die Biomedizin als auch andere Wissenschaften müssen nach außen ein einheitliches Auftreten präsentieren - in wirtschaftlichen Zusammenhängen würde man dies "Corporate Identity" nennen -, um ihre Autorität zu wahren. Daher haben alle wissenschaftlichen Disziplinen Strukturen institutionalisiert, die Konformität sowohl produzieren als auch stabilisieren (Wolpe 1990); vor allem dadurch, daß sie den fachspezifischen Diskurs kontrollieren.

Abweichler oder Vertreter einer Mindermeinung werden in diesem Zusammenhang als Häretiker bewertet und durch subtile Kontrollmechanismen von einer aktiven Mitgestaltung des Diskurses ausgegrenzt - z.B. durch ignorieren, lächerlich machen, Zitierkartelle u.a. Ursprünglich wurden

---

[105] Er verbindet diesen Vorschlag allerdings mit der Forderung, daß ein Wissenschaftler aus der *"Aids-Befürworter-Fraktion"* ihm den Virus injiziert, da er anderenfalls - wohl zu recht - befürchtet, daß man ihm die Durchführung des Experiments nicht glauben würde (Science 22, 7/ 88).

[106] Azidothymidin - ein antivirales Medikament.

als Ketzer diejenigen Menschen seitens der mittelalterlichen Kirche bezeichnet, die "vom wahren Glauben" abfielen und sich damit dem hegemonialen Machtanspruch der Kirche entzogen (Wolpe 1990: 922). Zwar sind Wissenschaft und Biomedizin demgegenüber - zumindest theoretisch - offener für Herausforderungen oder Veränderungen, aber der wissenschaftliche Prozeß selber gilt als unantastbares Sakrileg (ebd.: 923) und verändert sich nur unter extremem Widerstand. Theoretische Entwürfe, die sich gegen die Wissenschaft selbst als einziges legitimiertes paradigmatisches Glaubenssystem richten, gelten als ebenso revolutionärer Angriff wie es veränderte Glaubensinterpretationen für die Kirche im Mittelalter darstellten (ebd.)

Am Beispiel der biomedizinischen Konstruktion von Aids werden die Machtverhältnisse zwischen den Institutionalisierunginstanzen deutlich (Treichler 1992: 69). Treichler betont, daß sich die Konstruiertheit von Hiv/Aids im Sinne eines Krankheitskomplexes, wie wir sie heute kennen, erst auf dem internationalen Aids-Kongress 1989 in Montreal durchsetzte als Folge einer mächtigen Lobby von Zitationszirkeln, die sich um die Entdecker des Hi-Virus scharte (ebd; Hammer 1996: 166). Daran wird auch deutlich, wie wichtig sprachliche Vereinbarungen sind. Andere Theorien über Aids werden schlichtweg "mundtot" gemacht, obwohl die Aidsforschung seit Jahren zu keinen hilfreichen neuen Ergebnissen mehr gekommen ist (ebd.).

Ein anderer "Querulant" in den Reihen der Biomedizin ist der New Yorker Arzt Joseph Sonnabend. Auch er liefert einen Gegenentwurf zum üblichen Hiv/Aids-Paradigma. Paula Treichler faßt seine Thesen folgendermaßen zusammen:

> "Wheather or not Hiv is a causal factor, the epidemic in his view is most likely the product of immune suppression caused by dramatic social and environmental changes during the 1970s and the action of other widespread viruses. He has wanted to see these factors investigated as well as the potential role of syphilis, malnutrition, malaria, repeated sexually transmitted diseases (STD) and drug use; he founded the `Journal of Aids Research´ to provide a forum for nonviral research" (Treichler 1992: 80).

Dieser Ansatz würde eine völlig andere Politik erfordern. Aids müßte dann nicht mehr im Rahmen von Gesundheitsförderung betrachtet werden, sondern bedeutete das Eingestehen einer globalen Sozial- und Gesundheitskrise (Hammer 1996). Warum also hat sich die Hiv-Verursacherkonstruktion als monokausale Erklärung, die neben sich keine andere duldet, so erfolgreich durchgesetzt? Mit Foucault gesprochen:

> "Die Beschreibung der diskursiven Ereignisse stellt die Frage: wie kommt es, daß eine bestimmte Aussage erschienen ist und keine andere an ihrer Stelle?" (Foucault 1987: 42).

Einen Erklärungsansatz hierfür bieten die Vertreter des *Konstruktivismus*. Dieser theoretische Ansatz betrachtet jede Medizin als Ausdruck und Produkt derjenigen Kultur, in der sie praktiziert

wird. Eine der frühesten Arbeiten, die als eine konstruktivistische bezeichnet werden kann, ist die Untersuchung von *Fleck* (1935) über *"die Entstehung und Entwicklung einer wissenschaftlichen Tatsache"*. Er verdeutlicht darin, auf welche Weise *"der wissenschaftliche Denkstil und das wissenschaftliche Denkkollektiv"* (Fleck 1980: 38) geprägt werden von kulturellen Ideologien und hat nachgewiesen, daß bereits bei der Erforschung der Syphilis die wissenschaftlichen Ergebnisse von der Vorstellung einer "Lustseuche" maßgeblich beeinflußt worden sind. Darüber hinaus belegt Flecks Untersuchung die Zählebigkeit einmal veröffentlichter wissenschaftlicher Aussagen.

> "Eine einmal veröffentlichte Aussage gehört jedenfalls zu den sozialen Mächten, die Begriffe bilden und Denkgewöhnungen schaffen; sie bestimmt gemeinsam mit allen anderen Aussagen, was man 'anders nicht denken kann'. Auch wenn sie bekämpft wird, wächst man mit ihrer Problematik auf, die innerhalb der Gesellschaft kreisend, zur sozialen Verstärkung gelangt. Sie wird selbstverständliche Realität, die dann ihrerseits weitere Erkenntnisakte bedingt (Fleck 1980: 52).

Laut Fleck gäbe es also kaum eine Möglichkeit, an der einmal geschaffenen "Realität" des monokausalen Erklärungsparadigmas "Hiv/Aids" vorbeizukommen bzw. daneben einen alternativen Entwurf zu etablieren. Die Abweichler werden nicht ernstgenommen und genießen allenthalben das Image von "Hofnarren", wenn sie auf internationalen Aids-Konferenzen ihre Forschungen präsentieren. Die Sichtweise "Hiv = Aids" hat de facto den Rang eines wissenschaftlichen Monopols inne und ihre Vertreter achten akribisch darauf, daß ihr Definitionsmonopol und ihr Alleinvertretungsanspruch auf Aids nicht angetastet wird.

Medical Detectives: Die metaphorische Dramaturgie einer Interpol-Fahndung

Gegenüber der (Wissenschafts-)Metaphorik des 19. Jahrhunderts, die einen heroischen Kampf der Forschung gegen blindwütige Naturgewalten bildhaft ausgestaltete, wird durch die Medien-Darstellung des Aids-Virus, dessen "Gesicht" weltweit erstmals im "Spiegel" (Nr.18/86) zu begutachten war, die akribische Verfolgung eines besonders heimtückischen und unberechenbaren Delinquenten medienwirksam in Szene gesetzt. Die Gemeinde der forschenden Wissenschaftler wird als eine Art internationales Fahndungsteam beschrieben, das mit der neuesten Raffinesse an Fahndungs-Technologie ausgestattet, den viralen Umtrieben und Machenschaften hinterherforscht - meist, wenn es bereits zu spät ist. Sie hat auch bereits "Indizien" gegen den Verdächtigen in der Hand und *"ist ihm auf der Spur"* ("Zeit" Nr.11/83) [107].

[107] Um die Schlüssigkeit des Fahndungszenarios konsequent zu Ende zu führen, könnte man die Geschichte so weitererzählen: Dem mutmaßlichen Täter, dessen "Fahndungsname" als *"mörderische Mikrobe"*, *"Killer-Virus"* und *"verschlagener, heimtückischer Massenmörder"* angegeben wird, ist es bisher durch listige Ablenkungsmanöver, geschickte Tarnung und Überfälle auf Zellen des Immunsystems erfolgreich gelungen, sich der Gefangennahme durch die wissenschaftlichen Ordnungshüter zu widersetzen. Obwohl der "Steckbrief" des Mörders vorliegt und man an den dahingemeuchelten Abwehrzellen seine "Fingerabdrücke" nachweisen konnte, narrt er weiterhin die international organisierte "Wissenschaftler-Kripo" in ihrem Bemühen, seiner habhaft zu werden.

Während die Medizin bis zum Auftauchen von Aids als ein jahrhundertealter Feldzug betrachtet wurde, der sich seinem siegreichen Ende näherte, wird jetzt erneut hochgerüstet, diesmal gegen einen Feind, der als besonders verschlagen gilt. Wie bereits bei Krebs, wird auch Aids als Invasion beschrieben, wegen seiner sexuellen Übertragbarkeit bekommt es zusätzlich eine an die Syphilis erinnernde Metapher verliehen: die der *Verunreinigung*. Mit Aids wird also die Aura von Krebs und Syphilis in einem assoziiert (Sontag 1989). Während jedoch bei Krebs eine Mutation [108], also ein subversiver Akt im Innern des Körpers stattfindet, ist bei der Beschreibung von Aids der Krankheitserreger ein *Feind, der von außen kommt:*

> "Der Eindringling ist sehr, sehr klein...Späher des körpereigenen Immunsystems wittern die Gegenwart des winzigen Fremden und alarmieren das Immunsystem, das ein Truppenaufgebot von Zellen - die Antikörper produzieren - mobilisiert. Aber das Aids-Virus ignoriert zielstrebig viele der Blutzellen, die sich ihm in den Weg stellen, entkommt den rasch vorrückenden Verteidigern und steuert den Hauptkoordinator des Immunsystems, eine Helfer-Zelle, an [...]" ("Time Magazine" 1986, zit. in Sontag 1989: 20).

Der Aids-Erreger wird in all diesen Bildern porträtiert als eine Art pfiffiger und cleverer gesetzesloser Schurke, der seine zahlenmäßig überlegenen Feinde "austrickst" und ihnen entkommt. Überdies wird in dieser Charakterisierung der Mikrobe die Inszenierung eines Guerillakämpfers ausgedrückt, der in feindlicher Absicht unauffällig in das Territorium des menschlichen Körpers eindringt und sich dort so lange versteckt hält, bis es zu spät ist [109].

---

[108] Die Mutation ist ein Standard-Motiv der Science-Fiktion-Literatur; entweder kommen Mutanten aus dem Weltraum oder es geschehen zufällige Mutationen unter den Menschen (Sontag 1989).

[109] In ähnlicher Manier werden sonst in der politischen Berichterstattung ausschließlich kommunistisch gesteuerte Anschläge geschildert. In diese Vorstellung paßt auch, daß eine der zahlreichen miteinander konkurrierenden Ursprungstheorien über Aids kubanische Söldner als Verursacher annahm, die auf diese Weise eine Invasion des kapitalistischen Westens vorbereiteten (Rühmann 1985: 71).

Fazit: Die Intensivierung und Verdichtung des medizinischen Machtmonopols durch Aids

Die verschiedenen Stadien im Verlauf des biomedizinischen Konstruktionsprozesses von Aids zeigen, auf welche Weise komplexe Krankheiten dem wissenschaftlichen Reduktionismus unterworfen und in das wissenschaftliche Krankheitsverständnis übernommen werden. An der biomedizinischen Konstruktion von Aids, die als ein Muster auch für andere Krankheiten gelten kann, treten die Regeln hervor, nach denen Krankheiten unter die medizinischen Klassifikationsschemata subsumiert werden. Prinzipiell gelten diese vom medizinischen Diskurs hervorgebrachten *"rules of seeing"* (Preda 1997) auch für alle Krankheiten vor Aids.

Das Besondere an der Hiv-Erkrankung ist dem Umstand zu zollen, daß hier beispielhaft an einer einzigen Krankheit – quasi in einer Art *Zeitraffer* - vorgeführt wird, auf welche Weise diese wissenschaftlichen Vereinheitlichungen und definitorischen Einfügungsstrategien wirksam werden. Eine Analyse des medizinischen Aids-Diskurses bietet nämlich auch im Hinblick auf die Analyse historisch vorausgegangener Krankheitsdiskurse (z.B. Krebs oder Tuberkulose) eine erweiterte Perspektive. Aids ist also vor allem ein gutes Beispiel für die Freilegung von Mikroprozessen im medizinischen Krankheitsdiskurs und bietet die Möglichkeit, *"the making of a disease in our life time"* (Preda 1997) zu beobachten. Zugleich ist durch das Auftauchen von Aids das medizinische Macht- und Definitionsmonopol deutlich gestärkt worden. Der biomedizinische Aids-Diskurs kann sogar als Paradebeispiel, als eine Art soziale Bühne zur Festschreibung des medizinischen Machtmonopols verstanden werden.

Über die Vermittlung der Medien, die als Multiplikatoren die wissenschaftlichen Vorgaben kultur- und länderspezifisch aufbereiten, gelangen die medizinisch vorformulierten Denkfiguren als wissenschaftliche "Tatsachen" in die Lebenswelt und werden in das "Laienwissen" über eine *Neue Krankheit* eingespeist (Boeker 1993). Erneut verdeutlicht sich an dieser Wechselbeziehung zugleich, inwieweit die medizinische Wissenschaft selbst von kulturbedingten Vorstellungen beeinflußt wird (Payer 1993). Besonders bei der wissenschaftlichen Kodierung von (Homo-)Sexualität als Risiko sowie bei der Konstruktion von Afrika und Haiti zum "Ursprungsort" von Aids wird die medizinische Wissenschaft als eine mit kulturellen Vorurteilen getränkte Institution erkennbar, die die Legitimierung globaler sozialer Ungleichheit und Ausgrenzung in die scheinbar objektive Sprache der Pathologie kleidet und sie auf diese Weise naturalisiert [110].

In der wissenschaftlichen Repräsentation von Krankheitsprozessen mittels traditioneller Deutungsmuster über Fremdheit, Mord und Polizei-Fahndung wird überdies eine bestimmte

[110] Hierin manifestiert sich eine direkte Parallele zur wissenschaftlichen Konstruktion der Zweigeschlechtlichkeit im 18. Und 19. Jahrhundert (vgl. Kapitel II. 2.1 – Das Science-Gender-System), die eine politische Legitimierung zur Ausgrenzung der Frauen aus Wissenschaft und Öffentlichkeit intendierte.

Sicht- und Interpretationsweise für das Auftauchen einer *Neuen Krankheit* festgeschrieben - die von sozialer (und religiöser) Unordnung. Sowohl für die medizinische als auch später für die öffentliche Wahrnehmung wirkte diese Perspektive konstituierend bei der Entstehung der kulturellen Bilder über Aids, wie sie in weiten Teilen der Weltbevölkerung verbreitet sind (Boeker 1993).

2.5 Inscribing Bio Politics: Aids-Prävention als Disziplinar- und Kolonisierungs-Technologie

Gesundheitsaufklärung als bio-politisches Instrument

Am Beispiel des brasilianischen Gesundheitssystems beschreibt Denise Gastaldo (1997), wie mittels Diskursen über Gesundheitserziehung ein gesellschaftliches Management zur normativen Koordination sozialer und individueller Körper betrieben wird. Durch die Einführung neuen (Gesundheits-)Wissens können die Überwachungs- und Disziplinartechniken der Bio-Politik umso effektiver in den Alltag transportiert werden (ebd.). Indem die Leute aufgefordert werden, Entscheidungen über ihre Gesundheit zu treffen und durch eine immer stärkere und aktivere Einbindung in die Gesundheitsvorsorge ihrer selbst und ihrer Familien, wird eine Selbst-Technologie vorangetrieben, die dadurch so wirksam ist, weil sie sich als Appell an die Eigenverantwortung maskiert und im Gewand von Autonomie daherkommt. Moderne Machtpolitik beruht nämlich nicht auf der direkten Kontrolle der Subjekte, sondern setzt auf deren Mitwirkung, indem sie eine Art Privatsphäre mit regulierten Autonomie-Räumen bereitstellt (Gastaldo 1997: 6), die die Subjekte dann allerdings im Sinne der Macht "selbstbestimmt" [111] ausgestalten sollen.

Gesundheitserziehung trägt zur Ausbreitung von Bio-Macht bei, da sie normative Konzepte über "gesundes" Verhalten durchsetzt und dabei mit Orientierungsmaßstäben operiert, die festlegen, was als gesund und was als abweichend zu gelten hat. *"In the traditional approach to health education, the healthy choice is the only choice"* (Gastaldo 1997: 117). Die theoretisch vorhandene Möglichkeit, daß sich jemand nach der Teilnahme an einer gesundheitsaufklärerischen Maßnahme für die Beibehaltung des "ungesunden" Verhaltens entscheidet, wird vom Gesundheitspersonal sogar als Versagen ihres Aufklärungs-Angebots gewertet. Auf diese Weise wird "gesundes Verhalten" als die Norm präsentiert und alle anderen Verhaltensweisen werden zu "Abweichungen" erklärt. Die Verhaltensnormierung ist deshalb so erfolgreich, weil eine mit Autorität ausgestattete gesellschaftliche Instanz - die Gesundheitsdienste - besser als das Individuum wissen *"what is good for you" (ebd: 119).* Dieses

[111] Zum Diskurs der Selbstbestimmung siehe Anne Waldschmidt 1999, Selbstbestimmung als Konstruktion.

Prinzip trägt paternalistische Züge (ebd.: 77) und bringt eine Art *"wohlwollende Vormundschaft"* (Béjin 1984: 254) zum Ausdruck, die die Entscheidungskompetenzen der Konsumenten des Gesundheitswesens quasi auf das Niveau von unmündigen Kindern reduzieren. Das sozial erwünschte Subjekt, das aktiv an Gesundheitserziehungs-Maßnahmen partizipiert und diese in alle seine Lebensbereiche (Familie, Arbeit etc.) hineinträgt, wäre nach Foucault´scher Lesart ein *"Disziplinar-Individuum"* [112], das die Mikropraktiken der Bio-Macht durch Selbsttechnologien an sich selbst vollendet (ebd: 116); vor allem tut es dies, indem es sich selbst und der Gesellschaft gegenüber als individuell verantwortlich für seinen Gesundheitszustand zeichnet und für die seiner Gesundheit zu- oder abträgliche Lebensführung Rechenschaft ablegen muß [113].

Allerdings hat sich generell auf der Ebene der Körper- und Gesundheitspolitk seit den 80er Jahren weltweit der Diskurs von repressiven Strategien - Forderungen nach hygienischen Zwangsmaßnahmen und staatlicher Kontrolle - verschoben hin zu konstruktiven Taktiken wie Gruppenaktivitäten und der Herstellung eines gemeinsamen Wissensfundus zwischen Gesundheitspersonal [114] und Patienten (Gastaldo 1997: 121). Es konnten sich also pädagogische Konzepte durchsetzen, die eine Demokratisierung des Gesundheits-Wissens anstrebten und die dabei mit partizipatorischen Ansätzen vorgingen. Wie Gastaldo überzeugend ausführt, ist aber auch *Partizipation in der Gesundheitsförderung* ein doppelschneidiges Schwert: es bedeutet Empowerment und Kontrolle zugleich (ebd.: 120).

> "The shift from behavioural changes to `participation` represents a new approach to the exercise of bio-politics. Rather than prescriptive norms conduct, `normality` should be constructed in a participatory way" (ebd.: 120).

Gesundheitserziehung und -förderung wären demnach als Strategien anzusehen, die die Zugriffsmöglichkeiten der Bio-Macht auf die Ebene der "grassroot levels" transformieren sollen. Der Prozess der Normalisierung [115] wird dabei durch die Schaffung von Normen vorangetrieben, die nicht mehr nur damit operieren, daß sie sich auf die Sichtweise des Gesundheitspersonals allein konzentrieren, sondern die Nutzer der Gesundheitsdienste sollen jetzt von sich aus aktiv Normen erschaffen und darauf basierende Urteile fällen (ebd.); kurzum, den Adressaten der Gesundheitsaufklärung wird abverlangt, daß sie fortan "selbstständig" und "autonom" Bio-Politk

---

[112] In Anlehnung an die Foucault´sche Terminologie der Disziplinarmacht (siehe Kap. 2.2 - Anm. EB).

[113] Insbesondere wird dies deutlich am Beispiel Rauchen, Alkoholismus und Übergewicht. Seit einigen Jahren werden zudem in der Öffentlichkeit an Krebs erkrankte Patienten moralisiert; ihnen wird mehr oder weniger deutlich vorgeworfen, sie seien zu einem "gesunden" Ausdruck ihrer (unterdrückten) Emotionen nicht fähig (Dornheim 1983).

[114] Dazu werden sowohl das aus Ärzten und Pflegekräften bestehende medizinische Personal gerechnet, als auch Sozialarbeiter und Psychologen (Gastaldo 1997).

[115] Den Begriff der Normalisierung arbeitete Foucault in den 50 er Jahren in seiner Forschung zur "Maladie mentale et psychologie" (dtsch: Wahnsinn und Gesellschaft 1962) heraus, das 1961 erschien. Normalisierung bzw. Normalität wird demnach immer durch Ausgrenzung konstituiert; dies verdeutlicht er an den Narrenschiffen im Mittelalter, in denen die als "abnorm" geltenden Personen aufs offene Meer hinausgeschickt wurden (Foucault 1996).

an sich selbst vollenden. Daher repräsentieren auch bzw. gerade die partizipativen Methoden in der Gesundheitsaufklärung eine bio-politische Strategie, die die aus dem klinischen Kontext entlehnten Disziplinarpraktiken in für Laien verständliches Gesundheitswissen übersetzen, so in die Gesellschaft transferieren und damit ihren Beitrag zur (Bio-)Medikalisierung des Alltags leisten.

Die Bürokratisierung der Sexualität durch "Safer Sex"

Wirklich erfolgreich betriebene Gesundheitsaufklärung im Sinne von Bio-Politik soll bei den Adressaten eine Verhaltensveränderung bewirken ohne daß diese sie als fremdbestimmt erleben (Gastaldo 1997: 119). Nach Foucault´scher Lesart würde dies bedeuten, es wäre als Leitstrategie eine Präventionspolitik zu entwickeln und zu betreiben, die eine Form *konstruktiver* Bio-Macht repräsentiert und dennoch auf die Herstellung beherrschbarer Körper abzielt.

Als *das* gesellschaftliche Experimental-Labor [116] für eine gelungene konstruktive bio-politische Gesundheitsintervention haben sich weltweit die "Safer-Sex"-Kampagnen profilieren können, die drastische Verhaltensänderungen der Individuen im Sexualverhalten [117] proklamiert und - zumindest in den nördlichen Ländern - auch durchgesetzt haben [118]. Die Initiative für diese gesundheitspolitische Maßnahme ging von den Anfang der 80er Jahre vorrangig betroffenen homosexuellen Männern in den USA aus. Bereits im April 1982 wurde in San Francisco die *"Kaposi's Sarcoma Research and Education Foundation"* gegründet - später als *"Aids Foundation"* (SFAF) bekannt - die 1983 den ersten Katalog von sicheren und unsicheren

---

[116] Ich benutze hier in Anlehnung an Knorr Cetina (1988) das Bild vom Labor als *der* zentralen gesellschaftlichen Produktionsstätte von Wissen und Erkenntnis in der heutigen Zeit. Durch die Entdeckung kleinster Lebewesen - Bakterien - und der Mikrobiologie verlagerte sich der soziale und lokale Ort medizinisch-wissenschaftlicher Erkenntnis Ende des 19. Jahrhunderts vom Hospital ins Labor. Die wissenschaftliche Medizin wurde zunehmend laboratisiert mit der Folge, daß das Laboratorium zur zentralen Produktionsstätte wissenschaftlicher Tatsachen avancierte**.** Ausgehend von den *konstruktivistischen Laborstudienansätzen* innerhalb der neueren Wissenschaftssoziologie (Latour/Woolgar 1979; Traweek 1988; Knorr Cetina 1988) ist das Labor als ein gesellschaftlicher Konstruktionsapparat zu definieren, aus dem wissenschaftliche Realität *"wie sie wirklich ist"*, hervorgeht (Knorr Cetina 1988: 84). Gleichzeitig ist es *der* gesellschaftliche Ort innerhalb der technischen Wissenschaftskultur, an dem wissenschaftliche Produkte und Erkenntnisse unter den Realisierungsbedingungen der Erzeugungsprozesse konstruiert werden.
"Das Labor erscheint als ein Ort, an dem gesellschaftliche Praktiken für epistemische Zwecke instrumentalisiert und in Erzeugungsverfahren von Wissen transformiert werden. Das Labor ist, um es anders auszudrücken, ein Ort der Bemächtigung und Verdichtung von Gesellschaft" (*Knorr Cetina 1988: 85).*
Die Wissenschaften werden also vom "Sozialen" nicht nur beeinflußt, sondern "bemächtigen" sich aktiv sozialer Praktiken als Instrumente der Erkenntnisfabrikation. In diesem Sinne repräsentiert das Labor gleichermaßen die soziale Form und den sozialen Ort der Wissenschaft (ebd.).

[117] vor allem durch die Propagierung des routinemäßigen Kondom-Gebrauchs (Anmerkung EB).

[118] Dies geht aus dem Abschlussbericht der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung 1998 hervor, die feststellt, daß in Deutschland kein weiterer Anstieg von Hiv-Infektionen zu verzeichnen, sondern daß eine Art Stagnation mit der Tendenz zur Rückläufigkeit eingetreten ist (BZgA 1998). Ähnlich sehen die Prognosen für Europa und Nordamerika aus (WHO 1998).

Sexualpraktiken - somit die erste Präventionsempfehlung weltweit - veröffentlichte (Peyton in Rosenbrock/Salmen 1990: 321). Im Vordergrund stand die Aufklärung und die an die Zielgruppe gerichtete Aufforderung, individuelle und "freiwillige" Verhaltensänderungen im Privat- und Intimbereich vorzunehmen. Intendiert war also die Produktion einer internalisierten Verhaltenskontrolle in Form des "Safer Sex", die auf individuelles Verantwortungsbewußtsein setzte.

Die Hauptbetroffenengruppe nahm in dieser bis dahin einmaligen Public-Health-Intervention ihr "Risiko"-Management [119] selbst in die Hand [120] und initiierte damit eine Anleitung zur Selbsttechnologie, die Pilotcharakter für alle anderen Bevölkerungsgruppen weltweit haben sollte. Das mit dieser Initialzündung in Serienproduktion gegangene "Safer-Sex"-Disziplinar-Individuum wird seither konzipiert und propagiert als eins, das allzeit bereit ist für eine sexuelle Interaktion und stets die dafür erforderliche Ausrüstung in Gestalt von Plastik-Acessoires mitführt. Beispielsweise werden in einigen Spots der deutschen BZgA [121] Menschen in Einkaufsmärkten [122] oder Diskotheken gezeigt, die sich schon beim ersten flüchtigen Blickkontakt mit einem potentiellen Partner abrupt über die Einsatzmöglichkeit eines Kondoms Gedanken machen [123]. Etwa so:

---

[119] Zum Risiko-Begriff bei Hiv/Aids siehe Preda 1997.

[120] Gleichzeitig wurde von Homosexuellenrepräsentanten ein staatliches Intervenieren in Form von Zwangsmaßnahmen entschieden abgelehnt Inzwischen hat sich der Aufgabenbereich der Aids-Hilfen (in Deutschland) erheblich erweitert: er erstreckt sich von Aufklärungs- und Öffentlichkeitsarbeit über Psycho-Sozialberatung bis zur Pflege von Erkrankten und Sterbebegleitung im Endstadium der Krankheit. Zudem ist der zu betreuende Personenkreis nicht mehr auf Homosexuelle beschränkt, sondern spricht alle betroffenen und an Prävention interessierten Menschen an (Neubert 1989:112)

[121] BZgA steht als Kurzform für die "Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung" in Köln. Die Propagierung von Safer-Sex-Praktiken für die heterosexuelle Bevölkerung setzte - zumindest in Deutschland - erst 1986/87 ein. Da wirksamer Schutz nur über eine risikoadäquate Verhaltensanpassung erreicht werden kann (Pollak 1988: 307), die ein Wissen über Schutzmöglichkeiten voraussetzt, wurde in Deutschland ein vom Bundesgesundheitsministerium und der BZgA geförderter öffentlicher Werbefeldzug für individuelle Schutzmöglichkeiten eingeleitet. Der Schwerpunkt der Aufklärungs- und Präventionsarbeit der BZgA liegt dabei auf dem Sektor der audio-visuellen Medien. Ausgehend von wissenschaftlich gesicherten Erkenntnissen der Übertragungswege und Schutzmöglichkeiten nutzte die BZgA sämtliche verfügbaren Massenmedien (Rundfunk, Fernsehen, Kino) zur Übermittlung der aufklärenden Botschaften (Neubert 1989: 148). Am bekanntesten wurden die 70-80 Sekunden dauernden Fernsehspots *"Gib AIDS keine Chance"*.

[122] Beispiel: Ein junger Mann kauft in einem Supermarkt Kondome. Als er an der Kasse bezahlen will, kennt die Kassiererin den Preis nicht und erkundigt sich lautstark bei einer Kollegin: "Tina, was kosten die Kondome?". Daraufhin herrscht betretenes Schweigen im Raum, der junge Mann hüstelt verlegen, bis eine andere Kundin das Wort ergreift: "3.99 DM" erwidert sie. Eine ältere Dame erweist sich jedoch als besser informiert und korrigiert mit "Nein, 2,99 DM, die sind im Sonderangebot". Der junge Mann bedankt sich erleichtert (BZgA 1991). Die *Botschaften*, die mit diesem Spot vermittelt werden sollen, lauten nach der BZgA -Konzeption so: Kondome schützen vor Ansteckung, sie sollten beim Einkauf als etwas Alltägliches betrachtet werden, im Umgang mit Kondomen müssen Hemmungen abgebaut werden, Aids betrifft alle Generationen (BZgA 1992).

[123] Die neueren Aktivitäten der BZgA beschränken sich im Stile einer Produktwerbung einzig auf die Abbildung von Kondomen, z.B. als Globus oder Fahrrad.

Zwei Menschen treffen einander in der Diskothek. "Das wär eigentlich genau mein Typ" (denkt die Frau). "Das wär genau mein Typ" (denkt der Mann). "Und ohne dieses Ding in meiner Tasche läuft sowieso nichts" (denkt sie). "Und wenn´s dazu kommt - sorry - aber bitte nur mit" (denkt er). "Von wegen, da soll nichts zwischen uns sein" (denkt sie). "Diese Gummihaut ist einfach ein Muß" (denkt er) [124].

In diesen Aufklärungsbotschaften drückt sich im Gewand der Prävention der normalisierende Zugriff auf die in ihrer Sexualität zu disziplinierenden Subjekte aus [125]. Den Menschen werden einschneidende Verhaltensänderungen im Intimbereich abverlangt, die sie dazu erziehen sollen, ihre Sexualität zu kontrollieren und sie den Anforderungen der Disziplinarmacht anzupassen (Torres/ Rancel 1992).

> "Der tiefer liegende Sinn des Diskurses über Aids ist es, die Kontrolle über die Sexualität auszuweiten und die bisherige Einstellung, Sexualität sei zum Vergnügen da, umzuwandeln in eine, die die Idee der maschinellen Produktion auf das Gebiet der Sexualität ausdehnt. Hauptsächlich geht es darum, das sexuelle Vergnügen zu instrumentalisieren und zu bürokratisieren mit der Intention, den sexuellen Akt auf eine serielle Abfolge festgelegter Bewegungsabläufe zu reduzieren, denen eine bestimmte Bewegungs-Ökonomie zugrunde liegt" (Torres/ Rancel 1992: 2; Übersetzung aus dem Spanischen: EB).

Danach wären Aids und "Safer Sex" eine willkommene Gelegenheit für die *"Bürokraten des Sex"* (ebd.), um die Subjekte unter dem Vorwand der Krankheitsprävention in einem vitalen und sonst für die Disziplinar-Macht schwer zugänglichen Lebensbereich für eine Dressur abzurichten. Über die reale Notwendigkeit, sich vor einer lebensgefährlichen Krankheit zu schützen, wird ihnen gleichzeitig noch eine andere Botschaft symbolisch mitvermittelt: die Forderung des *Gehorsams* gegenüber der Macht der Wissenschaft als überlegener Instanz, die als einzige befugt ist, nach Befolgung ihrer Verhaltensanweisungen eine Überlebensgarantie auszustellen. Die Abrichtung zum Gehorsam, die angesichts der Bedrohung durch eine Hiv-Infektion zunächst in den Hintergrund tritt und sich der vordergründigen Wahrnehmung entzieht, ist eingebaut in die Medikalisierung und Genitalisierung des "Sex", wie er in der "Safer-Sex"-Propaganda entworfen und präsentiert wird. In die gleiche Richtung argumentierte bereits Rühmann (1986), als er das Konzept des "Safer Sex" als eines kritisierte, das *"veraltete Techniken"* ablösen bzw. eine *"neue und moderne Variante der Sexualität"* durchsetzen soll (ebd.).

> "Safer Sex ist keine neue kreative Form von Sexualität der achtziger Jahre, sondern nüchterne Prävention einer Infektionskranheit, die die sexuellen Erlebnis- und

[124] BZgA 1991.

[125] Mit dieser Grundsatzkritik an der Aids-Prävention geht es mir um die in die Public-Health-Kampagnen eingelagerten Strukturen der Bio-Macht, die ich herausarbeiten will; die prinzipielle Notwendigkeit von Aids-Prävention stelle ich damit nicht in Abrede.

> Ausdrucksmöglichkeiten auf ein armseliges Maß beschränkt. Es ist Präventionssex" (Rühmann in Sigusch 1986:83).

Während vor Aids der Gesamt-Komplex Erotik, Liebe und Sexualität zumeist als *"Tropisches Paradies"* und *"Insel der Phantasie"* (Torres/ Rancel 1992: 3) konstruiert worden war, als ein naturalisierter Ort also, an dem gesellschaftliche Regulierungen, Normen und Vorschriften außer Kraft gesetzt schienen, unterliegt dieser vermeintliche "Hort der Authentizität" [126] neuerdings durch das Konzept des "Safer Sex" einer intensiven Disziplinierung und Homogenisierung. Dieser disziplinarische Zugriff erfolgt differenziert nach den Geschlechtern; als die Hauptverantwortlichen für eine gelungene Aids-Präventions-Kampagne werden die Frauen in die Pflicht genommen [127], denen diese Rolle bereits seit den Verhütungs- und Abtreibungsdiskursen bekannt ist.

> "Und vor allem die Frauen können eine ganz große Rolle spielen. Sie sind ja bei der Gesundheitsvorsorge fast immer die Führenden [...] Und sie sind letztlich auch immer diejenigen gewesen, die sich um Verhütung kümmern mußten. So werden sie jetzt wahrscheinlich auch diejenigen sein, die bei der Verhütung von Aids eine große Last tragen werden" (Haeberle 1986 in einem "Brigitte"-Interview; Nr. 8/ 86).

---

[126] Tatsächlich sind Erotik, Liebe und Sexualität kein Ort, der außerhalb der Gesellschaft steht und der vor dem Zugriff sozialer und kultureller Normierungen gefeit ist. Historische Wandlungen des Verständnisses davon, was als "normale" Sexualität anzusehen ist, legen über sexuelle Modetrends ein beredtes Zeugnis ab. Zumeist stehen die Normalitäts-Vorstellungen einer kulturellen Gruppe oder historischen Epoche über die "richtige" Sexualität in Zusammenhang mit den jeweiligen damit korrespondierenden Vorstellungen über den Körper. So brachte man beispielsweise in Europa bis 1827 die Empfängnis der Frauen mit Orgasmus in Verbindung, denn der Zusammenhang des Hormonhaushalts mit Fruchtbarkeit war sogar noch bis in die 1930er Jahre hinein unbekannt. Bis 1827 galt, daß der Eisprung immer und in jedem Fall nur durch einen Orgasmus ausgelöst werden konnte (Laqueur 1992). Daher wurde der Herbeiführung desselben allerhöchste Wichtigkeit beigemessen (ebd.). Durch die Entdeckung des Ovulum-Follikels im Jahre 1827 (durch von Baer) wurde der weibliche Orgasmus entbehrlich. Es fand eine Transformation des Erklärungsmusters einer *"Physiologie der Lust"* und der *"sexuellen Homologie"* (Laqueur 1992) statt: ging vorher nichts ohne den Orgasmus der Frau, so wurde er jetzt mehr als überflüssig. Fortan wurde die Sexualität der Frau als quasi überhaupt nicht oder nur rudimentär vorhanden konzipiert, eine Entwicklung, die in den Frigiditäts-Vorstellungen der viktorianischen Zeit am ausgeprägtesten zur Geltung kam. Galt es bis in die fünfziger Jahre (dieses Jhdts.) hinein als opportun, sich prüde zu geben, so entspricht es seit den 60er Jahren und der Rebellion der 68er Generation - die auch als "sexuelle Revolution" Geschichte schrieb -, dem guten Ton, daß jeder Einzelne seine sexuellen Fähigkeiten ausschöpfen und darauf achten soll, sie nicht allzu lange brachliegen zu lassen (Béjin 1982: 259). Der allgemeine Trend geht sogar hin zu einer *"Pflicht zum Orgasmus"* (ebd: 255), von dem auch die Homosexuellen, Sado-Masos und andere "sexuelle Randgruppen", nicht ausgenommen sind. Auch erstreckt sich diese Pflicht heutzutage auf alle Lebensalter; weder soll man das Debüt in genitaler Sexualität allzu lange hinauszögern noch die sexuelle Laufbahn "vorzeitig" beenden. Zudem haben sich um das Gebiet der Sexualität herum zahlreiche beratende und therapeutische Profesionen gebildet, die den "Sex" - wie auch beim "Safer Sex" - bürokratisch verwalten oder ihn experimentell im Labor untersuchen (z.B. Masters und Johnson 1966 - Die sexuelle Reaktion). Danach kann er umso effizienter normalisiert werden - z.B. indem die Anzahl der zu produzierenden Orgasmen normativ festgelegt wird. Diesem professionell verordneten Hedonismus wird zur Not auch mit pädagogischen Ratschlägen in Fragen der "sexuellen Ettikette" nachgeholfen - *"Es ist nicht gut, beim Sex nur an sich selbst zu denken. Helfen Sie Ihrem Partner!"* (Béjin 1982: 256). Als Ausdruck sexueller Gesundheit gilt in heutiger Zeit das Modell der "seriellen Monogamie", weil es die Vorteile der Seßhaftigkeit (affektive Sicherheit, Vertiefung der Beziehung) mit denen des Nomadentums (Abwechslung, Neuheit) kombiniert (ebd.).

[127] Dies macht umso weniger Sinn, als aus vielen Studien zur Prävention von Aids hervorgeht, daß bei der Entscheidung des Kondomgebrauchs zumeist die Männer das letzte Wort haben und Frauen ihr Interesse an Schutz vor Hiv/ Aids zumeist aufgrund der asymmetrischen Machtkonstellation der Geschlechter nicht verhandeln bzw. durchsetzen können (vgl. Boeker 1997; Schoepf 1998; Hammer 1996).

Diese anmaßende Aufforderung des Herrn Haeberle an die Frauen, sich als Disziplinar-Individuen im Dienste der Allgemeinheit zu verdingen, wurde von feministischer Seite folgendermaßen zurückgewiesen:

> "Die Frau als Hausärztin hat sich zur Verhütungsexpertin emanzipiert und darf jetzt als Heils-Armee der Nation für einen Aids-freien Volkskörper sorgen." (Ingrid Klein in Sigusch 1986: 89).

Gleichzeitig mit der Zwangsverpflichtung der Subjekte als Disziplinar-Individuen findet eine deutliche *Ausweitung des Sexualitäts-Dispositivs* statt, indem das Thema Sexualität eine intensivere Diskursivierung erfährt als jemals zuvor. Und dies weltweit. Im Zuge einer Inflation von Aufklärungs-Erzeugnissen über Hiv/ Aids existiert keine noch so abgelegene kulturelle Gruppe, keine noch so seltene sexuelle Technik oder exotische Vorliebe mehr, die einer Thematisierung durch "Safer-Sex"-Kampagnen entgehen könnte. Bei der normalisierenden Einfügung der Homosexuellen [128] in das Sexualitäts-Dispositiv z.B. steht deren erkennbare Bereitschaft zur "Läuterung" ihrer als zügellos und unkontrolliert geltenden Sexualität im Mittelpunkt des disziplinarischen Zugriffs [129]. Zugleich aber ist diese Gruppe die einzige, die von den "Safer-Sex"-Kampagnen eindeutig profitieren konnte [130].

---

[128] Dies geschieht vor allem über die Kontrastierung von "good sex", der als förderungswürdig gilt, und "bad sex", der angeprangert wird.

[129] Im September 1992 veröffentlichte z.B. der "Spiegel" (Nr. 40-42/ 92) die Reihe *"Sexualität in den Zeiten von Aids"*, die schwerpunktmäßig den "neuen Leichtsinn" der heterosexuellen Bevölkerung - viele verdrängten die Möglichkeit einer Infektion inzwischen wieder - sowie den Wandel in der sexuellen Infrastruktur der Homosexuellen-Szene - *"Schwulen-Sex unter Selbstkontrolle"* (Nr.42/ 92) - thematisierte. Beispielsweise konnten sich die geneigten LeserInnen detailliert über die veränderten sexuellen Gepflogenheiten Homosexueller aus San Francisco informieren, die sich, statt wie bisher Gruppensex in der Sauna zu praktizieren, dahingehend "geläutert" hatten, daß sie mittlerweile zwecks Vermeidung eines Infektions-Risikos zu fernmündlichen Gruppen-Masturbationen übergewechselt waren (ebd.). Der Grundtenor dieser "Spiegel"-Präsentation ist der einer beispielhaft gelungenen erzieherischen Maßnahme an einer ansonsten vernünftigen Argumenten völlig unzugänglichen gesellschaftlichen Gruppe.

[130] Vor allem in Europa und Nordamerika ist es den Homosexuellen im Zuge der Safer-Sex-Aufklärung erfolgreich gelungen, ihre sexuelle Präferenz dadurch gesellschaftsfähig zu machen, indem sehr viel Informationen über die Gay-Communities nach außen in die "Normal"bevölkerung gelangt sind und indem - eingebettet in diesen Gesamtkontext - mehr Verständnis und Toleranz eingeworben werden konnte.

Neo-Kolonialismus im Gewand von Public-Health-Strategien

Hinsichtlich des Versuchs einer Normalisierung und disziplinierenden Einfügung der Trikont-Länder [131] ins Sexualitäts-Dispositiv überwiegt bisher die resignative Erkenntnis, daß *"die Menschen in den Entwicklungsländern es leider immer noch nicht in ausreichendem Maße verstanden haben"* (WHO 1997) ihre sexuellen Gewohnheiten den disziplinarischen Erfordernissen anzupassen, die die *"Bürokraten des Sex"* (Torres/ Rancel 1992) für sie ersonnen haben [132]. Mehr noch als in Europa und den USA wird an den gesundheitspolitischen Strategien zur Prävention von Hiv/ Aids in den Trikont-Ländern deutlich, daß medizinisches Wissen ein Instrument zur Ausübung von Macht und Kontrolle darstellt (Schoepf 1998: 98). Über die Informationsvermittlung der Ausbreitungswege von Hiv werden Körperbilder transportiert, die lokale indigene Körper-Konzepte ignorieren. Im Fall Venezuelas beispielsweise wird in den verbreiteten Aufklärungsmaterialien auf verwissenschaftlichen Körperbildern aufgebaut, die in der Bevölkerung gar nicht geläufig sind, weil sie zuvor nicht (über die Medien) popularisiert worden sind. Die Konsequenz davon sind Kollisionen zwischen dem Bedürfnis nach Schutzmaßnahmen gegen Hiv und lokalen Fruchtbarkeitskonzepten, die Kinderreichtum als kulturellen Prestigewert für äußerst erstrebenswert erachten (vgl. Boeker 1997). Safer-Sex-Kampagnen, die den Einsatz von Kondomen propagieren, kollidieren aufgrund der Empfängnis verhütenden Konnotation des Kondomgebrauchs mit lokalen kulturellen Körperkonzepten (ebd.).

Zudem nehmen die gestarteten Aufklärungskampagnen auf Repräsentationen Bezug nehmen, denen Macht-asymmetrische Konnotationen wie Geschlecht, Rasse, Klasse und nationale Hierarchien eingelagert sind. Besonders im Fall von Afrika ist Bio-Politik eine überwiegend Frauen betreffende Angelegenheit (Schoepf 1998: 100). Dies wird verursacht durch den Umstand, daß die globale Aids-Präventionspolitik dominiert und kontrolliert wird von zwei institutionalisierten Hegemonien, die hier simultan zusammentreffen: Die (Bio-)Medikalisierung der Öffentlichen Gesundheitspolitik (Public Health) und die Stellenpolitik in diesem Arbeitsfeld im Sinne hegemonialer Männlichkeit. Überwiegend epidemiologisch oder anderweitig biomedizinisch ausgebildete Euro-amerikanische weiße Männer sind bei den nationalen und internationalen Gesundheitsorganisationen [133] planerisch verantwortlich für globale Interventionsstrategien gegen die Ausbreitung von Hiv/Aids (ebd.). Diese geschlechtliche Monokultur sowie die intensive Verflechtung der beiden Hegemonien führt dazu, daß das Risiko für Frauen beispielsweise, sich zu infizieren, überhaupt nicht oder nur unzureichend untersucht wird. Die Expertisen richten sich überwiegend an Männer und werden auch zumeist von männlichen Experten durchgeführt, denen wiederum die Frage nach der Quantität sexueller

[131] Ich verwende diese Bezeichnung für die Länder der sogenannten "Dritten Welt".

[132] zur Situation in Venezuela siehe Teil III.

[133] WHO, UNAIDS etc.

Interaktionen, exotischen sexuellen Praktiken [134] und die Anzahl der verwendeten Kondome besonders am Herzen liegt. Hier sehen die Public-Health-Strategen auch den größten Handlungsbedarf [135]. Die *"Bürokraten des Sex"* (Torres/ Rancel 1992) im "Global Program" der WHO oder vom Aids-Programm der GTZ [136] beispielsweise formulieren das Ziel ihrer Präventionspolitik denn auch ganz unverhohlen als disziplinarischen Zugriff: *"Wir wollen, daß die Leute ihr sexuelles Verhalten ändern und an die Erfordernisse für Aids-Prävention anpassen!"* [137].

In Venezuela tritt der disziplinarische Charakter von Aids-Präventionsbotschaften beispielsweise durch die Formulierung "Toma el control de tu vida" (Übernimm die Kontrolle für dein Leben - Broschüre des Gesundheitsministeriums und Prosalud, einer NGO [138] in Caracas) hervor. Wie sich in meinen Gesprächen mit "Laien" aus der (Barrio-)Bevölkerung herausstellte, widerspricht das in diesem Slogan transportierte Konzept nicht nur lokalen Vorstellungen, die eine "Kontrolle" gar nicht für erstrebenswert erachten ("Wieso soll ich denn mein Leben kontollieren, Gott hält es doch in den Händen" - eine 26-jährige Frau aus dem Barrio "Macarao" in Caracas); überdies kollidiert es mit einem lokalen Subjektbegriff, der dem in diesen Präventionsbotschaften geforderten Disziplinarindividuum entgegensteht (Montero 1994: 47). Vielmehr soll ein Venezolaner sich in sozialen Bezügen - vor allem in der Familie - verorten oder in der "Comunidad" (Gemeinschaft); dort werden alle ihn betreffenden Angelegenheiten entschieden (ebd.).

---

[134] In zahlreichen Forschungen über Hiv/ Aids ist ein deutlich voyeuristisches Interesse an den Beforschten erkennbar; vor allem daran, daß genüßlich und detailliert lokale sexuelle Praktiken - vorzugsweise von Afrikanern - geschildert werden ohne daß der Ertrag solcher Forschungen für die Prävention ersichtlich wäre. Zuweilen erinnern diese Untersuchungen sogar an wissenschaftliche Pendants von Peep-Shows.

[135] Zumeist werden als auklärungsbedürftige Zielgruppen (vor allem in Afrika) Männer anvisiert, die zu Prostituierten gehen (Schoepf 1998). In manchen Kampagnen werden auch Kondome in Fußballstadien verteilt (GTZ-PR zum Welt-Aids-Tag 1998). Klar erkennbar ist die Fokussierung und Orientierung der Maßnahmen am männlichen Subjekt. Die Möglichkeit der Infektion in festen Partnerschaften und Ehen oder gar die von Frauen ist dagegen selten oder gar nicht Thema der Zielgruppen-orientierten Aufklärung.

[136] Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit

[137] Wörtliche Formulierung in einem Gespräch mit einem verantwortlichen Mitarbeiter für das Aids-Programm der GTZ am 2.3.98.

[138] NGO = Non Governmental Organization.

Fazit

Über die globale Aids-Präventionspolitik findet eine (Bio-)Medikalisierung der öffentlichen Gesundheitspolitik insgesamt statt - und dies weltweit. Daraus ergeben sich tiefgreifende Konsequenzen: Die Bio-Macht wird intensiviert und kann unter dem Deckmantel von Seuchenprävention in Lebenbereiche eindringen, die ihr zuvor nicht so leicht zugänglich waren; die Normalisierung und Bürokratisierung der Sexualität beispielsweise betrifft nicht mehr nur die heterosexuelle Bevölkerungsmehrheit, sondern erfaßt alle Gruppen, auch kulturelle und sexuelle Minderheiten. Auf diese Weise wird das Sexualitäts-Dispositiv bis hinein in vormals marginalisierte Gruppen diskursiv ausgeweitet, verdichtet und festgezurrt. Die internationalen "Safer-Sex"-Kampagnen sind zudem deutlich charakterisiert durch disziplinarische Merkmale. Intendiert ist die Produktion von Disziplinar-Individuen, die eine Verhaltenskontrolle im Intimbereich - in Form des "Safer Sex" - unhinterfragt internalisieren sollen.

Durch Aids wird die Bio-Politik insbesondere in die Körper von Frauen eingeschrieben (Schoepf 1998: 120). Ihnen wird einerseits die Hauptverantwortung am Erfolg der Präventionskampagnen zugewiesen - sie sollen als Disziplinar-Individuen nun ihrerseits ihre männlichen Partner disziplinieren; andererseits ist es auffällig paradox, sie mit dem Auftrag der Gesundheitskontrolle nun ausgerechnet auf einem sozialen Terrain auszustatten, das sie de facto eben gerade *nicht* kontrollieren: dem der männlichen (Un-)Treue. Möglicherweise verifiziert sich in diesem auffälligen Widerspruch eine Strategie, die Männer disziplinarisch entlasten soll.

Präventiv ausgerichtete biomedizinische Veröffentlichungen über Aids haben rassistische Diskurse vor allem über afrikanische Kulturen aufgegriffen und im Kontext, Afrika als Ursprungsort von Aids anzunehmen, die Sexualität von Afrikanern als eine Form der Abweichung präsentiert, die sich von der Sexualität der Menschen in anderen Teilen der Welt drastisch hinsichtlich der Häufigkeit exotischer und ansteckungsrelevanter Praktiken unterscheidet. Symbolisch verifiziert sich in diesem *"Monkey business"* (Preda 1997) [139] ein besonderes traditionelles Muster der Beziehungen zwischen Afrika und dem Westen; sexuelle Aspekte liefern eine ideologische Rechtfertigung für die Beibehaltung von sozialer und kultureller Ungleichheit (ebd.: 120) [140]. Überdies werden bei der globalen Aids-Prävention die aus der Biomedizin entliehenen Körperbilder in alle Welt transportiert; lokale indigene Körper-Konzepte, mittels

[139] Eine ironische Anspielung Predas auf den wissenschaftlichen Mythos einer Affe-zu-Mensch-Übertragung des Hi-Virus (Preda 1997).

[140] Die Entwertung der Menschen in den Ländern des Südens über ihre Sexualität blickt auf eine lange Tradition zurück. Bereits in der Kolonialzeit richtete sich das Interesse der kolonialen Besatzer auf das *"Geschlechtsleben der Wilden"* (Fehlinger 1921) und die akribische Dokumentation exotischer Sexualpraktiken. Bemäntelt wurde dieses voyeuristische Interesse oftmals als Teilaspekt einer notwendigen Katalogisierung kulturspezifischer Praktiken des im Zuge von Kolonialisierung und Eroberung übernommenen menschlichen "Inventars" (Boeker 1993). Aus dieser Zeit stammt auch der Mythos vom "superpotenten Schwarzen"; eine Projektion, in der die eigenen verdrängten Triebanteile deutlich erkennbar ist (ebd.).

derer sich die Notwendigkeit der Krankheitsprävention möglicherweise verständlicher und kontextadäquater darstellen ließe, werden dagegen ausgeblendet. Auf diese Weise repräsentiert die (Bio-)Medikalisierung der öffentlichen Gesundheitspolitik in den Ländern des Trikont zugleich ein neo-kolonialistisches Unternehmen, das den Weg sondieren könnte für weitere Expansionsmöglichkeiten der Bio-Macht in der südlichen Welt [141].

[141] Diese Funktion gilt ebenso für die globalen Programme der internationalen Gesundheitsorganisationen hinsichtlich "Reproduktiver Gesundheit" und "Familienplanung" zur Eindämmung der "Bevölkerungsexplosion" in den Ländern des Südens.

Teil III: Das Forschungsdesign

1 Die Erhebungsinstrumente

Interviews

Während meiner zwei Forschungsaufenthalte in Venezuela in den Jahren 1995/ 96 und 1997 führte ich themenzentrierte Leitfadeninterviews mit 22 Ärzten in Caracas durch. Alle Interviewten sind Fachärzte mit einem "Postgrado" in Immunologie, Infektologie, Innerer Medizin, Tropenmedizin, Pediatrie oder Chirurgie, die auf die Behandlung von Hiv/Aids spezialisiert sind. Das Spektum ihrer beruflichen Einbindung in Instutionen und Praxen reichte vom staatlichen Krankenhäusern und der Universitätsklinik über teure Privatkliniken bis hin zu ehrenamtlicher Arbeit in Aids-Stiftungen und eigenen Praxen.

Ich interviewte die Ärzte entweder an ihrem Arbeitsplatz, also in ihrer Praxis oder im Krankenhaus oder ich traf mich mit ihnen privat in der Asociación Humboldt (Goethe-Institut), wo ich zeitweise wohnte. Mit einigen verabredete ich mich zum Essen und verband dies mit der Durchführung eines Interviews. Einige Ärzte habe ich mehrfach befragt (Dr.B, Dra.F, Dr. A, Dra. U, Dr.R, Dra. P). Dies hatte vor allem den Grund, daß mir nach dem Gespräch noch Fragen einfielen, sich diese Interviewpartner als besonders offen zeigten und mich von sich aus dazu ermunterten oder gar selbst die Initiative zu einem weiteren Gespräch ergriffen (Dr.B, Dra.F und Dra. P). Neben den Gesprächen mit den Interviewpartnern hatte ich Gelegenheit, sie bei Ausflügen, Essenseinladungen, Cocktailempfängen und Informationsveranstaltungen zum Themenkomplex Hiv/Aids besser kennenzulernen.

Als Interviewerin strukturierte ich den Verlauf der Interviews durch Fragenbereiche. In den meisten Fällen entwickelten sich aufgrund meiner Fragen sehr offene Gespräche mit narrativen Erzählsequenzen. Dann stellte ich nur ergänzende Nachfragen. Der Leitfaden kam nur zur Anwendung, wenn bestimmte Themen nicht angesprochen wurden. Als der geeignetste erzählgenerierende Impuls, den ich beisteuern konnte, erwies es sich, ein bestätigendes "Aha!" zu sagen. Dieses "Aha" entspricht in seiner Wirkung etwa dem "Hm" wie es bei Forschungen in Deutschland eingesetzt wird (Pieper 1993). Allerdings hat ein "Hm" mit venezolanischen Gesprächspartnern zur Folge, daß dies als Zweifel an dem Gesagten aufgefaßt und alles noch einmal wiederholt wird.

Als Ergänzung führte ich an der UCV in Caracas ("Universidad Central de Venezuela") ein Fokusgruppeninterview mit einer Gruppe von Medizinstudenten und einer Medizinprofessorin durch. Diese Gruppe bereitete sich gemeinsam darauf vor, an Schulen zu gehen, um dort Aids-Aufklärung zu betreiben. Zusätzlich habe ich jeweils ein informelles und nicht aufgezeichnetes

Interview mit einem Padre (katholischer Priester) und mit einem Psychologen einer Aids-Stiftung ("Amigos de la vida") geführt.

Um die Interviewpartner zu schützen, nenne ich keine Namen. Die Interviewpassagen, die ich als Belege verwende, kennzeichne ich mit Buchstaben. Aus den Bezeichnungen Dr. oder Doctora bzw. Dra. geht das Geschlecht der Personen hervor. Im Anhang der Arbeit ist eine Interviewliste einzusehen, die zusätzliche Informationen zu Ort und Datum der Interviews enthält.

Kontaktaufnahme und Interviewsettings

Je mehr ich mich in Venezuela eingewöhnte, desto leichter fiel mir die Kontaktaufnahme mit Gesprächspartnern und die Bitte um ein Interview; zumal ich einige der ärztlichen Interviewpartner bereits von meinem ersten Aufenthalt her kannte und daran anknüpfen konnte. Schnell merkte ich, daß nicht nur ich die Neugierige war, die alles wissen wollte; auch meine Interviewpartner waren sehr daran interessiert, zu erfahren, was mich zu ihnen führte. Das schon oft in Feldforschungen festgestellte Phänomen, daß die Beforschten sich darüber wundern, des Erforschens für wert befunden zu werden (Fischer 1985), kam auch mir zugute. Hinzu kam noch der Unterhaltungswert, den ich als Ausländerin verkörperte.

Wie sich herausstellte, waren die Interviewpartner häufig mehr an meiner Person als an den Interviews interessiert. An mich wurden sehr viele Fragen gerichtet und man wollte alles über mein Privatleben wissen - was meine Familie macht, ob ich verheiratet bin und Kinder habe, was der Freund dazu sagt, daß ich ihn allein lasse, ob ich nicht in Sorge bin, er könne sich derweil eine Andere suchen und ob ich bereits einen venezolanischen Freund hätte. Eine Ärztin fragte mich sogar, ob ich in Hamburg "im Konkubinat" lebe ("In Europa leben und lieben doch alle kreuz und quer durcheinander. Leben Sie auch im Konkubinat?" - Doctora H). Eine andere Ärztin ging extra vor dem Interview zum Friseur ("Man möchte doch hübsch (guapa) aussehen, wenn man von jemand aus einem anderen Land interviewt wird" - Doctora P). Meine Bitte um Interviews wurde meistens erfreut begrüßt und offenbar auch als unterhaltende Einlage gewertet. Eine Ärztin schlug mir gleich vor, das Interview am Swimmingpool durchzuführen ("Dann können wir das noch besser genießen (disfrutar)" - Doctora F).

Verlaß war überdies auf die wissenschaftliche Eitelkeit. Ein Arzt war hocherfreut über meine Nachfrage nach einem Interview und begründete dies so:

Dr.Z "Früher, in den ersten Sida-Jahren da wurde man ständig interviewt, da war immer etwas los...jeden Tag kam jemand und stellte Fragen....da wußten wir noch nicht so viel darüber. Heute ist das viel bekannter. Ja, und jetzt werde ich nicht mehr so viel interviewt (atmet tief durch). Da ist es doch schön, daß Sie aus Deutschland hergekommen sind!"

Über die Güte meiner erzählgenerierenden Impulse brauchte ich mir also nicht allzuviel Gedanken zu machen, da meine Gesprächspartner wie die meisten Venezolaner, denen ich begegnete, äußerst kommunikativ waren. Nur drei Ärzte (Dr.S, Dr.D und Dr.O) hatten sich das Ganze im Sinne einer Frage-und-Antwort-Dramaturgie vorgestellt und reagierten irritiert, als ich meine Fragein so offen und auf eine Erzählung hin orientierte. Die Vorstellung, ein "richtiges" Interview bestehe aus präzisen Fragen, auf die der Interviewte kurz und bündig, am besten mit "ja" oder "nein" antworten kann, drückte sich bei einigen ärztlichen Gesprächspartnern auch darüber aus, daß sie das Interview als eine Art informelles "Vorgespräch" auffaßten, das erstaunlicherweise von mir auch noch aufgezeichnet wurde. Diese Interviewpartner interpretierten meine Aufzeichnung zumeist als Ausdruck deutscher Gründlichkeit ("Bei euch in Deutschland muß alles seine Ordnung haben, nicht wahr?" - Dr. O).

Wie aus den Schilderungen hervorgeht, war es sehr einfach, einen persönlichen Kontakt herzustellen. Schwieriger war es dagegen, mein Forschungsinteresse zu vermitteln. Beispielsweise war es mehrfach erforderlich, darauf hinzuweisen, daß ich keine Medizinerin oder Psychologin, sondern Anthroplogin und Sozialwissenschaftlerin bin. Doch auch diese Erklärung nutzte nicht viel. Im Gegenteil, meine ständigen Beteuerungen, ich sei keine Ärztin oder Psychologin, wurden mir obendrein als "typisch europäisches Understatement" ausgelegt. Der begeisterte Zuspruch einer Krankenschwester im Universitätsklinikum auf meine Auskunft, ich sei Anthropologin "Aber das ist doch großartig! Dann wollen Sie also die Schädel unserer Patienten vermessen!" bringt die allgemeine Irritation über meine professionelle Zuordbarkeit treffend auf den Punkt.

Unter den Hiv/Aids-Betroffenen in Caracas, die ich ebenfalls manchmal anläßlich ihres Besuchs in der ambulanten ärztlichen Aids-Sprechstunden in verschiedenen Krankenhäusern der Stadt interviewte, war ich binnen kurzer Zeit bekannt. Auch sie konnten meine Forschungsaktivitäten trotz häufiger Erklärungen nicht einordnen. So galt ich bald als "heißer Tip" für eine psychologische Beratung und wurde selbst auf der Straße freundlich gefragt, wann ich denn meine nächste "Sprechstunde" abhielte. Da von mir häufig als der "Doctora alemana" geredet wurde - ich habe bereits darauf hingewiesen, daß meine Einwände dagegen auf keinerlei Resonanz stießen - und ich sie über ihre Erfahrungen im Leben mit Hiv/Aids befragte, nahmen die Patienten offenbar an, ich sei Psychologin oder Psychiaterin.

Teilnehmende Beobachtung, Forschungsnotizen und Tagebucheintragungen

Neben der Durchführung von Interviews erwies es sich später bei der Auswertung als sehr hilfreich, daß ich ein Notizbuch angeschafft hatte, in das ich informelle und nicht aufgezeichnete Interviews sowie Beobachtungen eintrug. Überdies legte ich ein Feldforschungstagebuch an, in das ich Irritationen über Begebenheiten, die ich nicht verstand, meine eigene Befindlichkeit im Feld, den Umgang mit den Interviews und meinen Ärger über unpünktliche Gesprächspartner schrieb.

Während ich in Venezuela die Bedeutung solcher Feldnotizen unterschätzte und es manchmal sogar unpassend fand, alles, was ich gerade erlebt hatte, sofort in einen Text zu verwandeln, erkannte ich den Wert dieser zusätzlichen Quellen erst in der Auswertungsphase. Die Notizen habe ich sowohl in die Darstellung des kulturellen Kontextes aus Sicht der Forscherin (vgl. Kapitel III. 4 - Die deutsche Forscherin erlebt die venezolanische Kultur) als auch in die Darstellung der Ergebnisse einfließen lassen.

2 Die Auswertung nach der Grounded Theory

Eine Struktur entwickeln

Bei der Auswertung interkulturellen Interviewmaterials ist es zunächst notwendig, die fremde und unbekannte Anordnung des Forschungsgegenstands durch die Befragten zu bearbeiten und über Bedeutungszuschreibungen von Seiten der Befragten, die ihm innewohnende lebensweltliche Struktur aufzuschließen (Matthes 1985: 311). Die Tonbandmitschnitte der Interviews wurden dafür komplett transkribiert und danach systematisiert. Das in der Einleitung formulierte Forschungsinteresse und die zur Verfügung stehenden Begriffe und Theorieelemente dienten als Hilfe, um den Gegenstand zu fassen.

Obgleich eigene Vorüberlegungen angestellt worden waren, wurde die theoretische Struktur der Forschungsarbeit im wesentlichen aus dem 500 Seiten umfassenden Interviewmaterial heraus entwickelt. Ich folgte hier dem Prinzip der *Offenheit*, das besagt,

> "daß die theoretische Strukturierung des Forschungsgegenstands zurückgestellt wird, bis sich die Strukturierung des Forschungsgegenstands durch die Forschungssubjekte herausgebildet hat" (Hoffmann-Riem 1980: 343).

Die Auswertung der Untersuchung orientiert sich an den Prinzipien der "Grounded Theory" (Strauss 1990). Ich habe in mehreren Verfahrensschritten das Interviewmaterial analysiert. Zunächst bin ich sehr eng am Text geblieben und habe mit einfachen deskriptiven Kategorien das

Verfahren der "Offenen Kodierung" (ebd. :43) praktiziert. Im nächsten Schritt wurden die Kategorien zueinander in Beziehung gesetzt und Ober- bzw. Unterkategorien entwickelt. Aus diesen konzeptuellen Verknüpfungen heraus entdeckte ich Variationen zu jeweils gleichen Themen.

Die *Kernkategorie* des "ärztlichen Habitus" erschloß sich erst spät. Ich entdeckte, daß die Ärzte zwar sehr viel über Aids und den Umgang mit Hiv/Aids-Patienten erzählten, konnte aber lange Zeit nicht erkennen, was das gemeinsame Kernthema war, das die vielen verschiedenen Einzelkategorien miteinander verband. Strauss empfiehlt für solche Fälle, mit Visualisierungen zu arbeiten oder sich vorzustellen, alle Interviewtexte auf einen einzigen Satz zu verdichten (ebd.). Bei dieser Vorgehensweise stellte sich heraus, daß die Ärzte mir im wesentlichen mitgeteilt hatten, was ihrer Ansicht nach einen guten venezolanischen Arzt auszeichnet und über welche Merkmale er dies zum Ausdruck bringt. Auf diese Weise hatte ich meine Kernkategorie gefunden, die ich theoretisch verdichtete und als "ärztlichen Habitus" formulierte.

In einem nächsten Schritt ordnete ich das Material nach *Hauptkategorien*. Strauss entwirft für das Verhältnis zwischen Kern- und Hauptkategorien das metaphorische Bild vom Sonnensystem: Die Kernkategorie steht wie die Sonne im Zentrum, und die Hauptkategorien "umkreisen" sie. Bei der Analyse des Materials, das bereits die offene Kodierung durchlaufen hatte, stellten sich fünf Hauptkategorien heraus: Die naturwissenschaftliche Sozialisation, die ethische Orientierung, Handlungs- und Interaktionslogiken, Brüche/ Paradoxien im professionellen Selbstbild und Deutungsmuster aus der kulturellen Lebenswelt. Für jede dieser Hauptkategorien entwickelte ich eine theoretische Einbindung, die wiederum mit dem übergeordneten Habitus-Konzept kompatibel sein sollte.

Mit dieser entwickelten Grundstruktur von Kern-und Hauptkategorien, ließ sich das gesamte Datenmaterial in Unterkategorien und Variationen strukturieren. War zuvor noch sehr viel Material "übrig" gewesen, weil ich es mit meiner engen Orientierung und dem Verhaftetsein an der Aids-Thematik nicht hatte "unterbringen" können, blieben nach Abschluß dieser Evaluierungsphase keinerlei "Datenreste" mehr.

Die *Prozeßhaftigkeit* qualitativer Forschungen, von der so oft die Rede ist (Strauss 1994) konkretisierte sich in meiner Untersuchung darin, daß noch während der Verschriftungsphase zusätzliche Aspekte auftauchten, die ein Überdenken des Konzepts erforderlich machten. Selbst bei der Einfügung der entsprechenden Belegerzählungen in den Text wurde dies einige Male aktuell, weil ich feststellte, daß die betreffenden Interviewpassagen von ihrem Aussagekern in eine andere Katgorie eingeordnet werden mußten.

Sprach- und Übersetzungsprobleme

Ich verwendete in der gesamten Auswertungsphase bis zur Hereinnahme einer Belegerzählung (Interviewzitat) in den hier vorliegenden Text nur die spanische Originalversion. Damit wollte ich zumindest zu Beginn der Evaluation Probleme vermeiden, die sich durch die Übersetzung hätten ergeben können. Leider ließen sich insbesondere das Pathos oder gar die dramaturgisch effektvollen Gesten nicht mitübersetzen. Auch der häufige Gebrauch der Verniedlichungsform "ito" oder "ita" am Ende eines Worts ist nicht so einfach zu übertragen in "Autochen" oder gar "Eischen". Das ergäbe auf deutsch keinen Sinn oder würde sich lächerlich anhören. Aus diesem Grund bin ich eng am Text geblieben und habe in Fällen verschiedener Übersetzungsmöglichkeiten die spanischen Worte in Klammern hinter den deutschen Text gesetzt. Ebenso bin ich Fällen verfahren, in denen mir die authentische Wiedergabe im Original bedeutsam erschien.

Prinzipiell aber hat sich das von mir zuvor befürchtete Problem der "Entfremdung durch Übersetzung" nicht ernsthaft gestellt. Für bedauerlicher als die Unmöglichkeit, das Datenmaterial in der Originalsprache darzustellen, halte ich es, den Lesern meiner Untersuchung die gestenreiche und dramaturgisch imponierende Körpersprache meiner Interviewpartner vorenthalten zu müssen.

Die Darstellung der empirischen Ergebnisse

Bei der Präsentation der Evaluationsergebnisse habe ich insbesondere auf die theoretische Einbindung der entwickelten Kern-, Haupt- und Unterkategorein geachtet und mich an Bedeutsamkeit und Repräsentanz der Erzählungen orientiert. Überdies war es mir wichtig, zu den jeweiligen Konzeptualisierungen eine Variationsbreite derselben Thematik aufzuzeigen. Um dabei Wiederholungen zu vermeiden, habe ich aus einer Vielzahl gleicher Erzählvariationen die jeweils prägnantesten ausgewählt.

3 Das Setting

Allgemeine Angaben zu Venezuela

Das Land ist föderalistisch nach Bundesländern strukturiert und hat circa 24 Millionen Einwohner, von denen neun, also knapp ein Drittel, in Caracas leben. Diese Einwohnerzahl ist ständig im Wachsen begriffen, da viele Zuwanderer aus ländlichen Gebieten des Landes nach Caracas kommen und sich davon Arbeitsmöglichkeiten sowie eine Verbesserung ihrer Lebenssituation versprechen (Zapata 1996: 58). Eine so hohe Bevölkerungszahl auf verhältnismäßig engem Raum führt zu Versorgungsengpässen, die regelmäßig zu Einbrüchen der Infrastruktur (Verkehr, Telefonverbindungen, Arbeitsstreiks etc) führen.

Venezuela ist ein an Bodenschätzen reiches Land (Erdöl, Aluminium, Gold und Diamanten). Die Einkünfte aus diesen natürlichen Ressourcen sind aber sehr ungleich verteilt. Wie in anderen Ländern Lateinamerikas und der "Dritten Welt" leben 80% der Bevölkerung unterhalb der Armutsgrenze (Adveniat 1997; Olmedo 1993). Offiziell gilt Venezuela als *Schwellenland*. Während seit den 60er Jahren die Wirtschaft immer mehr boomte und große Teile der Bevölkerung am Aufschwung teilhatten, ist seit den 70er und 80er Jahren die wirtschaftliche Entwicklung des Landes rückläufig und befindet sich in einer Dauerkrise, die sich in einer hohen Inflationsrate ausdrückt. In der Phase der "Bonanza" (Reichtum durch das Erdöl) der 60er und 70er Jahre profitierte insbesondere die Mittelschicht von der Nachfrage nach venezolanischem Erdöl und erwarb Wochenendhäuser in Florida, das sich zum bevorzugten Shopping-Ziel der Venezolaner entwickelte: Man flog zum Einkaufen hin und kam vollbeladen wieder zurück (ebd.). Aus dieser Zeit ist nur noch die Karikatur des Venezolaners übrig geblieben, der viel Geld zur Verfügung hatte und dies mit vollen Händen ausgab. Den Spruch, mit dem er seine exzessiven Einkaufstouren begleitet haben soll, lautet: "Dame dos!" (Gib mir zwei davon). Heutzutage besitzen immer noch einige Venezolaner der Mittelschicht Wochendhäuser in Florida, allerdings können sie sich den Flug dahin nicht mehr leisten (ebd.: 115). Zudem ist ihr Lebensstandard in Venezuela ebenfalls bedroht; viele können sich ihre Wohnung in teuren Stadtvierteln nicht mehr leisten und müssen in ein Barrio ziehen.

Die offizielle Religion in Venezuela ist der katholische Glaube. Allerdings gelten die Venezolaner als etwas "lax" und undogmatisch in ihrer Handhabung religiöser Praktiken (Zapata 1996: 58). Man bekommt deshalb, wenn man die Leute nach ihrer Religionszugehörigkeit fragt, meist mit einem Augenzwinkern zu hören "Ich bin katholisch, Estilo venezolano (nach venezolanischer Art)". Die Vertreter der katholischen Kirche verhalten sich wie in anderen Ländern Lateinamerikas auch sehr pragmatisch. Ich hatte selbst einige Male mit Padres (katholische Priester) oder Nonnen zu tun, die in ihrer Arbeitsweise gegen Dogmen der katholischen Kirche verstießen. Eine Nonne z.B. führte mit mir zusammen Aids-Präventionsworkshops durch und

demonstrierte den Teilnehmern eigenhändig den Gebrauch der vom Papst verbotenen Kondome an Kochbananen (Boeker 1997). Ein Padre, den ich kennenlernte, organisierte Bitt- und Heilgottesdienste, die ausschließlich homosexuelle Teilnehmer ansprechen sollten, ein anderer führte ganz offiziell und mit bischöflicher Genehmigung Beratungen und Seminare für homosexuelle Priester und Mönche durch.

Dennoch gibt es eine tiefe Verwurzelung im katholischen Glauben, der aber auch Elemente aus anderen spirituellen Richtungen beinhaltet. In diesen religiösen Synkretismus sind zumeist Bestandteile aus dem weit verbreiteten "Maria-Leonza-Kult" (Pollak-Eltz 1982) [142] und anderer lokaler Bräuche integriert. In Venezuela wird es grundsätzlich nicht als Widerspruch aufgefaßt, erst zum Gottesdienst oder zur Beichte zu gehen und anschließend an einem Tranceritual teilzunehmen (Zapata 1996; Pollak-Eltz 1982). Da viele Zuwanderer aus den ländlichen Regionen ihre eigenen religiösen Bräuche nach Caracas mitbringen, führt dies zu einer Durchmischung religiöser Praktiken auch in der Hauptstadt. Zwei Mitglieder aus "meiner" Familie in "Colinas de Palo Grande" bauten z.B. eine kleine Kapelle als Dank für die "Mutter Maria", als ein Kind der Familie von einer schweren Krankheit genas; in der Kapelle wurden neben dem obligatorischen Kreuz und Statuetten von Heiligen sowie dem allgegenwärtigen Dr. Hernández auch Abbildungen anderer religiöser Kulte aufgestellt.

[142] Dabei handelt es sich um ein (Massen-)Heilritual, in das afrikanische, indigene und christliche Elemente eingeflochten sind. Der Name ”Maria Leonza” geht zurück auf den Mythos einer Heilerin, die als Tochter aus der Verbindung einer Indígena und eines Spaniers während der ”Conquista” (Eroberung Lateinamerikas) hervorging. Das Zentrum des Maria-Leonza-Kults in Venezuela ist in Sorte im Bundesstaat Yaracuy. Von Dezember bis März ist die Hauptsaison der Kultaktivitäten. Dafür werden Pilgerfahrten aus dem ganzen Land organisiert, die am Heiligen Berg von Maria Leonza in Sorte zusammentreffen (Pollak-Eltz 1982: 178). Im Ort sind einige berühmte Heiler ansässig, die Heilungszeremonien in der Tradition des Maria-Leonza-Kults anbieten. In der Osterwoche (”Semana Santa”) sind bis zu 50.000 Pilger in Sorte anwesend, die an Kult- und Heilungshandlungen teilnehmen (ebd.). Diese finden unter großen Bäumen am Fluß des Ortes statt. Die Patienten, die aus dem ganzen Land zu den Heilungszeremonien eintreffen, legen sich kreisförmig auf den Boden. Kerzen werden angezündet und rund um den Körper der Patienten arrangiert. Zuerst werden Reinigungsriten durchgeführt (ebd.). Im Mittelpunkt stehen Exorzismus-Riten, die auf die Austreibung böser Geister abzielen. Dazu verwendet man Tabakrauch und Babypuder, mit dem der Körper der Patienten bestäubt wird. Kleine Statuetten der Maria Leonza werden auf einem Altar aufgestellt, und ihre spirituelle Kraft wird von den anwesenden Medien angerufen. Diese Medien fallen dabei in Trance, um den Patienten anschließend den Grund für ihre Krankheit mitzuteilen. Durch sie können die Patienten mit heiligen Mächten und dem Geist der Maria Leonza selbst in Verbindung treten. Den Medien werden in der Trance ”Verschreibungen” diverser Heilpflanzen und vom Patienten zu befolgende Ritualhandlungen übermittelt. Anschließend müssen sich die Patienten einer erneuten Reinigung unterziehen, indem sie im Fluß baden. Danach werden sie dazu angehalten, Rum zu trinken und Tabak zu rauchen (ebd.: 181). Die Medien blasen ihnen ebenfalls Tabak ins Gesicht, trinken Rum und reiben sie mit Kräuteressenzen ein. Manchmal hypnotisieren die in Trance agierenden Medien die Patienten. Es ertönen Trommeln, und nach und nach fallen auch die Teilnehmer des Rituals in Trancezustände. Am Ende eines jeden Tages findet abends oder nachts eine durch Schießpulver verursachte Explosion statt (ebd.). Gegen 2 Uhr nachts enden die Aktivitäten, um am nächsten Morgen sehr früh – gegen 6 Uhr – fortgesetzt zu werden. Das so geschilderte Ritual dauert circa eine Woche (Pollak-Eltz 1982: 182).

Die Entwicklung der Medizin in Venezuela und Lateinamerika

Die Entwicklung der ärztlichen Profession in Venezuela korrespondiert mit der in anderen lateinamerikanischen Ländern, die wesentliche Impulse aus Westeuropa - vor allem aus Frankreich - aufgriff (Finkler 1991: 63). In der Kolonialzeit, in der Venezuela unter spanischer Vorherrschaft stand, kamen im Zuge der Kolonisierung Krankheiten in die "Neue Welt", die zuvor dort unbekannt gewesen waren: Pocken, Masern und Typhus. Diesen Epidemien standen die einheimischen Heilkundigen hilflos gegenüber. Dadurch sowie durch die Unterdrückung und Zerstörung der indigenen Kulturen und Sprachen wurde die Ausweitung der Medizin, die die Kolonisatoren aus Europa mitbrachten, gefördert. Dennoch blieb die spanische Medizin in den Ländern Lateinamerikas und Venezuelas von der in Spanien praktizierten lange Zeit grundverschieden. Während die frühen spanischen Eroberer das indigene medizinische Wissen noch abgelehnt hatten, erlangten die spanischen Ärzte im 16. Jahrhundert selbst umfangreiche Kenntnisse im Gebrauch einheimischer botanischer Pflanzenheilkunde (Cueto 1996: 161).

Als immer mehr spanische Ärzte nach Lateinamerika kamen, entwickelte sich weitab vom Mutterland eine *kreolische Medizin*, die aus einer Fusion spanischer Medizin und der Medikalkulturen aus der Vorkolonialzeit hervorging. Das medizinische System vor der Unabhängigkeit Lateinamerikas spiegelt die gesellschaftliche Struktur jener Epoche wider; die Kolonialzeit war gekennzeichnet durch eine Unterteilung in drei medikale Sektoren: Die indigene Medizin, die spanische Medizin und die Kreolmedizin als Mischform der beiden anderen Medikalkulturen (Finkler 1991: 61). Indigene Heiler, die von der katholischen Kirche und den spanischen Eroberern als Hexer gebrandmarkt wurden, verfügten über umfangreiche Kenntnisse der südamerikanischen Flora und Fauna, und sie verließen sich zudem auf mystische Erfahrungen. Die "Curanderos" der Kreolmedizin handhab(t)en ebenfalls indigene medizinische Praktiken und verfügten überdies über Kenntnisse der spanischen Medizin. Auf diese Weise integrierten sie Elemente beider Heiltraditionen. An der Spitze der Hierarchie stand die spanische Medizin, die sich wiederum an der medizinischen Entwicklung in Frankreich orientierte (ebd.).

Mit der Unabhängigkeit von Spanien im 18. Jahrhundert begann in Venezuela und in ganz Lateinamerika eine neue Ära in der Medizin. Der Einfluß aus Frankreich als Impuls gebendem Land nahm zu, und der französiche Positivismus wurde zum dominanten Leitthema in den lateinamerikanischen Ländern jener Zeit. Damit einher ging die Übernahme der in Frankreich und Europa entwickelten medizinischen Kultur und die Installierung der ärztlichen Autorität als zentralem Element der medizinischen Professionskultur (Cueto 1996: 208). In der frühen nachkolonialen Zeitepoche wurde der Grundstein für die heutige Medizin in Lateinamerika und in Venezuela gelegt. In die medizische Ausbildung wurden die in Europa entwickelten Ausbildungelemente aufgenommen und im Curriculum fest verankert: Anatomie, Physiologie, Chirurgie, Pharmakologie, klinische Medizin und Rechtsmedizin (ebd.: 64).

Der heutige nordamerikanische Einfluß auf die Medizin Lateinamerikas und Venezuelas ist ein Phänomen der Nachkriegszeit (1. Weltkrieg) im 20. Jahrhundert. Bis dahin hatte man sich an der französichen Entwicklung orientiert. Nach Ende des ersten Weltkrieges schwand der französische Einfluß allmählich, und das nordamerikanische Modell dominiert seither die venezolanische und lateinamerikanische Medizin (Finkler 1991: 65). Vorangetrieben wurde diese Entwicklung durch große und einflußreiche nordamerikanische Organisationen wie beispielsweise die "Rockefeller Foundation" (Cueto 1996: 184). Mittels großzügiger Gewährung von Forschungs- und Ausbildungsstipendien wurden viele Ärzte aus den lateinamerikanischen Ländern fortan in US-amerikanischen Institutionen ausgebildet; diese Ärzte importierten das Know-how und die Struktur der nordamerikanischen Gesundheitversorgung in ihre Heimatländer. In den Jahren zwischen 1918 und 1940 wurde der US-Einfluß insbesondere durch die "Rockefeller Foundation" ausgebaut und die öffentliche Gesundheitsversorgung nach dem Muster der USA konsolidiert (ebd.: 200). Bis in die fünfziger Jahre hinein blieb aber der französiche Einfluß auf die medizinische Ausbildung etwa gleich stark. Neben der naturwissenschaftlichen Medizin wurden und werden die indigene Medizin und die Kreolmedizin weiterhin praktiziert.

Obwohl die Orientierung an der westeuropäischen und später an der US-amerikanischen Medizin in Venezuela und ganz Lateinamerika sicherlich sehr stark war, ist die Vorstellung einer reinen Imitation der importierten Medizin wenig überzeugend. Einige südamerikanische Medizinsoziologen kritisieren diese Sichtweise, in der sie eine ideologische Fortsetzung der Kolonialmedizin sehen (Peard 1996: 31; Balestrini Acunia 1990: 122; Lanz 1988). In Ermangelung medizinhistorischer Arbeiten, die aus einer venezolanischen oder lateinamerikanischen Perspektive heraus eine lokale Professionsgeschichte des Ärztestands nachzeichnen, habe ich an europäische Untersuchungen zu dieser Thematik anknüpfen müssen.

Das öffentliche Gesundheitssystem

Wie alle anderen öffentlichen Versorgungsbereiche ist auch das venezolanische Gesundheitswesen unterteilt in den öffentlichen und den privaten Sektor. Generell gilt, daß private Krankenhäuser und Praxen einen besseren Ruf genießen als ihre staatlichen Pendants. Zu unrecht, wie ich feststellen konnte, als ich zweimal selbst erkrankte und mich in ärztliche Behandlung begeben mußte. Dennoch gilt, wer es sich finanziell leisten kann, nimmt private medizinische Dienste in Anspruch (Olmedo 1993; Balestrini Acunia 1990). Die ärztliche Versorgung in Venezuela ist in staatlichen Hospitälern kostenlos; allerdings müssen die Medikamente von den Patienten selbst bezahlt werden, was im Fall von Hiv/Aids fatal ist. Die privaten medizinischen Einrichtungen sind sehr teuer, erfreuen sich aber in der Bevölkerung einer stärkeren Reputation (s.o.). Zusätzlich gibt es noch Krankenhäuser, die nur für sozialversicherte Arbeitnehmer zuständig sind; in diesen Einrichtungen sind auch die Medikamente kostenlos.

Aufgrund der Lücken in der Gesundheitsversorgung sind Selbstmedikation, der Gebrauch von Heilpflanzen sowie die Konsultation eines ”Curanderos” (Pflanzenheilers) in Venezuela und auch in der Hauptstadt Caracas sehr verbreitet. In den Barrios, in denen ich wohnte, kultivierten die meisten Familien kleine Heilkräutergärten, aus denen sie sich z.B. bei Erkältungskrankheiten selbst versorgten. Auch die Hiv/Aids-Betroffenen rekurrieren oftmals auf diese Form der Selbstmedikation, wenn sie sich keine antiviralen Medikamente leisten können. Grundsätzlich gilt, daß die Akzeptanz von Pflanzenheilkunde in Venezuela sehr hoch ist.

Aids in Venezuela

Die statistischen Angaben über die genau zu beziffernde Zahl der Hiv/Aids-Betroffenen in Venezuela schwanken zwischen 5000 (offizielle Statistik des Gesundheitsministeriums 1997) und 400.000 Hiv-Infektionen (Expertenschätzung). Die Abweichungsrate erklärt sich aus einer hohen Dunkelziffer, die auf die mangelhafte Ausbildung und den ungenügenden Kenntnisstand der Ärzte in den Provinzen und den ländlichen Regionen des Landes zurückgeführt wird (Balestrini Acunia 1990: 128). Zumeist wird dort in zweifelhaften Krankheitsfällen kein Hiv-Test durchgeführt, weil die Ärzte damit nicht vertraut sind.

Besonders problematisch ist die Versorgung mit antiviralen Medikamenten wie AZT, für das niemand die Kosten übernimmt. Die Patienten müssen sie aus eigener Tasche bezahlen. Nur für die wenigen sozialversicherten Arbeitnehmer in festen und gutbezahlten Arbeitsverhältnissen übernimmt deren Versicherung die Kosten (ebd.). Daher sind viele Hiv/Aids-Betroffene darauf angewiesen, sich anderweitig zu versorgen. Oftmals versuchen sie, in medizisch-pharmazeutische Untersuchungsprogramme aufgenommen zu werden, die noch unerprobte Medikamente testen oder sie konsultieren sogennannte "Curanderos" (Pflanzenheiler), die volksmedizinische Behandlungen anbieten.

Es gibt in Caracas sehr viele gemeinnützige Aids-Stiftungen, die sich mit den Belangen der Betroffenen befassen. Ich konnte 18 solcher Stiftungen zählen. Mit einigen habe ich zusammmengearbeitet und mich über deren Hilfsangebote informiert. Diese reichten von Öffentlichkeits- und Präventionsarbeit und psychologisch angeleiteten Selbsthilfegruppen über Rechtsberatung bis hin zu einem medizinischen Dienst, der zumeist von einem infektologisch oder immunologisch ausgebildeten Hiv-Spezialisten geleitet wird.

Die vom Gesundheitsministerium propagierte Präventionspolitik ist problematisch, weil das Thema Sexualität und Aids unter ein öffentliches Thematisierungsverbot fällt. Um dies zu umgehen und dennoch über Hiv/Aids zu informieren, werden aus Europa und Nordamerika

übernommene Präventionsbotschaften formuliert ("Toma el control de tu vida"- übernimm die Kontrolle über dein Leben), die das Leitbild des Disziplinarindividuums propagieren. Eine andere Strategie ist es, Präventionskonzepte in Umlauf zu bringen, die auf überaus verwissenschaftlichten Körperkonzepten basieren. Dahinter verbirgt sich der Versuch, den in der öffentlichen Kommunikation tabuisierten sexuellen Körper in einen asexuellen naturwissenschaftlichen Körper umzuwandeln, damit das Thema Sexualität überhaupt angesprochen werden kann (Boeker 1997).

Ärzte in Venezuela

Der Ärztestand genießt auch in Venezuela ein hohes Ansehen und ist einer der Berufe, die mit sehr viel sozialem Prestige ausgestattet sind (Balestrini Acunia 1996: 165). Die medizinische Ausbildung während des Studiums ist ähnlich wie die in Deutschland strukturiert, nur daß eine viel größeres Gewicht auf Ethikunterweisung gelegt wird. Diese ist Pflichtbestandteil während des Studiums und wird in der praktischen Ausbildungsphase und in der Facharztausbildung vertieft. Nach dem Studium ist es Pflicht, ein Jahr in den medizinisch unterversorgten Landesteilen als Arzt zu arbeiten. Nach diesem "Anio rural" (praktisches Jahr auf dem Land) können die Ärzte ihre medizinische Ausbildung in einem Postgraduiertenstudium ("Postgrado") vertiefen und sich in einer weiteren praktischen Ausbildungszeit von 2-3 Jahren zum Facharzt einer medizinischen Spezialdisziplin fortbilden. Meine Interviewpartner waren meist sehr qualifiziert und hatten zum Teil sogar mehrere Facharzttitel.

Der Verdienst eines Arztes in Venezuela ist äußerst gering, besonders wenn er oder sie in Institutionen der staatlichen Gesundheitsversorgung arbeitet. Aus diesem Grund haben viele Ärzte mehrere Jobs gleichzeitig nach dem Muster vormittags staatliche Klinik, nachmittags Privatklinik oder Privatpraxis. Von meinen 22 Interviewpartnern gingen 13 dieser Form der Doppelbeschäftigung nach.

Meine Untersuchung ist in Caracas durchgeführt worden. Da ich den Fokus auf Ärzte setzte, die spezialisiert sind auf Hiv/Aids, erschien es mir am praktikabelsten, mich auf die Metropole des Landes zu beschränken. In dieser Auswahl bin ich später bestätigt worden, als sich bei Besuchen in anderen Landesteilen herausstellte, daß es dort zumeist keine Spezialisten für diese Krankheit gibt. Dies hat zur Folge, daß Hiv/Aids-Patienten nur sehr unzureichend medizinisch versorgt bzw. gar nicht erst diagnostiziert werden.

4 South meets North: Die deutsche Forscherin erlebt die venezolanische Kultur

Da ich wesentliche kulturelle Wertkonzepte in Venezuela durch eigene Erfahrung kennenlernte und quasi am eigenen Leib durchlief, werde ich zur weiteren Darstellung des kulturellen Kontextes meine Forschungsaufzeichnungen, Tagebucheintragungen und Erlebnisse aus der teilnehmenden Beobachtung verwenden.

4.1 Der Lebens- und Forschungsalltag in Caracas

Übergänge schaffen

Da ich bei meiner Forschung in Venezuela meinen Aufenthalt nicht strikt in Arbeit - im Sinne des Durchführens von Interviews - und Privatleben aufteilen konnte, kam der Gestaltung meiner Wohn- und Lebenssituation eine wichtige Rolle zu. Bei allen meinen drei Aufenthalten versuchte ich, es so einzurichten, daß ich mir Übergänge zwischen meinem gewohnten Leben in Deutschland und dem Leben in Caracas schaffte. Zuallererst spiegelte sich dies jeweils in meiner Wohnsituation wider. Am Anfang sollte möglichst kein großer Unterschied zwischen meinem Alltag in Hamburg und meinem Leben in Caracas bestehen. Ich wollte mich langsam an mein Feld herantasten und mich nicht gleich einem Kulturschock in meiner unmittelbaren Umgebung aussetzen.

Aus diesem Grund wohnte ich bereits bei meinem ersten Aufenthalt bei einer Bekannten, die ich aus der Zusammenarbeit in einem Entwicklungshilfeprojekt kannte. Sie war in Europa gewesen und war den Umgang mit Deutschen gewohnt. Dies enthob mich in der Eingewöhnungszeit von der Notwendigkeit schwieriger Umstellungen meiner Lebensgewohnheiten. Bei meinem letzten Aufenthalt bot mir der Direktor des Goethe-Instituts in Caracas ("Asociación Humboldt") ein Appartment im Gästehaus an, wo ich für zwei Monate wohnte. Die Bedeutung eines solchen Übergangsdomizils, das sich an europäischen Standards orientiert, ist nicht zu unterschätzen. Es gibt Sicherheit in einer völlig fremden Umwelt und bietet einen angenehmen Rückzugsort aus dem südamerikanischen Großstadtgetriebe, in dem vieles nach europäischen Maßstäben "nicht funktioniert". So kommt es beispielsweise mindestens ein- bis zweimal die Woche vor, daß alle öffentlichen Telefonleitungen für mehrere Stunden oder sogar Tage (!) zusammenbrechen, was z. B. der Absprache von Interviewterminen äußerst abträglich ist. Gleichzeitig streiken die Busfahrer, was zur Folge hat, daß man wegen der großen Nachfrage auch kein Taxi bekommt. Bei einer Reise streikten, als ich gerade in Caracas eintraf, sogar meine Interviewpartner, die Ärzte. Der einzige Ort in ganz Caracas, an dem immer die Telefone funktionieren und auch sonst alles gut organisiert ist, sind die Asocación Humboldt und die deutsche Botschaft, weil sie über private Spezialleitungen verfügen. Auch in anderen Bereichen entpuppte sich meine "deutsche"

Unterkunft als eine wahre Oase von Funktionstüchtigkeit inmitten des unberechenbaren venezolanischen Alltags. Einige Male konnte ich beobachten, daß selbst meine Interviewpartner dies zu schätzen wußten und mir vorschlugen, wir könnten das Gespräch doch "bei mir" durchführen.

Familienleben im Barrio

So genoß ich meist für 6-8 Wochen mein "deutsches" Zuhause oder ein entsprechendes Pendant und unternahm von dieser sicheren Bastion aus neugierige Ausflüge in mein Feld. Spätestens nach dieser Zeit jedoch wurde es mir dort zu langweilig, und es zog mich jedesmal hinaus ins "richtige Leben". Ich suchte mir eine Unterkunft in befreundeten Familien in verschiedenen Stadtteilen in Caracas. Besonderes Interesse hatte für mich seit der Teilnahme an einem Entwicklungshilfeprojekt das Leben in den Barrios der Stadt. Obwohl die Barrios als Armenviertel gelten [143], sind darunter nicht ausschließlich Wellblechhüten ohne fließend Wasser zu verstehen Es gibt "barrios consolidados" (konsolidierte Barrios), die unserer Vorstellug eines Einfamilienhauses entsprechen. Für mein Interesse und Wohlbefinden suchte ich mir jeweils eine eigene kleine Wohnung mit Bad und Kochgelegenheit - die ich dann allerdings doch nicht nutzte, weil ich überwiegend mit den Familien die Mahlzeiten teilte. Es war mir aber wichitg, mich räumlich abgenzen zu können, obwohl dies de facto ohnehin nich möglich war. Tatsächlich war ich in Venezuela selten allein, sondern immer umgeben von Leuten.

Zwar galt es als gefährlich, sich als Europäerin in die Barrios zu wagen und mir wurden viele warnende Geschichten über ausgeraubte Touristen erzählt sowie über einen deutschen Kommunisten namens Sindermann aus der DDR, der mit einem teuren Fotoapparat in ein Barrio ging, um dort zu den "arbeitenden Genossen" zu sprechen; man raubte ihn aus und er kam zerrissen und ohne Kamera von seinem Ausflug bei den werktätigen Klassen Venezuelas zurück. Da ich aber mit mehreren Familien befreundet war und den offiziellen Status eines "Familienmitglieds auf Zeit" zugewiesen bekam, nutzte ich meinen Aufenthalt dort, um mehr über die einheimische Kultur zu erfahren und am Alltag der Leute teilzunehmen.

Ich war und bin insgesamt in vier (Groß-)Familien von Caracas assoziiertes Mitglied: Eine Familie in "Colinas de Palo Grande" in Caricuao, eine in "Macarao", eine in "La Pastora" im Zentrum der Stadt und eine vierte lebt in "Montania Alta" außerhalb von Caracas. In allen Familien leben mehrere Generationen, Geschwister und Kinder mit ihren eigenen Kleinfamilien unter einem Dach. Die Häuser haben zumeist mehrere Stockwerke, die ständig nach oben hin erweitert werden, um das nötige Zimmerangebot im Haus für hinzuziehende Schwiegertöchter

[143] Barrio heißt eigentlich nur Stadtteil. Aber in Caracas meint man damit Armenviertel.

und Schwiegersöhne bereitzustellen. In allen Familien werden, seit ich sie kenne, ständig Bauarbeiten durchgeführt und wieder unterbrochen, wenn das Geld dafür ausgegangen ist.

Zumeist besteht eine solche Familie aus circa acht bis fünfzehn Mitgliedern. Häufig ist die älteste Frau, in einem Fall ("Colinas de Palo Grande") der älteste Mann das Oberhaupt der Familie. Diese werden bei allen wichtigen Familienangelegenheiten konsultiert, obwohl nach außen hin ein Familienmitglied mittleren Alters als Repräsentant in Erscheinung tritt. In "Macarao" beispielsweise wurde nie eine Entscheidung ohne die 84-jährige Otilia getroffen. Selbst ihr 52-jähriger Sohn Nicolas, der als politischer Führer des Barrios "Macarao" in ganz Caracas bekannt ist, sprach alle relevanten Themen zuerst mit ihr ab ("Da müssen wir erst Otilia fragen").

Mein Leben im Barrio brachte viele soziale Verpflichtungen mit sich - ich wurde mehrfach Patentante und nahm an vielen Kommunionen und Geburtstagen teil. Zu meinen Aufgaben als "Familienmitglied" gehörte es zudem, zu sterbenden Verwandten und Freunden der Familien ins Haus zu gehen. Ich wurde immer sehr herzlich aufgenommen, und alle bekundeten ein reges Interesse an der "Deutschen". Mein Unterhaltungswert war immerhin so groß, daß einige Nachbarn der befreundeten Familien sogar "Abwerbeversuche" unternahmen, weil sie auch gerne so etwas Exotisches im Haus gehabt hätten. Immer wieder mußte ich von Deutschland erzählen und wie dort das Leben finktioniert. Ungläubiges Staunen lösten meine Geschichten über immer funktionierende Telefonleitungen und besonders über die Bus- und Zugfahrpläne aus, die einige Zuhörer aber doch am Wahrheitsgehalt meiner Geschichten zweifeln ließen – ("Elvira hat gerade erzählt, in Deutschland gibt es Zeitpläne, wann die Busse kommen und die kommen dann auch noch"; schallendes Gelächter aller Anwesenden).

Gefährlich wurde es für mich nur einmal, im Barrio zu leben. Obwohl ständig nach Einbruch der Dunkelheit Schüsse in der Nähe meiner Unterkunft zu hören waren, passierte nichts, weil niemand im Dunkeln aus dem Haus geht. Während ich anfangs noch bei jedem Schuß zusammenzuckte, quittierten meine Gastgeber das Geschehen mit weitaus nüchterneren Kommentaren ("Das war ja ein geiler Schuß" - Un tiro sabroso). Aber eines Abends geriet ich doch in die Bredouille, als ich nach einem spannenden Gespräch mit einer Frau des Barrios "Colinas de Palo Grande" von ihrem Haus zu "meiner" Familie ging und mir unterwegs zwei mit schwarzen Kapuzen vermummte junge Männer auflauerten. Für diesen Zweck hatte ich immer etwas Geld dabei, damit im Fall der Fälle die Enttäuschung auf Seiten möglicher Räuber nicht allzu groß war. Schnell kramte ich das Geld aus meiner Hosentasche, als ich einen der beiden Männer zum anderen sagen hörte: "Das ist doch die Gringa von der Familie XXX". Sofort ließen sie von mir ab und gingen davon, auch mein Geld wollten sie nicht. Geschützt vor Plünderungen und Schlimmerem hatte mich meine Zugehörigkeit zu einer der Familien des Barrios, was in ihren Augen einen Überfall moralisch verwerflich erschienen ließ.

Pendeln zwischen verschiedenen sozialen Welten

Ich bewegte mich während meiner drei Aufenthalte jedesmal zwischen sehr unterschiedlichen sozialen Schichten hin und her: Mittel- Ober- und Unterschicht. Das war zwar äußerst interessant, aber zuweilen auch sehr anstrengend, mein Pendeln zwischen diesen konträren Welten zu vermitteln. Einige meiner wohlhabenden ärztlichen Gesprächspartner fanden es überaus unverständlich, daß ich es als Europäerin nicht vorzog, in einer guten und teuren Wohngegend zu wohnen - so wie sie selbst es taten. Andere schüttelten den Kopf und fanden mein Interesse für Barrios spinnert ("Ihr Europäer seid doch komisch (raro) und viel zu romantisch" - Dr. T). Meine Barrio-Leute wiederum wunderten sich ebenfalls und konnten sich meine "Treue" (fidelidad) zu ihnen nicht erklären; sie fühlten sich aber sichtlich geschmeichelt – "Elvira verkehrt in gehobenen Kreisen, aber bei uns fühlt sie sich wohler" erklärte Horacio, eines meiner Familienmitglieder in "Colinas de Palo Grande" voller Stolz einem Freund. Da ich mit meinen sozialen Pendelbewegungen allseits auf Unverständnis stieß, berichtete ich später niemandem mehr etwas davon.

Zuweilen brachte es mein Aufenthalt mit sich, daß ich an einem einzigen Tag zwischen Mittel-, Ober- und Unterschicht hin- und herpendelte. Ich wohnte im Barrio und hatte beispielsweise morgens einen Gesprächstermin in einer Klinik vereinbart; danach war ich nachmittags auf die Yacht eines reichen Arztes zum Cocktailempfang eingeladen und kehrte anschließend wieder ins Barrio zurück. Die Spannbreite der Gesprächsthemen an so einem Tag reichten von den Problemen des Yachtbesitzers, geeignetes Sicherheitspersonal einzustellen über die beste Bezugsadresse für Champagner-Cremetörtchen bis zum abendlichen Familiengespräch, in dem der Umgang mit dem Wassernotstand im Barrio besprochen und organisiert werden mußte. Zuweilen fühlte ich mich durch diesen Spagat, den ich vollzog, etwas zerrissen. Hinzu kam, daß zu allen drei Anlässen unterschiedliche Bekleidungsvorschriften befolgt werden mußten, die generell in Venzuela sehr strikt sind. Für die Interviews beispielsweise mußte ich immer einen Blazer anziehen - auch wenn es noch so heiß war. Im Barrio konnte ich mich legerer bewegen; ein Auftritt in Jogginghose oder in alter Jeans gilt aber auch in der Unterschicht als Faux-Pas. Zumeist ist man dort sogar bemüht, daß die soziale Herkunft eben nicht an der Kleidung erkennbar ist. Oft habe ich Leute oder Kinder mit blütenweißen, gestärkten Kleidern und blankgeputzten Schuhen selbst aus einfachen Wellblechhütten herauskommen sehen.

Zudem mußte ich lernen, mich entsprechend zu schminken, weil dies in Venezuela obligatorisch ist. Dies alles organisierte ich so, daß ich in einem Hotel in Caracas, mit dessen Inhaber ich befreundet war, eine Art "Umkleidekabine" extra für solche Gelegenheiten einrichtete. Ich deponierte dort einige Kleidungsstücke, die ich bei entsprechendem Anlaß aufsuchte und zog mich dort um. Interessant war es für mich, zu erleben, daß ich nicht nur die Kleidung wechselte, sondern auch mein Verhalten und mich der jeweiligen sozialen Umgebung wie ein Chamäleon

anpaßte. Ja mehr als das, ich genoß es, so konträre soziale Rollen auszuprobieren und von einer in die andere zu schlüpfen.

Am aufregensten war für mich dennoch die Zeit in den Barrios; nicht zuletzt deshalb, weil ich dort die persönlich intensivsten Erfahrungen machte und Erlebnisse hatte, die mir Einblick in die andere Kultur gewährten. Ich bin der Ansicht, daß ich darüber erst Zusammenhänge für meine Forschung verstanden habe, die mir ohne diese Erfahrung verborgen geblieben wären. Das Leben in den venezolanischen Familien hat mit nicht nur wichtige Impulse für mein eigenes Leben gegeben - vor allem eine Um- und Aufwertung von Emotionalität -, sondern über das Miterleben und Teilen wichtiger Lebensbereiche hat sich mir eine ganz andere Welt - quasi von innen her - erschlossen. Beispielsweise bin ich als religiös eher zurückhaltende Intellektuelle sehr davon berührt worden, als "meine" Familie in "Montania Alta" am Heiligabend andächtig vorm Fernseher saß und die Papstmesse aus Rom life mitverfolgte. Dieser ergreifenden Atmosphäre konnte selbst ich mich als Kritikerin der katholischen Kirche nicht entziehen. Anders ausgedrückt: Meine eigene kritische Sichtweise ist in solchen Situationen vollständig überlagert worden von der emotionalen Atmosphäre und Dichte, die "meine" Familie darauf als Reaktion zeigte: Weinen, Stöhnen und wirkliche Ergriffenheit. Als ob dies nicht schon "fremd" und zugleich anrührend genug wäre, wurde im Anschluß eine kleine Jesuspuppe von der ältesten Frau der Familie hereingetragen und mit liebevollem Streicheln in die dafür bereitgestellte Krippe gelegt. Dies alles geschah mit soviel echter Ergriffenheit - die Leute hielten den Atem an -, daß auch ich nur noch Augen für dieses Jesuskind hatte und besorgt war, ob die Frau es denn auch wohlbehalten in der Krippe unterbringt. So banal sich diese Beispiel anhören mag, so habe ich doch erst darüber verstanden, wieviel emotionalen Gehalt die Leute in die Nachbildung eines Krippenspiels hineinlegen. Ähnlich verhielt es sich mit vielen anderen Erlebnissen.

Ich hatte einen sehr herzlichen und engen Kontakt mit den Mitgliedern meiner jeweiligen Familien und war eingebunden in Rituale, die sie untereinander pflegten. Bei meiner vorletzten Reise wohnte ich bei einer Familie im Barrio "La Pastora". Abends versammelten sich alle im Schlafzimmer der 48-jährigen Beatriz, die die Autorität in der Familie inne hatte. Wir setzten uns alle auf ihr großes Bett und unterhielten uns über die Geschehnisse des Tages. Zumeist wurde sie ermuntert, Ratschläge zu erteilen und die Dinge aus ihrer Sicht zu beurteilen. Da ich, weil ich dort wohnte, ebenfalls zu ihren Töchtern gerechnet wurde, erzählte auch ich, was mich bedrängte. Dies führte sogar dazu, daß ich mit dieser Frau, die selbst gerade mal vier Jahre zur Schule gegangen war, Dinge besprach, die mich bei der Durchführung meiner Forschung irritierten.

Aus dem Geschilderten wird deutlich, wie begrenzt das Forschungsinstrument der Interviewtechnik bei interkulturellen Untersuchungen sein kann. Aus diesem Grund werde ich solche Beobachtungen als Hintergrund in die Darstellung meiner Forschungsergebnisse mit einbringen.

4.2 Interkulturelle Mißverständnisse als Zugang zur „fremden“ Kultur

Um es gleich vorwegzunehmen: Natürlich gab es jede Menge Mißverständnisse. Während ich mir nach dem Ende eines Aufenthalts in Venezuela oft Vorwürfe machte, ob ich nicht dieses oder jenes Fettnäpfchen hätte ausgesparen können, ist mir erst in der Auswertungsphase bewußt geworden, daß ich gerade darüber vieles im Zusammenhang mit der venezolanischen Kultur verstanden habe. Rückblickend sehe ich es jetzt so, daß diese Mißverständnisse erst die Würze einer interkulturellen Forschung ausmachen und sich als wahre Fundgrube für das Verstehen einer anderen Kultur in ihren alltäglichen "Selbstverständnissen" erweisen.

Das Phänomen der "Maniana"-Mentalität

Von meinen Freunden und Familien wurde ich in einige lokale Grundsätze eingeführt; beispielsweise wie man mit Verabredungen umgeht. Meine mit deutschen Gepflogenheiten vertraute Freundin etwa drückte dies so aus: "Bei uns ändert sich alles ständig. Eine Verabredung ist zwar eine Verabredung. Dennoch kann es sein, daß die andere Person nicht kommt oder erst viel später. Das ist nicht wie in Deutschland, wo die Leute pünktlich kommen oder vorher absagen. Hier kommen wir wenn möglich, manchmal aber auch nicht". Ich sollte noch häufig Gelegenheit haben, mich dieser Worte zu erinnern. Denn tatsächlich gestaltete sich die Absprache von Terminen - von deren Einhaltung ganz zu schweigen - als äußerst kompliziertes Unterfangen. Ich verbrachte sehr viel Zeit damit, auf Gesprächspartner, aber auch auf Freunde zu warten; immer wieder fielen Termine unabgesagt aus und es wurden neue vereinbart, die wiederum ausfielen. Durch diese Erfahrung ist mir aber erst bewußt geworden, daß in meiner eigenen Kultur Pünktlichkeit auch mit Respekt vor dem Anderen konnotiert ist. Bei mir löste eine nicht eingehaltene oder sehr verspätete Verabredung aus diesem Grund immer das Gefühl aus, nicht respektiert zu werden. Oft konnte ich auch meinen Ärger über diese "Mißachtung" nicht ganz verbergen.

Darüber wurde ich in ein charakteristisches Lebensgefühl eingeführt, das mit dem verbreiteten Begriff der "Maniana"-Mentalität nur unzureichend umschrieben ist. Diese andere Einstellung zur Zeit macht es erforderlich, daß man letztlich gar nicht mehr damit rechnen sollte, Pläne so zu realisieren wie man sie ursprünglich geplant hat. Die vielbeschworene Prozeßhaftigkeit von Forschungen erhält vor diesem Hintergrund eine ganz neue Bedeutung. Tatsächlich haben fast alle meine Planungen nicht funktioniert und nach heftigen inneren Kämpfen habe ich das Planen daher aufgegeben. Zu meinen Interviews bin ich eher "zufällig" gekommen; ich habe mich nach einer Krise, in der ich der Zerstörung meiner Pläne nachtrauerte, schlichtweg von meiner Intuition führen lassen. Hatte ich zuvor Zeitpläne gemacht - vormittags Dr.T, nachmittags DoctoraU -, was nie geklappt hatte, ging ich dazu über, einfach ohne Verabredung bei den Interviewpartnern vorbeizugehen, an die ich gerade spontan gedacht hatte. Erstaunlicherweise funktionierte das. Die

Leute freuten sich, daß ich vorbeikam und während ich noch überlegte, wie ich einen neuen Termin aushandeln sollte, schlugen sie mir zumeist vor, das Interview gleich an Ort und Stelle durchzuführen. Oder sie luden mich dafür zum Essen oder zu sich nach Hause ein. Meine neu entwickelte Strategie der Spontanität konnte ich selbst im Umgang mit Behörden einsetzen. Eine für meine Forschung wichtige Ressortleiterin im Gesundheitsministerium, mit der bereits vier Gesprächstermine nicht zustande gekommen waren, bekam ich auf diese Weise doch noch zu sprechen ("Kommen Sie doch herein, der Kaffee ist gerade fertig").

"Die Deutschen denken schon wieder!"

Als ein wesentliches Merkmal im Alltagsverhalten kristallisierte es sich heraus, daß man ernsthafte Diskussionen wie sie Deutschland üblich sind, in Venezuela nicht schätzt. Diese Beobachtung hatte ich bereits im Rahmen des Entwicklungshilfeprojekts verbucht. Während ich mit meinen deutschen Projekt-Mitarbeiterinnen auftauchende Probleme stets in Diskussionen vertieft hatte, machten sich die venezolanischen Projektpartner über unsere stundenlangen Diskussionen lustig und karikierten uns sogar; Horacio aus dem Barrio "Colinas de Palo Grande" setzte einmal ein ernsthaftes Gesicht auf und verkündete, er sei jetzt "wie ein Deutscher". Einmal hörte ich sogar, wie eine venezolanische Projektpartnerin zu einer anderen sagte: "Die Deutschen denken schon wieder!". Stattdessen bevorzugt man in Venezuela einen eher humorvollen und spielerischen Umgang mit Problemen. Daß dies sogar in sehr wichtigen Situationen - selbst im Umgang mit der schwerfälligen venezolanischen Bürokratie - einen Ausweg darstellt, darauf wurde ich immer wieder gestoßen.

Korruption und "Kaffee"

So wie bereits meine Verabredungen nicht funktioniert hatten, erging es mir daher mit dem Vortragen "logischer Argumente" in Konfliktsituationen. Besonders im Umgang mit Institutionen trat dies Problem häufiger auf. Während die mehr oder minder offensichtlichen Hinweise oder Forderungen nach Bestechungsgeld gegen meine Prinzipien verstießen und ich darauf mit "Argumenten" antwortete, erwies sich das Gegenüber demgegenüber meistens als resistent. Besonders bedrohlich wurde es für mich, als ich mein Visa auf der Ausländerbehörde verlängern wollte; ich mußte den Paß dort abgeben und die Behörde rührte sich wochenlang nicht. Als ich zugleich in "El Universal" (Tageszeitung in Caracas) las, daß 5000 Pässe in der DIEX (Ausländerbehörde) verschollen waren, war ich doch geneigt, eine "Belohnung" für die zügige Bearbeitung meines Passes zu zahlen. Ein Bekannter auf der deutschen Botschaft unterrichtete mich in der "richtigen" Art der Bestechung; er gab mir den Rat, einen teuren Cognac, Likör oder

erlesene Pralinen auf das Amt zu mitzunehmen und sie nach dem Gespräch dort zu "vergessen". Wie er mir geraten hatte, kaufte ich eine Flasche Dome Perignon und ging auf die DIEX.

Die Forderung nach einem Bestechungs- bzw. Erpressungsgeld wird in Venezuela häufig eingeleitet mit der Formulierung "Das kostet aber einen Kaffee" (Cuesta un cafécito). Bei meinem Auftritt in der DIEX verlangte der Sachbearbeiter ebenfalls einen "Kaffee". Ich machte mich einer spontanen Eingebung folgend darüber lustig und erwiderte schmunzelnd: "Wissen Sie denn nicht, daß Kaffee ganz ungesund ist?". Der Sachbearbeiter fing schallend an zu lachen und wandte sich sogar an seinen Kollegen ("Weißt du, was die Gringa gesagt hat...."). Beide amüsierten sich und zwinkerten mir wohlwollend zu. Schließlich suchte er meinen Paß aus einem meterhohen Stapel heraus und knallte einen Stempel hinein; dabei lachte er die ganze Zeit vor sich hin. Ich ging mit meinem Paß und ohne "Kaffee" gezahlt zu haben, hinaus. Auch die mitgebrachte Flasche nahm ich wieder mit. Aus dieser Erfahrung und aus Gesprächen darüber fand ich heraus, daß mir das Bestechungsgeld erlassen worden war, weil ich bereits in der in Venezuela hoch geschätzten Währung der Unterhaltung "gezahlt" hatte. Darüber hinaus gilt offenbar: Wer lacht, hat verloren. Die beiden Beamten hatten schlichtweg ihren Spaß an meiner Erwiderung und honorierten dies durch eine unbürokratische Vorgehensweise. Ein venezolanischer Freund erklärte mir dies später so: "Wir Venezolaner lieben gute Pointen und pfiffige Antworten. Wir wollen, daß man mit uns spielt!". Später probierte ich noch andere Variationen dazu aus; gut kam auch die Bemerkung "Mit Zucker oder nur mit Milch?" an. Auf diese Weise bekam ich mehrere Male Stempel oder Formulare und ähnliches ohne "Kaffee" zu zahlen.

Die Hallaca als Symbol für kulturelle Reziprozität

Am beeindruckendsten war für mich die Erfahrung, daß in Venezuela ein ausgeprägtes Feingefühl für Reziprozität vorhanden ist. In meinem Tagebuch, das ich während der Forschung anlegte, äußere ich immer wieder aufs Neue meine Überraschung darüber ("Ich kann gar nicht so schnell etwas geben wie ich schon wieder etwas bekomme" - Eintrag vom 2.10.95). Diese Erfahrung ist sehr schwer zu vermitteln, insbesondere in Deutschland. Da hierzulande eine Nehmer-Haltung die Regel ist, kam ich mir in Gesprächen in Deutschland über diese Beobachtung jedesmal vor wie jemand, der unter ”Kannibalen” lauthals die Vorzüge und Schmackhaftigkeit vegetarischer Kost rühmt.

Um dennoch dieses bedeutsame lokale Thema darzustellen, werde ich dies am Beispiel der Hallaca tun. Dabei handelt es sich um eine landestypische kulinarische Spezialität, die in allen venezolanischen Haushalten in der Weihnachtszeit hergestellt wird. Als Ingredenzien wird alles verwendet, was gut und teuer ist: Verschiedene Gemüsesorten (Paprika, Lauch, Zwiebeln,

Tomaten, Oliven), Hühnerfleisch und manchmal Fisch. Alles zusammen kommt in eine Teigmasse aus Maismehl, die wiederum in Bananenblätter eingewickelt und mit Bindfäden zu kleinen Päckchen verschnürt wird. Danach werden diese "Päckchen" etwa 1- 2 Stunden in Wasser gekocht. Die ganze Prozedur ist sehr aufwendig und nimmt mehrere Tage in Anspruch; in der Regel stellt jeder Haushalt circa hundert Hallacas her. Da der Kauf der Zutaten sehr teuer ist und daher nicht alle Venezolaner Hallacas kochen können, gilt das ökonomische Unvermögen, sich zu Weihnachten keine Hallacas leisten zu können, zugleich als Indiz dafür, wer wirklich arm in Venezuela ist.

Zunächst war es mir unbegreiflich, wer diese Berge von Hallacas essen sollte. Dazu muß gesagt werden, daß sie sehr sättigend sind, und ich zumindest von einer pro Tag völlig ausgelastet war. Die Frauen "meiner" Familie hatten also circa hundert Hallacas hergestellt, gegessen wurden in der Regel pro Person zwei, höchstens drei täglich. Besorgt fragte ich mich, was mit den "Resten" geschehen sollte. Dies klärte sich bald: Es gibt trotz scheinbarer Überproduktion keine "Reste". Bei jedem Besuch außer Haus werden zwei bis drei Hallacas für Verwandte, Freunde und Nachbarn als Weihnachtsgeschenk mitgenommen. Da diese dem Besuch auch wieder Hallacas mitgeben, findet ein ständiger Gabenaustausch statt, mit dem verwandtschaftliche, freundschaftliche und nachbarschaftliche Verbindungen symbolisch bekräftigt werden. Mir wurde von "meiner" Familie immer wieder eingeschärft, die kostbaren Hallacas nur an gute Freunde zu verschenken.

Zwar hielt ich mich an diese Vorgabe; dennoch erschloß sich mir der tiefere Sinn dieses Gabentauschs erst durch einen Faux-Pas, den ich unwissentlich beging. Bei all meinen Besuchen an den Weihnachtstagen wurde mir in jedem Haus Hallacas angeboten. Da ich nicht soviele essen konnte, lehnte ich oft ab. Daraufhin boten mir die Frauen an, die Hallacas einzupacken, so daß ich sie mit nach Hause nehmen könne. Weil ich wußte, daß dort bereits ein "Überschuß" dieses Gerichts bestand, stellte ich mir vor, daß "meine" Familie nicht begeistert sein würde, wenn ich noch mehr davon mitbrächte. Ich bedankte mich und sagte freundlich, wir hätten schon so viele daheim. Aus der Reaktion der Betreffenden - Erbleichen, Zusammenzucken - schloß ich, daß ich etwas falsch gemacht hatte. Ich wußte aber nicht warum. Zuhause berichtete ich dies "meiner" Familie. Ausnahmslos alle waren entsetzt über mein Betragen. Die Familienmitglieder erbleichten und schlugen entsetzt die Hände vor das Gesicht. Schließlich wurde mir erklärt, daß man grundsätzlich jedes Geschenk einer Hallaca unbedingt annehmen müsse, weil eine Ablehnung zugleich eine Zurückweisung der betreffenden Familie darstelle. Monica, eine Frau der Familie erklärte dies so:

> "Eine Hallaca gebe ich nur jemandem, der mir wirklich wichtig ist. Damit drücke ich meine Anerkennung/ Wertschätzung (valorización) aus. Wer meine Hallaca nicht nimmt, der lehnt mich selber und meine ganze Familie ab. Zu diesen Familien kannst du jetzt nicht mehr ins Haus gehen, Elvira. Die würden dir nicht mal mehr ein Glas Wasser anbieten".

Ich war natürlich sehr bestürzt und beschämt über das Ausmaß meines Fehlers und versuchte, den angerichteten Schaden wiedergutzumachen. An den nächsten Tagen nahm ich für jede zu besuchende Familie 2-3 Hallacas mit und erklärte das Mißverständnis. Zum Glück wurde mir verziehen, weil ich Ausländerin war und den Brauch nicht kannte ("Dann gibt es bei euch in Deutschland keine Hallacas?" fragte ungläubig und mit einem Anflug von Naserümpfen eine Frau). Das fassungslose Staunen über ein Land, in dem zu Weihnachten keine Hallacas hergestellt und verteilt werden, gab mir das Gefühl, aus einem völlig unzivilisierten Land zu kommen, in dem die Grundregeln menschlichen Zusammenlebens aufs Gröbste mißachtet werden.

Jedenfalls finden alle Hallacas Abnehmer. Man nimmt welche zum Verschenken mit, bekommt selber welche zurückgeschenkt und gibt sie wiederum weiter. Auf diese Weise sind die Hallacas ein Mittel symbolischer Reziprozität und Bekräftigung sozialer Bindungen. Sie kreisen im Geflecht von Beziehungs-Netzwerken und das Wichtigste daran ist, daß sie ständig in Bewegung gehalten werden.

Der Grund, weswegen ich das Beispiel der Hallaca so ausführlich dargestellt habe, ist, daß sich das sehr ausgeprägte Gefühl für Reziprozität, das mich immer wieder erstaunt hat, auch auf alle anderen Gabentauschaktionen, Hilfeleistungen und Gefälligkeiten im Alltag erstreckt. Für alle Austauschaktionen gilt dasselbe Prinzip, daß man etwas gibt und im selben Moment oder kurze Zeit später etwas Gleichwertiges bekommt. Daraus erklärt sich mein Eindruck, gar nicht schnell genug etwas geben zu können ohne im nächsten Augenblick schon wieder etwas zu bekommen.

"Mein Herz hat mir gesagt...": Das kulturelle Wertkonzept „El Calor humano“

Zu den im Alltag wichtigsten kulturellen Habitualisierungen in Venezuela gehört die Betonung des Herzens als Zentrum der Persönlichkeit und Ort der Emotionalität. Die Redewendung "mein Herz hat mir gesagt" ist allgegenwärtig und wird spätestens dann herangezogen, wenn etwas nach dem Empfinden der Leute zu rational gehandhabt wird. Unter der Barriobevölkerung habe ich die Erwähnung des Herzens als kulturelle Instanz der Wahrheit wahrgenommen, die in Zweifelsfall zuverlässig Auskunft über emotionale Befindlichkeiten gibt. Von den Mitgliedern "meiner" Familie wurde ich ständig ermahnt, dem "Rat des Herzens" zu folgen. Wenn ich in Situationen geriet, die eine Entscheidung verlangten, wurde ich daher stets gefragt "Und was meint dein Herz dazu?"

Überdies ist das Herz der Ort, von dem aus man in Kontakt mit Anderen tritt und über das die in Venzuela so hoch geschätzte „Calor humano“ (deutsch: menschliche Wärme) übermittelt wird. Während ich anfangs allen immer ausführlich erklärte, was ich machte, wurde ich häufig belehrt

"Das ist doch gar nicht nötig, daß du soviel erklärst. Geh doch einfach mit dem Herzen auf die Leute zu. Dann verstehen die das schon". Zuerst nahm ich an, daß die Bedeutung des Herzens schichtabhängig sei. Doch auch darüber wurde ich eines Besseren belehrt. Auch in wohlhabenderen Settings begegnete mir das Herz als Organ mit kultureller Autorität, das ermächtigt ist, menschliche Geschicke und zwischenmenschliche Begegnungen zu gestalten. Selbst unter Wissenschaftlern und sogar auf wissenschaftlichen Konferenzen trat das Herz als korrigierende Instanz in Erscheinung, das der Gefahr einer sich verselbständigenden Rationalität vorbeugt und das lokale Wertkonzept der „Calor humano“ verbindlich absichert. Ich erinnere mich hierbei an einen Vortrag eines Statistikers, der endlose Zahlenkolonnen aufführte, um am Ende seines Vortrags seine daraus abgeleiteten Schlußfolgerungen zu relativieren mit der Bemerkung: "Aber mein Herz hat mir gesagt, daß es sich doch noch etwas anders verhält!" Dies bekräftigte er noch durch eine körperliche Geste, indem er sich die Hand aufs Herz legte. Andere Wissenschaftler äußerten mir gegenüber Besorgnis über mögliche negative Auswirkungen der Globalisierung: "Wir haben Angst davor. Am Ende müssen wir uns noch der Ratio unterwerfen, so wie die Leute in deinem Land das tun" sagte besorgt eine Professorin der Medizinsoziologie von der "Universidad Simón Rodriguez" in Caracas.

Die wichtige Bedeutung des Herzens als symbolischer Ort von Emotionalität und als Übermittlungsinstanz der „Calor humano“ tritt auch im interkulturellen Kontakt hervor. So werden seitens vieler Venezolaner persönliche Begegnungen mit US-Amerikanern als ausgesprochen unangenehm erlebt, weil diese sich nicht von ihrem Herzen, sondern nur von ihrem "kalten Verstand" führen ließen. Ich habe selbst oft den Satz gehört: "Das sind doch gar keine Menschen. Die haben kein Herz!" Dasselbe äußerten Mitglieder meiner Familie in der "Pastora", als ich berichtete, daß in Deutschland sehr viele Leute nicht zuhause, sondern im Krankenhaus sterben. Die Familie gab ihrer Empörung darüber Ausdruck, und Jaime, der Bruder des Familienvorstands Beatriz, sah mich mit einer Mischung aus Entsetzen und Mitleid an und fragte entrüstet: "Ja, sind das denn keine Menschen in deinem Land? Haben die denn gar kein Herz?"

Binnen kurzer Zeit übernahm auch ich die Redewendung "mein Herz hat mir gesagt" - ohne dies zu bemerken. Erst bei meiner Rückkehr nach Deutschland wurde mir dies bewußt. Als ich einige Male aus Versehen davon sprach, was mein Herz mir gesagt hatte, löste dies Stirnrunzeln bei den Anwesenden aus sowie die ernüchternde Nachfrage: "Und wer war das nochmal, der das gesagt hat?"

Reaktionen der Familien auf meine Forschung

Grundsätzlich hatte ich den Eindruck, daß "meine" Familien meiner Forschung über "el Sida" sehr wohlwollend gegenüberstanden. Jedoch gab es immer wieder auch Hinweise dafür, daß man allseits der Auffassung zuneigte, ich als Europäerin hätte doch eine "zu liberale" Einstellung zu Homosexualität, Promiskuität und anderen in der Bevölkerung verabscheuten Lebensstilen. Häufiger bekam ich zu hören, daß ich zwar ein lobenswertes Projekt machte - vorausgesetzt es nütze der Prävention -, daß aber der Umgang mit Hiv-Betroffenen, den ich pflegte, nicht so gern gesehen sei. Überdies befürchteten einige "meiner" Familienmitglieder ganz offenkundig, ich könnte den Jugendlichen der Familie "Flausen" in den Kopf setzen und sie mit meiner "Liberalität" anstecken. "Du kannst Elvira begleiten, aber wenn sie zu einer Versammlung mit ´Sidosos´ (abfällige Bemerkung für Aids-Kranke) geht, kommst du nach Hause" - bemerkte einmal eine Frau aus meiner Familie zu ihrer Tochter. Als ich eines Tages erwähnte, ich sei bei einem Patienten, den ich aus einem Interview im Krankenhaus kannte, zum Essen eingeladen, empörten sich einige Mitglieder der Familie darüber und machten mir Vorwürfe - "Der ist doch selber schuld daran, was er sich da eingefangen hat! Und du gehst zu so einem nach Hause!".

Einmal nahm mich eine Frau aus meiner Familie in "Colinas de Palo Grande" zur Seite, um mich besorgt zu fragen, ob ich den leichtsinnigen Umgang mit dem anderen Geschlecht, wie er in Europa gepflegt würde ("Ich habe davon gehört, daß es dort jeder mit jedem treiben darf"), auch ihrer Tochter empfehlen würde. Ich war sehr überrascht und versuchte klarzustellen, daß es mir nicht darum ginge und daß dies auch gar nicht den Tatsachen entspräche. Dennoch hatte ich den Eindruck, daß insgeheim befürchtet wurde, ich könnte mit meinen aus Europa mitgebrachten Bräuchen Unordnung in diejenigen Normen bringen, die den Umgang der Geschlechter untereinander regeln.

Tatsächlich konnte ich beobachten, daß insbesondere die heranwachsenden Töchter scharf kontrolliert werden. Ich erinnere mich in diesem Zusammenhang an eine Situation, als die 15-jährige Tochter der Familie im Barrio "La Pastora" ihr erstes Rendezvous hatte und sich dafür herausputzte. Zu dieser Zeit war es gerade Mode unter den Jugendlichen in Caracas, sich eine Kette mit einem daran befestigten Kreuz umzuhängen - allerdings mußte das Kreuz auf dem Rücken hängen, was vor bösen Geistern schützen sollte, die einen von hinten überfallen können. Daher rief die 12-jährige Schwester ihr hinterher "Paß auf zwischen den Schultern" (Cuidate entre la espalda). Daraufhin erwiderte ihre Mutter sehr resolut: "Nein! Paß auf zwischen den Beinen!" (No! Cuidate entre las piernas!).

Körper- und Schönheitskonzepte als interkulturelles Thema

Zusätzlich zu all diesen Mißverständnissen geriet ich in Kollision mit den lokalen Vorstellungen über korrekte Kleidung und vor allem mit den Schminkvorschriften ("Ihr deutschen Frauen schminkt euch wohl nicht?" - die Ärztinnen F, H, M, P und etliche andere Frauen und Männer). Entgegen den gängigen Gepflogenheiten in Deutschland, wo eine legere Aufmachung in Blazer und Hose oder Rock adäquat ist, verlangt die venezolanische Kleiderordnung ein elegantes und körperbetontes Outfit, das Ton-in-Ton gehalten und ohne farbliche Kontrastpunkte auskommen sollte. Mit Schaudern erinnere ich mich an eine Vorstellung meines Forschungsvorhabens in der Universitätsklinik der "Universidad Central de Venezuela", für die ich mich sowohl inhaltlich als auch hinsichtlich meines Outfits sorgfältig vorbereitet hatte. Allerdings hatte ich es versäumt, den weißen Leinenanzug mit den farblich damit harmonisierenden Strümpfen abzurunden. Die Folge war, daß etliche Zuhörer während meines Vortrags immer wieder einen verstohlenen Blick auf meine "unpassenden" blauen Strümpfe warfen, die unter der Hose hervorlugten.

Auch meiner Aversion gegen das Schminken wurde "abgeholfen". Von mehreren Frauen der Barrios, aber auch von einigen Ärztinnen bekam ich entweder die Adresse eines Kosmetiksalons heimlich zugesteckt oder mir wurde gleich die komplette Ausrüstung in Gestalt von Wimperntusche und Lidschatten geschenkt; vor meiner Abreise zählte ich insgesamt acht Schminktäschchen. Tatsächlich habe ich in Venezuela niemals eine ungeschminkte Frau gesehen. Nur eine venezolanische Freundin, die mich in Hamburg besucht hatte, erregte nach ihrer Rückkehr den Unwillen ihrer Umwelt, als sie sich ebenfalls nicht mehr schminkte. "Da hat man dir in Deutschland ja was Feines beigebracht" - empörte sich eine Nachbarin. Um meine "Fremdheit" durch meine ungeschminkte Erscheinung nicht immer wieder hervorzuheben oder gar ständig darauf angesprochen zu werden, gewöhnte ich es mir nach einiger Zeit an, das obligatorische Schminkprogramm zu absolvieren und es auf das Allernötigste (Lippenstift) einzugrenzen.

Durch das Zusammenleben mit meinen Familien konnte ich beobachten, daß auch andere Regeln zur Inszenierung des Körpers in der Öffentlichkeit unbedingt zu beachten sind. Bei einem Wochenendausflug an den Strand waren alle Frauen der Familie aus "Montania Alta" emsig damit beschäftigt, sich jedweder Körperbehaarung - außer natürlich auf dem Kopf - zu entledigen. Die Prozedur dauerte Stunden und schien schmerzhaft zu sein. Selbst die geistig behinderte 18-jährige Tochter einer der Frauen entging dem nicht. Auch sie wurde von oben bis unten mit Wachsplättchen belegt, die dann abgerissen wurden, was das Mädchen mit lauten Schreien quittierte. Ihre Mutter erklärte mir dies so: "Auch wenn sie behindert ist, soll sie nicht aussehen wie ein Tierchen (animalito)". Körperbehaarung scheint demnach ein Symbol für Animalisches zu sein, das Männern vorbehalten ist und in einem unvereinbaren Gegensatz zu den lokalen Weiblichkeitskonzepten steht.

Ärger und Empörung handelte ich mir ein, als ich die einjährige (!) Tochter der Familie in "Colinas de Palo Grande" nackt fotografierte. Alle Mitglieder der Familie fanden dies in höchstem Maße unanständig. Ich hatte das Motiv niedlich gefunden, zumal ich es von Deutschland her gewohnt bin, daß kleine Kinder sogar öffentlich - Badeanstalt, Strand - nackt herumlaufen. Bei einem klärenden Gespräch darüber stellte sich heraus, daß bereits die Kinder als sexuelle Wesen wahrgenommen werden, auf deren Einhaltung kultureller Schamgebote streng geachtet wird. Als ich von den nackten Kindern in Hamburger Schwimmbädern berichtete, löste dies ein weiteres Mal verständnisloses Kopfschütteln über die losen Sitten in Europa aus. In eigenartigem Gegensatz zu dieser "Prüderie" steht es, daß überall im Alltag "sexy" Kleidung - weit ausgeschnittene T-Shirts oder Blusen und sehr gewagte kurze Röcke - von den Frauen getragen wird; selbst bei der Arbeit.

Als Forscherin in der "Fremde"

Durch das Beziehungsverhältnis, das sich zwischen mir als Deutscher und meinen Interviewpartnern sowie "meinen" Familien entwickelte, war das Thema "Fremdheit" immer präsent. Gegenseitige Bilder der jeweils anderen Kultur wurden im Umgang miteinander ständig aktualisiert und teils bestätigt, teils widerlegt. Manchmal wunderte ich mich darüber und war fast enttäuscht, daß vieles gar nicht so "fremd" war wie ich angenommen hatte. Dann wieder war mir das "Fremde" zuviel und drohte mich zu überwältigen. Einige Male gebrauchte ich Distinktionsmittel, um mich abzugrenzen und mich auf meine eigene kulturelle Identität zurückzuziehen. In solchen Momenten konnte ich nur allzu gut die türkischen Frauen in Deutschland verstehen, die sich ein Kopftuch umbinden, um sich von der deutschen Dominanzkultur abzugrenzen.

In Ermangelung solcher Hilfsmittel zur Kenntlichmachung meiner deutschen Herkunft blieben mir nur wenig Möglichkeiten. Aber ich fand dennoch eine, die mit der sprichwörtlichen „deutschen Funktionalität“ zusammenhängt: In Venezuela verfügen zwar viele Haushalte über alle möglichen technischen Apparate, so auch über eine *Waschmaschine*. Zu meinem großen Erstaunen wurden die aber selten benutzt [144]. Als "richtig sauber" gelten nur mit der Hand ausgewaschene Textilien. Mein Bestehen auf dem Gebrauch der Waschmaschine wurde mir zumeist als haushälterische Nachlässigkeit ausgelegt. In Zeiten, in denen ich ein dringendes Abgrenzungsbedürfnis verspürte, beschäftigte ich mich daher intensiv mit der Waschmaschine. Ich wusch und wusch und beharrte auf dem Betrieb des Geräts, auch wenn dies gerade mal

[144] Zu den zwar vorhandenen, aber nicht dem täglichen Gebrauch zugeführten Apparaten gehören neben Waschmaschinen und dergleichen auch Fax-Geräte, die ich, obwohl in fast jedem Büro vorhanden, nie im Einsatz gesehen habe. Dem Besitz dieser technologischen Errungenschaften scheint denn auch eher eine Status- und Prestige-Funktion zuzukommen, der den Eigentümer als „modern“ und „aufgeklärt“ausweist, als eine tatsächliche Gebrauchs-Funktion.

streikte. Dann mußte eben eigens eine Reparaturwerkstatt beauftragt werden. Mein eigensinniges Verhalten wurde belächelt und ich bekam zu hören, ich solle doch besser meine Wäsche "richtig", also mit der Hand waschen. Aber ich blieb eisern. Wie ich bei meiner letzten Reise feststellen konnte, hat dies einen nachhaltigen Eindruck hinterlassen. Erneut wurde ich mehrere Male mit einem Augenzwinkern interessiert gefragt, ob ich denn mittlerweile "richtig" waschen könne.

So banal sich dies anhören mag, so wichtig war es mir "im Feld", daß ich mich auf derartige Rudimente deutscher Alltagsgewohnheiten zurückziehen konnte, deren gemeinsamer Wesenskern sich als „deutsche Funktionalität“ umschreiben läßt. Diese steht – zumindest nach meiner Erfahrung - in krassem Gegensatz zum venezolanischen Umgang mit Unternehmungen jedweder Art, von denen eigenartigerweise gar nicht erst erwartet wird, daß sie „funktionieren“. Im Gegenteil, auch mein „deutsches“ Selbstverständnis und meine Erwartungshaltung, daß Projekte letztendlich zustandekommen, wenn sie nur richtig aufgezogen werden, wurde zumeist mit einem nachsichtigen und amüsierten Lächeln quittiert.

Der Rückzug auf die „letzte Bastion“ deutscher Mentalität – die Orientierung an Funktionalität – diente mir also in Situationen, in denen ich mich durch die „fremde“ Kultur überfordert fühlte, als Grenzmarkierer, der mir gestattete, mich auf eine Art „inneres Deutschland“ zurückzuziehen und mich dort gegenüber den Anforderungen zu stabilisieren, die mir die fremde Umgebung abverlangte und um besser mit meinem Alltag in Venezuela zurechtzukommen. Wie zahlreiche Forschungen in anderen Kulturen belegen, drückt sich gerade in diesem Verhalten eine auch unter Forschern weit verbreitete und typische „Überlebensstrategie“ im Feld aus (vgl. Fischer 1985) [145].

[145] Fischer berichtet sogar, daß er sich ornithologisch beschäftigte und der Vogelbeobachtung nachging, wenn er sich in seinem Feld unwohl fühlte (Fischer 1985).

Teil IV: Die Empirie - Darstellung der Ergebnisse

1 Learning Medicine oder: Wie erwerben Mediziner in Venezuela den ärztlichen Blick?

1.1 Einleitung: Die primäre ärztliche Sozialisation zum Naturwissenschaftler

Bevor sie mit der Medizinerausbildung beginnen, wurden die (angehenden) Ärzte in Venezuela zunächst als Akteure in das Wertgefüge und die lebensweltlichen Habitualisierungen ihrer kulturellen Umwelt einsozialisiert. Mit Aufnahme des Studiums und dem Eintritt in die akademische Institution durchleben sie eine erneute, ausbildungsbedingte Sozialisation, die auf die Unterrichtung, Einübung und Inkorporation habitueller Standards des Arztberufs in Venezuela abzielt.

Ich werde daher der Frage nachgehen, auf welche Weise Medizinstudenten in Venezuela während Studium und Ausbildung in ihre Profession eingeführt und welche zentralen Werte und Wahrnehmungsweisen ihnen über die verschiedenen Lerninhalte vermittelt werden. Besonders auf die Anfangs- und Initiationsphase des ersten Studienabschnitts werde ich aufgrund seiner Weichen stellenden Funktion für den ärztlichen Sozialisationsprozeß fokussieren, in der die angehenden Mediziner mit den Wissensbeständen ihrer künftigen Profession vertraut gemacht werden. Die einzelnen Abschnitte des Medizinstudiums verstehe ich als Rahmung [146], innerhalb derer, mit Foucault gesprochen, der "ärztliche Blick" antrainiert werden soll.

In Zusammenhang mit dem Foucault´schen Instrumentarium [147] habe ich bereits dargestellt, daß der "ärztliche Blick" sich als eine besondere Wahrnehmungsweise der medizinischen Profession entwickelt hat und zu einer der zentralen Komponenten des ärztlichen Habitus gerechnet werden muß. Die historisch-theoretischen Entstehungsbedingungen des "ärztlichen Blicks" führten zu einer Umstrukturierung der ärztlichen Wahrnehmung in Bezug auf den menschlichen Körper, der fortan als wissenschaftliches Objekt und als "Sitz" von Krankheiten konzipiert wurde. Im Gegensatz zur historischen Interpretationsfolie Foucaults ist es die Intention des folgenden Kapitels, die aktuelle [148] Beschaffenheit, Konstruktion und Inkorporation dieses "ärztlichen Blicks" aus der Perspektive von Initianden nachzuzeichnen und daran beispielhaft die primäre ärztliche Sozialisation zum Naturwissenschaftler herauszuarbeiten. Im Vordergrund steht die

[146] Siehe zum Begriff der "Rahmen-Analyse" Goffman 1996.

[147] Siehe Kapitel II.2.2 - Die Archäologie des ärztlichen Blicks

[148] Die historische Analyse Foucault´s über die "Archäologie des ärztlichen Blicks" halte ich im Sinne einer aktuellen bzw. kontextuellen Anwendung für konkretisierungsbedürftig; den Versuch dazu werde ich hier unternehmen.

Frage: Wie lernen Mediziner diesen ärztlichen Blick, wie ist er beschaffen, welche weiteren Konstruktionen bringt er hervor und wie wird er inkorporiert? [149]

Wichtige Komponenten bei der Konstituierung und Verankerung des "ärztlichen Blicks" zu Beginn der Medizinerkarriere sind a) die kognitiv-visuelle Verwandlung des Körpers zum wissenschaftlichen Objekt durch seine Neurahmung im Anatomie-, Physiologie- und Pathologieunterricht und b) die erste Obduktion als Initiations- und Übergangsritual in den Kreis der medizinischen Experten. Aus diesem Grund werde ich diese Studienabschnitte ins Zentrum der folgenden Absätze stellen [150].

1.2 Vom Leib zum wissenschaftlichen Objekt: Die Fragmentierung und Neukonfiguration des Körpers im Setting der medizinischen Ausbildung

Ich werde zunächst auf die (Re-)Konstruktion des Körpers als ein Objekt medizinischen Wissens fokussieren. *"Learning a foreign language"* (Good/ DelVecchio Good 1993: 89), so lautet die zentrale Metapher für das Medizinstudium. Die Bedeutung der Metapher scheint klar: Da gibt es ein großes Arbeitsvokabular, das mindestens so umfangreich ist wie eine Fremdsprache, und die ärztliche bzw. wissenschaftliche Kompetenz hängt für die medizinischen Anwärter davon ab, sich dieser "Sprache" zu bemächtigen, also sie sprechen und lesen zu lernen. Aber es gibt einen wesentlichen Unterschied zu anderen Sprachen: Beim Erlernen der "Medizinersprache" geht es nicht nur darum, neue Wörter und Vokabeln anstelle der Umgangssprache zu lernen - obwohl auch das von Bedeutung ist, denn der "medizinische Körper" ist in Latein kartographiert. Aus diesem Grund können auch nur in der "Medizinersprache" Informationen über ihn ausgetauscht werden, was notwendigerweise unter Ausschluß von Nicht-Medizinern vonstatten geht. Dieser Ausschluß, mit dem ein Definitionsmonopol einhergeht, repräsentiert zugleich eine der konstitutiven Prämissen bei der Entstehung und Tradierung *ärztlicher Autorität* [151].

Darüber hinaus aber steht für die Initianden die Konstruktion eines völlig neuen Bedeutungsuniversums an. Die Medizin tritt den Studenten zunächst als (Natur-)Wissenschaft gegenüber; denn am Anfang des Studiums sollen sie sich zuallererst als (Natur-)Wissenschaftler

[149] Vorab möchte ich klarstellen, daß es mir nicht darum geht, den "anatomischen" oder "ärztlichen Blick" als eine enthumanisierende Erfahrung darzustellen, der Humanität durch Technologie ersetzt; vielmehr repräsentiert er einen wichtigen Beitrag für die Rekonstruktion des Menschen als ein Objekt der Medizin, das als "Fall", als Patient oder als Leichnam in das medizinische Setting eingefügt wird.

[150] Zugrunde liegt dem folgenden Abschnitt ein themenzentriertes Fokusgruppen-Interview, daß ich mit einer Gruppe von Medizinstudenten und einer Professorin an der "Escuela de Medicina Tropical" der "Universidad Central de Venezuela" (UCV) in Caracas durchführte. Diese Studenten bereiteten sich unter der Anleitung einer Medizinprofessorin darauf vor, an Schulen zu gehen, um Jugendliche über Aids-Prävention aufzuklären.

[151] Vgl. ausführlicher dazu Kapitel IV.3.7 – Die Autoritätsmetapher

begreifen lernen und ihr Denken auf der Basis des naturwissenschaftlichen Paradigmas organisieren. *"Science is the point of entry into medicine"* (ebd: 97). Bis zum Physikum als erstem Ausbildungsabschnitt während des Studiums übernehmen die angehenden Mediziner zunächst stufenweise die Perspektive einer kompletten Fragmentierung des Körpers und seine anschließende Neukonfiguration im Sinne eines wissenschaftlichen Objekts. Die Fragmentierung verläuft analog zu den Grenzen und Zuständigkeiten der einzelnen medizinischen Fachdisziplinen [152], die nur auf die jeweiligen partiellen Organsysteme spezialisiert bzw. beschränkt sind. Am Beispiel der Verwandlung der Genitalien in einen "Geschlechtsapparat", die während der medizinischen Ausbildung in den Anatomie- und Physiologieveranstaltungen vollzogen wird, verdeutlicht sich die Zerlegung des Körpers in seine Einzelfragmente und seine Neurahmung im Sinne einer Transformation in kleine überschaubare Organeinheiten, sogenannte "Apparate" [153].

> "Wir behandeln die Genitalien und die Sexualität ...vor allem aus wissenschaftlicher Sicht. Zum Beispiel in der Gynäkologie...und über den Mann in der Andrologie. Und wir haben die Sexualität bei den Geschlechtskrankheiten behandelt [...] Aber die Sexualität an sich ist es kein Thema in der Medizin. Nur als ´Geschlechtsapparat´ taucht sie bei uns auf (alle lachen). [...] Und die Herangehensweise erschöpft sich zumeist darin, die Funktionsweise der Genitalien darzustellen...es interessiert nur, wie sie funktionieren" (Medizinstudent E).

Die Studenten sind sich demnach bewußt, daß sie eine andere, nicht alltägliche Betrachtungsweise des Körpers lernen. Sie eignen sich "anatomisches Denken" an, das im Zentrum des "ärztlichen Blicks" steht. Sie lernen zudem, den Körper funktional zu sehen. Dafür reicht es, um im obigen Beispiel zu bleiben, nicht aus, die Sexualität als komplexen Kommunikations- und Lebenszusammenhang auf funktionsfähige Genitalien reduzierend einzugrenzen und diese anatomisch zu zerlegen, um daraus einen "Geschlechtsapparat" zu konfigurieren, sondern sie wird noch weiter in immer kleinere Funktionseinheiten unterteilt und unter die verwalterische Obhut weiterer Fachdisziplinen genommen. So erhebt zum Beispiel außer der Gynäkologie und der Andrologie auch die Psychiatrie partiellen Anspruch auf den "Geschlechtsapparat".

> "In Psychiatrie hören wir etwas darüber. Aber als ein Thema für sich, das ein Problem umfassend behandelt...nein, das gibt es nicht, das wird nicht angeboten.
> [...] ich finde auch, die Medizin behandelt die Sexualität auf eine merkwürdige Weise...irgendwie banal. Oder besser...reduziert, reserviert für den Ausbildungsabschnitt Psychiatrie...aber im Grunde grenzen sie das Thema als solches aus dem Beruf der Medizin aus" (Medizinstudent D).

Durch seine Darstellung schildert der Student sehr plastisch ein grundsätzliches Paradoxum der Medizin: Hinter einer immer feineren Spezialisierung und detailreicheren Unterteilung der

---

[152] Beispielsweise die Innere Medizin, Gynäkologie Augenheilkunde, Pädiatrie (Kinderheilkunde), Urologie, Zahnmedizin etc.

[153] Andere "Apparate" sind z.B. der "Verdauungsapparat" oder der "Bewegungsapparat" (Pschyrembl, Medizinisches Wörterbuch 1985; Faller 1984 "Der Körper des Menschen").

Körperfunktionen verschwindet der Gesamtzusammenhang - hier derjenige der Sexualität - und wird unsichtbar gemacht oder sogar *"ausgegrenzt"*. Daß dem auch eine gewisse Absurdität sowie die Vorstellung von "Sexualität als Krankheit" innewohnt, umschreibt Medizinstudent E so:

> "[...] wenn die Sexualität Teil der Psychiatrie ist, dann ist das im Grunde so, als ob man sagt, Sexualität ist etwas ´Verrücktes` (algo loco)".

Die Koordination der auf diese Weise unterteilten Mikro-"Apparate" des neu konfigurierten Körpers entlang seiner Aufteilung an die medizinischen Spezialdisziplinen funktioniert analog des Zusammenspiels von als unabhängig voneinander konzipierten Modulen; diese werden aneinandergefügt und ihr Zusammenspiel durch einige übergreifende Systeme, z.B. durch das Nerven- oder Hormonsystem, geregelt. Mit dieser Neurahmung ist die kognitive Rekonfiguration des menschlichen Leibes zum "medizinischen Körper" abgeschlossen; gleichzeitig ist damit die kognitive Grundlage geschaffen für Interventionen, die gemäß der medizinischen Strukturlogik vom fragmentierten Körper in den entsprechenden medizinischen (Fach-)Kliniken [154] an ihm vorgenommen werden können (vgl. Young 1997; Anschütz 1987).

Die zugrundeliegende Intention dieses gesamten Ausbildungsabschnitts und seine Plazierung gleich zu Beginn des Medizinstudiums ist es offenbar, über das Scharnier des "anatomischen Denkens" eine Distanzierung von lebens- und laienweltlichen Körperbildern sicherzustellen und den Körper über visuelle Abstrahierungsübungen aus seinen Alltagsbezügen herauszulösen. Es findet hier folglich eine wichtige Grundübung statt: Die verbindliche Verobjektivierung von intersubjektiven Wahrnehmungsweisen, deren Antizipation nicht nur für das weitere Studium maßgeblich ist, sondern ebenso für jedwede zukünftige wissenschaftliche Betätigung. Damit leisten Anatomie-, Physiologie- und Pathologieunterricht bereits zu Studienbeginn einen vorbereitenden kognitiven Einstieg in die abstrahierende Sehweise des *"medizinischen Denkkollektivs"* (Fleck 1930/ 1978) und garantieren deren Tradierung und Normativität.

[154] Beispiele für medizinische Kliniken: Frauenklinik, Augenklinik, Kardiologie, Gastroenterologie, Onkologie, Hals-Nasen-Ohren-Klinik, Hautklinik etc. Weitere Beispiele für medizinische Aufgabenteilung und Spezialisierung siehe Anschütz 1987: 58 ff.

1.3 Die erste Obduktion: Initiation zur Einübung des ärztlichen Blicks

Das Ereignis, das den ersten Ausbildungsabschnitt abschließt und die professionstypische Blickweise auf den menschlichen Körper konkret werden läßt, ist die Obduktion, die in Venezuela im Ausbildungsverlauf während des Anatomiepraktikums festgeschrieben ist (Lella/ Pawluch 1988: 125). Erst hier konkretisiert sich für die angehenden Mediziner die letztendliche Verwandlung des Körpers in ein wissenschaftliches Objekt (vgl. Young 1997: 27; Lupton 1994: 20 ff). Auf praktische Weise vermittelt das Initiationsritual der ersten Obduktion den medizinischen Blick auf den Tod bzw. den toten Körper und repräsentiert damit einen wichtigen Aspekt des gesamten medizinischen Trainingsprogramms, das darauf abzielt, den Körper neu zu rahmen und ihn zum Objekt medizinischer Eingriffe umzudefinieren. Laut Foucault

> "[...] ist es von entscheidender und bleibender Bedeutung für unsere Kultur, daß ihr erster wissenschaftlicher Diskurs über das Individuum seinen Weg über den Tod nehmen mußte" (Foucault 1993: 207).

Die Kenntnis der physiologischen Zusammenhänge im Körperinnern setzte erst im 16. Jahrhundert ein, als die Künstleranatomen Leonardo da Vinci, Tizian und Michelangelo die ersten Leichen sezierten, um den menschlichen Körperinnenraum künstlerisch ab-und nachzubilden. Die Ergebnisse ihrer Sezierungen wurden als Holzschnitte und Bildkataloge veröffentlicht (Beier 1990: 13). Im Jahr 1543 gab Andreas Vesalius (1515-1564) sein berühmtes Werk *"De humani corporis fabrica libri septem"* heraus; in den Darstellungen erhebt sich eine enthäutete Figur, deren Muskeln bloßliegen. Anders als in den Werken der medizinischen Anatomie wie sie bis dahin üblich waren, wird der Körper nicht mehr als liegender Leichnam auf dem Seziertisch dargestellt, sondern aufrecht und aus eigener Kraft stehend (Beier 1990: 18). Damit begann die Geschichte der Sichtbarmachung von physiologischen und pathologischen Vorgängen im Körperinnern für ein - zunächst wissenschaftliches - öffentliches Publikum, zugleich avancierte die Autopsie durch dieses Werk zum Leitbild späterer Ärztegenerationen (Schreiber in Fischer 1990: 106).

Der "ärztliche Blick" hat sich demnach zunächst als Blick auf den toten Körper, durch Retrospektive, konstituiert. Um in seinen eigenen Augen zum Gegenstand der Wissenschaft zu werden, muß sich der Mensch also erst seiner eigenen Zerstörung stellen (Dreyfus/ Rabinow 1994: 39). Die Tiefenstruktur des "ärztlichen Blicks" entspringt demnach aus der Einfügung des Todes in das medizinische Denken. Dieses konstitutive Charakteristikum des "ärztlichen Blicks" wird in der Medizinerausbildung über die Obduktion im Anatomiepraktikum vermittelt und trainiert. Die Obduktion ist daher ein *Ort der Verdichtung* innerhalb des wissenschaftlichen Settings, an dem der Mensch sich selbst über den Tod als Objekt gegenüberzutreten lernt [155].

[155] Die konfrontative Begegnung mit dem Tod wurde aber auch für andere naturwissenschaftliche Disziplinen zur wissenschaftlichen Standard-Methode. Besonders in der Biologie ist das Sezieren von Tieren (hier sei an die lästigen

Die venezolanischen Medizinstudenten erinnern dieses Erlebnis zumeist als sehr wichtig, prägend und emotionsbeladen, auch wenn ihre Reaktion darauf recht unterschiedlich ist und das gesamte vorstellbare Gefühlsspektrum umfaßt. Innerhalb eines Kontinuums reichen die Anfangsreaktionen der Studenten auf die Begegnung mit dem toten Körper von der Vorstellung eines bloßen "Stück Fleisches" über den Toten als "Puppe" und "Arbeitsmaterial" bis hin zum "Gesprächspartner", bei dem wider besseren Wissens der Versuch einer Revitalisierung unternommen wird.

> "Im ersten Jahr, als wir mit Leichen gearbeitet haben und beim ersten Mal, als ich das sah, war ich wirklich sehr enttäuscht. Ich weiß noch, daß ich gesagt habe: ´Der menschliche Körper...wir alle...wir sind ja nicht mehr als ein Beefsteak´" (Medizinstudent D).

Während dieser Student im Leichnam ein bloßes Stück Fleisch, ausgedrückt im *"Beefsteak"*, registriert, über dessen profane Banalität er *"sehr enttäuscht"* ist, wird der tote Körper für einen anderen Studenten zum Arbeitsgegenstand bzw. zum künstlerischen Material, mit dem er sorgfältig umgehen muß und über dessen Herkunftskontext und Vorleben er sich Gedanken macht.

> "Es ist mehr so ein Gefühl, daß es großartig ist, sich jemandem nahe zu fühlen, der mal lebendig war, der sein Leben genossen hat, der so viel erlebt hat, worüber man nichts wissen kann...und danach beginnt man, ihn wie ein Mannequin zu betrachten und für mich war das so, als ob ich mit einer Puppe arbeite, ich habe immer versucht, damit sorgfältig umzugehen und ihr den größtmöglichen Respekt entgegenzubringen. Denn das war ja eine Person, die ihren Körper noch zu Lebzeiten gespendet hat, damit wir davon lernen und damit wir an ihr unterrichtet werden, was den menschlichen Körper ausmacht (que significa el cuerpo humano)" (Medizinstudent E).

Durch die Formulierungen *"Puppe"* bzw. *"Mannequin"* taucht beim Lesen unvermittelt das Bild einer toten Frau auf; wäre es eine männliche Leiche gewesen, hätte er möglicherweise andere Metaphern verwendet. Er inszeniert damit seine Schöpfungsphantasien und das Bild vom "Arzt als Künstler", der das menschliche (weibliche?) Körpermaterial formt und neu gestaltet. In seiner Erzählung phantasiert er sich als Bildhauer am menschlichen Material. Zudem drückt sich darin aber auch der Objektcharakter der Toten aus, die durch ihre Charakterisierung leb- und ausdruckslos wirkt, auch wenn sie mit menschlichen Zügen (*"Puppe, Mannequin"*) ausgestattet wird. Die Wertschätzung, die dieser Student der Toten noch posthum als "Körperspenderin" [156]

Frösche-Sezierungen im Biologieunterricht erinnert) und Pflanzen zur Routineangelegenheit während des Studiums und in der Forschung avanciert. Sehr erhellend und empfehlenswert für diesen Zusammenhang im Bereich der Pflanzenbiologie vgl. Sabine Riewenherm (1994) "Wenn Pflanzen zu sehr lieben", in: Tagungsband für Frauen in Naturwissenschaft und Technik.

[156] Ich greife mit diesem Ausdruck ein Konzept auf, das in der Ausstellung "Körperwelten" ersonnen wurde. In dieser Ausstellung wurden "wirkliche" Leichen präsentiert, die durch eine besondere Technik - die Plastination - *"ekelfrei und klinisch sauber"* (Sendung "LeichenShow in 3Sat vom 6.7.98) der Öffentlichkeit dargeboten werden. Der Erfinder der Plastination und Verantwortliche der Ausstellung "Körperwelten" - von Hagens - arbeitet mit einer Plastikmasse, in die die Leichen hineingelegt und so mumifiziert werden. Das Material, das er für seine Leichenkunsttücke verwendet, ist sehr elastisch und erlaubt eine flexible Gestaltung am toten Körper (ebd.). Die museale Inszenierung des Todes erinnert an tradierte Bilder des "Totentanzes" aus dem Mittelalter, da die toten Körper durch die Art der

und rare Materialressource entgegenbringt, speist sich aus der Vorstellung, die Tote habe sich bzw. ihren Körper der medizinischen Wissenschaft gespendet, damit *"wir davon lernen"* und er daran seine medizinischen Fertigkeiten ausbilden kann. Ihr gebührt folglich Dankbarkeit und Ehrerbietung. Zudem spricht aber auch ein subtiles Schuldgefühl aus seiner Äußerung. Anzunehmen ist, daß dies aus dem Eindruck resultiert, eine Grenze überschritten und ein kulturelles Tabu - das Eindringen in einen toten Körper - verletzt zu haben. Aus diesem Grund stellt er die einzige rationale Legitimierung, die es dafür seiner Meinung nach gibt - nämlich es im Kontext der Wissenschaft getan zu haben - so in den Vordergrund.

Für eine andere Studentin verkörpert der Leichnam hingegen einen Kommunikationspartner, den es nur neu zu aktivieren gilt.

> "Ich bin die einzige Tochter und immer haben mein Papa und meine Mama versucht, mich wie in einem gläsernen Schächtelchen (una cajita de vidrío) zu behüten....immer! Also, ich hatte, bevor ich hierherkam, noch nie in meinem Leben eine Leiche gesehen. Bueno, als ich herkam, war es das, was mich am meisten beeindruckt hat...ich bekam eine Señora zugeteilt...und ich blieb mit ihr allein im Anatomiesaal. Und dann kam der Augenblick, wo ich sie berühren mußte und ich sagte insgeheim zu ihr: ´Epa! (hey) steh doch auf! Steh doch bloß auf!´ Hier also bin ich und rede und denke und fühle, aber was ist da passiert? Für mich war das etwas ganz Fremdes, zu sehen, daß ich fühlen konnte, mir den Kopf

---

Präsentation an dieses Motiv denken lassen. Die Leichen wirken wie aus dem Leben entsprungen, indem sie als in Bewegung geratetene Körper dargestellt werden. Der Direktor der Ausstellung, von Hagens, sieht in seinem Werk eine *"Demokratisierung der Anatomie"* realisiert, weil er das sinnliche Erleben des toten Körpers einer breiten Öffentlichkeit zugänglich gemacht habe, die normalerweise den Medizinern vorbehalten sei (von Hagens in 3Sat vom 6.7.98). Zudem sieht er sich in der Tradition von Vesalius, mit dem Unterschied, daß dieser die Anatomie durch das Studium von Leichen erkannt und bildhaft reproduziert habe, während er, von Hagens, den umgekehrten Weg gehe und die bildhafte Gestaltung den Leichen durch Plastination *"ins reale Fleisch schnitze"* (ebd.). Seinem Selbstverständnis nach ist er also ein (verkannter) Künstler und Bildhauer, der Leichen künstlerisch herrichtet. "Leichen-Beuys", wie ihn seine Kritiker nennen, bildet mittlerweile an drei Instituten in Deutschland Plastifikatoren aus und verfolgt das ehrgeizige Ziel, ein "Menschenmuseum" mit "Körperspendern" zu eröffnen. Diese "Körperspender" haben dem Initiator bereits zu Lebzeiten ihren Körper vermacht und wollen sich selbst ein Denkmal setzen, auf daß er sie nach ihrem Tod ebenfalls in seine Ausstellung aufnimmt. Nach den Angaben von von Hagens habe sich für dieses Projekt bereits 850 Menschen vertraglich verpflichtet. Es finden regelmäßige "Körperspender-Treffen" statt, in denen über die Realisierung des Vorhabens diskutiert wird. Im Verlauf der Diskussionen kam es auch bereits zu Streitigkeiten über die Art der musealen Aufbereitung und Präsentation der Leichen. So bevorzugten beispielsweise die meisten Körperspender, später ein "Ganzkörperpräparat" zu sein und weigern sich bereits zu Lebzeiten, posthum in Einzelteile zerlegt zu werden. Dazu war es nämlich in einigen Fällen in der Ausstellung "Körperwelten" gekommen. Eine Tochter besuchte ihren "Vater" in der Aussstellung. Dieser war Lehrer gewesen und wollte, daß sein Körper nach seinem Ableben der Wissenschaft vermacht würde, so daß die Studenten auch an seinem toten Körper noch etwas lernen könnten. Von Hagens aber hatte die Leiche des "Vaters" in Scheiben schneiden lassen, so daß er nicht wiederzuerkennen war. Der Tochter hatte diese Gestaltung ihres "Vaters" nicht zugesagt und sie meinte, auch der Vater wäre wohl kaum mit dieser eigenwilligen Darbietung seines Leichnams einverstanden gewesen (3Sat "LeichenShow vom 6.7.98). Die öffentlichen Querelen um diese Ausstellung reflektieren den problembeladenen Umgang mit dem Tod und den Toten in unserer Kultur. Während für die einen die Ausstellung von künstlerisch gestalteten Leichen *"in die Tradition von Horrorfilmen und Frankenstein"* passe (Prof. Bauer in der Sendung "LeichenShow", 3Sat vom 6.7.98), sehen andere darin einen *"bitter notwendigen und erfrischenden Tabubruch, der unser heuchlerisches Pietätgefühl aufrüttelt"* (von Hagens vom 6.7.98). Die Kritiker, z.B. Prof. Bauer, bezweifeln insbesondere, daß es sich bei der Präsentation plastifizierter Leichen um Kunst handele. *"Der soll Kunst machen, aber nicht mit Leichen"* kritisierte er das Projekt von von Hagens. Kunst sei die Umsetzung der Materie in eine andere, Kunst mit Leichen zu machen dagegen wäre so, als ob man eine Sache mit ihr selbst darstelle (ebd.).

> kratzen konnte, herumspringen und essen konnte und sie, die wohl in ihrem Leben noch viel mehr gemacht hatte als ich...sie lag einfach da herum wie ein Eisklotz" (Medizinstudentin A).

Diese Studentin sieht in der Leiche zunächst eine noch lebende Person, eine *"Señora"*, also eine Interaktionspartnerin, die sie mit dem *wirklichen Leben* konfrontiert, vor dem ihre Eltern sie bisher wie ein "Schneewittchen" [157] in einem *"gläsernen Schächtelchen behütet"* haben. Ihr Umgang mit der Leiche entspricht einem partnerschaftlichen Umgang mit einem lebendigen Gegenüber, mit dem sie zu kommunizieren versucht und das sie zur Rückkehr zu alltäglichen Bewegungsabläufen ermuntert. Erst nach mehreren Ansprechversuchen, in denen sie die Tote geradezu anfleht, eine Lebensäußerung von sich zu geben, registriert sie die Vergeblichkeit ihres Tuns, weil das Gegenüber *"nur herumliegt wie ein Eisklotz"*. Hier erst realisiert sie, daß sie es mit einem stummen Gegenüber zu tun hat. Doch auch zu diesem Zeitpunkt transformiert sie die Tote nicht in ein bloßes Objekt; durch die Bezeichnung als *"Eisklotz"* bringt sie vielmehr ihr eigenes subjektives Empfinden zum Ausdruck, das als *sinnliches* Unbehagen von ihr benannt wird: Die Tote wirkt auf sie "kalt", wie ein Gesprächspartner, der *"einfach da herumliegt"*, jemand, der eine kalte Interaktions-Atmosphäre hervorbringt und diese auf seine Umgebung ausstrahlt. Die Tote verweigert die Kommunikationsangebote und den Kontakt mit der Studentin, was diese in ihrem subjektiven Erleben als "eiskalt" empfindet. Die Auffassung von der Toten als Lebender drückt sie zudem darüber aus, daß diese sie mit dem *wirklichen Leben* in Kontakt gebracht habe, das sie außerhalb des *"gläsernen Schächtelchens"* ihres Elternhauses ansiedelt. Durch diese Kontrastierung wirkt die Tote noch um einige Nuancen lebendiger, da sie durch ihr In-Erscheinung-treten die lebensfremde Welt des vormals *"behüteten"* Schneewittchens aufzurütteln vermochte. Auch wenn zunächst der Eindruck entsteht, sie kontrastiert ihre eigene Lebendigkeit mit der unbeweglichen Starre der Toten, weil sie sich *"den Kopf kratzen, herumspringen und essen konnte"*, während die Tote, *"einfach da herumlag"*, so scheint in diesem Gegensatz und ihrem Umgang damit doch eher die Tote als jemand auf, die durch gezielte Animationsversuche zu ihren vormaligen Tätigkeiten zurückgeführt werden kann und soll.

Innerhalb dieser drei sehr verschiedenen Reaktionsmöglichkeiten auf die erste Begegnung mit dem Tod bzw. mit dem toten Körper wird eine schrittweise kontinuierliche Verwandlung und Verobjektivierung der Leiche vom Gesprächspartner über den Körperspender und die Plastifiziermasse bis hin zum bloßen Stück Fleisch erkennbar. Aus der noch partnerschaftlichen Interaktion mit einem menschlichen Gegenüber, das ihr die Lebensrealitäten vermittelt (Studentin A), wird bei Student E bereits ein wissenschaftliches, aber noch kontextualisiertes Objekt, ein Arbeitsmatrial, mit dem man achtsam umgehen muß, weil es zumindest ein menschliches Vorleben hatte, in dem es sich noblerweise entschieden hat, sich der Wissenschaft posthum als Forschungsobjekt zu überantworten. In diesen beiden Blickweisen auf den toten Körper weist

[157] Das Märchen vom "Schneewittchen" ist auch in Venezuela bzw. in ganz Lateinamerika sehr verbreitet als "El cuento de Blancaniève".

dieser zumindest noch Konturen eines sozialen Wesens auf, der bei Student E aber nur rudimentär rekonstruiert bzw. phantasiert wird, während er bei Studentin A als noch intakt imaginiert wird. Bei Student D hingegen hat der tote Körper nicht nur jedweden sozialen Kontext eingebüßt, er ist *"nicht mehr als ein Beefsteak"*, also ein toter Gegenstand, ein bloßes Stück Fleisch, das wissenschaftlich zerlegt werden soll und muß. In diesem Beispiel ist eine Verwandlung des Körpers in ein wissenschaftliches Objekt am meisten fortgeschritten. Zwar ist er dies mit Einschränkung auch bereits für Student E, der den toten Körper als formbare Plastifiziermasse, als *"Puppe"* und *"Mannequinn"* auffaßt. Jedoch verdient die noble Geste, sich selbst der Wissenschaft zu spenden, immerhin auch posthum noch eine respektvolle Behandlung. Nur Studentin A betrachtet den Leichnam nicht als Objekt; nachdem all ihre Interaktionsversuche mit der Toten sich als vergeblich erwiesen haben, realisiert sie, daß sie es nur mit einem die Kommunikation versagenden Gegenüber, einem *"Eisklotz"*, zu tun hat. Mit dieser Formulierung wertet sie die Tote aber nicht zum Objekt um; vielmehr hebt sie damit sprachlich ihre eigenen subjektiven, sinnlichen Empfindungen gegenüber der Toten hervor. Durch den die Erzählung rahmenden Kontext, in dem sie die Tote mit den Lebensrealitäten in eine Assoziationskette bringt, vor denen sie in ihrem Elternhaus hermetisch abgeschottet wurde, birgt diese offenbar noch verborgene (Lebens-)Potentiale, die sie der Studentin allerdings beharrlich verweigert.

Auffällig an dieser sehr deutlichen Abstufung in der Verobjektivierung des toten Körpers ist die *geschlechterspezifische* Wahrnehmungsweise. Für die beiden männlichen Studenten stellt sich die Frage, ob es sich bei der Leiche um ein Objekt handelt, nur graduell. Die Spannbreite zwischen ihnen läßt sich mit den Begriffen "vollkommen dekontextualisiertes Objekt" versus "Objekt mit vormaligen Kontext" umschreiben. Diese beiden Studenten haben die entscheidende Lektion des Initiationsrituals gelernt, nämlich den Körper als Objekt wahrzunehmen. Die Initiation in den "ärztlichen Blick" haben sie zwar unterschiedlich, aber dennoch mit dem seitens der medizinischen Institutionen anvisierten Resultat durchlaufen; sie kann daher aus deren Sicht als "gelungen" bezeichnet werden. Bei der Studentin ist als Ergebnis festzuhalten, daß sie ihre subjektive Wahrnehmung bei der Obduktion noch nicht ganz aufgegeben und die Tote daher nicht vollständig zum Objekt umtransformiert hat. Die intendierte Botschaft dieser Lehrveranstaltung scheint von ihr nicht in dem beabsichtigten Ausmaß antizipiert worden zu sein, was auf eine mögliche Widerständigkeit hinweisen könnte [158]. Inwieweit dieses geschlechterspezifische

[158] An dieser Stelle könnte der Eindruck entstehen, daß es mir auf die Konstruktion von Geschlechterdifferenz ankommt – was nicht der Fall ist; ich möchte die geringer ausgeprägte Verobjektivierung auch nicht als Defizit verstanden wissen, das die Studentin zur Durchführung eines Medizinstudiums disqualifiziert, sondern eher als kritische Widerständigkeit gegenüber den Verordnungen der akademischen Institution (hier dem medizinischen Studiengang). Meine Vermutung, wonach Frauen möglicherweise eine größere kritische Distanz gegenüber institutionalisierten wissenschaftlichen Normen hegen, stützt sich im Wesentlichen auf Untersuchungen, die darlegen, daß Frauen immer noch als "Neuankömmlinge" im Wissenschaftsbetrieb gelten (vgl. Keller 1998) und sich oft selbst so wahrnehmen; aufgrund ihres historischen Ausschlusses aus der Wissenschaft erleben sie den Eintritt ins universitäre Milieu oftmals als eine Art Akkulturation (Schultz in Wetterer 1992: 225) . Daher sehen sie sich nicht in direkter Erbfolge der von Männern geschaffenen wissenschaftlichen Traditionslinien und beanspruchen - im Sinne Bourdieus - ihr *kulturelles Erbe* oft nicht, was z.B. durch Identifikation möglich wäre, sondern distanzieren sich eher kritisch davon (oder kompensieren ebenso häufig mit Überidentifikation). An dieser Stelle möchte ich besonders Petra Lucht für die anregenden Diskussionen zu diesem Punkt danken.

Ergebnis aus meinen Interviews mit Medizinstudenten verallgemeinert werden kann oder ob es zufällig ist, wäre zu prüfen. Bemerkenswert ist es aber allemal.

1.4 Vom Laien zum Experten: Die Obduktion als Übergangsritual

Gemeinsam ist allen drei Erzählungen über die erste Obduktion die Hervorhebung dieses Erlebnisses als Zäsur des bisherigen Studiums, das zugleich einen Statuswechsel ankündigt und einleitet. Mit der relevanzmarkierenden Formulierung *"und dann kam der Augenblick, wo ich sie berühren mußte"* (s.o) unterstreicht besonders Medizinstudentin A die Bedeutsamkeit dieses Ereignisses als eines, das an die symbolische Überschreitung einer Schwelle denken läßt.

Denn zugleich mit der institutionalisierten praktischen Einübung in den "ärztlichen Blick" während der ersten Obduktion findet eine wichtige symbolische Status-Passage statt: Beim Übergang vom kognitiven Anatomieunterricht zur praktischen Arbeit am menschlichen Körper überschreitet der angehende Mediziner endgültig und eindeutig die sozialen Grenzen, die zwischen Laien und Experten gezogen sind. Dies liegt im Wesentlichen daran, daß sich der soziale Kontext und der Bedeutungszusammenhang für Obduktionen geändert haben und es im Gegensatz zu früheren historischen Epochen keine öffentlichen Leichensezierungen mehr gibt. Im 16. Jahrhundert beispielsweise handelte es sich dabei um Veranstaltungen, die die Schaulust des Publikums befriedigen sollten und die auch unterhaltenden Charakter hatten (Beier 1990). Neben dem medizinisch-sachlichen Verhältnis zum toten Körper und dem den Anblick begleitenden Grauen stand zugleich die Faszination. Im Gegensatz zur heutigen Obduktion, die für ein Fachpublikum, vor allem für Medizinstudenten und Professoren, veranstaltet wird, war die Anatomie im 16. Jahrhundert ein öffentliches Spektakel. Der Besuch des "anatomischen Theaters" kostete Eintritt, Besucher kamen aus allen Schichten der Bevölkerung. Von der Sensation des geöffneten Leibes fühlten sich viele Menschen angezogen, die sich auf diese Weise selbst Einblicke verschaffen wollten (ebd.). Der Versachlichung der Beziehung zum Leichnam, die von den Medizinern heutzutage gefordert (Lella/Pawluch 1988: 125) und im Laufe ihrer Ausbildung trainiert wird, entspricht die Aussperrung der Zuschauer aus den Anatomiesälen [159].

Durch das Merkmal der Exklusivität erfüllt die Obduktion in heutiger Zeit ein typisches Merkmal einer professionstypischen *Rite de passage* [160], die den Übergang von einer Lebensphase oder

---

[159] Die unverändert aktuelle Mischung aus Faszination und Grauen über den leblosen Körper ist jedoch in verzerrter Form noch heute in der Dramaturgie von Horrorfilmen präsent, in denen Menschen z.B. mittels einer Kettensäge "tranchiert" werden; oder auch in Kriminalfilmen, in denen Leichen als Unterhaltungsobjekte in Szene gesetzt werden.

[160] Im Sinne Van Genneps (1969/ 1986). Zur detaillierteren Einbindung mit Ritualtheorien siehe unter Teil V: Der Forschungsertrag.

einem Status in einen anderen vollzieht und die durch ein diesen Wechsel begleitendes Ritual symbolisch und sozial markiert wird. Daß die Obduktion eine wichtige Durchgangspassage zum medizinischen Experten darstellt, kommt in den Interviews durch die Eigenkonstruktionen der venezolanischen Medizinstudenten zum Ausdruck. Bereits nach dem Anatomiepraktikum, das sie gerade erst hinter sich haben, kontrastieren sie ihre im Verlauf der bisherigen Ausbildungsabschnitte erworbene spezielle Blickweise mit derjenigen von "Laien".

> "Bueno, die wichtigste Veränderung bei Leuten wie uns, die Medizin studieren, ist die Art und Weise, wie wir den Tod betrachten. Obwohl man sich natürlich an den Tod nie gewöhnt, weil das ja dann schon irgendwie krank wäre. Ich selber habe es erst neulich erlebt, daß meine Großmutter (abuelita = Großmütterchen) gestorben ist...also ganz bestimmt jemand, die mir sehr nahestand, jemanden, die ich sehr mochte...und der Unterschied, sie so zu sehen und davor auch schon Leute sterben gesehen zu haben...das ist das Wissen darüber...daß man also genau weiß, was da gerade passiert, was da vor sich geht...wie es sich voraussichtlich entwickeln wird und sogar soweit geht das, daß man detailliert vorhersagen kann, was vermutlich passieren wird" (Medizinstudent D).

Der Medizinstudent kontrastiert den Blick, mit dem Mediziner auf Kranke bzw. Sterbende sehen mit dem von Nicht-Medizinern. Er selbst konstruiert sich bereits als zur Gruppe der medizinischen Experten zugehörig. Als das typische Charakteristika, mit dem er sich als solchen ausweist, benennt er *"die Art und Weise, wie wir (!) den Tod betrachten"*. Offensichtlich ist ihm jedoch nicht ganz wohl dabei, daß er mit dem "ärztlichen Blick", den er gerade selber im Begriff steht, zu erwerben, sogar seine nächsten Angehörigen taxiert, wenn diese krank oder tot sind. Damit bringt er die Eigendynamik zum Ausdruck, mit der dieser Blick sich verselbstständigen kann; es ist nämlich nicht mehr möglich, ihn zu kontrollieren oder "abzustellen". Sein Unbehagen darüber nimmt in der ergänzenden Formulierung *"also ganz bestimmt jemand, die mir sehr nahestand "* Gestalt an, und er benennt damit seine Betroffenheit über den bereits ansatzweise internaliserten Wahrnehmungzwang, selbst eine emotional nahestehende Verwandte mit dem anatomisch geprägten Blick in eine physiologische Funktionseinheit zu zerlegen.

Zugleich dokumentiert er damit zwei wichtige *Veränderungen in seinem Selbstbild*, nämlich einerseits den seiner Meinung nach bereits vollzogenen professionellen Übergang vom Laien zum Experten, also seine *symbolische Identifikation mit der Medizin*; und zudem den als tendenziell negativ empfundenen persönlichen Wandel vom emotional empfindenden Menschen zum distanzierten (Natur-)Wissenschaftler. Eine gewisse Besorgnis darüber, wo das noch hinführen könnte, ist nicht zu überhören. An dieser Stelle finde ich es wichtig, darauf hinzuweisen, daß in Venezuela die Charakterisierung, "emotional" zu sein, eine eindeutig positive Konnotierung aufweist. Dies gilt für *beide* Geschlechter. Jemanden als nüchtern, "kalt" (frio) oder emotional unbeteiligt zu beschreiben, grenzt nach meiner Erfahrung schon fast an Beleidigung; zumindest aber kommt darin eine Ablehnung der so charakterisierten Person zum Ausdruck. "Gringos" (also

US-Amerikaner) [161], die in Venezuela nicht gerade beliebt sind, oder andere "Fremde" aus den Ländern des Nordens werden zumeist so beschrieben. Vor diesem Hintergrund ist die Besorgnis des Medizinstudenten plausibel.

Seine Identifikation mit der Medizin, vor allem aber mit der epistemischen *Autorität der Medizin*, klingt in seiner Äußerung über das "ärztliche Wissen" an: *"daß man also genau weiß, was da gerade passiert, was da vor sich geht"*. Hier erscheint das medizinische Wissen bereits nicht mehr als eine Konstruktion, sondern als wissenschaftliche "Tatsache", als ein Wissen also, dem Student D das Definitionsmonopol über die Interpretation von Vorgängen im menschlichen Körper zuspricht. Er selbst siedelt sich in seinem Selbstbild schon in diesem frühen Stadium auf der Seite der Experten und der medizinischen Autoritäten an, an deren hegemonialen Wissensmonopol er partizipiert und das er nach außen vertritt.

1.5 Ekel oder Selbstkontrolle? Die Obduktion als Training zur Abstrahierung von der eigenen Subjektivität

Die Obduktion ist zwar nicht die einzige und letzte Ausbildungsstation, in der die Medizinstudenten lernen, sich mit ihren eigenen "störenden" persönlichen Eindrücken und emotionalen Reaktionen zu konfrontieren. Sie repräsentiert aber einen wichtigen Abschnitt, bei dem die Studenten in Aktivitäten eingeführt werden, die ein Großteil der Bevölkerung nicht teilt und die sogar gegen tiefsitzende soziale Wertvorstellungen verstoßen. In einen toten menschlichen Körper einzudringen, stellt eine Verletzung eines kulturellen Tabus dar, die nur durch den Verweis auf die spätere allgemeine Nützlichkeit dieser Grenzüberschreitung gerechtfertigt werden kann. Während des Anatomiepraktikums erfährt der Körper durch sein Eingebunden-Sein in das wissenschaftliche Setting der Obduktion daher auch hinsichtlich der Bedeutung seiner äußeren Grenzen und des Umgangs damit eine *Neurahmung*.

Als kulturell sozialisierte Subjekte, die während des Studiums für ihren späteren Beruf erneut sozialisiert werden, müssen sich die angehenden MedizinerInnen mit diesem Verstoß gegen kulturelle Tabus *auf persönlicher Ebene* auseinandersetzen. Die Konfrontation mit dem Leichnam während der Obduktion wird für sie daher zum Testlauf, bei dem ihre Fähigkeit zur Selbstkontrolle auf dem Prüfstand steht. Zum Ausdruck kommt dieser Bedeutungszusammenhang vor allem in den Äußerungen der Studenten darüber, ob sie sich während der Leichen-Sezierung geekelt oder gar übergeben haben. Letzteres wird eindeutig als *Kontrollverlust* interpretiert und daher weit von sich gewiesen.

[161] Das Verhältnis der Venezolaner zu den Nordamerikanern ist in der Regel ambivalent. Einerseits werden sie wegen ihrer hohen technologischen Entwicklung und ihrem wirtschaftlichen Erfolg bewundert; andererseits verachtet man sie als "frio" (kalt) oder gar *"das sind gar keine richtigen Menschen"* (ein Mitglied aus meiner Familie in "Macarao").

> "[...] anfangs beeindruckt einen das sehr, aber nicht so, daß man sich übergeben muß" (Medizinstudent E).

Eine wichtige Zusatzaufgabe bei der Teilnahme am Initiationsritual der Obduktion besteht offenbar darin, die eigenen Gefühle zu kontrollieren und diese Fertigkeit öffentlich im Kreis Gleichrangiger zu demonstrieren. Aus diesem Grund erlauben sie sich das "Versagen" der Selbstkontrolle - wenn überhaupt - erst zuhause, wenn die kontrollierenden Mitstudenten und Professoren nicht mehr anwesend sind.

> "Ich ging geradewegs nach hause...so schnell wie möglich. Dort übergab ich mich" (Medizinstudent B).

Dieses "Geständnis" flüsterte mir einer der Studenten zu, als wir nach dem Gruppen-Interview in der Cafeteria des Instituts zusammensaßen; dabei achtete er akribisch darauf, daß mein Aufnahmegerät bereits ausgestellt war. Die Heimlichkeit, mit der er seine Reaktion auf die Konfrontation mit dem Leichnam vor den Anderen verbirgt, unterstreicht meiner Ansicht nach die Bedeutung der Selbstkontrolle, die in die Erfahrung der Obduktion miteingeflochten ist. Daß eine ungenügend ausgebildete Selbstkontrolle sogar Anlaß für eine öffentliche Bloßstellung und Zurechtweisung sein kann, verdeutlicht die Schilderung der Professorin anläßlich einer Operation [162] in ihrer eigenen Studentenzeit.

> "Mein Glück war es, daß an diesem Tag, an dem ich damit dran war, bei einer Operation dabeizusein, ein Muchacho hereinkam. Die Studenten der jüngeren Jahrgänge kamen auch dazu, um bei den Operationen dabeizusein...die wurden in ein klitzekleines Zimmerchen gesteckt. Und es war ein Riese von einem Kerl...dieser Muchacho....der übergab sich...so lang wie er war...brach unter diesem Eindruck zusammen. Und da sagte der Chirurg: ´Diese Frau hier ist eine Frau und übergibt sie sich etwa? Seht her, wie sie sich übergibt. Seht euch diesen langen Kerl an, wie der sich übergeben hat!´ [...] Das bedeutet, seit jenem Tag war ich die Frau mit den Haaren auf der Brust (lacht)...für den Doktor Hernández zumindet, der ein alter Chirurg war" (Die Medizinprofessorin).

Hier wird die mangelhaft ausgebildete Fähigkeit zur Selbstkontrolle seitens des jungen Mitstudenten zur Kontrastfolie für die Professorin, ihre eigene, umso besser entwickelte Abstrahierungskompetenz herauszustellen. Der Muchacho, dessen Kontrollverlust die Professorin durch die dramaturgische Kontrastierung mit seiner physischen Konstitution - *"ein Riese von einem Kerl"* - als besonders peinlich und lächerlich inszeniert, blamiert sich in den Augen seiner Mitstudenten. Dies wird vom Lehrchirurgen obendrein öffentlich vermerkt und kommentiert, und es erfolgt eine Zurechtweisung, was seine "Schande" noch doppelt unterstreicht.

---

[162] Obwohl es sich bei diesem Beispiel nicht um die Schilderung einer Obduktion von Leichen, sondern um eine Operation am lebenden Körper handelt, greife ich dieses Beispiel hier auf, weil das Thema "Ekel" vom situativen Bedeutungszusammenhang her im Zentrum der Erzählung steht.

Zudem wird eine weitere Verflechtung mit Gender-Merkmalen deutlich; tatsächlich tut sich sogar ein ganzes Geflecht aus Gender-Konstruktionen darin kund. Der Muchacho wird nämlich doppelt bloßgestellt: Zum einen wegen des Erbrechens an sich und zweitens bedingt durch den Umstand, daß sein öffentliches "Versagen" von der medizinischen Autorität kontrastiert wird mit der unerwarteten Standhaftigkeit seiner Kommilitonin. Damit wird ihm überdies von Seiten seines Lehr-Chirurgen öffentlich auch seine "Männlichkeit" abgesprochen. Zudem wird implizit die Botschaft vermittelt, daß von einer weiblichen Teilnehmerin an der Operationsveranstaltung diese Art des Kontrollverlusts weitaus eher erwartet und möglicherweise sogar eher toleriert wird. An der Fähigkeit zur Selbstkontrolle, die immerhin als eine zentrale Kompetenz der medizinischen Profession gilt und daher unbedingt anzustreben ist, werden in dieser Schilderung also deutliche Gender-Differenzen festgemacht und öffentlich verhandelt. Es ist sogar so, daß der Chirurg die *normerfüllende* professionelle Übereinstimmung im Verhalten der Professorin als "unweiblich" hinstellt. Der Muchacho und sie haben nach seiner Auffassung *beide* nicht ihre jeweiligen Geschlechterrollen ausgeführt, sondern die jeweils entgegengesetzten. Der Muchacho wird als "unmännlich" disqualifiziert und die Profesorin gleichzeitig als "unweiblich"; insofern ist die öffentliche Rüge des Chirurgen gegenüber dem Muchacho auch als eine zu verstehen, die an die Profesorin gerichtet ist. Dies wird deutlich, weil sie sich mit ihrer Standhaftigkeit das Image als *"die Frau mit den Haaren auf der Brust"* erwirbt, was eindeutig auf ihre symbolische Männlichkeit verweist.

Durch diese geschlechterbinäre Beurteilung charakteristischer Professionalitäts- und Habitusmerkmale tritt die Konstruktion einer Inkompatibilität von "Weiblichkeit" und "Professionalität" hervor: Übergibt sich die Medizinstudentin als Ausdruck eines (unprofessionellen) Kontrollverlusts, so ist sie eben für die Profession ungeeignet, bewahrt sich aber ihre "Weiblichkeit"; übergibt sie sich nicht, hat sie damit zwar ihre Eignung für die medizinische Profession unter Beweis gestellt, verliert aber ihre "Weiblichkeit" und mutiert symbolisch zum Mann. Dieses nicht auflösbare und paradoxe vergeschlechtlichte Professions-Dilemma wirft daher die Frage auf, inwiefern hier der "ärztliche" und der "männliche" Blick Überschneidungen aufweisen bzw. als identisch konstruiert werden [163]. Noch viel weitreichender in ihren Konsequenzen wäre darüber hinaus die grundsätzliche Frage, ob der ärztliche Habitus in Venezuela als ein männlicher Habitus konzipiert ist [164]. Für den Lehrchirurgen - und möglicherweise auch für einige der anderen Interaktionsbeteiligten in dieser Erzählpassage – ist dies sicherlich der Fall.

---

[163] Vom historischen Hintergrund aus argumentiert, wäre die Identifikation des "ärztlichen Blicks" mit dem "männlichen Blick" (male bias) unzweifelhaft. Ursprünglich wurden zum Medizinstudium nur Männer zugelassen und haben daher den "ärztlichen Blick" konzipiert und unter ihresgleichen tradiert. Erst im 19. Jahrhundert erkämpften sich die Frauen den Zugang zur medizinischen Profession (Schiebinger 1987). In Venezuela werden die ersten Medizinstudentinnen Anfang dieses Jahrhunderts erwähnt (Ortiz 2000).

[164] Vgl. Kapitel II. 1 – Der ärztliche Habitus.

Daß die Kontrolle der eigenen Gefühle eine Basisqualifikation innerhalb der subjektiven Anforderungsmerkmale von Medizinern darstellt, wird durch diese Erzählung jedenfalls nachhaltig belegt. Ein anderer Student betont diesen Zusammenhang dadurch, daß er "Coolness" als eine ihm wesensmäßige Charaktereigenschaft herausstellt, die ihn seiner Meinung nach schon immer ausgezeichnet und für den Beruf des Mediziners geradezu prädestiniert hat.

> "Diese Frage nach dem Ekel, also ich habe mich noch nie davor geekelt...vor gar nichts. Mir kann man etwas über das Gehirn erzählen und ich esse dabei weiter...das hat mir noch nie Ekelgefühle bereitet. Viele Leute hat das schon beeindruckt. Ich habe zum Beispiel Freunde, die habe ich einmal mitgenommen in ein Museum...da gibt es eine Leiche, die dort bereits seit 50 Jahren ausgestellt ist. Sie haben die gesehen und der Eindruck und das Ekelgefühl waren überwältigend. Aber ich habe mich nicht geekelt" (Medizinstudent D).

Mit der Bemerkung *"mir kann man etwas über das Gehirn erzählen und ich esse dabei weiter"* bringt er seinen Stolz über sein Abstrahierungsvermögen zum Ausdruck, das er für seinen Beruf für erforderlich hält. Damit betont er explizit, daß er in der Lage ist, die Kontrolle über seine Gefühle zu behalten; denn wenn er als Arzt nicht damit fertig wird, eine emotionale Krise im Umgang mit dem Tod abzuwenden, dann wäre eine medizinische Karriere nur schwer möglich (Lella/ Pawluch 1988).

Für die Ärzte, die bereits im Beruf stehen, stellt sich diese Frage überhaupt nicht mehr. Sie erinnern ihre Reaktion auf die Obduktionen während ihres Studiums retrospektiv nur mehr unter ganz anderen Gesichtspunkten, z.B. unter ästetischen Aspekten.

> "Das war schon sehr unangenehm [...] während des Studiums...bei den Obduktionen, dem Anatomiepraktikum. Aber weniger deshalb, weil es Leichen waren. Oft hatten wir es dabei nicht mit ´frischen´ Leichen zu tun...Leute, die friedlich verstorben waren, sondern mit Leichen, die aus Unfällen stammten und schauerlich zugerichtet waren. Das hat jedesmal Überwindung gekostet, diese Leichen zu obduzieren. Schrecklich (horrible)!" (Doctora F).

Nicht die Konfrontation mit dem Leichnam an sich erinnert sie als belastendes emotionales Erlebnis, sondern lediglich die unästhetische Beschaffenheit der toten Körper, mit denen sie arbeiten mußte. Der qualitativ schlechte Zustand der zu obzuzierenden Leichen barg für sie ein Problem, und nur dies kostete sie *"Überwindung"* in der Beschäftigung mit ihnen. Mit "normal" hergerichteten Leichen hingegen, also *"Leute, die friedlich verstorben waren"*, hätten sich dagegen keine Probleme ergeben. Damit unterstreicht auch sie die Kontrolle der eigenen Gefühle als notwendiges und wesentliches ärztliches Qualitäts- und Habitusmerkmal, das es zu trainieren gilt. Die Wahl ihres Beispiels läßt darüber hinaus darauf schließen, daß Ihre Anforderungen daran noch höher anzusiedeln sind als die der Studenten; denn sie verlangt sich diese Gefühlskontrolle oder *"Überwindung"* auch unter erschwerten Bedingungen ab, nämlich auch dann, wenn sie sich in einer doppelten Ausnahmesituation befindet: In der Konfrontation mit toten Körpern, die

zudem noch partiell verstümmelt und unansehlich sind. Anzunehmen ist aber auch, daß für sie mittlerweile der professionelle Umgang mit dem Tod zur Routine geworden ist und sie sich daher retrospektiv nur noch an die besonderen bzw. *"schauerlichen"* und *"schrecklichen"* Aspekte ihrer ersten Obduktionen erinnert.

Andererseits stellt der ästethische Aspekt aber auch für die medizinischen "Novizen" ein be- oder entlastendes Moment dar.

> "[...] bei der ersten Leiche, die ich gesehen habe, das war nicht so toll. Also, wir sehen in den ersten Jahren überhaupt keine frischen Leichen. Die Leichen, die wir zu sehen bekommen, sind einbalsamiert worden...das ist also eine ganz andere Art und Weise, einen toten Menschen zu betrachten. Aber nun, wo wir Pathologische Anatomie machen...da haben wir auch schon frische Leichen gesehen." (Medizinstudent E).

Die ästethische Beschaffenheit bzw. der graduell differierende "Frischezustand" des zu obduzierenden Leichnams erscheint in diesen Erzählpassagen als ein Element auf, das klärend mit dazu beiträgt, ob die ersten Obduktionen als (un-)angenehme Erinnerung im Sinne eines notwendigen Übels oder als "normale" Etappe in der beruflichen Sozialisation der ”Novizen” abgespeichert werden.

Festzuhalten aber ist, daß das Konzept der Selbstkontrolle, das sich am Diskurs des Ekelgefühls in Anbetracht des Leichnams konkretisiert, eine Verhaltensanweisung für die angehenden (und fertigen) Mediziner darstellt, das sie nicht nur nicht in Frage stellen, sondern dessen normativen Charakter sie durch ihre Selbstinszenierungen als "cool" und "robust" sowie durch Verheimlichen bei "Versagen" der Selbstkontrolle und durch eigene interpretative Anstrengungen bestärken. Andererseits kollidiert aber gerade diese angestrebte Kontrolle über die Gefühle mit lebensweltlichen Konzepten in Venezuela, nach denen menschliche Wärme, Herzlichkeit und Emotionalität hochrangige Wertvorstellungen repräsentieren. Es ergibt sich daher die Notwendigkeit, die Integration dieser beiden konträren Wertebenen durch eine besonders starke Gewichtung in der Ethikunterweisung während Medizinstudium und (Fach-)Arztausbildung zu gewährleisten [165].

[165] Vgl. Kapitel IV.2 - Die professionsethische Orientierung

1.6 Bewältigungs-Strategien: Reflexionen über Leben und Tod

Da der Umgang mit Leichen nicht eben als ein weithin verbreiteter und gängiger Aspekt der Alltagserfahrung bezeichnet werden kann und er dies für die Mediziner nur aufgrund einer profesionsspezifischen Sonderstellung und Ausnahmekonstellation ist, bedarf es seitens der Studenten einer reflexiven Strategie, um diesen alltäglichen Kontakt mit dem Außergewöhnlichen nachträglich neu zu rahmen und ihn als "normal" zu rationalisieren. Meine Interviewpartner fügten ihren direkten Kontakt und Umgang mit Leichen in ihre Normalitätsorstellungen ein, indem sie über Leben und Tod metaphysisch-philosophisch, aber auch ganz praktisch nachdenken.

> "Ich glaube, das ist mehr noch eine philosophische Angelegenheit als eine organische. [...] Ich glaube, da geht es um eine philosophische Frage...da steckt noch mehr dahinter. Die Frage, was das bedeutet. Was macht den Unterschied aus zwischen Leben und Tod ist nicht so sehr eine organische Frage, denn davor kann ich mich nicht ekeln. Wenn man sich ekelt, dann nur deshalb, weil man damit etwas verbindet und den toten Körper mit etwas in Verbindung bringt...in seiner Vorstellung" (Medizinstudent D).

Dieser Student bringt seine Auffassung, wonach ein "richtiger" Mediziner keinen Ekel vor dem Umgang mit Leichen empfinden sollte, zum Ausdruck, indem er den Leichnam ganz im Descartes´schen Sinne in einen "organischen" Anteil und einen "geistig-philosophischen" aufteilt. Mit dieser Strategie unterlegt er seine Tätigkeit als jemand, der Leichen seziert, mit der Deutung, diese finde ausschließlich auf organisch-fleischlicher und damit "ekelfreier" Ebene statt. Die Ekelgefühle verweist er damit in den Bereich des Metaphysisch-Philosophischen, der lediglich von kontextabhängigen Vorstellungen gespeist wird. In dieser Konstruktion kommt ein aktives interpretatives Bemühen um Verobjektivierung der eigenen Tätigkeit zum Ausdruck, die vor allem auf einer Dekontextualisierung des Leichnams basiert.
Andere Studenten stimmen dieser Interpretation zu und führen sie ergänzend aus.

> "[...] Ich habe den Impuls verspürt zu sagen: "Bueno, was ist denn der Unterschied dieser Person, die jetzt tot ist und einer Person, die lebt. Wo ist denn da das Leben? Was ist das überhaupt...Leben? Was macht dieses Leben aus, das man braucht, damit alles funktioniert? Denn, was man sieht, sind separate Organe..es gibt ein Herz, eine Leber, zwei Nieren, zwei Augen und all die anderen Sachen. Und getrennt betrachtet, sind sie auch nur das: ein Auge, ein Herz, eine Niere...ein Objekt, weiter nichts. Aber wenn alles beisammen ist, dann ist das die großartigste Sache, die es gibt. Aber was ist das bloß, was beim Toten fehlt, damit all diese Dinge funktionieren können?" (Medizinstudent E).

Auch dieser Student stellt philosophische Betrachtungen an und zementiert seine Vorstellung vom Leichnam als bloßes verdinglichtes Objekt, *"ein Objekt, weiter nichts"*, mit dem er sich legitimerweise beschäftigt, mit dem Hinweis darauf, er habe es lediglich mit *"separaten Organen"*, nämlich *"Herz, Leber, zwei Nieren und zwei Augen"* zu tun, die, eben weil sie ihm *"separat"* gegenübertreten, in seinen Zuständigkeitsbereich fallen. Die alle Einzelteile

koordinierende Kraft, das, *"was beim Toten fehlt"*, gibt ihm dagegen Rätsel auf, die er aber aufgrund seiner klar umgrenzten Zuständigkeit auch nicht zu beantworten braucht. Dennoch beschäftigt ihn diese Frage im Hinblick auf sein Menschenbild, das aber in diesem Aspekt als noch nicht fest umrissen erscheint. In die gleiche Richtung argumentiert eine andere Medizinstudentin.

> "Ich denke darüber so ähnlich wie E. Das ist so eine Art theologischer Konflikt...das ist so, als ob man sagt: ´Was ist die Kraft, die das Leben ausmacht?´ Wenn es die Seele wirklich gibt, dann kann es doch nicht sein, daß dieser Mensch, der so viele Gefühle hatte, gestorben ist und das ist es dann gewesen. Was ist denn mit dem anderen Teil passiert...wo ist der geblieben? Ich hatte angenommen, daß mich das sehr beschäftigen würde. Aber nein, ich habe es als ganz natürlich empfunden, nicht als etwas Alltägliches, aber als etwas Natürliches. Auch bei meinen ersten Patienten habe ich es als etwas sehr Natürliches empfunden" (Medizinstudentin C).

Auch diese Studentin sinnt über *"die Seele"* bzw. deren unerklärlichen und mysteriösen Verbleib beim Toten nach. Allerdings kommt in dieser Darstellung auch zum Ausdruck, daß sie diese Frage vor der Begegnung mit der Leiche mehr beschäftigt hat als später im konkreten situativen Kontakt mit der zu sezierenden Leiche. Da nämlich hat sie es *"als ganz natürlich empfunden"*, daß *"die Seele"* sich abgesetzt hatte, d.h. sie managt diesen "Verlust" rein pragmatisch und identifiziert sich bereits mit der Medizin und der professionellen Rolle, die ihr in diesem Setting zugedacht ist. Zugleich verdeutlicht sie am Übergang von der Arbeit an der Leiche zum Umgang mit Patienten, die den Abschluß ihrer Erzählsequenz bildet, wie unproblematisch und nahtlos die Übertragung der Erfahrung mit dem toten Körper auf den lebenden für sie ist.

1.7 Bewältigungs-Strategien 2. Teil: Gelächter und Anekdoten

In den retrospektiven Erzählungen der Medizinstudenten und Ärzte über ihre ersten Begegnungen mit toten Körpern sticht die häufige Erwähnung von Erheiterung, Belustigung, Komik und Gelächter hervor. Offenbar stellt auch das Lachen und das Amüsiert-Sein eine Coping-Strategie dar, durch deren Gebrauch eine Distanzierung von der eigenen subjektiven Betroffenheit im Angesicht des Todes erreicht wird [166].

> "[...] Es hat mich zum Lachen gebracht. Mir ging dabei durch den Kopf und dies habe ich auch zu einem Freund gesagt....der Gedanke hat mich sehr erheitert, daß die Kirche und die Wissenschaft sich früher immer darüber gestritten haben...die einen sagten, der menschliche Körper sei der Gipfel der Schöpfung und die anderen sagten, daß er das Resultat von tausend Millionen Jahren der Evolution sei [...] Aber in so einem Moment entbehrt diese Diskussion jedweder Gültigkeit...wenn diese Person, aus welchem Grund auch immer, aufgehört hat zu leben und daß sie dann schlichtweg ein Körper ohne Leben ist und ohne die Fähigkeit zu überhaupt nichts mehr" (Medizinstudent E).

Diesen Studenten *"erheitert"* vordergründig die Diskrepanz, die sich in den Diskursen der verschiedenen wissenschaftlichen Disziplinen über den menschlichen Körper auftut, angesichts der Banalität des Todes. Das Element der Belustigung entsteht für ihn aus dem Kontrast eines elementaren Aufeinanderprallens zwischen bedeutungsgeladenen philosophischen und biologischen Überlegungen, die den Menschen jeweils zur Krönung der Schöpfung bzw. Evolution ernennen wollen, und der profanen Begegnung mit dem toten menschlichen Körper, wie er ihn persönlich erlebt hat. Den menschlichen Körper, der für die einen *"Gipfel der Schöpfung"*, für die anderen *"Resultat der Evolution"* ist, nimmt er, auf dem Seziertisch liegend, nur *"schlichtweg"* als *"Körper ohne Leben [...] und ohne die Fähigkeit zu überhaupt nichts mehr"* wahr. Diese Interpretationskluft über die Bedeutung und Realität des toten menschlichen Körpers erscheint ihm so groß, daß es eines erklärenden Hilfsmittels bedarf, um sie zu überbrücken. Daher versucht er, sie zu schließen, indem er mit Erheiterung reagiert. Tatsächlich aber hat er diesen Bedeutungsgegensatz selbst erst hergestellt und dramaturgisch die vermeintliche Gleichzeitigkeit der verschiedenen ideologischen Interpretationsfolien am Seziertisch arrrangiert, um die ihn belastende Situation dann in "Erheiterung" auflösen und sich auf diese Weise umso besser entlasten und distanzieren zu können.

Die Deutung des Obduktionserlebnisses als "komisch" ist offenbar ein strategisches Mittel, um diese nicht alltägliche Begegnung mit dem Tod und der damit einhergehenden Verletzung kultureller Tabus in die eigenen Normalitätsvorstellungen einfügen zu können. Auch die bereits

[166] Vgl. auch Young, die davon berichtet, sie sei bei ihrer Forschung ("The Body in Medicine") als Zugangsvoraussetzung zum Feld der Pathologie eindringlichst darauf hingewiesen worden, sie solle es sich *"unbedingt verkneifen"* im Seziersaal zu lachen (Young 1997: 127). Die Forscherin selber reagierte auf diese Ermahnung äußerst verwundert und bemerkt dazu, nichts hätte ihr ferner gelegen (ebd.).

praktizierenden Ärzte berichten Anekdoten darüber und zeigen sich in ihren Erzählungen noch nachträglich sehr amüsiert.

> "Wissen Sie...bueno, wir haben untereinander...ich meine unter uns Studenten...da haben wir auch manchmal die Leichen getauscht (lacht). `Hier, nimm doch lieber meine, die ist noch fast so gut wie Frischfleisch (carne fresco) [...] Manche Leichen waren ja regelrecht aufdringlich (penetrante)" (lacht) (Dr K).

EB "Aufdringlich?"

> "Bueno, wenn Sie die so umdrehen müssen...dann kann es passieren, daß sie (lacht)...es kommt natürlich darauf an, wo Sie gerade schneiden...aber wenn Sie sie umdrehen...und so richtig mit Schwung...und die Leichen dann ihre Arme bewegen und Ihnen liebevoll durchs Haar fahren (cuándo te tocan el pelo con mucho carinio) [...]" (beide lachen) (Dr. K).

Werden die Leichen zunächst in Tausch- und Sexualobjekte [167] verwandelt, deren sozialer Wert - wie bei den Lebenden - vom jeweiligen Frischegrad abhängt, so übernehmen diese bereits im weiteren Geschehen selber die Initiative zu erotischen Interventionen gegenüber ihren studentischen Interaktionspartnern und *"fahren ihnen liebevoll durchs Haar"*. Auch in dieser Erzählung wird die Komik am Seziertisch dramaturgisch bewußt hergestellt, um damit die potentielle Brenzligkeit bei der als Grenzverletzung empfundenen Begegnung mit den toten Körpern noch nachträglich zu bannen. Den Anekdotencharakter erhält diese Interviewpassage zusätzlich durch das als Überraschungscoup inszenierte erotische Intermezzo zwischen Lebenden und Toten [168].

Die Verarbeitungsstrategie mit Hilfe des "Black Humor" ist wohl deshalb so verbreitet und erfolgversprechend, weil der Tod und der tote Körper überladen sind mit tiefsinnigen kulturellen Bedeutungszuschreibungen und die Auflösung in Gelächter sich befreiend für die Teilnehmer am Obduktionsritual auswirkt. Das Lachen erlaubt eine Distanzierung von all dieser ehrfurchtgebietenden Ernsthaftigkeit und schützt zugleich vor möglichem Dogmatismus.

---

[167] Die metaphorische Bezeichnung als "carne fresco" (Frischfleisch) wird im alltäglichen Sprachgebrauch in Venezuela zumeist bei der Beurteilung des Attraktivitätswerts potentieller PartnerInnen herangezogen.

[168] Diese Vorstellung von erotischen Begegnungen zwischen Toten und Lebenden knüpft an Traditionen von Totenbesuchstagen an wie sie in vielen Kulturen verbreitet sind. Zumeist wird eine interaktive Lebensgemeinschaft zwischen Toten und Lebenden angenommen, die sich auch auf das erotische Terrain erstreckt (Hasenfratz 1998: 24ff). Dies fußt auf der Vorstellung, die Toten würden über die *"Bilde- und Wachstumskräfte des Erdreichs gebieten"* (ebd: 25) und daß sich deshalb ein magisch-erotischer Kontakt zwischen beiden Gruppen besonders günstig auf das Gedeihen der Ernte auswirke. Da durch erotische Begegnungen zwischen Lebenden und Toten eine Vitalitätsentfaltung im Diesseits erreicht werden kann, wurde z.B. im Alten Ägypten den Verstorbenen als Grabbeigabe häufig ein/e SexualpartnerIn mitgegeben (ebd: 27 ff). Die Erfüllung erotischer Bedürfnisse der Toten konnte so zur Freisetzung von Vitalitätspotentialen an den Orten und Zeiten besonders intensiver gegenseitiger Kommunikation - Totenbesuchstage etc. - führen. Dadurch wurde der Kreislauf der Regeneration quasi *"kurzgeschlossen"* (ebd: 111). Bekannt sind diese Zusammenhänge in aktueller Ausprägung noch heute in Mexiko, im Iran und in Teilen Afrikas und Asiens.

> "Laughter purifies from dogmatism....the single meaning, the single level, from sentimentality. Black humor threatens not so much the dignity of the corpse as the aristocracy of the discourse that inscribes it, the discourse of medicine. [...] Like all aristocratic discourses, medicine is dependent on what it excludes. The low, the profane, the grotesque stand as the discourse against which it defines itself. At the same time, they constitute the discourse to which it is vulnerable. Autopsy is threatened by the break-through of grotesque realism, by the thought, the hint, the whiff of sausages" (Young 1997: 128 ff).

Über diese Einschätzung des Lachens als einer Herausforderung an den "aristokratischen" Diskurs der Medizin hinaus repräsentiert es zugleich ein Hilfsmittel zur Einfügung dieser Erfahrung in die Normalitätskonzepte der einzelnen Teilnehmer. Die retrospektive Konstruktion der Obduktion zum komischen Erlebnis, das mit unterhaltenden Qualitäten aufwartet und auf das sogar in späteren Konversationen als lustige Anekdote zurückgegriffen werden kann, eignet sich gerade aufgrund dieser Merkmale umso besser dafür, als ein fester, wenn auch ungewöhnlicher Part der eigenen beruflichen Sozialisation integriert zu werden.

Zugleich korrespondiert diese Verarbeitungsstrategie durch Einsatz von Humor mit einem sehr verbreiteten Alltagsverhalten in Venezuela, mit dem sich Schwierigkeiten aus dem Weg räumen lassen oder sogar verschlossene Türen - selbst auf Behörden -, geöffnet werden können [169]. Die Geschichte von "aufdringlichen Leichen”, die die Medizinstudenten bedrängen, fügt sich daher nahtlos in den lebensweltlichen Kontext ein; eine gute Pointe mit hohem Unterhaltungswert weiß man in Venezuela auf jeden Fall zu schätzen.

[169] Vgl. Teil III, Kapiel 4 - Die deutsche Forscherin erlebt die venezolanische Kultur.

2 Zwischen normativen Leitbildern und Selbstentwürfen: Die berufsethische Orientierung venezolanischer Ärzte

2.1 Einleitung: Medizinische Ethik als Leitlinie ärztlichen Handelns

Sinn der medizinischen Ethik ist es, Leitlinien für das ärztliche Handeln bereitzustellen, die dem Arzt eine Orientierung im Umgang mit den Patienten an die Hand geben soll. Sie ist aber keine Sonderethik, sondern gliedert sich in die Werthaltung des jeweiligen gesellschaftlichen und kulturellen Kontextes ein (Anschütz et al. 1998). Zudem kommen über die berufsethische Orientierung wichtige ärztliche Habitualisierungen und Selbstinszenierungen zum Ausdruck; sie verkörpert *die* Instanz in der medizinischen Kultur, über die sie (nach außen) kommuniziert werden [170].

Die ethische Ausrichtung meiner ärztlichen und studentischen Gesprächspartner in Venezuela ist für meine Untersuchung als Habitus-Komponente von besonderer Relevanz, da sie darüber nicht nur ihre professionsspezifische Wertorientierung und ihr Menschenbild kommunizieren sondern auch lokale lebensweltliche Werthaltungen in Venezuela. Zudem nehmen sie eine persönliche Grenzziehung und selbstreflexive Modifizierung gegenüber dem wissenschaftlichen Anteil ihrer Sozialisation und dem daraus hervorgegangenen "ärztlichen Blick" vor. Es verifiziert sich folglich in der ethischen Grundhaltung der Mediziner eine Strategie professioneller Selbstkontrolle [171], die

[170] Die Binnenarchitektur medizinischer Kultur wird in seiner aktuellen Ausprägung durch den ideologischen Dualismus zwischen dem Bereich der "wissenschaftlichen Tatsachen" und dem der "menschlichen Werte" strukturiert (Good/ DelVecchio Good 1993: 91), was mit meiner Unterteilung in den ärztlichen Blick und die medizinische Ethik korrespondiert. Die generelle Spannungsproblematik zwischen diesen beiden Polen - dem technisch Machbaren und dem ethisch Vertretbaren - wird heutzutage aufgrund der sozialen Reichweite potentieller Konsequenzen sogar öffentlich über die Medien verhandelt. Zu besonderer Aktualität gelangte diese Kontroverse in den letzten Jahren in Zusammenhang mit den modernen medizinischen Reproduktions-, Transplantations- und Gentechnologien sowie bei der Diskussion um ärztliche Sterbehilfe. In all diesen Bioethik-Diskursen geht es primär darum, den Möglichkeiten, die die moderne Biomedizin bietet, eine Korrekturinstanz zur Seite zu stellen, die die sozialen und politischen Folgekosten der neuen Biotechnologien im Sinne einer Güterabwägung überprüft. Auch wenn zuweilen der Eindruck entsteht, daß die Wirksamkeit von Ethik-Kommissionen sich eher auf eine politische "Feigenblatt"-Funktion reduziert, ist dennoch nicht von der Hand zu weisen, daß sie eine regulierende öffentliche Kontrollinstanz repräsentieren, die die technologischen Fortschritte auf dem Gebiet der Medizin auf ihre Sozialverträglichkeit hin untersuchen.

[171] Aus berufspolitischer Perspektive repräsentiert die Institutionalisierung einer professionsethischen Leitlinie in Medizinstudium und (Fach-)Arztausbildung einen wichtigen Garant für die Wahrung einer autonomen Sphäre berufsständischer Selbstverwaltung (vgl. Bauch 1996; Freidson 1979). Die institutionalisierte Verankerung professioneller Ethik-Normen gestattet es den Medizinern, den strukturell vorprogrammierten Konflikt zwischen technisch-wissenschaftlichen Möglichkeiten einerseits und moralischer Verantwortung bzw. Sozialverträglichkeit andererseits - in meiner Kategorisierung wäre es der Konflikt zwischen "ärztlichem Blick" und ethischer Orientierung - in Eigenregie zu regulieren und sich damit einen autonomen professionellen Handlungsspielraum zu sichern. Der kontrollierenden Intervention anderer gesellschaftlicher Institutionen, die durch eine solche Strategie "*selbstverwalteter Kollektivethik"* (Göckenjan in Labisch 1989: 98) im Vorfeld antizipiert und eben dadurch partiell überflüssig gemacht wird, bedarf es dann eben nur noch im Einzelfall; auf diese Weise verbleibt der überwiegende Teil korrigierender Interventionen in den eigenen Reihen, also in den Händen von Medizinern. Dies gewährleistet einen vergleichsweise autonomen berufsständischen Handlungsspielraum. Auch wenn diese Lesart medizinischer Ethik als autonomiesicherndes Instrument berufsständischer Selbstverwaltung möglicherweise mehr der aktuellen Situation des Ärztestandes gezollt ist als früheren historischen Epochen, aus denen heraus sie entstanden ist, so kann doch nicht darüber hinweggesehen werden, daß sich bereits in den frühen griechischen Texten des *"Corpus hippocraticum"* diese intentionale Tendenz andeutet, an deren Tradition erneut seit der im Verlauf des 19. Jahrhunderts einsetzenden Professionalisierung der Medizin angeknüpft wurde.

es ihnen gestattet, ihren beruflichen Handlungsspielraum in Eigenregie zu definieren und relativ autonom auszugestalten. Zugleich erlauben die ethischen Selbstentwürfe aber auch Rückschlüsse auf lokale Wertvorstellungen und normative Leitbilder über die ärztliche Profession im Sinne einer sozialen Erwünschtheit in Venezuela.

Last not least wird in der ärztlichen Ethik das Leitbild von der idealen Arztpersönlichkeit transportiert, das zwar kulturelle und historische Abwandlungen gegenüber dem hippokratischen Vorbild erfahren hat, aber in seinen Grundzügen scheint der kurative Geist der Antike auch in Venezuela handlungsleitende Qualitäten zu besitzen. Überdies existieren starke eigene lokale Traditionen, die auf einer engen Verbindung zwischen medizinethischer und christlich-katholischer Lehre basieren. Diese historische Anknüpfung und Kontinuität ärztlicher Überlieferung soll in den folgenden Abschnitten herausgearbeitet werden.

2.2 Traditionslinien medizinischer Ethik: Das hippokratische Erbe

Unter dem "Corpus hippocraticum" versteht man eine von verschiedenen Autoren der Antike angefertigte Schriftensammlung ärztlicher Überlieferung, von der angenommen wird, daß sie zwischen dem 5. und dem 1. Jahrhundert v. Chr. in Griechenland – auf der Insel Kos - entstanden ist. Die inhaltliche und formale Zusammengehörigkeit der Schriften des Corpus hippocraticum ist in der Medizingeschichte keineswegs unumstritten (Arnold 1983: 2).

> "Wer über Stand und Aufgaben der Hippokratesforschung Rechenschaft ablegen will, spricht von einem Konglomerat von Schriften, die als Corpus Hippocraticum zwar unter dem Namen eines berühmten griechischen Arztes gestellt sind, deren Zusammenhang mit seiner Person aber im Ganzen und in jedem einzelnen Fall problematisch ist" (Diller, zit. in Arnold 1983).

In den hippokratischen Schriften werden handlungsleitende Anweisungen für den ärztlichen Berufsstand postuliert, die vor allem um folgende Themenbereiche kreisen: Die ärztliche Persönlichkeit, die ärztliche Kunst, das Verhältnis des Arztes zum Patienten, das Verhalten des Patienten, die Beziehung zwischen ärztlicher Kunst und Natur sowie um den auch heute noch aktuellen hippokratischen Eid (Arnold 1983; Beckmann 1995). Insbesondere werden detaillierte Forderungen hinsichtlich der *Persönlichkeit des Arztes* erhoben, denen er gerecht werden soll:

> "Es ist für einen Arzt eine Empfehlung, wenn er, soweit es seine Natur zuläßt, eine frische Farbe hat und wohlbeleibt ist; meint doch das große Publikum, daß die, welche ihren Körper selbst nicht genug gepflegt haben, auch für das Wohlbefinden anderer nicht gut sorgen können. Ferner muß er reinlich aussehen, gute Kleidung haben und sich mit wohlriechenden Salben parfümieren; denn alles dies pflegt einen guten Eindruck auf die Patienten zu machen. In Bezug auf seine Geistesverfassung muß er auf Folgendes achten: Er muß nicht allein zur rechten Zeit zu schweigen verstehen, sondern auch ein geordnetes

> Leben führen; denn das trägt viel zu seinem guten Rufe bei [...]"(Textstelle aus ´De medico´ Kap. 1 des Corpus hippocraticum, zit. in Arnold 983: 3).

In diesem Idealporträt des vertrauenerweckenden Arztes wird an diesen die normative Erwartung geknüpft, er müsse eine Übereinstimmung zwischen innerer Haltung und äußerer Erscheinung aufweisen. Gegenstand der zu integrierenden Persönlichkeitsmerkmale sind sowohl das Verhalten und die Gesinnung als auch das Erscheinungsbild und die Lebensführung. Er soll also eine Harmonisierung und Synchronisierung seiner Gesamtpersönlichkeit leisten und um einen günstigen Eindruck bemüht sein, damit sich die Patienten vertrauensvoll in seine Behandlung begeben.

Neben den geforderten persönlichen Eigenschaften wird die Bedeutung von Schulung und Erziehung hervorgehoben, die zur Umsetzung des hippokratischen Prinzips "nützen und nicht schaden" befähigen sowie zur optimalen Ausübung des Berufs führen soll (ebd.).

> "Über allem und zuletzt steht hippokratisch geschrieben: nützen und wenn schon nicht nützen, so doch wenigstens nicht schaden. Das ist wenig, aber es ist viel." (Pfohl, zit. in Arnold 1983: 82).

Eine Besonderheit in der Ausbildung zum Arzt in der Antike stellte die Lehrer-Schüler-Beziehung dar – genaugenommen war es eine „Meister-Schüler-Beziehung“ -, in der sich die Tradierung des ärztlichen Wissens im Stil einer Art Weitergabe eines *"Berufsgeheimnisses in einem adligen Orden"* (ebd.) vollzog. Der sogenannte "Vertrag" zwischen Schüler und Meister beinhaltete die Pflichten des Schülers gegenüber seinem Meister und dessen Nachkommen; darin verpflichtete sich der angehende Arzt zu Dankbarkeit gegenüber seinem Meister, zur Hilfeleistung in Notzeiten und zur kostenfreien Unterrichtung der Söhne des Meisters. Die Regeln des Vertrags sind somit Ausdruck zur Sicherung und Tradierung von Berufsgeheimnissen der Ärztegilde, die die Gruppe der Ausbildungsanwärter von vornherein auf eine bestimmten Personenkereis eingrenzte; dies erlaubte eine effektive Kontrolle der Anzahl des beruflichen Nachwuchses.

Der wesentliche Unterschied zum heutigen Arzt war die soziale Stellung des hippokratischen Arztes. Während der antike Arzt noch als ein Handwerker wandernd von Stadt zu Stadt zog (ebd: 79), wenn er nicht, was seltener der Fall war, seßhaft war, treten die modernen Ärzte weltweit ihren Patienten als öffentlich anerkannte professionelle Experten gegenüber, wobei sie zusätzlich mit der achtunggebietenden Aura akademischer Weihen aufwarten können. Verglichen mit der sozialen Situation des antiken Arztes ist die gesellschaftliche Position der modernen Ärzte ungleich gesicherter, und dies befreit sie beispielsweise von der Notwendigkeit, Beweismittel ihrer ärztlichen Kunst vorzuführen (ebd: 73). Während sich Ärzte in der Antike - und auch in späteren historischen Epochen [172] - täglich aufs Neue beim Laien-Publikum um die Respektierung

[172] Siehe Kapitel II.1 – Der ärztliche Habitus.

und Anerkennung ihrer beruflichen Tätigkeit bemühen mußten und abhängig waren von dessen wohlwollendem Urteil, wird die Zuweisung von Kompetenz und Respekt den heutigen Ärzten als selbstverständliche Vorleistung gewährt; lediglich im Fall von groben Kunstfehlern laufen sie Gefahr, daß sie ihnen auch mal abgesprochen wird.

Der hippokratische Eid gilt als dasjenige Dokument des Corpus Hippocraticum, das am entscheidensten dazu beigetragen hat, den Ruhm des Hippokrates zu begründen und bis in die heutige Zeit aufrechtzuerhalten. Die Modifikationen, die der antike Eid im Wandel der Zeiten erfahren hat, ließen seine Kerngedanken aber unberührt. Am Ende dieser Entwicklung steht ein Bekenntnis, das als "Genfer Arztgelöbnis" 1948 vom Weltärztebund als international verbindliches Berufsgelöbnis verabschiedet wurde (ebd: 80) und dessen Ableistung seither als Pflichtübung für den Eintritt in den ärztlichen Beruf weltweit formalisiert und ritualisiert wurde. Hier sein Wortlaut:

> "Im Zeitpunkt meines Eintritts in den ärztlichen Beruf verpflichte ich mich feierlich, mein Leben dem Dienste der Menschheit zu weihen.
> Ich werde meinen Lehrern die schuldige Achtung und Dankbarkeit wahren.
> Ich werde meinen Beruf gewissenhaft und würdig ausüben. Die Gesundheit meines Patienten wird meine erste Sorge sein. Ich werde das Geheimnis dessen, der sich mir anvertraut, wahren.
> Mit allen mir zur Verfügung stehenden Mitteln werde ich die Ehre und die stolzen Überlieferungen des Ärzteberufes aufrechterhalten.
> Meine Kollegen sollen meine Brüder [173] sein.
> Ich werde es nicht zulassen, daß sich religiöse, nationale, rassische, Partei- oder Klassengesichtspunkte zwischen meine Pflicht und meine Patienten drängen.
> Ich werde das menschliche Leben von der Empfängnis an bedingungslos achten.
> Selbst Drohungen werden mich nicht dazu bringen, meine ärztlichen Kenntnisse entgegen den Pflichten der Menschheit anzuwenden.
> Ich gelobe dies feierlich, frei und auf meine Ehre" (zit. in Arnold 1983: 80).

Der antike Ärzteeid unterscheidet sich von seinem modernen Nachfolger vor allem dadurch, daß er noch zusätzlich eingerahmt wird von der Anrufung der Götter [174] zu Beginn des Gelöbnisses und durch die Schlußformel [175], die die Hoffnung auf Ruhm und Ehre bei Treue zu dem Schwur und den Fluch bei Meineidigkeit beinhaltet (ebd: 52). Als Begründung für die quasi unwesentlich veränderte Fassung des antiken hippokratischen Eids wird zumeist auf die Qualität *"seines hohen*

---

[173] Offenbar gab es zur Zeit der Verabschiedung des "Genfer Ärztegelöbnisses" noch zahlenmäßig wenige Frauen, zumindest aber noch keine berufsständischen Frauenvertreterinnen; anders läßt sich deren Nichtnennung wohl nicht erklären.

[174] "Ich schwöre bei Apollon, dem Arzt, und bei Asklepios und Hygiea und Panakeia und allen Göttern und Göttinnen, indem ich sie zu Zeugen mache, daß ich diesen Eid und diesen Vertrag nach meinem Können und meinem Urteilsvermögen verwirklichen will" (zit. in Arnold 1983: 51).

[175] "Wenn ich also diesen Eid halte und nicht breche, dann sei es mir gegeben, Leben und Kunst zu genießen, wobei ich Ruhm ernte bei allen Menschen für alle Zeit; wenn ich ihn aber übertrete und meineidig werde, dann soll das Gegenteil davon mich treffen" (zit. In Arnold 1983: 52).

Ethos" (Arnold 1983: 81) verwiesen, der durch die ihn charakterisierende *"klassische Prägnanz weit über die Zeit seiner Entstehung hinaus Gültigkeit bewahrte"* (ebd.).

Seit der Antike bis in die heutige Zeit wurde der an die Arztpersönlichkeit erhobene ideell-normative Anspruch immer vom jeweiligen historisch-kulturellen Kontext modifiziert und erfuhr einige Transformationen. Grundsätzlich aber wird an den Arzt die Erwartung einer hohen philantropen Gesinnung gestellt sowie der Anspruch, eine vollendete Persönlichkeit darzustellen.

> "Der Arzt als lebende Persönlichkeit setzt sich, insofern wir ihn einen großen nennen, aus verschiedenerlei zusammen. Die Hauptsache sind seine ethischen Fähigkeiten. Er muß eine wirklich vornehme, große, abgerundete, mächtige Persönlichkeit sein" (Much 1926, zit. in Arnold 1983: 4).

Auch wenn diese hehre Forderung nach der vollkommenen Arztpersönlichkeit überzogen, wenn nicht sogar weltfremd anmuten mag, so ist doch möglicherweise die vielfach verbreitete Erhöhung und Plazierung des Arztes auf einem Podest als übermenschliches Wesen oder "Gott in weiß" [176] eben gerade solchen mit der Aura des Heiligen versehenen Entwürfen geschuldet.

2.3 Heilige Ärzte: Das medizinethische Erbe in Venezuela

In Venezuela wurde die Metapher vom ”Gott in weiß” sogar wortwörtlich ausbuchstabiert. Die lokale Gleichsetzung von Heiligkeit und Arztum konkretisiert sich in der Persönlichkeit einiger berühmter Ärzte. An erster Stelle ist hier José Gregorio Hernández (1864 -1919) zu nennen, für den sogar seitens der zuständigen lokalen Stelle für Wunder und Überirdisches in der katholischen Kirche posthum beim Vatikan ein offizieller Antrag auf Heiligsprechung gestellt wurde (Ortiz 2000: 7) [177]. Seine Biographie liest sich demnach nicht nur als Erfolgsstory, was den beruflichen Werdegang anbetrifft, sondern auch hinsichtlich seiner spirituellen Ambitionen.

Zunächst einmal gilt er in Venezuela und in den südamerikanischen Nachbarländern als *der* Begründer der modernen Medizin Lateinamerikas. Ausgebildet in einem Medizin- und Philosophiestudium in Caracas, erweiterte er später seine wissenschaftlichen Studien auf Reisen nach Paris und Berlin. Dafür stattete ihn die venezolanische Regierung 1889 sogar mit einem entsprechenden offiziellen Auftrag der aus, der ihn als eine Art Botschafter auf dem Gebiet der

[176] Nach Weidmann (1996) weist insbesondere das klinische Ritual der ärztliche Visite, das er als *"Erscheinungsritual"* bezeichnet, wesentliche Rudimente eines säkularisierten Rituals zur Inszenierung eines "Gottes in weiß" auf.

[177] Diesem Antrag wurde bisher nicht entsprochen. Daß das Oberhaupt der katholischen Kirche keine offizielle Heiligsprechung des venezolanischen ”Volksheiligen” vorgenommen hat, wird in der venezolanischen Bevölkerung mit Unverständnis und Unmut aufgenommen (Ortiz 2000).

Wissenschaft auswies [178]. Erklärtes Ziel seiner Mission war es, neue Techniken in der Medizin zu erlernen und nach Venezuela zu importieren (ebd.: 12). Bei seiner Rückkehr aus Europa erfüllte er die Erwartungen seiner Auftraggeber und begründete mit dem dort erworbenen Wissen in Caracas einen neuen Lehrstuhl sowie mit dem Laboratorium für experimentelle Physiologie eine der wichtigsten medizinischen Forschungsstätten des Landes. Zugleich legte er den Grundstein für das Hospital Vargas, das er in die "Universidad Central de Venezuela" angliederte und auf diese Weise erstmals Forschung und Krankenversorgung in Venezuela integrierte. Daraus entwickelte sich eine der wichtigsten medizinischen Schulen Venezuelas und Lateinamerikas (ebd.).

Seine zweite Karriere als "Santo" (Heiliger) des Volkes und spiritueller Führer begründete er damit, daß er sich später, ab 1907, der Religion zuwandte und Mönch werden wollte. Da dieses Vorhaben in der Öffentlichkeit auf schärfste Widerstände traf - insbesondere seitens der Mediziner, aber auch von seinen eigenen Patienten, wurde ihm aufgrund seiner wichtigen Stellung in der Medizin des Landes Verantwortungslosigkeit für seine religiösen Ambitionen vorgehalten -, verschob er diese Pläne; erst als ihm der Erzbischof von Caracas das Angebot unterbreitete, in den Orden San Bruno als Mönch einzutreten, kam er wieder darauf zurück (ebd.). 1908 trat er in diesen Orden ein und wurde von dessen Leitung für ein Jahr in die Abschiedenheit eines Klosters nach Italien geschickt. Bei seiner Rückkehr plante er die Aufnahme eines Theologiestudiums, was ihm jedoch das öffentliche Interesse an seiner Person als Arzt und Medizinprofessor letztlich unmöglich machte. Universitäre Kreise sowie seine Studenten übten öffentlichen Druck auf ihn aus und forderten, er solle seine wissenschaftlichen Ämter wiederaufnehmen [179]; dem Druck gab er schließlich nach. In den Biographien über Dr. Hernández fehlt an dieser Stelle nie der Hinweis, daß er beschloß, seine medizinische Arbeit als göttliche Berufung umzudefinieren - als den Ort, an den ihn "Gott" gestellt habe - und den Arzt- und Lehrberuf fortan als Medium seiner spirituellen Offenbarung zu nutzen. Zugute kam diese veränderte Einstellung vor allem seinen zahlreichen Patienten aus der armen Bevölkerung von Caracas, für die dieser Wandel zur Folge hatte, daß Hernández häufig auf die Entlohnung für seine Dienste verzichtete. Eben genau dies – seine Uneigennützigkeit - ist eins der wichtigsten Merkmale, die seinen Ruf als ”Volksheiliger” mitbegründet haben; dafür wird er bis heute in dieser Bevölkerungsgruppe verehrt und als Schutzheiliger angebetet.

[178] Sein Physiologieprofessor und Protégé González besorgte ihm 1889 durch seine Kontakte zur venezolanischen Regierung ein Stipendium, das ihn mit dieser offiziellen Mission betraute. Die Absicht war es, einen jungen Mediziner des Landes nach Europa zu schicken, damit er dort neue mikroskopische, bakteriologische, pathologische und experimentell-physiologische Kenntnisse erlerne, um sie anschließend in die Planung und Entwicklung eines neuen Hospitals (Hospital Vargas) einzubringen (Ortiz 2000: 12).

[179] Dies ging sogar soweit, daß eine Gruppe Medizinstudenten ihn in einem Mönchsseminar aufsuchte und ihn dazu nötigte, seine Vorlesungen weiter abzuhalten; anderenfalls würde man ihn zwingen und ihn in die Aula Maximum zur Vorlesung tragen (Ortiz 2000: 14).

Ausdruck dieser Verehrung sind die überall in Venezuela anzutreffenden altarähnlichen Gedenkstätten, an denen er posthum um Hilfe und Schutz bei Krankheiten und anderen Problemen angerufen wird. Da ich einige Zeit genau gegenüber einem solchen Straßenaltar wohnte, konnte ich beobachten, daß viele Hilfesuchende ihm Blumen, Früchte und Geld opfern, wenn sie sich an ihn um Unterstützung wenden. Abbildungen, Plastiken und kleine Statuetten des Dr. Hernández sind im venezolanischen Alltag allgegenwärtig; auch ich bekam eine Plastik, die ihn darstellt, von einem meiner Interviewpartner *"für Ihren Hausaltar in Deutschland"* (Dr. N) geschenkt.

Auch die meisten der interviewten Ärzte hatten eine Statuette des Dr. Hernández auf ihrem Schreibtisch stehen. Darüber hinaus wird sein spiritueller und medizinischer Hintergrund herangezogen, wenn es darum geht, ihm posthum Wunderheilungen zuzuschreiben; insbesondere spontane und unerklärliche Heilungen werden in der Laienbevölkerung zumeist in diesem Sinne gedeutet [180]. Aber auch einige der von mit interviewten Ärzte wenden sich an ihn, wenn eine besonders schwerwiegende Erkrankung vorliegt.

> "Wenn ich mit meinen Kenntnissen nicht weiterkomme und der Patient einfach nicht gesund werden will, dann bitte ich auch schon mal den Dr. Hernández darum, daß er mir die Hand führt [...] Ich denke dann ganz intensiv an ihn und stelle ihn mir im Geist vor....wie er mir die Kraft überträgt, den Patienten zu kurieren" (Dr. J).

Der verstorbene Dr. Hernández ist für den Arzt demnach nicht nur ein professionelles Vorbild, dessen hohem ethischen Maßstab er nachzueifern bestrebt ist, sondern zugleich eine Art kollegialer "Ahnherr" der venezolanischen Ärzteschaft, den er in schwierigen Erkrankungsfällen im Jenseits konsultieren und um ärztlich-spirituelle *"Führung"* bitten kann. Der geistige Kontakt mit ihm kann sogar dazu führen, daß die heilerischen Kräfte des Dr. Hernández auf den Arzt übertragen werden und er so in die Lage versetzt wird, *"den Patienten zu kurieren"*. In der mentalen Kontaktaufnahme mit dem ärztlichen Ahnherr bittet der Nachfolger quasi um Teilhabe an den heilerischen Potentialen seines Vorgängers, deren Inanspruchnahme als eine Art kollektives kulturelles Berufserbe der venezolanischen Ärzte erscheint. Überdies sind Elemente schamanischer Heiltraditionen in die Vorstellung des Arztes als Medium geistig-spiritueller Kräfte miteingeflochten (Hasenfratz 1998).

Das ideelle Erbe des Dr. Hernández ist aber nicht ausschließlich auf die Mediziner begrenzt, sondern kann allen zuteil werden, die ihn um Unterstützung aus dem Jenseits bitten.

[180] Aus diesem Grund wurde ein Antrag auf Heiligsprechung beim Vatikan gestellt. Allerdings wurde der abschlägig beschieden mit der Begründung, es lägen quantitativ noch nicht genug Wunder vor (Ortiz 2000).

Voraussetzung ist es den Deutungen meiner (ärztlichen) Interviewpartner [181] nach allerdings, daß man sich dafür später revanchiert.

> ”Sie sollten den Dr. Hernández um Unterstützung für Ihre Forschung bitten, Elvira. Und wenn er ihnen hilft, dann könnten Sie ihm doch als Dank einen Altar in Deutschland setzen. [...] Oder Sie setzen ihm ein Denkmal in Ihrer Forschungsarbeit (su trabajo de investigación). Vielleicht ein Kapitel nur für ihn allein .....Ja, so könnte das gehen.” (Dr. W).

Nicht nur wird selbst mir als Ausländerin der Zugang zur spirituellen Hilfe des Dr. Hernández für meine *”Forschung”* als prinzipiell möglich in Aussicht gestellt; überdies läßt er posthum mit sich handeln und erwartet nach Ansicht meines Interviewpartners dafür eine Gegenleistung, z.B ein *”Denkmal in Deutschland”* oder *”ein Kapitel”* in meiner Dissertation. In den Interviews ist stets die Deutung eines solchen Handels mit dem verstorbenen Dr. Hernández präsent; entweder wird dieser nach den gängigen Regeln der Reziprozität durchgeführt oder er verlangt ”Opfer”, die der Bittsteller später zum Andenken des verstorbenen Arztes zu erbringen hat.

Hinsichtlich des ethischen Anspruchs an die venezolanische Ärzteschaft hat das Beispiel des Dr. Hernández jedenfalls eine sehr hohe ideell-normative Vorgabe geliefert - wie auch aus meinen Interviews erkennbar sein wird. Insbesondere sein Vorbild der uneigennützigen Hilfe und die Orientierung an spirituellen Idealen hat in der Öffentlichkeit und innerhalb der venezolanischen Ärzteschaft de facto ideell-normativen Charakter. Die noch darzustellende Einheit von sakralen und professionellen Ethikentwürfen in Venezuela hat in der Person dieses Arztes symbolisch und auch tatsächlich Gestalt angenommen; es handelt sich bei ihm demnach um einen Idealtypus des venezolanischen Arztes.

[181] Davon berichten nicht nur die ärztlichen Interviewpartner, sondern auch viele Laien erzählen solche oder ähnliche Begebenheiten, in denen sie den Dr. Hernández um Heilung von Krankheiten und/ oder Unterstützung bei anderen schweren Problemen gebeten haben. Mit der Erhörung dieser Bitten geht die Verpflichtung einher, entweder ein Opfer zu bringen oder später etwas zum Andenken des Dr. Hernández zu tun.

2.4 Medizinische Ethik als Korrekturinstanz des "ärztlichen Blicks”

Zu der bereits vorgestellten Überlegung, es handele sich bei der medizinischen Ethik um das ärztliche Menschenbild - das zugleich Ausdruck einer komplementären Korrekturinstanz der Mediziner ist - führt geradezu zwingend der Umstand, daß sich viele meiner Interviewpartner dahingehend äußern, der antrainierte "ärztliche Blick" dürfe im Umgang mit den Patienten auf keinen Fall die Oberhand gewinnen. Vielmehr wird gefordert, dieser wichtige und dominante Part der selbst durchlaufenen beruflichen Sozialisation solle im Hintergrund bleiben und im Patientenkontakt nicht etwa als handlungsleitende Maxime in Erscheinung treten.

> "[...] das hat unsereins nun wirklich gelernt, darauf wurden wir immer wieder und wieder hingewiesen und das wird mir unvergessen bleiben...daß der Mensch eine Einheit ist aus biologischen, psychologischen und sozialen Anteilen, ein Wesen, bei dem diese drei Aspekte integriert sind. Man darf den Patienten nicht als Objekt betrachten oder als einen Behälter mit einem Herzen oder ein Paar Lungen, sondern der hat auch Gefühle, hat eine Seele und hat auch eine Umwelt, die auf seine Krankheit Einfluß ausübt ... und darum sagt man ja auch, es gibt gar keine Krankheiten, sondern nur Kranke... denn jeden trifft es anders, bei jedem Patienten äußert sich die Krankheit anders[...] Vor allem in der medizinischen Ausbildung, mehr noch als bei allen anderen, ist es wichtig, daß die Ausbildung ganzheitlich ausgerichtet ist, da darf nichts abgetrennt und wie bei einer Maschine vereinheitlicht sein." (Doctora H).

Diese Einschätzung verweist nicht nur darauf, daß sich die Ärztin der Gefahr durchaus bewußt ist, der "ärztliche Blick" als das zentrale Introjekt ihrer (natur-)wissenschaftlichen Ausbildung könne ihre Betrachtung des Patienten als menschlichem Wesen trüben und sie dazu verleiten, ihm als eine reparaturbedüftige Maschine gegenüberzutreten. Über die reine Negation eines solchen mechanistisch-reduktionistischen Menschenbildes hinaus liefert sie zusätzlich einen holistischen Gegenentwurf, der den Patienten als ein in familiär-emotionalen, sozialen und kulturellen Bezügen verortetes Wesen porträtiert. Die Wichtigkeit einer ethischen Grundhaltung unterstreicht sie zusätzlich mit ihrer Forderung, diese sei ebenso wie sein wissenschaftliches Pendant - der "ärztliche Blick" - im Verlauf des Medizinstudiums beständig zu trainieren und gewissenhaft einzuüben. Der institutionalisierten Verankerung dieser Einstellung durch Ethik-Seminare während des Medizinstudiums verdankt sie es ihrer Deutung nach zumindest, daß ihr die Ethik als Grundmuster ärztlichen Handelns permanent zur Verfügung steht; denn *"das hat unsereins nun wirklich gelernt[...]das wird mir unvergessen bleiben"*. Damit stellt sie heraus, daß ihr nach ihrem Selbstverständnis durch kontinuierliche Übung in Studium und Praxis eine ethische Kontrollinstanz zur Seite gestellt wurde, die ihr ein Abgleiten in rein mechanistisch-technische Umgangsweisen mit den Patienten verunmöglichen und stattdessen eine ganzheitliche Behandlungsweise garantieren.

Im Rückgriff auf ethische Leitprinzipien als eine Form impliziter Kritik an der dominanten Habitus-Variante des "ärztlichen Blicks" üben sich bereits die Medizinstudenten.

> "Mir kommt es so vor, als ob wir bis zum letzten Jahr nur die Basisfächer hatten...also da ist man ziemlich weit von der Realität entfernt, was es bedeutet, Arzt zu sein. Wir können zwar Viren und Bakterien abstrahieren oder auch mikroskopische Dinge, also Sachen, bei denen man die praktische Nützlichkeit nicht erkennt [...] Das, was wir gelernt haben, ist ein Wissen, das wir noch nicht anwenden können. Ich frage mich sowieso, wie man das anwenden soll. Mir wäre es ohnehin lieber, wenn wir noch mehr darin unterrichtet würden, wie wir mit den Patienten ethisch und menschlich korrekt umgehen sollen." (Medizinstudent E).

In dieser Interviewpassage wird nicht nur die *"praktische Nützlichkeit"* zentraler Komponenten des medizinischen Lernprogramms kritisch in Frage gestellt, die in direktem Zusammenhang stehen mit dem Erwerb des "ärztlichen Blicks"; zudem fordert der Student eine Verkürzung dieser Lerninhalte zugunsten einer fundierteren Einübung in praktisch anwendbare ethische Fertigkeiten der ärztlichen Profession. Die Einübung einer ethischen Grundhaltung findet in Venezuela also bereits während des Medizinstudiums statt. Davon berichten auch die Medizinstudenten, die ich am tropenmedizinischen Institut in Caracas interviewte. Während in Deutschland die Integration von Ethik-Seminaren in die naturwissenschaftliche Basis-Orientierung des Medizinstudiums erst Modellcharakter hat (Anschütz 1998: 7) oder auf freiwilliger Basis nach Ableistung eines zeitintensiven "Normal"-Stundenplans diesem noch hinzugefügt werden kann, sind in Venezuela flankierende ethische Ausbildungsabschnitte fester Bestandteil des Curriculums der Arztausbildung.

> "In jedem Fach diskutieren wir immer etwas. In Innerer Medizin unterrichten sie uns in Ethik zu Beginn des Seminars. Und da diskutieren wir dann auch über diese Themen wie den Tod, die Arzt-Patienten-Beziehung...also, diesen ganzen sozialen Bereich, wie man mit dem Patienten umgeht und immer reden wir dann über so was" (Medizinstudent D).

Eine Ärztin hingegen vertritt die Position, der Erwerb ethischer Leitlinien für das ärztliche Handeln finde über die Teilnahme an Ethik-Seminaren während des Studiums hinaus vor allem in relevanten Praxisfeldern statt.

> "[...] das lernt man nur in der Praxis...das sind Dinge, die lernst du nur, wenn du sie machst. [...] Darum finde ich, ist die Ausbildung bei der Medizin so wichtig. [...] Darum muß die Schulung als Mediziner auch so rigoros sein, sowohl bei der Supervision als auch bei der Fortbildung der Dozenten...denn das entscheidet darüber, was für eine Art Arzt du später sein wirst. In der Medizin lernt man das, was wichtig ist, das, was ethisch ist...das lernt man in der Ausbildung und in der Praxis. Wenn du unter ungünstigen Umständen arbeiten mußt, mußt du deine ethischen Prinzipien durchziehen, unabhängig davon, was du persönlich denkst." (Doctora F).

Die Ärztin hebt mit dieser Einschätzung ihre ethische Grundausstattung, die sie aus Ausbildung und Praxis mitbringt, als dauerhaft inkorporierte Ressource ihres beruflichen Handelns hervor, die ihr auch unter *"ungünstigen"* äußeren *"Umständen"* die Einhaltung ethischer Prinzipien gewährleistet. Damit wird die tragende Stützfunktion und die Relevanz dieser wegweisenden

ethischen Einstellung markiert, die gerade in heiklen Behandlungssituationen wichtig ist, in denen potentiell die Gefahr besteht, aufgrund persönlicher Voreingenommenheiten vom moralisch vertretbaren ärztlichen Weg abzukommen. Überdies entwirft sie den Arztberuf als eine handlungsorientierte Profession, deren Kernelemente sich nur *"in der Praxis"* und *"wenn du sie machst"* erschließen.

Dennoch behält in der Praxis entgegen aller Beteuerungen nicht immer die ethische Ausrichtung der Ärzte die Oberhand wie die Erzählung eines Hiv/Aids-betroffenen Patienten verdeutlicht.

> "Wenn ich zu dem Dr. XY gehe, komme ich mir jedesmal vor wie eine Ratte im Labor, an der gerade die neuesten Präparate ausprobiert werden" (Hiv/Aids-Betroffener J).

Der Hiv/Aids-Betroffene schildert in dieser Interviewpassage recht drastisch eine für ihn unangenehme Begegnung mit seinem behandelnden Arzt, in dessen Handlungsgrammatik die Hegemonie des "ärztlichen Blicks" und des naturwissenschaftlichen Paradigmas auch die Interaktion in der Arzt-Patient-Beziehung dominiert und die ethische Korrekturinstanz sich nicht handlungsleitend auswirkt. Dies könnte ein Hinweis darauf sein, daß es sich bei der medizinischen Ethik mehr um ein anzustrebendes Berufsideal mit normativem Charakter handelt, dessen praktische Einlösung aber nicht garantiert ist.

Die venezolanischen Mediziner jedoch zeigen sich mit den seitens der Ausbildungsinstitutionen offerierten ethischen Leitlinien und der damit zusammenhängenden Unterweisung während Studium und Praxis überwiegend zufrieden und sind auch grundsätzlich damit einverstanden. In ihren Deutungen zur Wichtigkeit der institutionell verankerten berufsethischen Orientierung in der Arztausbildung überwiegt die Einschätzung als die einer bereitgestellten (selbst-)reflexiven Strategie, die ihr ärztliches Handeln anleitet und moralisch absichert; überdies hält sie die von ihnen selbst befürchtete Dominanz des "ärztliches Blicks" in Schach.

Diese starke Gewichtung medizinischer Ethik und Ethikunterweisung steht in engem Zusammenhang mit einer generellen Werteskala in Venezuela, die der Qualität zwischenmenschlicher Beziehungen generell mehr Bedeutung beimißt als einer rationalen oder *”logozentrischen”* (Derrida 1997) [182] Orientierung, der man eher mit Skepsis und Ablehnung gegenübersteht (vgl. Zapata 1996). Eine Wahrnehmungsweise, die wie der ”ärztliche Blick” den Menschen und seinen Körper in ein Objekt transformiert, steht einem solchen Menschenbild entgegen. Im Rahmen der medizinischen Ausbildung in Venezuela ist es daher in besonderem Maße erforderlich, die Diskrepanz zwischen den lebensweltlichen und den in der medizinischen Ausbildung vermittelten Werten nicht zu groß werden zu lassen. Über die starke Fokussierung auf

[182] Mit der Bezeichnung *”Logozentrismus der Moderne”* kritisiert Derrida die in Europa und Nordamerika vorherrschende Dominanz der Vernunft, die durch ihre Verabsolutiertheit zur Gewalt neige (Derrida 1997).

Ethikunterweisung in Medizinstudium und praktischer (Fach-)Arztausbildung wird eine soziale Passung konstruiert, die im Sinne einer Korrekturinstanz eine Übereinstimmung dieser beiden Wertebenen herbeifühen soll.

2.5 Das altruistische Berufsideal: Motivationen und Leitbilder im Zeichen sozialer Erwünschtheit

Während im vorherigen Abschnitt die Selbstentwürfe meiner Gesprächspartner eher als kritisch-reflexiv hervorgetreten sind, die die medizinische Ethik als innerdisziplinäre Korrekturinstanz gegenüber der (natur-)wissenschaftlichen Prägung notwendig erscheinen lassen, so wirken die Deutungen hinsichtlich Berufsmotivation, Einstellung zu den Patienten und grundsätzlichen ethischen Maximen wie der idealen Arztpersönlichkeit eher als normativ ausgerichtete Entwürfe. Vor allem äußern sich die (zukünftigen) Mediziner im Sinne sozialer Erwünschtheit, was ihre altruistisch-philantrope Orientierung betrifft, auf die stets explizit hingewiesen wird. Im Kontext der Initialmotivation, Medizin zu studieren, wird dies besonders anschaulich.

> "Ich glaube, vor allem war es meine Motivation, Medizin zu studieren...ich glaube, wir brauchen alle etwas....um anderen Menschen zu helfen. Ich dachte mir, wenn ich die Möglichkeit habe, zu studieren, dann wäre es am besten, etwas zu studieren, womit man anderen helfen kann." (Medizinstudentin A).

Der altruistische Gedanke des Helfens, der die Studentin zum Medizinstudium motiviert, wird von ihr eingeführt als ein grundsätzliches Persönlichkeitsmerkmal, das sie auszeichnet und für dessen Verwirklichung sie eigens nach einem passenden Beruf Ausschau gehalten hat. Es ist also gerade die philantrope Ader, die die typische Arztpersönlichkeit charakterisiert und die nach einem geeigneten beruflichen Betätigungsfeld verlangt. In der ärztlichen Profession sieht sie eine wahre Fundgrube zur gemeinnützigen Umsetzung ihrer humanitären Potentiale. Vehemente Zustimmung zu dieser Interpretation bekommt die Studentin von einem Kommilitonen.

> "Ich zum Beispiel habe mich dafür entschieden, Medizin zu studieren...aus einem Bedürfnis heraus, um aus eigener Initiative heraus jemandem das Leben zu retten, irgend jemand. Bevor ich mit dieser Ausbildung anfing, hatte ich sogar einen Traum darüber...das war genau zu dem Zeitpunkt, als ich mich entschied, Medizin zu studieren...Ich stand in dem Traum in einem langen Flur und da kam eine Person auf mich zu und sagte zu mir: ´Vielen Dank, Doktor, daß Sie mir das Leben gerettet haben´. Nachdem ich aufgestanden war, habe ich mit niemandem darüber geredet und mich entschieden ´Ja, ich will Arzt werden. Ich werde Medizin studieren´. [...] und tatsächlich habe ich immer noch diese Vision, daß ich anderen Menschen helfen will und ich glaube, das kann ich auch." (Medizinstudent B).

EB "Siehst du dich denn als Lebensretter?"

"Ja, klar, das ist doch das Wichtigste daran." (Medizinstudent B).

Diesem Studenten, den sein Drang zum Helfen ebenfalls zum Medizinstudium führte, ist es nicht nur gleichgültig, wem er seine *"lebensrettende"* Zuwendung entgegenbringt - es soll eben nur *"irgend jemand"* da sein, der sie entgegennimmt; darüber hinaus kann er zur Begründung seiner Entscheidung für das gewählte Studienfach sogar mit einem prägnanten Berufungserlebnis aufwarten. Die Legitimation seiner Studienwahl über ein Berufungserlebnis erinnert stark an schamanische Heiltraditionen. Vom Schamanenanwärter wird ebenfalls ein Initiationserlebnis mit eindeutigem Inhalt erwartet, mit dem er sein Erwählt-Sein für die Heilkunst unmißverständlich ausweisen kann. Der Traum als Ort, an dem die Botschaft des Auserwählt-Seins durch übernatürliche Mächte überbracht wird, ist in vielen Kulturen verbreitet. Zumeist wird das nächtliche Geschehen im Traum als eine Art symbolisch-kommunikative Intervention übernatürlicher Instanzen oder Vorfahren aus dem Ahnenreich angesehen, in der diese den Lebenden ihre Wünsche, Forderungen und Empfehlungen zur Gestaltung irdischer Angelegenheiten übermitteln (Hasenfratz 1998).

Im Mittelpunkt seines Berufungstraums steht die ärztliche Fähigkeit, Leben zu erhalten, die von ihm als charakteristisches Markenzeichen seiner Profession herausgestellt wird. Er nennt also das Paradebeispiel erfolgreichen ärztlichen Handelns, um die Umsetzungsmöglichkeiten seiner altruistischen Einstellung in praktische Interventionen aufzuzeigen; so konkretisiert er die etwas schwammige Vorstellung vom *"helfen"* als das die Medizin auszeichnende Merkmal, eine *Handlungswissenschaft* zu sein. Auf meine explizite Nachfrage nach der Bedeutung, die es für ihn hat, anderer Leute Leben zu retten, verweist er entschieden darauf, dies sei *"doch das Wichtigste daran"* und definiert damit die Fähigkeit, Leben zu erhalten, als die zentrale ärztliche Schlüsselqualifikation.

Daß bei diesem kaum noch zu bremsenden Drang zu uneigennützigem Handeln möglicherweise auch noch andere Beweggründe eine Rolle spielen, kündigt sich bereits in der Erzählpassage des im Traum erschienenen Patienten an, der sich beim Arzt in spe artig für sein Leben bedankt. Stark motivierend für die Arztausbildung wirkt sich offenbar auch der zu erwartende (Dankes-)Lohn der zukünftigen Klientel aus. Die im Traum vorweggenommene verlockende Aussicht, von genesenden oder sogar dem Tode entrissenen Patienten umgeben zu sein, die mit dem gebührenden Dank nicht sparen, beziffert quasi den "Gewinn" des Helfens, den er sich davon verspricht. Die aus altruistischen Motiven heraus geleistete medizinische Hilfe und die rein philantrop ausgerichtete Studienwahl werden durch den Gedanken einer solchen "Belohnung" zwar nicht in Abrede gestellt, aber doch relativierend zurechtgerückt. Es wird daran erkennbar, daß der (zukünftige) Arzt für seinen Altruismus eine anerkennende Gegenleistung der Patienten erwartet, die zumindest in der immateriellen "Währung" geäußerter Dankesworte ausgezahlt werden soll.

Eine andere Studentin verwendet dafür den Begriff der *"Belohnung"*.

> "Das ist ein Beruf, der sich lohnt..wenn man jemanden sieht, der krank war und wenn man ihn gesund oder genesen sieht...das ist wirklich wie eine Belohnung." (Medizinstudentin A).

Auch diese Studentin spricht gleich an zwei Stellen dieser kurzen Interviewpassage über den ärztlichen Beruf als einen, *"der sich lohnt"* und von der zu erwartenden *"Belohnung"*. Im Unterschied zu Student B bedarf es dazu aber keiner Dankesworte des kurierten Patienten, sondern im beobachtbaren Heilungsprozeß an sich, der für sie einen Eigenwert darstellt, sowie im Gewahrwerden ihrer erfolgreichen medizinischen Interventionen verortet sie die *"Belohnung"*.

Gedanken über den zu erwartenden Lohn ihrer Arbeit machen sich auch andere Mediziner (Studenten). Eine Studentin wägt materiellen und immateriellen Lohn gegeneinander ab.

> "Ich kann also nur sagen, daß ich mich für eine zweckmäßige Berufsausbildung entschieden habe, weil ich mich auch gut dabei fühle, das zu machen. Darum mache ich dies hier auch gratis ...auch wenn ich dafür nicht vergütet werde. Für mich ist es so, daß ich das mache, womit ich mich gut fühle, etwas, worin ich gut werden kann, wenn ich dem Ganzen mehr Zeit und Kraft widme." [183] (Medizinstudentin C).

Daß dieser Vorgehensweise, etwas zu tun, worin sie sich *"gut fühlt"*, ganz pragmatische Überlegungen hinsichtlich ihrer späteren Berufsausübung zugrunde liegen, klingt außer der *"zweckmäßigen Berufsausbildung"* erst im Nachsatz an; hier verweist sie darauf, daß ihr Handeln davon geleitet werde etwas zu tun, *"worin ich gut werden kann, wenn ich dem Ganzen mehr Zeit und Kraft widme."* Die als altruistisch aufgemachte Betätigung der sich vorbereitenden Seminarleiterin, die *"dies hier auch gratis macht"*, ist also eine, mit der sie ihre Fähigkeiten und Kenntnisse ausbauen und sich für den Arbeitsmarkt qualifizieren will. Meines Erachtens nach tritt die für Mediziner verbindliche Normativität des altruistischen Berufsideals in Venezuela gerade durch die rhetorische Verpackungtechnik ganz normaler, pragmatischer Handlungsstrategien als "gemeinnützig" und Ausdruck einer besonders menschenfreundlichen Gesinnung in Erscheinung.

Auch einige Ärzte geben verständliche praktische Überlegungen hinsichtlich eines Dazulernens über neuere Entwicklungen in der Medizin als selbstlos-karitatives Unternehmen aus.

> "Also, seit 1988-89, als das mit dieser Fundación (Stiftung, EB) losging, da habe ich den Leuten hier angeboten, ehrenamtlich mit ihnen zusamenzuarbeiten...und das mache ich nun auch...ich kriege dafür nichts, das ist ehrenamtlich." (Dr.R).

EB "Was motiviert Sie dazu?"

[183] Die Gratis-Tätigkeit, die sie anführt, bezieht sich auf die Vorbereitung und geplante Durchführung von Aids-Präventions-Seminaren, die die Gruppe meiner studentischen InterviewpartnerInnen mit Schülern durchführen wollen.

> "Bueno, ich glaube, diese Patienten (Aids-Patienten, Anm. EB) brauchen Hilfe, sowohl psychologisch als auch medizinisch und sozial, und ich glaube, auf dieser Ebene kann ich sie unterstützen. Und natürlich, um mehr zu lernen. Man kann nie genug lernen [...] Die Ergebnisse meiner Erhebungen mit den Patienten habe ich erst letzte Woche auf dem panamerikanischen Aids-Kongress in Chile vorgetragen (betont stolz)...dort habe ich einen Preis dafür bekommen " (Dr. R).

Während der Arzt die Erzählung über seine Mitarbeit in einer Aids-Stiftung zunächst als *"ich kriege dafür nichts, das ist ehrenamtlich"* und damit als rein philantrop motiviert einführt, berichtet er erst später auf meine explizite Nachfrage hin über den Prestigegewinn, den er selber als mit einem internationalen Preis ausgezeichneter Wissenschaftler aus seiner *"ehrenamtlichen"* Betätigung davonträgt. Die normative Bedeutung des altruistischen Helferideals für die venezolanischen Mediziner wird in seiner Verbindlichkeit durch derlei Darstellungen, die so oder ähnlich immer wieder in meinem Interviewmaterial auftreten, gut erkennbar ausgeleuchtet.

Dennoch gibt es auch viele Hinweise, daß hinter der Pflicht-Rhetorik vom altruistischen Helferideal Macht- und Statusfragen eine Rolle spielen, die unter dem Gewand des Philantropen verborgen werden. Eine Gesprächpartnerin befleißigt sich zunächst des rhetorischen Pflichtprogramms über das "Helfen", um sodann daraus gesellschaftliche Führungsansprüche abzuleiten.

> "Ich hatte zum Beispiel auch Interesse, andere Fächer zu studieren, aber mein Interesse schon als ich noch klein war...da hat mir schon die medizinische Wissenschaft gefallen...eigentlich alle Wissenschaften...aber weil mir auch der soziale Anteil daran gefiel und es mir immer noch sehr gefällt, Kontakt mit Menschen aufzubauen...immer gefiel es mir, zu helfen, altruistisch zu sein. Bueno, darum entschied ich mich dafür, Medizin zu studieren, obwohl mir andere Fächer auch gefallen hätten [...] da hast du die soziale Seite, denn du brauchst eine gewisse Sensibilität und mußt in der Gemeinschaft/ Gesellschaft (comunidad) auch eine Führungspersönlichkeit sein, die Wertmaßstäbe setzt...und da gibt es auch die Seite des Helfens [...]" (Medizinstudentin C).

In diesem Interviewabschnitt wird eine direkte Verbindungslinie hergestellt zwischen dem Bild vom Arzt als helfendem Philantropen und einem damit einhergehenden sozialen Machtanspruch. Das Element des "Helfens" erscheint hier sogar als eine Legitimationsstrategie, die den Anspruch auf gesellschaftliche Macht erst konstitutiv begründet. In der dahinter aufscheinenden Deutungsgestalt wird der Anspruch darauf, *"in der Gemeinschaft auch eine Führungspersönlichkeit zu sein, die Wertmaßstäbe setzt"*, mit dem Hinweis auf die besonders hoch anzusiedelnde soziale Kompetenz des Arztes gerechtfertigt, die sich in einer *"gewissen Sensibiliät"* kundtut. Eine moralisch derartig herausragende Persönlichkeit wird von der Studentin daher aufgrund ihres hohen Ethos zugleich zur Setzung gesellschaftlich verbindlicher *"Wertmaßstäbe"* ermächtigt. Besonders motivierend dürfte sich dabei auswirken, selbst einmal aufgrund der Zugehörigkeit zur medizinischen Profession eine solche Persönlichkeit darzustellen.

Subtilere Machtansprüche werden unter Heranziehung und Verweis auf die ärztliche Kompetenz angemeldet.

> "[...] Immer bleibt einem dieser Gedanke im Kopf, daß man anderen helfen will...bueno, das ist eine bestimmte Art der Unterstützung...aber eine Art...also nicht zu befehlen, dabei befiehlt man nicht, sondern unterstützt die Person über ihre Gesundheit, nicht. Das finde ich viel bejahender...viel stimmiger [...]" (Medizinstudentin A).

EB "Du sagtest, du möchtest gern jemandem helfen. Dazu wäre es nicht unbedingt erforderlich, Medizin zu studieren oder Arzt zu sein. Helfen könntest du zum Beispiel auch als Krankenschwester."

> "Ja, aber so kann ich das mit meinen eigenen Kenntnissen und meinen eigenen Kompetenzen tun. Ich glaube, eine Krankenschwester...die muß sicherlich ganz viel wissen. Natürlich hilft die auch...ich glaube, wir alle bilden ein Arbeitsteam...aber so weiß ich mehr, was der Patient hat, wie die Krankheitsentwicklung aussehen könnte, was ich selber tun und anordnen kann, um ihn zu behandeln. Das entspricht mehr meiner Vorstellung, weil ich dabei unabhängiger bin." (Medizinstudentin A).

Während die Studentin zunächst nur den *"Unterstützungs"*-Aspekt ihres Berufs heraushebt und ihn in Kontrast setzt zu einer *"befehlenden"* Tätigkeit, in der die Machtverhältnisse klarer auf der Hand lägen, präzisiert sie, nachdem ich sie eigens dazu befragt habe, den wesentlichen Kernbereich medizinischer Tätigkeit als den einer eigenständigen Urteils- und Handlungskompetenz, die mit Weisungsbefugnissen gegenüber dem medizinischen Hilfspersonal ausgestattet ist und diesem etwas *"anordnen"* kann. Innerhalb dieser hierarchisch angeordneten Positionierung im *"Arbeitsteam"* übernimmt sie den strukturell dominanten Part. Dies entspricht auch ihrer Vorstellung, *"weil ich dabei unabhängiger bin."* Die in ihrer Ausführung über die ärztliche Entscheidungkompetenz inhärent angelegte Argumentationsfigur ist die einer Rechtfertigung ärztlicher Machtansprüche, die sich darauf gründet, daß der Arzt schließlich nicht *"befiehlt, sondern die Person über ihre Gesundheit unterstützt"*. Daß sie als angehende Ärztin ebenfalls Befehle erteilt, indem sie den Krankenschwestern etwas *"anordnet"*, blendet sie aus ihrer Wahrnehmung aus. Der normativ altruistische Entwurf des Helfens oder *"Unterstützens"* entwickelt sich also auch in diesem Gesprächausschnitt zur Legitimationsfolie ärztlicher Machtansprüche.

Die gesellschaftliche Umsetzung dieses Anspruchs scheint durchaus ein Kennzeichen venezolanischer Alltagsrealität darzustellen; zumindest gilt dies für die ländlichen Regionen des Landes. Eine Medizinprofessorin der "Escuela de Medicina Tropical" in Caracas erinnert sich an die ihr entgegengebrachte ungewohnte Ehrerbietung, die sie während ihres praktischen Jahrs auf dem Land erlebte.

> "[...] In dem Dorf, wo ich als Landärztin gearbeitet habe ... das war Pflicht, nach dem Studium für ein Jahr in ein Dorf aufs Land zu gehen ... nannten sie mich ´Euer Gnaden/ Euer Ehren´(su merced). So haben die Leute mich dort behandelt. Euer Ehren! [...] und

> immer noch ist der Arzt der Herr/ Frau Doktor. Daran hat sich nichts geändert. Überhaupt nichts!" (Die Medizinprofessorin).

Die Anrede mit *"Euer Ehren"* bedarf wohl, was die Statuszuweisung der dörflichen Gemeinschaft an die Ärztin betrifft, aufgrund der überzeugenden Eindeutigkeit keines weiteren Kommentars mehr. Für den urbanen Kontext in Caracas ist meiner Erfahrung nach jedoch der Status der Ärzte nicht ganz so hoch zu veranschlagen. Dennoch ist das Ansehen und das soziale Prestige, der medizinischen Gemeinde anzugehören, durch kaum eine andere Profession zu überbieten; allerdings hat sich dies durch die langanhaltende wirtschaftliche Krise des Landes seit den 80er Jahren, die ein Absinken der ärztlichen Gehälter zur Folge hatte, geändert. Dadurch gerieten viele Ärzte in die Situation, gleich mehrere verschiedene Stellen - zumeist nach dem Muster `vormittags Klinik, nachmittags Privatpraxis´ - annehmen zu müssen, um ihren Lebensunterhalt und den ihrer Familien abzudecken.

Wird der Aspekt des Statusgewinns in den Interviews angesprochen, erfolgt darauf zumeist eine deutliche Zurückweisung, was die Möglichkeit dieser Berufsmotivation anbetrifft. Während ich selber danach nicht explizit gefragt habe [184], wird beispielsweise im Verlauf der Durchführung meines themenzentrierten Fokusgruppeninterviews mit Medizinstudenten dieser Punkt von der an der Diskussion teilnehmenden Professorin eingebracht; und zwar just zu einem Zeitpunkt, als das Gespräch bereits längere Zeit um die altruistischen Motive kreist, aus denen heraus die Studenten sich für ihr Studienfach entschieden haben.

> "Ich habe da einen Frage, pardon. Hat das nicht auch etwas mit dem Status zu tun? Es gibt viele Leute, die Medizin studieren...." (Die Medizinprofessorin)

Sie wird unterbrochen von einer Studentin.

> "Nein, nein, das glaube ich nicht. Also mich...(schnaubt empört)...mich interessiert der Status überhaupt nicht." (Medizinstudentin C).

Ein anderer Student ergreift das Wort.

> "Das glaube ich auch nicht. Wegen des Status...ach nein. Ich zum Beispiel habe mich dafür entschieden, Medizin zu studieren...aus einem Bedürfnis heraus, anderen Menschen zu helfen [...]" (Medizinstudent B).

Die pragmatische Überlegung der Professorin, auch so irdische Motive wie die von sozialem Statusgewinn könnten bei der Berufswahl eine Rolle spielen, wird von den Studenten also ganz klar abschlägig beschieden, um sich sodann gleich wieder der obligatorischen Rhetorik vom *"helfen"* zu befleißigen. Einig ist man sich aber darüber, daß Status- und Prestigemotive unter

[184] Obwohl es mich interessiert hätte, danach zu fragen, fand ich es doch unpassend, da ich annahm, daß ich mich als Interviewerin durch eine solche Frage unbeliebt mache; dies wiederum hätte die Gesprächsatmosphäre in den Interviews unnötig negativ belastet. Wie sich nachträglich in der Auswertungsphase der Interviews herausgestellt hat, war es auch nicht notwendig, da die InterviewpartnerInnen sich dennoch implizit ausführlich dazu geäußert haben.

Medizinern im Allgemeinen schon eine wesentliche Rolle spielen; allerdings trifft dieser "niedere" Beweggrund nicht auf die jeweils anwesenden Interviewpartner zu. Dafür gäbe es umso mehr davon unter den Medizinern im Bekannten- oder Kollegenkreis.

> "[...] also, es gibt viele Leute...viele meiner Kommilitonen studieren aus Statusgründen Medizin und es ist auch eine Sache der Tradition, weil es grundsätzlich so ist...wenn es in einer Familie viele Ärzte gibt, dann studieren die Kinder ebenfalls diesen Beruf, auch wenn sie nicht viel Interesse oder Neigung dafür aufbringen, einfach um die Ärztedynastie zu bewahren." (Medizinstudentin C).

Ein anderer Student bestätigt dies.

> "Das ist hier ganz häufig so. Ich kenne viele...die kommen aus Ärztefamilien und nur deswegen studieren sie Medizin." (Medizinstudent D).

"Unedle" Motive der Studienwahl, die sich nicht in Übereinstimmung mit dem normativen altruistischen Berufsideal befinden, werden also abgespalten und auf andere Kommilitonen, in diesem Fall auf Abkömmlinge von *"Ärztedynastien"*, übertragen. Ich möchte damit die Praktik einer Weitergabe des ärztlichen Berufs als Familientradition nicht in Abrede stellen; derlei Traditonen sind tatsächlich weit verbreitet [185]. In dieser Interviewpassage erfüllt aber ihre Erwähnung die Funktion, die Normativität des altruistischen Helferideals aufrechtzuerhalten, indem "Abweichler" als Angehörige priviligierter gesellschaftlicher Kreise ausgegrenzt werden.
Weitere "Abweichler" unter den Ärzten mit unehrenwerten Absichten und zweifelhafter Gesinnung halten sich laut meinen Interviewpartnern vorzugsweise in anderen Kulturen auf - vor allem in denen europäischer Provenienz -, während die venezolanischen Ärzte das hippokratische Erbe noch in Ehren halten. Zumindest soll das früher einmal so gewesen sein.

> "Ich finde, diese Muchachos sind eine besondere Gruppe und sie sind hier, um eine Aufgabe zu übernehmen, die sie gratis tun...die Aufgabe, mit anderen Muchachos über Sida (Aids) zu reden und das ist wirklich nicht...das spiegelt nicht die Realität der Ärzteschaft wider, die sich jetzt herausbildet...ich werde jetzt sehr hart sein für eure Begriffe...aber die verfügen nur über sehr wenig Ethik. So wie ich meine Lehrer, meine Vorgänger kannte, die kamen alle aus der französichen Schule: ein Otto Líma Gómez, ein Trumpiz, die hatten eine ethische Einstellung und so war auch mal der venezolanische Arzt...heutzutage nicht mehr. Nie habe ich das kritisiert, obwohl sie noch nicht mal so schlimm sind wie die Ärzte in Europa. Entschuldige, daß ich das so offen sage (wendet sich an mich) [...] aber ich glaube trotzdem, daß wir uns auch zum technologischen Arzt hin entwickeln, zum kaum noch altruistischen Arzt, zum Arzt, der Geld verdienen will, zum Arzt, der kaum nach dem Patienten sieht." (Die Medizinprofessorin).

Bei dieser Interviewpassage werden gleich mehrere moralisch wertende Interpretationsfolien aufgespannt, denen jeweils eine Kontrastierungsfunktion im Sinne einer "gut-und-böse"-Bewertung zukommt. Zunächst werden die anwesenden Medizinstudenten als eine moralisch integre *"besondere Gruppe"* präsentiert, die in Kontrast gesetzt wird zur mit *"nur sehr wenig*

[185] Und zwar nicht nur in Venezuela, sondern auch "bei uns" in Deutschland.

Ethik" ausgestatteten restlichen venezolanischen *"Ärzteschaft"*. Diese wiederum wird kontrastierend verglichen mit den früheren *"Lehrern und Vorgängern der französichen Schule"*, die noch über eine ethisch korrekte Einstellung verfügten, während dies *"heutzutage nicht mehr"* der Fall ist. Allerdings sind selbst die heutigen venezolanischen Ärzte, obwohl sie *"nur über sehr wenig Ethik verfügen"* hinsichtlich ihrer ethischen Ressourcen immer noch besser ausgestattet und *"noch nicht mal so schlimm wie die Ärzte in Europa"*. Zusätzlich gibt es noch den Kontrast zwischen dem altruistischen Arzt und seinem *"technologischen"* Kollegen, der aufgrund seines verwerflichen Interesses, *"Geld verdienen"* zu wollen von der Professorin gerügt wird; zumal er obendrein den Patienten vernachlässigt.

Auf eine Kurzformel gebracht lautet die Argumentationsfigur der Professorin folgendermaßen: "A ist ethischer als B, C ist auch ethischer als B, B ist aber immer noch ethischer als D. Dennoch ist festzustellen, daß B sich D immer mehr angleicht" [186]. Ihre Argumentation hat meines Erachtens die Funktion, verschiedene Ärztegruppen auf einem moralisch normativen Meßtableau, die korrekte ärztliche Ethik betreffend, anzubringen, um sie miteinander zu vergleichen und dabei den Idealtypus des *"ethischen Arztes"* zu ermitteln. Zweifelsfrei wird der sicherlich im näheren Umfeld der Professorin anzutreffen sein; jedenfalls kam sie während ihrer eigenen Studienzeit noch in den Genuß einer Weitergabe des unverfälschten hippokratischen Erbes, tradiert durch so überragende venezolanische Arztpersönlichkeiten wie z.B. *"ein Gómez, ein Trumpiz"*. Heutzutage hingegen ist es in Gefahr, den Ärzten als handlungsleitende Ressource abhanden zu kommen. Das Ringen darum, wer der ethischste aller Ärzte ist, ließe sich auch im Sinne eines "früher-war-hier-alles-besser" auf den Punkt bringen.

Interessant ist überdies die Entschuldigung, die die Professorin an mich richtet, als sie die europäischen Ärzte mißbilligt. Im ersten Moment habe ich überlegt, ob darin eine Botschaft an mich enthalten sein könnte. Im Verlauf des weiteren Gesprächs stellte sich aber heraus, daß sie mehrere Jahre in England gelebt und gearbeitet hatte und daß sie grundsätzliche Kritik an der europäischen ”Apparatemedizin” hat (vgl. IV. 3).

2.6 Die Tradierung der ärztlichen Wertorientierung durch biographische Vorbilder

Für die Geschichte der ärztlichen Ethik ist die Dimension der mündlichen Tradition, der Erfahrungsüberlieferung von einer Ärztegeneration an die nächste bedeutsam (von Engelhardt 1989: 85). Bereits in der Antike stellte die *Meister-Schüler-Beziehung* eine Besonderheit in der Ausbildung zum Arzt dar, in der sich die Tradierung ärztlicher Wertorientierung und ärztlichen

[186] Ich habe das Zitat der Professorin bewußt vereinfacht und schematisiert, da mir die rhetorische Grundlinie ihrer Argumentation auch nach mehrfachem Lesen noch unklar geblieben ist.

Wissens im Stil einer Art Weitergabe von "Berufsgeheimnissen" vollzog [187]. Eine direkte Fortsetzung dieser Traditionslinie in Venezuela ist in den ärztlichen Deutungsmustern über die Rolle von Vorbildern in den Berufsbiographien erkennbar. Oftmal begegnen die (künftigen) Ärzte ihren Vorbildern in biographisch bedeutsamen Zusammenhängen. In einem Fall wird beispielsweise die Entscheidung fürs Medizinstudium durch den Kontakt mit einem Arzt, der dem Interviewpartner zum Vorbild gereichte, bereits in der Kindheit getroffen.

> "[...] Das erste, an das ich mich erinnern konnte, war meine Mutter...die hat mir gesagt, daß ich schon, als ich noch ganz klein war, sagte, ich wolle so werden wie mein Kinderarzt und davon habe ich mich ganz offensichtlich leiten lassen [...] Ich wollte so sein wie er, wie mein Kinderarzt...Arzt eben. Ich habe in ihm jemanden gesehen, dem ich nacheifern wollte [...]" (Medizinstudent E).

Seine Überzeugung, daß er sich in der Medizin beruflich optimal verwirklichen könnte, siedelt dieser Student biographisch sehr früh, nämlich bereits in seiner Kindheit, an. Auslöser dafür ist die Begegnung mit seinem behandelnden Kinderarzt. Dem Kontakt mit ihm weist er die wegbereitende Entscheidung seines beruflichen Werdegangs zu, weil *"ich so werden wollte wie mein Kinderarzt"*. Zwar erinnert er sich an die imponierende Persönlichkeit seines früheren Kinderarztes selbst nicht mehr so genau, denn es bleibt unklar, welch nacheifernswerte Eigenschaften dieser genau besaß; darum greift er hilfsweise in seiner Schilderung auf Erzählungen seiner Mutter über seine kindliche Begeisterung zurück. Deutlich wird aber, daß er seine Entscheidung auf der Grundlage eines persönlichen Vorbildes getroffen hat oder dies zumindest in der Retrospektive so darstellt. In der Einführung seiner Berufsmotivation über ein ärztliches Vorbild gleich zu Beginn der Erzählpassage kommt ein wichtiges Strukturelement ärztlicher Deutungsmuster zum Ausdruck, das in meinen Interviews häufig genannt wird: Die Interpretation, die ethisch korrekte Einstellung und Inkorporation ärztlicher Wertmaßstäbe sei nur über die *persönliche* Weitergabe und Tradierung durch einen ”Meister”, anleitende Vorbilder, Vorgesetzte oder durch "große" Arztpersönlichkeiten zu gewährleisten, die das anzustrebende Berufsideal verkörpern.

Eine herausragende Position innerhalb des ärztlichen Wertekodexes nimmt die Forderung nach Unparteilichkeit und *Wertneutralität des Arztes* ein; dies impliziert den Verzicht darauf, moralische Urteile über Krankheiten, Patienten oder Kollegen zu fällen oder sich anderweitig wertend zu verhalten. Besonders in der Interaktion mit den Patienten als dem Herzstück ärztlichen Handelns ist die ethische Richtschnur in Venezuela darauf ausgerichtet, keinerlei Wertungen in den Patientenkontakt einfließen zu lassen. Um diesem Anspruch gerecht zu werden, bedarf es einer Orientierung an leibhaftigen oder ideellen Vorbildern. Zuweilen sind die ethischen Ansprüche, die die Ärzte an sich stellen, an das Verhalten von überirdischen Mächten angelehnt.

[187] Vgl. Kapitel IV 2.3 - Das hippokratische Erbe.

Ein Arzt verweist beispielsweise auf die vorbildliche Wertneutralität "Gottes", der er in seiner Praxis nachzueifern bestrebt ist.

> "[...] Ich akzeptiere jeden, so wie er ist, ich kenne keine Tabus, das sage ich auch immer auf den Konferenzen. Gott hat den Menschen nach seinem Ebenbild geschaffen und ich glaube daran, daß alle Menschen ihm gleichen, wir sind ihm alle gleich, unabhängig von der sexuellen Orientierung, die jeder hat....unabhängig von der Hautfarbe, der Rasse, des Geschlechts, der Körpergröße, der Figur, wir sind alle gleich und jeder kann mit seinem Körper machen, was er will. [...] man muß die Leute zuerst akzeptieren [...]" (Dr. A).

Seine Orientierung am göttlich-himmlischen Vorbild, die sich darin ausdrückt, nicht zu werten und jeden zu akzeptieren, *"so wie er ist"* entspringt der Überzeugung, *Gott* habe alle *"Menschen nach seinem Ebenbild geschaffen"* und daher müsse auch er als Arzt sie so annehmen wie sie sind. Zugleich übernimmt er mit der Aufzählung derjenigen Merkmale, aufgrund derer der Arzt keine (Ab-)Wertung vornehmen darf, den Wortlaut des hippokratischen Eides, demzufolge der Arzt es ebenfalls nicht zulassen darf, daß sich Fragen *"der Hautfarbe, der Rasse, des Geschlechts, der Körpergröße, der Figur"* zwischen seine ärztliche Pflicht und seine Patienten drängen. Überdies fügt er den zu akzeptierenden Eigenschaften seiner Patienten noch das im hippokratischen Eid nicht erwähnte bzw. nicht vorgesehene Merkmal *"der sexuellen Orientierung"* hinzu. Damit erweitert er in Eigendefinition die Zuständigkeit der ärztlichen Ethik auf einen Personen- bzw. Patientenkreis, mit dem er häufig in seiner Praxis zu tun hat und den er explizit unter seinen moralischen Schutz nimmt. Der Verweis darauf, jeder könne mit seinem Körper *"machen, was er will"* steht erneut für seinen programmatisch toleranten Umgang mit homosexuellen Patienten [188]. Auch diese dürfen nicht moralisch bewertet, sondern müssen *"zuerst akzeptiert"* werden. Diese Auffassung unterstreicht er zusätzlich durch sein Engagement für Hiv/ Aids-Patienten, für die er spezielle Informationsveranstaltungen und Gottesdienste organisiert. In der Bezugnahme auf "Gott" erscheint die ärztliche Orientierung als eine an ein religiöses Vorbild angelehnte, in die aber unverkennbar - und fast wörtlich - die Leitgedanken hippokratischer Tradition eingeflochten sind.

Obwohl die ärztlichen Vorbilder in den meisten Fällen aus irdischeren Sphären kommen - sie werden in der Regel aus dem näheren Familien-, Bekannten- oder Kollegenkreis rekrutiert oder es sind ehemalige Ausbilder, die diesen wegweisenden Part übernommen haben -, ist eine Gleichsetzung von medizinischer Ethik und den aus der christlich-katholischen Religion überlieferten Wertkonzepten in meinen Interviews auffällig und charakteristisch.

> "Eine Person aus unserem Ärzteteam, der leitende Arzt, der war sogar sehr katholisch....also, der war praktizierender Katholik....mit sehr viel Respekt vor dem Leben und vor allem Menschlichen. Wissen Sie...der...also, der hat uns immer wieder darauf

[188] Der zitierte Interviewabschnitt ist Bestandteil einer längeren Darstellung darüber, welche Einstellung der Arzt vor allem zu seinen homosexuellen Patienten hat.

hingewiesen, wie wichtig unsere Einstellung gegenüber dem Patienten ist...wie wichtig das ist...den Respekt....sich nicht in ihr Leben einzumischen, sondern daß es unsere Aufgabe ist, sie zu unterstützen. Zu unterstützen...das vor allem anderen." (Doctora U).

Auch diese Ärztin bringt die vorbildlich respektvolle Haltung ihres Vorgesetzten gegenüber den Patienten in Zusammenhang mit seiner religiösen Orientierung als *"praktizierender Katholik"*. Seine hervorstechende Eigenschaft besteht darin, *"sehr viel Respekt vor dem Leben und vor allem Menschlichen"* zu haben. Dies weist ihn aber nicht nur als guten Katholiken aus sondern zugleich als einen guten Arzt. Auch in dem Hinweis, die Hauptaufgabe ihrer Profession sei es, die Patienten *"zu unterstützen...das vor allem anderen"*, leuchten die karitative Deutungsgestalt christlicher Nächstenliebe und die aus den hippokratischen Schriften überlieferten berufsethischen Anweisungen gemeinsam auf. Ihrer Deutung nach gebieten beide Ethikentwürfe Wertneutralität und eine Verpflichtung, sich nicht in die autonome Lebensführung der Patienten *"einzumischen"*.

Die Leitlinien ärztlicher Ethik und christlich-katholischer Religion verbinden sich also zu einer gemeinsamen Deutungsgestalt, was den Umgang mit den Patienten anbetrifft. Diese Vermischung sakraler und beruflicher Orientierungsmaßstäbe ist ein zentrales Merkmal in den Sinnkonstruktionen meiner venezolanischen Interviewpartner.

Daraus leitet sich für einige Interviewpartner zugleich die moralische Verpflichtung ab, den Migliedern anderer Religionsgemeinschaften ebenfalls eine unparteiische Haltung der Akzeptenz entgegenzubringen. Um die Wichtigkeit der Vorbildfunktion sowie die Einbindung katholisch-religiöser Wertkonzepte in der medizinischen Ethik nachzuzeichnen, bringe ich jetzt eine längere Interviewpassage, in der diese "synkretistische" ärztliche Deutungsgestalt prägnant herausgearbeitet wird.

EB "Wenn die Patienten zum Beispiel ein Medikament nicht nehmen wollen...aus Überzeugung. Wie ist das für dich?"

"Klar, so ist das ja zum Beispiel bei den Zeugen Jehovas. Das ist eine religiöse Gruppe, die bekommen keine Bluttransfusionen. Die dürfen keine Bluttransfusionen annehmen, weil ihnen ihre religiöse Überzeugung das verbietet. Ich könnte da persönlich so drüber urteilen, daß es völlig absurd ist, wenn jemand, der sterben müßte, aber eine Chance hat, weiterzuleben, wenn er eine Transfusion bekommt...daß es Blödsinn ist, wenn der sich weigert wegen eines religiösen Prinzips." (Dra. F).

EB "Aha."

"Für mich ist das so, aber für die andere Person ist das so wichtig, daß ich ihre Wahl respektieren muß. Meinem Vater...der war auch Arzt...dem ist das mal passiert, mit einem Kind. Ein Kind, dem es sehr schlecht ging, weil es eine Lungenkrankheit hatte, das hatte eine Blutung und brauchte eine Bluttransfusion, aber die Eltern - ich rede von den 50er Jahren - waren damit nicht einverstanden, weil sie....ich weiß nicht mehr so genau, ob die Zeugen Jehovas waren...aber aus religiösen Gründen erlaubten die keine Bluttransfusion." (Dra. F).

EB "Aha."

"Mein Vater war auch ein sehr religiöser Mensch, katholisch war er...er ist jetzt tot. Er redete mit den Eltern, sprach mit dem Repräsentanten dieser religiösen Gemeinschaft...und das machte das Ganze noch schlimmer. Den Leuten war es lieber, daß das Kind starb als daß es eine Bluttransfusion bekam...er hat diese Wahl respektiert, aus der gesetzlichen Sichtweise, denn für das Hospital war es so...sie hätten dem zustimmen und die Verantwortung übertragen müssen, aber das Kind wurde nicht aus dem Krankenhaus geholt, sondern er respektierte ihre Entscheidung [...] zum Glück hörten die Blutungen auf und das Kind wurde gerettet." (Dra. F).

EB "Aha."

"Mein Vater hat die Entscheidung, die er getroffen hatte, nie bereut. Das war keine leichte Entscheidung, weil er in einen Konflikt geriet zwischen dem Respekt.....jedenfalls erinnere ich mich an die Erzählung meines Vaters [...] mein Vater hat mich jahrelang mitgenommen zu seinen Patienten und er war bereits pensioniert, als ich mein Studium abschloß. Aber ja...meine ganze Kindheit, daran erinnere ich mich, war durch solche Sachen geprägt. Ich erinnere mich noch an einen 31. Dezember, einen Silvestertag, mein Vater trank dann nie was, weil es ja sein konnte, daß er zu einem Patienten ins Haus gerufen wurde...zum Beispiel begleitete ich ihn an einem 1. Januar, am Neujahrstag, um einen Patienten zu besuchen, zu dem er ins Haus ging. [...] weil für ihn die Patienten am wichtigsten waren, an solche Sachen erinnere ich mich. Ich weiß noch, daß ich ihn mal begleitete....und da entschied ich mich, Medizin zu studieren. Und als ich längst Medizin studierte, habe ich ihn auch weiterhin begleitet." (Dra. F).

Geradezu exemplarisch fusioniert in diesem Interviewausschnitt die ineinandergreifende Dynamik von beruflicher Wertorientierung, katholischer Ethik und persönlichem Vorbild zu einer "synkretistischen" Deutungsgestalt. Der Vater als Repräsentant und Verkörperung ethisch-medizinischer Leitlinien war zugleich *"ein sehr religiöser Mensch, katholisch war er"*, womit bereits die sinnhafte Verbindung zwischen sakral-religiösen und beruflichen Wertmaßstäben hergestellt ist. Nicht nur hinsichtlich der ärztlichen Wertneutralität, die sich im Respekt vor anderen (religiösen) Lebenskonzepten äußert, war er ihr persönliches Vorbild, sondern auch in der altruistischen Orientierung, wonach *"für ihn die Patienten am wichtigsten waren"* und er für sie seine Freizeit *"am Neujahrstag"* opferte. Dieses Wertkonzept übernimmt sie quasi von Kindesbeinen an, sowohl dadurch, daß es ihr vom Vater vorgelebt wird - *"meine ganze Kindheit [...] war durch solche Sachen geprägt"* - als auch dadurch, daß sie ihn bei seinen Patientenbesuchen begleitet. Bei einer dieser Gelegenheiten entscheidet sie sich, Medizin zu studieren und *"als ich längst Medizin studierte, habe ich ihn auch weiterhin begleitet."* Damit deutet sie an, daß ihr Vater ihr auch während ihrer weiteren beruflichen Entwicklung wegweisend zur Seite stand und einen prägenden Einfluß bei der Entwicklung ihrer berufsethischen Konzepte ausübte.

In der zentralen Botschaft der Erzählpassage, wonach die Entscheidung und die Autonomie der Patienten - unabhängig von der eigenen Überzeugung - unbedingt zu respektieren ist, kommt

zugleich der dominante Erzählstrang ihres gesamten Interviews zum Ausdruck. Immer wieder gerät auch sie selbst in ihrem Berufsleben in den Konflikt, der sich bereits in der Erzählung über ihren Vater ankündigt. Symbolisch verhandelt sie über ihn ein zentrales eigenes biographisches Thema und führt es so ein; der Vater, der *"in einen Konflikt geriet"* zwischen dem *"Respekt"* vor der Entscheidung der Eltern des kindlichen Patienten und der Verpflichtung zur ärztlichen Hilfeleistung, entschied sich im Zweifelsfall konsequent für die Akzeptanz vor anderen Lebensentwürfen zuungunsten ärztlicher Interventionen und *"hat die Entscheidung, die er getroffen hatte, nie bereut"*. Dieses ethische Orientierungsmuster übernimmt sie für ihr eigenes ärztliches Handeln [189] und bringt es immer wieder zur Sprache. Beispielsweise auch hier:

> "[...]Das ist so ähnlich wie mit einer Frau, die auf dem Land mal zu mir gekommen ist..die hatte bereits acht Geburten hinter sich und da kam sie zu mir mit einer Risikogeburt und ich mußte ihr nun beibringen, daß sie Verhütungsmittel benutzen sollte...mit dem Resultat...die sagte zu mir, daß das nicht ginge, weil ihr Mann dagegen war...und als ich mit dem Mann redete, da sagte der, daß er das nicht will, weil ihn das stört und daß sie soviele Kinder wie möglich bekommen müßten...damit ihnen, wenn die Hälfte davon stirbt, zumindest noch die andere Hälfte bleibt. Klar, aus meiner persönlichen Sicht könnte ich darüber urteilen und könnte feministisch denken: ´Das kann doch nicht wahr sein, was für ein Macho! Den interessiert das Leben seiner Frau gar nicht. Wie ist das möglich!´ Als Individuum, als Person darf ich so denken, aber da muß man sich von frei machen...von seinem individuellen Standpunkt. Ich kann diese Frau nicht zwingen, Verhütungsmittel zu benutzen....[...] Nein, das darf ich nicht [...] Dieses Beispiel [....] ist schwer zu respektieren." (Dra. F).

In dieser Erzählung rekurriert sie erneut auf das ethische Wertkonzept, das sie bereits in der Interaktion mit ihrem Vater übernommen und eingeübt hat. Ähnlich wie bei dem Kind, das aus religiösen Motiven keine Bluttransfusion bekommen darf, stößt sie hier erneut auf einen Lebensentwurf, der eine sinnvolle ärztliche Intervention von vornherein zunichte macht. Diesmal handelt es sich um ein anderes kulturelles Konzept, das die aus ärztlicher Sicht gebotene Notwendigkeit zur Familienlanung scheitern läßt. Zwar ist *"das ist viel schwieriger zu akzeptieren"* für sie und unwillkürlich denkt sie doch *"feministisch"* über den uneinsichtigen *"Macho"*, um sich sodann wieder zur Ordnung zu rufen, indem sie sich klarmacht *"als Person darf ich so denken, aber da muß man sich von frei machen [...] von seinem individuellen Standpunkt"*. Sie findet auch in dieser Situation zurück zu ihrem ethischen Orientierungskonzept und versucht nicht, das Paar in ihrem Sinne zu manipulieren oder zu einer ärztlichen Intervention zu überreden, die für sie einen unzulässigen Eingriff in dessen Lebensentwurf bedeuten würde. Sie bleibt sich auch in dieser heiklen Situation einer Wertekollision treu, obwohl es *"schwer zu respektieren"* ist. Zugleich nimmt sie durch diese prinzipielle Gewichtung die Patienten als Experten ihrer eigenen Erkrankung ernst und stellt sie in den Mittelpunkt ihres ärztlichen Handelns.

[189] Ich komme darauf noch öfter zurück; siehe 3.3 - Ärztliche Handlungstile und 3.4 - Ärztliche Coping-Strategien.

Dieser ethische Entwurf ärztlicher Wertneutralität und Patientenzentrierung gerät bei ihr nie ins Wanken, sie hält ihn konsequent durch, und jedesmal trägt - folgt man ihrer Erzählung - die wertneutrale Haltung der Ärztin den Sieg davon. Außer in ihrem Vater findet sie später in ihrer Berufsbiographie für diese ethische Orientierung noch andere Vorbilder, die sie in dieser Haltung bestärkt haben.

> "[..] Bueno, aus der ärztlichen Sicht ist das eine Krankheit (Aids, Anm. EB) wie jede andere für mich. Ich habe da keine Vorurteile. Ich glaube auch, weil ich vorher zwei Jahre lang mit sexuell übertragbaren Krankheiten gearbeitet habe und weil ich das Glück hatte, dort einen Chef zu haben, der eine exzellente Persönlichkeit ist....aus wissenschaftlicher Sicht genauso wie aus menschlicher Sicht...der als Arzt ethisch verantwortlich mit jedweden Umständen umgehen kann. Sogar bei diesen hochgradig delikaten Sachen....denn man betritt da ganz brüsk etwas, was für die Personen sehr intim ist....darum ist gerade da die Ethik höchst wichtig...mit dem Patienten umzugehen ohne seinen Intimbereich zu verletzen. Ich hatte das Glück, einen solchen Lehrer zu haben, der mir in vielen Dingen Vorbild war. Zum Beispiel darin, delikate Probleme zu managen....wenn zum Beispiel Männer kommen mit sexuell übertragbaren Krankheiten, die mit anderen Personen fremdgegangen sind...und die dann ihre schwangeren Ehefrauen angesteckt haben....dann ist es zum Beispiel wichtig, insoweit ethisch zu sein, als man den Patienten dafür nicht ablehnt und ihn in seinen Bedürfnissen ernst nimmt...ohne seinem Tun gegenüber Vorurteile zu haben." (Dra. F).

In ihrem Chefarzt hat sie ein weiteres Vorbild gefunden, dessen Weitergabe einer ethischen Orientierung während ihrer Facharztausbildung darin besteht, sie darin anzuleiten *"delikate Probleme zu managen";* die Notwendigkeit dazu ergibt sich im ärztlichen Umgang mit Geschlechtskrankheiten in ihrer Deutung vor allem, weil es *"bei diesen hochgradig delikaten Sachen"* darauf ankommt, mit dem Patienten umzugehen *"ohne seinen Intimbereich zu verletzen"* und ohne ihn *"abzulehnen"*. Um diese Fähigkeit zu erlernen, bedarf es des ärztlichen Vorbildes *"einer exzellenten Persönlichkeit"*, die *"als Arzt ethisch verantwortlich mit jedweden Umständen umgehen kann"*. Obwohl ihre Forderung nach einem vorurteilsfreien Arzt sehr weit geht - mich hätte es z.B. sehr interessiert, wie sie den *"schwangeren angesteckten Ehefrauen"* der *"fremdgegangenen Männer"* gegenübertritt -, deutet sich aber in ihrem sehr offenen Konzept eines toleranten Umgangs mit Patienten doch eine persönliche *"Schmerzgrenze "* an.

EB "Hattest du schon mal einen Patienten, der dir unangenehm war...bei dem es schwerfiel, ihn zu behandeln...wo du Ablehnung empfunden hast?"

> "Ja, ich wurde einmal ins Militärhospital gerufen und sollte dort einen Mörder behandeln...der war extra dafür aus dem Gefängnis abgeholt und hergebracht worden. Das habe ich als äußerste Schmerzgrenze für mich selber....erlebt. Verweigern konnte ich das natürlich nicht...als Ärztin, aber....zu dem bin ich nur hineingegangen, habe ihn untersucht und behandelt und habe diese Situation dann schnellstens beendet. Das war schon sehr unangenehm." (Dra. F).

Ihre Toleranzgrenze zieht sie demzufolge erst da, wo sie auf Patienten trifft, die ihrerseits drastisch ethische Basiswerte des sozialen Zusammenlebens mißachtet haben, eben z.B bei

"Mördern". Solchen Patienten gegenüber absolviert sie nur das Minimalprogramm der ärztlichen Behandlung und *"beendet diese Situation dann schnellstens"* mit dem Verweis darauf, das sei *"schon sehr unangenehm."* Daraus wird möglicherweise ersichtlich, daß der grundsätzlichen Akzeptanz anderer Lebenskonzepte bei ihr auch die Idee der Reziprozität zugrunde liegt. Bedingungslosen Respekt vor seinem Lebenskonzept erhält von ihr derjenige, der diesen seinerseits gegenüber der sozialen Umwelt zum Ausdruck bringt.

Wegen der Betonung ihrer Berufsbiographie auf das Thema des unbedingt einzuhaltenden Respekts vor anderen Lebenskonzepten und vor der Autonomie der Patienten, die als Experten ihrer Erkrankung ernstgenommen werden, habe ich mehrere Passagen aus ihrem Interview ausgewählt, um daran exemplarisch die biographische Kontinuität professionsethischer Maßstäbe aufzuzeigen. Meines Erachtens deutet gerade die stringente und konsequente Anwendung ihrer ethischen Prinzipien, von denen sie sich unter keinen Umständen beirren läßt, darauf hin, daß ihre ethischen Wertkonzepte eine zentrale habituelle Ressource in ihrem Entwurf vom Arztberuf darstellen.

3 Ärztliche Handlungsstile in Venezuela: Die ärztliche Interaktion mit Hiv/Aids-Patienten auf der Grundlage handlungsleitender Metaphern

3.1 Einleitung: Habituelle Ressourcen ärztlichen Handelns

In den vorhergehenden empirischen Kapiteln habe ich Sozialisationsprozesse der venezolanischen Mediziner untersucht, die zur Inkorporation des "ärztlichen Blicks" und einer ethischen Wertorientierung geführt haben. Nun werde ich auf die Zusammenführung dieser beiden Habitus-Komponenten im ärztlichen Handeln fokussieren, in dem die Verdichtung der zuvor inkorporierten Habitus-Merkmale zu einem gemeinsamen professionellen Handlungsprogramm zum Ausdruck kommt. Im Zentrum meiner weiteren Analyse stehen die ärztlichen Handlungsstile und -ressourcen, derer sich die venezolanischen Mediziner in ihren Interaktionen mit Hiv/ Aids-Patienten und ihren Familienangehörigen bedienen.

"Ärztlicher Blick" [190] und "Caring" [191] sind die beiden dualistischen Schlüsselsymbole zum Selbstverständnis ärztlichen Handelns. Sie sind gleichbedeutend mit den technischen bzw. empathisch-therapeutischen Ressourcen, auf die der Arzt zurückgreifen kann. Der "ärztliche Blick" steht dabei in einem engen Assoziations- und Bedeutungszusammenhang mit dem (natur-)wissenschaftlichen Paradigma [192], der kognitiven Koordination medizinischer Wissensbestände sowie dem routinierten Umgang mit den *"cold blooded findings"* des Fachs (Schiebinger 1987: 70). Während es hier primär um Wissensmanagement und die darauf bezogene technische Geschicklichkeit - das Know how - bei der Umsetzung medizinischer Handlungsprogramme geht, werden unter "Caring" alle nicht-technischen Aspekte der Medizin gebündelt; "Caring" wird in Termini von zwischenmenschlichen Beziehungen sowie als die ärztliche Befähigung zum

[190] In einer anthropologischen Evaluation und Supervision anläßlich einer Umstrukturierung der Medizinerausbildung in ´Harvard Medical School´ ermittelten Byron Good und Mary DelVecchio Good 1993 "Competence" und "Caring" als die zentralen Kategorien der Medizinstudenten zur Umschreibung und Beurteilung eines "guten Arztes" (Good/ DelVecchio Good 1993: 81 ff). Ich habe es so verstanden, daß die beiden AutorInnen mit "Competence" das Gleiche meinen wie ich mit der Verwendung der Terminologie "ärztlicher Blick" - nämlich das naturwissenschaftliche Paradigma. Da ich meine Begrifflichkeit aus einem klar definierten theoretischen (das Foucault´sche Instrumentarium) sowie aus einem konkreten kulturellen Kontext (MedizinerInnen in Venezuela) entwickelt habe, werde ich sie beibehalten; ich werde weiterhin den "ärztlichen Blick" als Synonym für das (natur-)wissenschaftliche Paradigma und die anatomische Denkweise der Ärzte/ Studenten verwenden.

[191] Ich übernehme die Begrifflichkeit des "Caring", die von Byron Good und Mary Joe DelVecchio Good geprägt worden ist (Good/ DelVecchio Good 1993: 81 ff), um damit die patientenzentrierte Ausrichtung des ärztlichen Handelns zu definieren. Das "Caring" geht also über die ethische Wertorientierung hinaus und ist zugleich ein Teil davon. In ihm konkretisieren sich grundlegende Aspekte der berufsethischen Orientierung - der Kontakt mit den Patienten, die Fähigkeit zur Empathie etc. - daher repräsentiert es ein wesentliches Element des ärztlichen Handlungsprogramms. Zur Kritik an der "Caring"-Definition von Good/DelVecchio Good siehe Fußnote 4.

[192] Vgl. Kapitel IV 1.

empathischen Umgang mit Menschen zusammengefaßt [193]. Das "Caring" ist somit der Ort im professionellen Handlungsrepertoire der Ärzte, an dem ihre klienten- bzw. patientenzentrierte Orientierung zum Ausdruck gebracht wird.

Beide Komponenten, "ärztlicher Blick" und "Caring", werden im ärztlichen Handeln, und hier vor allem in der Interaktion mit Patienten, zusammengeführt. Die Verdichtung dieser beiden zentralen Schlüsselqualifikationen zu einem gemeinsamen ärztlichen Handlungsprogramm - das zumindest in Europa und Nordamerika einer strukturellen Dominanz des naturwissenschaftlichen Paradigmas untersteht - ist zugleich eines der prägnantesten Markenzeichen des Medizinerberufs überhaupt.

3.2 Die ärztliche Handlungsgrammatik

Die Gewichtung der dualistischen Handlungsressourcen "ärztlicher Blick" und "Caring" ist überdies abhängig vom kulturellem und sozialen Kontext; aber auch bedingt von der Struktur des spezifischen lokalen medizinischen Settings [194] variiert das jeweilige Gewichtungsverhältnis. Bei fortschreitender Medizintechnologie und deren Anwendung in relevanten Praxisfeldern wird jedoch die naturwissenschaftlich ausgerichtete Handlungsgrammatik des Arztes tendenziell gestärkt. Dies kann strukturell sogar dazu führen, daß der "Caring"-Aspekt gänzlich ausgelagert und auf andere Berufe abgespalten wird [195].

Für viele meiner Interviewpartner repräsentiert dennoch gerade die Möglichkeit der Vereinigung beider dualistischer Ressourcen in der medizinischen Profession - in Kombination mit weiteren berufsspezifischen Elementen - zugleich das Kernstück ihres medizinischen Interesses und

[193] Good/ DelVecchio Good definieren den "Caring"-Aspekt des ärztlichen Handelns so, daß es hier vor allem um die *persönlichen* Ressourcen der MedizinerInnen gehen soll; die Fähigkeit zum "Caring" wird daher von ihnen auch als ein persönliches Qualitätsmerkmal des Arztes verstanden (Good/ DelVecchio Good 1993: 91). Ich stimme dieser Auffassung nicht zu, da meines Erachtens nach auch der Umgang mit den Patienten und die Empathiefähigkeit bzw. Patientenzentrierung gelernt sein will. Die Definition des "Caring" als einer persönlichen Fähigkeit aber würde bedeuten, sie als naturalisiertes oder essentialistisches "Wesensmerkmal" des Arztes festzuschreiben.

[194] Es ist beispielsweise ein erheblicher Unterschied in der Gewichtung, wenn es sich um ein Krankenhaus handelt - an dem die Dominanz der technischen Medizinkultur noch mal verstärkt ist (Weidmann 1996) - oder um eine (kleinere) Arztpraxis; bei letzterer ist der Arzt mehr von der persönlichen Zufriedenheit der Patienten abhängig, was die Entfaltung der ärztlichen "Caring"-Qualitäten zumindest strukturell begünstigt.

[195] Dies ist aktuell z.B. an der zunehmenden Akademisierung und Umstrukturierung der Pflegeberufe zu beobachten, die einerseits immer mehr "Caring"-Anteile der ärztlichen Profession übernehmen und zugleich selbst einer Ausweitung der Technisierung unterstehen.

Selbstverständnisses. Einige Ärzte und Medizinstudenten bezeichnen den von ihnen gewählten Beruf aus diesem Grund sogar als *"den vielseitigsten und vollständigsten Beruf überhaupt"* [196].

> "[...] und, bueno, später dann, als ich größer war, habe ich zu mir gesagt: ´Will ich Arzt werden? Aber ich will wissen, warum...ob es das ist, was mich erfüllt.´ Und das erste, was ich getan habe, war, im Lexikon nachzusehen, was unter Medizin stand. Die Definition des Lexikons über die Medizin war: Die Wissenschaft und die Kunst, Krankheiten zu heilen. Das war es, was mich dazu brachte, mich zu entscheiden, denn einerseits hatte ich Interesse für die Wissenschaften, mir hat die Wissenschaft gefallen... ich bin in ein neugieriger Mensch und andererseits kommt es mir so vor, als ob die romantische Seite, die künstlerische Seite des Berufs der Ausgleich für die wissenschaftliche Seite ist. Ich finde, daß es der vielseitigste Beruf überhaupt ist...aus meiner persönlichen Sicht...und der vollständigste, der Beruf, der mich am meisten erfüllt. Denn man kann Literatur oder Musik studieren oder Künstler werden oder man kann Physik studieren oder Mathematik und Wissenschaftler werden, aber ich finde, die Medizin ist die Wissenschaft, die sich am besten anwenden läßt. Die am häufigsten angewandte Wissenschaft also [...]" (Medizinstudent E).

In dieser Erzählpassage des Medizinstudenten werden die Konturen seiner persönlichen Beweggründe fürs Medizinstudium gut erkennbar ausgeleuchtet. Seine Begeisterung über die von ihm erwählte Profession speist sich daraus, daß er darin den *"vielseitigsten und vollständigsten Beruf überhaupt"* sieht, der zudem die Eigenschaft aufweist, ihm das Optimum an *"Erfüllung"* und Befriedigung zu bieten. Dies ist vor allem dem Umstand zu verdanken, daß in der medizinischen Profession gleich zwei Interessen zusammenkommen, die für ihn wesentlich sind: einerseits bietet ihm die Medizin die Möglichkeit, seinen Forscherdrang zu verwirklichen, denn *"mir hat die Wissenschaft gefallen"* und andererseits birgt sie für ihn auch künstlerische Potentiale, nämlich *"die romantische, die künstlerische Seite des Berufs"*. Beide Aspekte der ärztlichen Profession lassen sich überdies in der ärztlichen Praxis zu einem gemeinsamen Handlungsstrang zusammenführen, da *"die Medizin die Wissenschaft ist, die sich am besten anwenden läßt"*.

Damit benennt der Student einen Kernbereich ärztlicher Handlungslogik, deren charakteristisches Merkmal ein umsetzungs- und anwendungsorientiertes Denken ist. Dieses Kennzeichen weist die Medizin als eine *Handlungswissenschaft* aus, was auch häufig in den Interviews so vorgetragen wird (vgl. Becker/ Strauss et al. 1997/ 1961). Zum Medizinstudium motiviert hat den Studenten die Aussicht, zwei ganz verschiedene Aspekte ärztlicher Handlungsmöglichkleiten zu vereinen - *"die Wissenschaft und die Kunst, Krankheiten zu heilen"* - die in der ärztlichen Praxis zu einem gemeinsamen Handlungsstrang gebündelt werden, was wiederum die *"Vielseitigkeit"* seiner Profession kennzeichnet. Gleichzeitig wird in der Formulierung von der *"Kunst, Krankheiten zu*

[196] Dies korrespondiert mit dem Klassiker einer Untersuchung über MedizinstudentInnen aus den 60er Jahren (Becker/ Strauss et al. 1997/ 1961). Die Befragten äußerten sich ebenfalls zumeist dahingehend, der Arztberuf sei *"the best of all professions"* (ebd.).

heilen" Bezug genommen auf das vielfach tradierte Bild von der *ärztlichen Heilkunst***,** die jeden einzelnen Schritt des ärztlichen Handelns zu einem sinnvollen Ganzen zusammenfügt, was letztlich in die erfolgreiche Genesung des Patienten einmünden soll [197].

Die ärztliche Handlungsgrammatik ist demzufolge eine ineinandergreifende dynamische Kombination aus den klassischen Basis-Ressourcen des Medizinerberufs: Dem "ärztlichen Blick", der sich aus der körperlichen Einverleibung des naturwissenschaftlichen Paradigmas ergibt, dem "Caring" als Ausdruck patientenzentrierter Orientierung und der ärztlichen "Heilkunst" als integrierender Handlungseinheit (Bauch 1996). Die jeweilige Ausgestaltung einer Zusammenführung dieser Komponenten zu einem professionellen Handlungsstil ist kontext- und personenabhängig sowie Ausdruck der jeweiligen lokalen Professionskultur.

3.3 Die Gestaltung der ärztlichen Interaktion auf der Grundlage von Metaphern

Um die innere Feinstruktur der ärztlichen Handlungsstile und Interaktionslogiken freizulegen, werde ich an dieser Stelle die Metaphernanalyse [198] als ein zusätzliches Auswertungsinstrument hinzuziehen, mit der insbesondere eine feinkörnige Analyse des ärztlichen Handelns in der Interaktion mit Patienten ermöglicht werden soll. Dem liegt der Gedanke zugrunde, daß sich ärztliche Praxis auf der Basis von Metaphern generiert, die als Erzeugungsgrundlage ärztlichen Denkens, Wahrnehmens und Handelns fungieren (Schachtner 1999: 13). Die Einsicht in die gestaltende Kraft von Metaphern im (praktischen) Handeln von Ärzte ist neu. Sie hat aber für meine Untersuchung über den ärztlichen Habitus in Venezuela insofern Bedeutung, als Metaphern

---

[197] Unter der ärztlichen "Heilkunst" bzw. der "Ars medica" wird verstanden der "lehr- und lernbare Zusammenhang von ärztlichem Wissen, ärztlichem Handeln und ärztlichem Verhalten" (Habeck 1995: 187). Weiter sollen die Stichworte "Aneignung von Einfühlungsvermögen und Kommunikationsfähigkeit" darúnter subsumierbar sein sowie "differenzierte Menschenkenntnis und Lebensklugheit gepaart mit Menschenliebe" (Toellner zit. in Habeck 1995: 182).

[198] Eine Vorstellung vom Wesen der Metapher liefert uns Barbara Duden: *"Das Wesen der Metapher liegt darin, daß eine Wirklichkeit (wie in einem Gefäß) in eine andere Wirklichkeit getragen wird (meta-phora). Die Metapher verbindet in einem Wort entlegene Wirklichkeitsbereiche und läßt sie gemeinsam aufscheinen."* (Duden 1987: 54).
Metaphern durchdringen unser gesamtes alltägliches Leben (Lakoff/ Johnson 1980: 3); sie strukturieren, was wir wahrnehmen, wie wir uns in der Welt bewegen und wie wir uns auf andere Menschen beziehen (ebd.). Zur Beschreibung eines komplexen Erfahrungszusammenhangs finden Metaphern ebenfalls Verwendung (Schachtner 1999: 20). Dem Subjekt innerhalb einer Kultur sind jedoch immer nur diejenigen dort geltenden Bilder zugänglich, die sich sowohl in der Sprache als auch in materiellen Kulturschöpfungen wie Werkzeugen, Architektur und Kunstwerken manifestieren (ebd.).
"The most fundamental values in a culture will be coherent with the metaphorical structure of the most fundamental concepts in a culture" (Lakoff/ Johnson 1980: 22). Die Untersuchung von Metaphern stellt daher einen wichtigen Zugang zu oftmals unbewußten Vorstellungen dar. Wie eine Art Puzzle läßt sich nämlich aus den "Wort-Bildern" die jeweilige "Kultur-Anatomie" freilegen. Aufgrund einer angenommenen interaktiven Beziehung zwischen Subjekt und Kultur ist davon auszugehen, daß die Auseinandersetzung mit den kulturell geprägten Bildern sowohl zur Übernahme dieser Bilder als auch zu deren Modifizierung oder Ablehnung führen kann. Doch selbst in der Negation einer Metaphorik zeigt sich der kulturelle Einfluß (Schachtner 1999: 21), da in den benutzten Metaphern lebensgeschichtliche und kulturelle Faktoren miteinander verbunden werden.

habitualisierte Deutungs- und Handlungsvorlagen liefern, die den Grundstein legen für Mikromechanismen ärztlichen Alltagshandelns.

Die Korrespondenz von Metaphern und Habitus als handlungsorganisierende Systeme ergibt sich daraus, daß beiden Konzepten die Vorstellung gemeinsam ist, Wissen und Praxis nicht als zwei voneinander unabhängige Kompetenzen zu betrachten, sondern als zusammengehörige Aspekte einer Kompetenzeinheit: Im Wissen ist Praxis enthalten und in der Praxis Wissen (ebd: 22). Metaphern sind also ganzheitliche habitualisierte Modelle, die die ärztliche Praxis strukturieren, welche vor allem eine interaktive Praxis [199] ist; sie konstituiert sich in der Beziehung zwischen Arzt und Patient.

Überdies umfaßt die Gestaltung der ärztlichen Handlungsgrammatik auf der Basis metaphorischer Denkmodelle gleich zwei Kernbereiche ärztlicher Praxis: Den ärztlichen Handlungsstil, der sich aus der Orientierung an einem metaphorischen Grundkonzept (z.B. Ganzheitlichkeit, Kontrolle, Berührung, Autorität etc.) entwickelt, und zugleich korrespondiert mit der jeweiligen Schlüsselmetapher ein kompatibles Beziehungsmuster, das die Qualität des Arzt-Patient-Kontakts charakterisiert. Beispielsweise geht mit der Kontrollmetapher zumeist ein Führungs-Kooperations-Modell [200] in der ärztlichen Interaktion mit Patienten einher, während dieselbe Begegnung im Zeichen der Holismusmetapher eher durch ein Kooperations- oder Identifikationsmodell gekennzeichnet ist.

Ich habe fünf Haupt-Metapherntypen ermittelt, die den Handlungsstil derjenigen Ärzte strukturieren, die sich ihrer bedienen. Sie spiegeln das Spektrum medizinischer Deutungs- und Handlungsmodelle wider, die die spezifischen ärztlichen Handlungsstile meiner Interviewpartner in der Interaktion mit Hiv/Aids-Patienten konstituieren. Die Entstehungsbedingungen dieser Metaphern aber reichen über die ärztliche Praxis hinaus und schließen auch kulturelle Faktoren mit ein; in der Auseinandersetzung mit der kulturellen, sozialen und familiären Umwelt - davon gehe ich zumindest aus - entstehen zugleich Affinitäten für bestimmte medizinische Paradigmen [201]. Dies impliziert zugleich, daß die handlungskonstituierenden Metaphern die ärztlichen Interaktionssstile eher von der Ebene der Intuition [202] her gestalten als von der rationalen Ebene

---

[199] Ohne Interaktion ist kaum eine Art von Praxis vorstellbar (Schachtner 1999: 30). Um eine Präzisierung der Verbindung von Interaktion und Praxis zu geben, führten Corbin/ Strauss (1993) das Bild vom Fahrrad ein. "Der Reifen stellt die Arbeit dar, die Speichen stehen für die Arbeitsverfahren, und die Nabe ist die Interaktion" (ebd: 106). Das Zusammenwirken aller Teile bringt das Fahrrad (bzw. die Praxis) zum Laufen. Die Interaktion hält die Einzelteile zusammen, sorgt für die nötige Balance und bildet das Kernstück der Praxis (Schachtner 1999: 31).

[200] Mit diesem interaktiven Verhalten steuert der Arzt ein Verhältnis an, bei dem er/sie die Führung übernimmt. Im Führungs-Kooperationsmodell ist die Macht ungleich verteilt und markiert zumeist ein Über-/Unterordnungsverhältnis (Schachtner 1999: 176).

[201] Vgl. Schachtner 1999.

[202] Benner und Dreyfus (1995) betonen den hohen Stellenwert von Intuition gerade für das Handeln von Experten. Beispielsweise müssen sich Pflegende (Pflegepersonal) bei ihrer Informationssuche und in ihren Entscheidungen von

des analytischen Denkens. Da Metaphern einen ganzheitlichen Erfahrungsfundus verkörpern, in dem Erfahrungen nicht nur gesammelt werden, sondern Figurationen bilden, aus denen die Intuition des Arztes gespeist wird (Schachtner 1999: 28), entwickeln sich darauf basierend vor allem Handlungsstile, die auf spontaner Erkenntnis und intuitivem Handeln gründen.

Die handlungsstrukturierenden Metaphern, die aus meiner Empirie hervortreten, sind Ausdruck der lokalen ärztlichen Professionskultur in Caracas und in Venezuela. Es sind: Die Berührungsmetapher, die Entdeckermetapher, die Kontroll- und Disziplinarmetapher, die Autoritätsmetapher sowie die Holismusmetapher. Diese Metaphern als Leitlinien ärztlichen Handelns werde ich jetzt in ihren handlungsorientierenden Tiefen – und Sinnstrukturen anhand meiner Interviews skizzieren.

3.4 Die Arzt-Patient-Interaktion im Zeichen der Berührungsmetapher

Integrierendes Merkmal ärztlicher Heilkunst und prägender beruflicher Interaktionsstil in Venezuela ist nach Auffassung meiner Gesprächspartner vor allem *die physische Interaktion* in der Arzt-Patient-Beziehung. In der Berührungsmetapher nimmt die tradierte Vorstellung von der ärztlichen *Heilkunst* als physische Interaktion Gestalt an, die sich historisch zurückverfolgen läßt bis in die hippokratische Zeit. Ihre priviligierte Stellung im ärztlichen Handlungsprogramm verdankt die Berührungsmetapher zuallererst ihrer kulturellen Einbettung in historisch-religiöse Zusammenhänge. Ihre Hervorhebung geht bis auf biblische Überlieferungen zurück, in denen bereits "Jesus" durch Handauflegen Menschen geheilt haben soll. Dieses biblische Vorbild sowie seine späteren Nachfolger [203] prägten das Bild vom Heiler, der im Akt des Handauflegens als Ausdruck direkten körperlichen Kontakts zugleich das besondere Fluidum seiner persönlichen Heilkräfte überträgt. Überdies fließen Elemente aus der griechischen Mythologie [204] und historischer Überlieferung in diese ärztliche Deutungsgestalt mit ein.

---

unscharfen Empfindungen und vagen Ahnungen leiten lassen. Ein Handeln auf der Basis solcher Ahnungen und Empfindungen wird häufig als intuitives Handeln charakterisiert (Schachtner 1999).

[203] In früherer Zeit galt der Priester als Arzt und umgekehrt. Die zwei Berufe - Arzt und Seelsorger - wurden bis ins 12. Jahrhundert hinein in Personalunion ausgeübt (Weidmann 1996: 288). Sowohl die wissenschaftlichen Fortschritte als auch die kirchlichen Verbote verdrängten immer mehr den Priesterarzt; an seine Stelle trat der "Laienarzt". Dadurch wurde zwar eine getrennte Profession geschaffen, gleichzeitig wurde dem "Laienarzt" jedoch ein Geistlicher zur Seite gestellt. Durch diese klerikale Kontrollinstanz verblieb er bis weit ins 18. Jahrhundert hinein im Einflußbreich der Kirche (ebd.). Dies änderte sich grundsätzlich erst mit der Akademisierung und Professionalisierung der medizinischen Wissenschaft Ende des 18., Anfang des 19. Jahrhunderts.

[204] Insbesondere im Asklepioskult wird laut Weidmann (1996) eine "Berührung" zwischen Arzt und Patient empfohlen bzw. angeraten. Asklepios selbst war einer der griechischen Heilfiguren - neben Apollon, Hygiea und Pana -,die im antiken ärztlichen Eid des Hippokrates angerufen wurden. Nicht zuletzt ist das noch heute gängigste Symbol für den Arzt der Äskulap-Stab, d.h. der Zypressenzweig, um den sich die heilige Schlange des Asklepios windet; es soll sich dabei um eine Art Zepter jener alten Herrscherfamilie handeln, die direkt vom Asklepios abstamme und das *"Heim aller Ärzte"* sei (Weidmann 1996: 276).

Die Interpretation der körperlichen Interaktion als tragendem Element ärztlichen Handelns erscheint in unterschiedlichen Variationen als wichtige Deutungsgestalt in meiner Empirie. Die Facetten der Berührungsmetapher reichen von der identitätsstiftenden symbolischen Handlung, die den Arzt von anderen Professionen abhebt über den ursprünglichen Werkzeugcharakter der ärztlichen Hände hin zur moralisch integren körperlichen Untersuchung, die in einen dichotomen Gegensatz gesetzt wird zum moralisch abzulehnenden Gebrauch moderner Medizintechnologie. Ein Arzt faßt die Bedeutung der physischen Interaktion mit seinen Patienten so zusammen:

> "[...] Der Unterschied zwischen uns und einem Wissenschaftler im Labor besteht schließlich darin, daß wir Menschen auch wirklich berühren, daß wir sie anfassen [...]" (Dr.T).

In der Erwähnung eines *"Wissenschaftlers im Labor"* wird der "ärztliche Blick" des Mediziners symbolisch personalisiert. Die Möglichkeit aber, seine ärztlichen Kompetenzen allein darauf zu reduzieren, weist er entschieden zurück, indem er sich darauf beruft, *"daß wir schließlich Menschen auch wirklich berühren"*. Die symbolisch bedeutsame Berührung der Patienten seitens des Arztes wird von diesem mit der Deutung unterlegt, im Zentrum des ärztlichen Handelns stehe die Herstellung eines körperlichen Kontaktes zwischen ihm und seiner Klientel. Durch diese Auslegung prägt er die Berührung als das zentrale und identitätsstiftende Schlüsselsymbol ärztlichen Handelns, mittels derer er seine Tätigkeit von anderen (wissenschaftlichen) Professionen *abgrenzt*.

Die Vorstellung, daß die Interaktion mit den Patienten vor allem eine körperliche ist und über die Hände des Arztes erfolgt, die zugleich die Grundwerkzeuge ärztlicher Heilkunst repräsentieren, unterstreicht eine weitere Interviewpartnerin.

> "Als ich im dritten Jahr war [...] da mußten die Studenten, wenn sie in den Operationssaal gingen, bei der Operation assistieren....Instrumente gab es keine, ich rede von der Zeit vor 25 Jahren....die Operationsinstrumente, das waren menschliche Hände...so hat man das gemacht!" (Doctora M).

Die *"menschlichen Hände"*, auf die hier als *"Operationsinstrumente"* Bezug genommen wird, erscheinen gerade durch die Kontrastierung mit der mangelnden Ausstattung im Operationssaal als die ursprünglichen ärztlichen Berufswerkzeuge, die in situativen Versorgungsengpässen als Notreserven und ärztliche Basisressourcen mobilisiert und aktiviert werden können. Die Hände des Arztes repräsentieren in dieser Deutung die Urform späterer Operationsinstrumente - quasi im Rohzustand -, die damit zugleich als technische Weiterentwicklung der *"menschlichen Hände"* erscheinen.

Daß eine über die Hände initiierte physische Interaktion nicht nur eine Handlungsressource darstellt, mit der der Arzt selbst schwierige Situationen überbrücken kann, sondern auch eine moralisch höherwertige Option ärztlichen Handelns, verdeutlicht eine weitere Interviewpassage aus meinem Gruppengespräch mit Medizinstudenten und ihrer Professorin.

> "[...] Wir hier sind viel bessere Ärzte, weil wir diese ganzen Technologien nicht haben und der Arzt muß diagnostizieren, untersuchen, den Patienten berühren, ihn richtig wahrnehmen...Wir (sehr betont) können das immer noch. Die europäischen Ärzte haben stattdessen Apparate und sind keine guten Ärzte. Wir sind immer noch besser und können mehr." (Medizinprofessorin)
>
> "Sie sind bessere Techniker als Ärzte." (Medizinstudent D).
>
> "Genau, sie sind bessere Techniker als Ärzte [...] ich beziehe mich auf den direkten Kontakt mit dem Patienten. Ich hatte Gelegenheit, in vier oder fünf Krankenhäusern in England zu arbeiten...ich war fünf Jahre in England...und die waren dort überrascht, daß ich Diagnosen machte, daß ich zum Patienten ging, ihn berührte, ihn untersuchte. Dort machen sie das nicht, sie wissen nicht, wie man einen Patienten untersucht...sie waren überrascht. Das war gar nicht so, daß ich da jetzt die große Leuchte war, aber so ist es mir mit all meinen Kollegen dort ergangen [...] Das ist unser großer Vorteil, daß wir noch wissen, wie man eine körperliche Untersuchung macht [...]" (Medizinprofessorin).

In dieser Deutung werden die ärztlichen Handlungsoptionen, die über die direkte Körperberührung der Patienten in der ärztlichen Untersuchung erfolgen, kontrastiert mit den technischen Möglichkeiten *"der europäischen Ärzte"*, die *"stattdessen Apparate"* haben und *"keine guten Ärzte"* sind. Mit dieser doppelten Dichotomisierung - einerseits *"berühren"* versus *"Apparate"*, andererseits *"gute venezolanische Ärzte"* versus *"schlechte technische europäische Ärzte"* - transportiert sie zunächst einmal die Botschaft, die venezolanischen Ärzte hielten ihre Berufstradition noch in Ehren, indem sie die Grundtechniken tradierter ärztlicher Handwerkskunst praktizierten und vor allem auch noch etwas davon verstünden. Dies belegt sie damit, *"daß wir noch wissen, wie man eine körperliche Untersuchung macht"*. Ihre Rhetorik erinnert vom Pathos her zudem stark an die von traditionellen (Kunst-)Handwerkern, die der hohen Qualität ihrer handgefertigten Einzelstücke nachtrauern und sie mit Fließbandprodukten aus industrieller Massenfabrikation vergleichen. Das, was in der Deutung der Professorin den Arztberuf typischerweise charakterisiert, sind *"die körperliche Untersuchung"* und *"der direkte Kontakt mit dem Patienten"*. Diese Herzstücke ärztlichen Handelns werden durch die "europäische" Apparatemedizin ersetzt und scheinbar überflüssig gemacht; zumindest aber führt der häufige Gebrauch von Apparaten dazu, daß die europäischen Ärzte *"nicht wissen, wie man einen Patienten untersucht"*. In diesem Sinne wertet sie die ärztliche Tätigkeit als ein traditionelles Handwerk, das aufgrund moderner medizintechnologischer Entwicklungen - der Apparatemedizin - vom Aussterben bedroht ist.

Die scharfe Ablehnung der "technischen Medizin", die die ärztliche Heilkunst in Venezuela zu verderben droht, ist aber nicht unumstritten und wird von ihren Studenten relativierend zurechtgerückt.

> "Ich finde es ideal, beides zu kombinieren, denn zu sagen, beispielsweise...gut, daß wir keine Technologie haben...okay, ich sage nicht, daß Sie das sagen...aber das habe ich schon von jemandem gehört." (Medizinstudent D).
>
> "[...] die Europäer und Nordamerikaner verfügen über Technologien, die wir hier nicht haben, aber ich fände es Klasse, wenn wir die auch haben könnten." (Medizinstudentin C)
>
> "Die stehen dort auch nicht aller Welt zur Verfügung." (Professorin)
>
> "Aber es gibt vieles, was wir hier nicht haben. Zum Beispiel, die Personen..." Medizinstudentin C).

Die Professorin unterbricht.

> "Du kannst die Technologie, die sie dort haben, hier auch in Anspruch nehmen. Wenn du Geld hast, aber wenn du keins hast...."

Sie wird von der Studentin unterbrochen.

> "Das Problem ist doch der Prozentsatz der Bevölkerung, die Zugang hat zu dieser Technologie." (Medizinstudentin C).
>
> "Wenn die Technologie zum Ersatz wird für ein gutes medizinisches Allgemeinwissen, dann taugt sie nichts...das hat gar keinen Wert." (Die Professorin).
>
> "Vielleicht hat das seine Vor- und Nachteile, so wie man ja auch bei anderen Sachen erst lernen muß, wie man damit umgeht, so sollte man auch hier lernen, die Apparate zum Vorteil einzusetzen...aber so, daß sie sich nicht gegen einen richten können." (Medizinstudent D).

In dem studentischen Widerspruch, den die Professorin für ihre ablehnende Bewertung der *"europäischen Apparatemedizin"* erntet, kündigt sich eine andere Einschätzung an, in der die Dichotomisierung von technologischer und "Berührungsmedizin" aufgehoben werden soll und die es *"ideal"* findet, *"beides zu kombinieren"*. Die zu kombinierenden Gegensätze - nämlich einerseits die tradierte ärztliche Heilkunst, die vor allem über die körperliche Untersuchung der Patienten verwirklicht wird, sowie der Umgang mit medizinischen *"Technologien"* andererseits - sind in der Gruppe umstritten; die Auseinandersetzung über pro und contra wird geradezu paradigmatisch vorgetragen. Während die Professorin in der Technologie einen prinzipiellen Angriff auf die grundlegende Qualität ärztlichen Handelns sieht, die letztlich die Zerstörung lokaler medizinischer Heilkunst zum Ziel hat - wobei dies möglicherweise auch auf einen "Saure-

Trauben"- Effekt [205] zurückzuführen ist -, begrüßen die Studenten darin eher eine pragmatische Erweiterung in der Palette ihrer beruflichen Handlungsoptionen.

Die Diskusssion darüber endet schließlich in einem Kompromißvorschlag: Zwar sollen die Gefahren eines unkontrollierten Technologiegebrauchs dadurch abgewendet werden, daß *"man erst lernen muß, wie man damit umgeht"*, wobei im Vordergrund steht *"sie zum Vorteil einzusetzen"*, nämlich so *"daß sie sich nicht gegen einen richten können"*. Demnach sehen einige Mediziner in der "Apparatemedizin" (bildgebende Verfahren etc.) eine Bedrohung für die tradierte ärztliche Heilkunst, während sie für andere eine sinnvolle Ergänzung zum klassischen ärztlichen Handlungsrepertoire repräsentiert - vorausgesetzt, sie kann kontrolliert und bezahlt werden. Schlußendlich wird für eine Integration traditioneller ärztlicher "Berührungs"- und moderner Apparatemedizin plädiert.

Diese Richtung einer Integration befürwortet die Mehrheit meiner ärztlichen Interviewpartner.

> "Natürlich ist es nötig ...moderne Apparate zu haben. Nur darf man dabei nicht den persönlichen Umgang mit den Patienten vergessen. Das Wichtigste ist die ärztliche Untersuchung und der Kontakt zum Patienten [...]" (Dr. J).

Die Bedeutung, die der Medizintechnologie auch hier als komplementärem ärztlichem Handlungsmodell zugewiesen wird, rührt nicht an der zentralen Komponente ärztlicher Heilkunst, deren Wesenskern sich ohnehin nur über den *"persönlichen Umgang"* im direkten Kontakt" via Berührung in der *"ärztlichen Untersuchung"* erschließt. Symbolisch drückt sich auch hier über die Berührung die Qualität des Kontakts zum Patienten aus, der als wichtigstes Element in der Arzt-Patient-Beziehung herausgestellt wird.

Die Hervorhebung der physischen Interaktionsebene zwischen Arzt und Patient korrespondiert überdies mit dem kulturellen Wertkonzept der „Calor humano“ (menschliche Wärme) [206], das der körperlichen Interaktion im zwischenmenschlichen Kontakt generell große Bedeutung beimißt. Auch im Umgang mit den Patienten und sogar mit den Angehörigen wird körperlich interagiert. Mehrfach habe ich gesehen wie Ärzte Patienten oder sogar weinende Angehörige in den Arm nahmen. Zudem konnte ich dies während meiner Forschung ”am eigenen Leib“ erleben. Ich wurde sehr oft in den Gesprächen berührt, mir wurde die Hand gedrückt, man strich mir über die Schulter, klopfte mir die Wangen oder setzte sich hautnah an mich heran. Einige meiner ärztlichen Interviewpartner tippten mir sogar auf die Finger, wenn ich mal ”unaufmerksam” war und beispielsweise die Kassette umdrehte. Oder sie drückten meine Hand, wenn die Erzählung sie

[205] Der "Saure-Trauben"-Effekt könnte sich daraus ergeben, daß die Anschaffungsmöglichkeiten der modernen Medizintechnologie in Venezuela aufgrund des Kostenfaktors ohnehin sehr eingeschränkt sind; dies könnte möglicherweise ebenfalls dazu beitragen, das traditionell-klassische ärztliche Handlungsrepertoire "schönzureden".

[206] Vergleiche Teil III. Kapitel 4.2 (Seite 108-109).

emotional berührte. Auch im Alltag gilt die physische Kommunikation als durchaus gleichwertig zur verbalen Ausdrucksfähigkeit [207].

3.5 "Hey, es gibt eine neue Krankheit!": Die Entdeckermetapher

Ihren ersten Kontakt mit der Hiv/Aids-Erkrankung, die wichtige Hinweise für das professionelle Selbstverständnis und die handlungsrelevanten Ressourcen der interviewten Ärzte liefert, beschreiben sie zumeist in einer Metaphorik, die aufs Entdecken und Rätsellüften abstellt. Am häufigsten finden "Überraschung", "Herausforderung", "Neugierde" und sogar ”Begeisterung” Erwähnung, die die Ärzte dabei empfinden, wenn sie selbst zum ersten Mal mit einer Krankheit beruflich in Kontakt kommen, über die sie zuvor nur in den Medien gehört oder in (wissenschaftlichen) Zeitschriften gelesen haben.

"Ja, also....meine erste Erfahrung mit einem Sida-Fall war so....im Jahr 85 oder 86...so genau erinnere ich mich nicht daran [...] zu der Zeit wußte man ja einiges darüber...na ja, mehr oder weniger...ich hatte davon auch schon gehört...reden gehört. Als das Ergebnis positiv war, wußte ich erstmal nicht, was das bedeutete. Zwar wußte ich, daß es das gab, aber zunächst habe ich es nicht erkannt. Ich hätte nie gedacht, daß ich jemals mit einem solchen Fall zu tun haben würde. Es ist eine Sache, darüber zu lesen und eine andere, wenn man selber so einen Fall hat. Ich mußte mich erstmal einlesen, mich mit anderen beraten, Fragen stellen...also, da gab´s zunächst mal ganz schön viel für mich zu tun. Dem Patienten, dem haben wir nur gesagt, daß wir ihn weiter beobachten und abwarten müssen; aber sehr viel mehr wußte ich auch nicht zu tun. Das war also sehr aufregend für mich...und für die ganze Klinik auch...denn...alle haben aufgeregt darüber geredet...das war ja der erste Fall überhaupt." (Dr. A).

EB "Erinnern Sie sich noch, wie Sie persönlich auf diesen Fall reagiert haben?"

> "Ich würde sagen...in diesem Moment habe ich ...mehr als alles andere....Neugier empfunden. Pure Neugier! (sehr betont) [...] aber später, dann entwickelte sich das bei mir zu mehr als nur zu Neugierde...das wurde ein ernsthaftes Interesse [...]" (Dr. A).

Der erste Kontakt mit der neuen Krankheit wird in dieser Erzählpassage in Begriffen von *"Neugier"* und *"aufregend"* beschrieben; zudem löst er beim Arzt Verunsicherung und Ratlosigkeit über das weitere Vorgehen aus, da es ihn ganz unvorbereitet trifft, sich plötzlich mit einem Hiv/ Aids-Patienten konfrontiert zu sehen. Daher erkennt er den Befund zunächst erstmal

[207] Bei meinem ersten Aufenthalt in Venezuela 1993 sprach ich noch nicht fließend spanisch. Das störte aber niemanden, weil wir vor unserer Ausreise nach Venezuela im Rahmen des Entwicklungshilfeprojekts in einem Tanzkurs ”Salsa” und ”Merengue” gelernt hatten. Dies wurde mit Wohlwollen aufgenommen und als gleichwertiges Pendant zu guten Sprachkenntnissen gewertet. ”Elvira spricht noch nicht fließend, dafür kann sie aber gut tanzen” – so stellte mich eine der Frauen, bei der ich zu der Zeit wohnte, ihrer Nachbarin vor.

nicht und *"wußte nicht, was das bedeutete"*. Als es ihm klar wird, muß er sich zunächst *"erstmal einlesen"*, *"mit anderen beraten"* und sich eingehend vorbereiten. Dieser Interviewausschnitt vermittelt die Spannung und *"Aufregung"*, aber auch die Überraschung, die die Beteiligten und das Klinikpersonal erfaßte, als sie "life" zum ersten Mal mit Hiv/Aids in Kontakt kamen. In der *"puren Neugier"* und dem *"ernsthaften Interesse"* artikuliert sich der ärztliche Wissens- und Entdeckerdrang, der in der neuen Krankheit ein spannendes Phänomen erkennt, das er unbedingt erforschen und kennenlernen möchte. Das wissenschaftliche Interesse dominiert die erste Begegnung dieses Arztes mit Hiv/Aids derartig, daß er *"mehr als alles andere"* Neugier empfand, was er nochmals durch er die Relevanz markierende Wiederholung *"pure Neugier!"* hervorhebt.

Ein anderer Arzt erinnert sich im Zusammenhang mit seinem ersten Hiv/Aids-Patienten aber auch an die potentiellen Gefahren und Ängste, von denen in der Anfangszeit angenommen wurde, sie gingen mit der Krankheit unabwendbar einher.

> "Meinen ersten Patienten mit Sida hatte ich 1985. [...] Für mich war das eine sehr schöne Erfahrung, weil ich gerade meine Facharztausbildung in Immunologie machte...ich hatte schon gehört, daß es diese Krankheit in den Vereinigten Staaten gab...dort kam die häufig vor. Bueno, die Wahrheit ist...also, es war wirklich eine Herausforderung für mich, daß ich mit einer Krankheit zu tun bekam, die relativ neu war, von der wir nichts wußten...für die wir keine Behandlung anzubieten hatten...mir kam das sehr interessant vor...natürlich haben wir bei dieser Gelegenheit immer besondere Vorsichtsmaßnahmen ergriffen, uns Mundschutz angelegt, den Kopf bedeckt...wir haben alles sterilisiert...weil wir nicht wußten, wie sie übertragen wird und der Rest des Personals hatte große Angst...wir sind zu dem nicht noch einmal hingegangen, das Pflegepersonal hatte so große Angst... Aber das war eine sehr interessante Erfahrung, weil sie mir die Tür geöffnet hat zu einer Krankheit, die ich nicht kannte. [...] Angst hatte ich überhaupt nicht." (Dr. R).

Zwar erlebt auch dieser Arzt die erste Begegnung mit der Hiv/ Aids-Erkrankung als überwiegend positiv; es war sogar *"eine sehr schöne Erfahrung"* für ihn und *"eine Herausforderung"*, eine neue Krankheit kennenzulernen. Dennoch wird *"die interessante Erfahrung"* überschattet von der Ansteckungsgefahr, die die Berührung des Kranken potentiell bedeuten konnte. Jedoch fällt auf, daß der Arzt die Angst vor Ansteckung auf das Pflegepersonal verschiebt, während er sich selber in der Retrospektive als unerschütterlichen Entdecker konstruiert - *"Angst hatte ich überhaupt nicht"* -, dem alle Widrigkeiten und Unwägbarkeiten der Erforschung nichts anhaben können. Möglicherweise klingt darin eine Anlehnung auf "Heldenepen" legendärer Arztpersönlichkeiten an, die sich ebenfalls im Dienste der Forschung in (Lebens-)Gefahr begeben haben. Seine Erfahrungsaufschichtung aus der ersten Begegnung mit der Hiv/Aids-Erkrankung ist durchdrungen vom Pathos medizinischer Entdeckungen und wissenschaftlichem Pioniergeist, der sich entfaltete, als er es *"mit einer Krankheit zu tun bekam, die relativ neu war"*.

Aufbruchstimmung über die "Entdeckung" und die verlockende Aussicht, mehr darüber zu erfahren, herrscht auch in den Fluren der medizinischen Fakultät in Caracas, als die Hiv/ Aids-Erkrankung dort bekannt wird.

> "[...] ich erinnere mich, daß ich in die Cafeteria hinunterging, wo wir Medizinstudenten immer hingingen. ´Hey, es gibt eine neue Krankheit!´ - ´Wie das?´ und so. ´Ja, es gibt eine neue Krankheit und man weiß über die Ursache noch nichts´. Letztendlich fingen da die ersten Berichte über Pneumozistis Carinii an, also Pneumonie [...]" (Doctora F).

In diesem Interviewausschnitt wird die Atmosphäre sogar spürbar, die sich aus dem begeisterten Interesse für ein neues Krankheitsphänomen ergibt, das auch noch in die professionelle Zuständigkeit der Mediziner fällt. Hier wird die Lust fast greifbar, etwas Neues zu entdecken und damit beruflich in Kontakt zu kommen.

Später hatte ich Gelegenheit, selber eine ähnliche Situation zu erleben. Während meines Forschungsaufenthalts in Venezuela in den Jahren 1995/ 96 berichteten alle Medien über eine neue Krankheit in Afrika, die durch den Ebola-Virus ausgelöst wurde. Einige Interviewpartner kommentierten dies mir gegenüber so:

> "Das wäre doch etwas für Sie, Elvira. Dann könnten Sie an forderster Front mit dabei sein, wenn es darum geht, eine ganz neue Krankheit zu erforschen. Sida ist heutzutage nicht mehr so neu...das ist ja schon Routine für uns!" (Dr. W).

Hier wird die ärztliche Entdeckerfreude sowie die Aussicht auf Abwechslung und Ruhm, die es bedeutet, als Forscher *"an forderster Front"* dabeizusein, auf mich übertragen. Der Wert der Krankheitserforschung steht dabei in direktem Zusammenhang mit der Neuheit der Krankheit und in direktem Gegensatz zur ärztlichen *"Routine"*. Die in Kriegsmetaphorik übermittelte *"Erforschung einer ganz neuen Krankheit"* wird mit der Bedeutung einer Heldentat unterlegt, die dem feindseligen Reich der Viren und Bakterien zu Leibe rückt. Krankheiten wie Aids, die *"nicht mehr so neu"* sind, unterstehen in dieser Metaphorik bereits der ärztlichen Kontrolle und verblassen zur Routineangelegenheit; neue Krankheiten hingegen entfachen erneut die ärztliche Bereitschaft zum wissenschaftlichen Eroberungsfeldzug, bei dem als Trophäe Abwechslung und wissenschaftlicher Ruhm locken. Unterstrichen wird dies zusätzlich durch die Erzählung fast aller meiner Interviewpartner, der erste Aids-Patient in Venezuela sei in ihrer eigenen Praxis/ Klinik "entdeckt" worden, wie beispielsweise auch bei Dr.A - *"es war ja der erste Fall überhaupt"*; durch diese Hervorhebung rücken sie sich selber noch mehr ins Zentrum des Geschehens und der Löwenanteil an der Entdeckung - zumindest in Venezuela - fällt ihnen selbst zu.

Für die meisten Ärzte birgt der professionelle Umgang mit Hiv/Aids nach wie vor "Überraschungen" und die Möglichkeit, Entdeckungen zu machen.

> "Bei Aids gibt´s immer noch ganz viel zu entdecken...jeden Tag aufs neue. Diese Krankheit hat vieles aufgedeckt, überall und in allen Bereichen ist sie ein richtiges Überraschungspaket!" (Doctora P).

Im *"Überraschungspaket"* Aids konkretisiert sich die Entdeckermetapher, indem die Möglichkeit vieler kleiner Überraschungen angedeutet wird, die im Paket enthalten sind und *"jeden Tag aufs neue"* ausgepackt werden. Überdies klingt in der Formulierung vom Überraschungspaket ein möglicher Geschenkcharakter der Krankheit Aids für die Ärztin an; die Gelegenheit, ständig etwas zu *"entdecken"* und dazuzulernen, stellt für sie eine berufliche Bereicherung dar. Andererseits kann ein ”Überraschungspaket” aber auch unangenehme Inhalte bergen; unterstrichen wird durch diese Charakterisierung der Krankheit Aids auch ihre Unberechenbarkeit.

Im Gegensatz dazu wird der aktuelle ärztliche Umgang mit Hiv/Aids von anderen Ärzten als reine Arbeitsroutine bewertet, die sich vom professionellen Umgang mit anderen Krankheiten nicht wesentlich unterscheidet.

> "Die Krankheit verliert ihr besonderes Image bei den Patienten...und bei mir selber erlebe ich das auch so. Ich sehe das jetzt nicht mehr als was Besonderes an, damit habe ich täglich zu tun, wir sehen das hier jeden Tag. Das ist Routine geworden...das ist jetzt nicht mehr so die Neuigkeit oder etwas Neues zu entdecken, man achtet jetzt mehr darauf, wie man den Patienten helfen kann [...] Innerhalb der Arbeitsroutine ist das egal, ob das nun ein Patient mit Leukämie, mit Hiv, mit Pneumonie (Lungenentzündung, Anmerkung EB) ist [...] " (Doctora U).

Hier hat sich der Fokus der Aufmerksamkeit im ärztlichen Handeln bereits deutlich von der Einstellung *"etwas Neues zu entdecken"* verschoben hin zur *"Arbeitsroutine"*, mit der die Ärztin *"täglich zu tun"* hat. Zudem hat sich die Aufmerksamkeit der Ärztin wegbewegt von der Sensationsorientiertheit an *"Neuigkeiten"* hin zur beruflichen Interaktion, bei dem das Wohlbefinden des Patienten im Mittelpunkt des ärztlichen Handelns steht. Aus dieser Fokusverschiebung in Richtung "Caring" resultiert zudem eine Neurahmung von Aids als einer normalen Krankheit, die in einem Atemzug genannt wird mit *"Leukämie"* und *"Pneumonie"*.

Die Verschiebung des Entdeckermetapher in die ärztliche Alltagspraxis hebt auch eine andere Ärztin hervor; sie strukturiert ihr ärztliches Handeln über die Entdeckermetapher vor allem bei der Teamarbeit mit einer Kollegin.

> "(Name) und ich.....also, wir teilen hier immer unsere Ideen und tauschen uns ganz viel aus. `Was denkst du darüber? Sollen wir die Dosis erhöhen? Was meinst du?´ Wir entdecken Sida und seine Behandlung gemeinsam. Wenn ich mir nicht sicher bin, dann frag ich sie...das belastet einen dann nicht allein. Dann mach ich mir weniger Sorgen, etwas falsch zu machen...da gibt´s immer Alternativen in der Behandlung eines Patienten. Damit meine ich, daß Sida eben keine Krankheit ist wie jede andere, bei der man weiß, das behandelt man so und so. Bei Sida ist das immer noch nicht so klar, da wird noch viel

> geforscht, auch wir forschen hier jeden Tag. Mich beunruhigt es vor allem, daß bei den medikamentösen Behandlungen für Hiv, die es gibt, immer noch so viele Nebenwirkungen auftreten. Und das besprechen wir immer ´Sollen wir ihm das Medikament nun geben oder besser nicht?´ [...]" (Doctora H).

Diese Ärztin macht die Entdeckermetapher für sich fruchtbar, indem sie mit ihrer Hilfe die interaktive Teamarbeit mit ihrer Kollegin bei der Behandlung von Aids-Patienten strukturiert. Beide *"entdecken Sida und seine Behandlung gemeinsam"*, sie tauschen sich über Behandlungsstrategien aus und machen der anderen Vorschläge zur Medikamente-Dosierung. Diese Vorgehensweise dient der gegenseitigen Absicherung, die dadurch erforderlich wird, daß der ärztliche Umgang mit Aids noch nicht so feststeht *"wie bei anderen Krankheiten"*. Das ärztliche Behandlungsprogramm gegenüber Aids erscheint in dieser Erzählung immer noch als medizinisches Neuland, dessen Begehung nach wie vor den Charakter einer Pioniertat aufweist. Da diese metaphorische Erkundung eines ungesicherten Geländes die Ärztin vor allem im Hinblick auf den Umgang mit neuen Medikamenten verunsichert und sie in *"Sorge"* ist, *"etwas falsch zu machen"*, sieht sie in der Teamarbeit eine willkommene Gelegenheit zur sicherheitsstiftenden Arbeitsabsprache. Die Entdeckermetapher - *"wir forschen hier jeden Tag"* - entwickelt sie zur grundsätzlichen Interpretationsfolie ihrer ärztlichen Interaktion mit Hiv/Aids-Patienten; mit ihrer Hilfe strukturiert sie sowohl den Kontakt mit den Erkrankten als auch die Zusammenarbeit mit ihrer Kollegin im Team.

3.6 "Man muß das im Griff haben": Die Kontroll- und Disziplinarmetapher

Ein wesentliches handlungsstrukturierendes Modell ärztlicher Interaktion mit Hiv/Aids-Patienten in Venezuela ist die Kontroll- und Disziplinarmetapher. Diesem metaphorischen Konzept liegt - wie auch bei der Autoritätsmetapher [208] - die Vorstellung ärztlicher Überlegenheit zugrunde, die vor allem auf dem epistemischen medizinischen Fachwissen basiert und einen paternalistischen Umgangsstil mit den Patienten hervorbringt. Daraus resultiert ein Beziehungs- und Interaktionsmuster, bei dem der Arzt die Führung übernimmt, der sich der Patient überantworten soll. Die Kontroll- und Disziplinarmetapher beinhaltet also zwei Ebenen: Sie wirkt im Sinne eines handlungsorganisierenden (Denk-)Modells für die ärztliche Praxis und zugleich bringt sie ein damit kompatibles Beziehungsmuster zwischen Arzt und Patient hervor, das als Führungs-Kooperationsmodell [209] beschrieben werden kann.

---

[208] Vgl. 3.7 – Die Autoritätsmetapher.

[209] In diesem Interaktionsmodell übernimmt der Arzt die Führung; vom Patient wird erwartet, daß er mit den Vorgaben des Arztes kooperiert bzw. sich daran anpasst. Das Machtverhältnis zwischen beiden Akteuren ist ungleich verteilt, nämlich überwiegend in den Händen des Arztes (Schachtner 1999).

Ärztliche Interaktionen im Zeichen dieser Schlüsselmetapher lassen sich zudem unterteilen in Begegnungen auf der Makro-Ebene, in denen bereits über die institutionellen Rahmungen (Krankenhaus, Hiv-Zwangstests) die ärztliche Tätigkeit als eine kontrollierend-disziplinierende vorgegeben ist und in Begegnungen auf der Mikro-Ebene, in denen überdies die Interaktionsordnung auf der Kontroll- und Disziplinarmetapher basiert und die Beziehungsdynmik zwischen Arzt und Patient von innen heraus gestaltet. Ich werde beide Kontroll- und Disziplinierungsaspekte - also die Makro- und die Mikroebene - in ihrer besonderen Verflechtung untersuchen; beginnen werde ich die Analyse mit signifikanten klinischen Praktiken, die eine ärztliche Handlungsgrammatik hervorbringen, welche bereits institutionell auf der Grundlage der Kontroll- und Disziplinarmetapher gerahmt ist.

Besonders intensiv durchdringt die Kontroll- und Disziplinarmetapher die Umsetzung von Hygienemaßnahmen in der ärztlichen Praxis. Gerade in den Anfangsjahren von Aids wurde beispielsweise die Behandlung der neuen Krankheit in Venezuela oftmals sehr unsensibel betrieben und wenig Rücksicht auf die an Hiv/Aids erkrankten Patienten genommen, die im Rahmen klinischer Hygienepraktiken in isolierte Observierungsobjekte transformiert wurden.

> "[...] und ich kann mich erinnern, daß der Patient im Hospital untergebracht war, in dem Bereich, wo die Notfälle hinkamen, wo die Erwachsenen unter Beobachtung waren. [...] Und ich erinnere mich daran, daß die ihn so behandelt haben wie einen Außerirdischen (extraterrestre)....den man an einen extra für Außerirdische hergerichteten Platz bringt. Ja, außerirdisch...so wie E.T....wie ein Wesen von einem anderen Planeten, wie ein Alien. Dieser Raum wurde streng bewacht, isoliert, es gab dort Personal, das sich weigerte, zu ihm reinzugehen. Die Leute waren voller Entsetzen darüber, sogar wenn sie nur an der Tür vorbeigehen mußten. Über diesen jungen Mann kursierten alle möglichen Gerüchte....daß sein Körper blau sei, daß er blaue Läsionen habe [...] dieser Patient ging nicht zu den allgemeinen Krankensälen hinauf, auch nicht auf die Zimmer, sondern der mußte in der eigens für ihn hergerichteten Zone bleiben. Ganz allein! Die Leute, die zu ihm reingingen, waren mit einer Spezialkleidung angezogen, mit Plastikhandschuhen, Gesichtsmasken....bloß um sich ihm zu nähern. Der Ärmste! Der muß sehr gelitten haben unter der Isolation [...]" (Doctora F).

Die Verwandlung des Hiv-Patienten in einen kontrollierbaren Observierungsgegenstand erfolgt zunächst - wie auch bei Forschungen im Labor - über seine Isolierung von der Umwelt und Herauslösung aus allen sozialen Kontakten sowie die Herrichtung einer Sonderzone in der Krankenstation, die einzig seiner Beobachtung und Sicherheitsverwahrung dient. Der Vergleich des Hiv/Aids-Patienten mit *"Aliens"* verweist auf diesen Sonderstatus, dessen herausragendes Merkmal die Nichtzugehörigkeit zum sozialen Kontext des Krankenhauses bzw. der Ausschluß aus der menschlichen Gemeinschaft überhaupt darstellt. Der Patient wird nicht nur *"an einen extra für Außerirdische hergerichteten Platz"* gebracht, sondern auch wie einer behandelt, unter anderem dadurch, daß sich ihm die Ärzte nur in *"Spezialkleidung"* nähern. Die ärztliche Aufmachung mit *"Plastikhandschuhen"* und *"Gesichtsmasken"* verstärkt den Ausschlußcharakter

der Untersuchungsprozedur, die ohnehin bereits unter *"Bewachung"* und Isolation stattfindet, wenn sich das Personal nicht sogar völlig *"weigerte zu ihm reinzugehen"*.

Der auf besondere Weise wirksame Kontroll- und Disziplinierungsaspekt in dieser Erzählpassage tritt hervor durch die von den zuständigen Ärzten veranlaßte Gesamtdramaturgie aus Zwangsisolation, kontinuierlicher Observierung, Negierung der Individualität des Patienten und der Mißachtung seiner Autonomie. Der Einsatz all dieser Kontrollinstrumente zur gleichen Zeit intensiviert und verdichtet die ausgeübte Kontrolle. In der Zuweisung und Begrenzung seines Bewegungsterrains sowie in der ständigen Überwachung und Absonderung wird an ihm die totale Unterwerfung unter die Kontroll- und Disziplinarinstitution Krankenhaus vollzogen, die an Foucaults Panopticon denken läßt [210].

Die Aufführung des *"aseptischen Dramas"* [211] (Weidmann 1996: 77), deren mit viel Aufwand betriebene Inszenierung die Ärztin hier schildert, wird gespeist aus dem umfangreichen Repertoire medizinischer Hygienemaßnahmen. Der Schutz vor Ansteckung bietet in diesem Beispiel die ärztliche Legitimation für die Inszenierung des aseptischen Dramas, das auf diese Weise selber zu einem Kontrollwerkzeug wird. Damit einher geht zugleich eine Abwandlung des zeremoniellen ärztlichen *"Erscheinungsrituals"* [212] (ebd: 139). Während der Patient bei der Standard-Visite *"vorführfähig im Bett liegen soll"* (ebd.) - wofür er normalerweise vorher vom Pflegepersonal sorgfältig hergerichtet wird -, ist der Hiv/Aids-Patient aus der Interviewpassage jemand, für den sich das medizinisch-ärztliche Personal durch Anlegen einer Spezialkleidung zurechtmachen muß. Obwohl die Ärztin dem Patienten viel Empathie entgegenbringt und noch retrospektiv Partei für ihn ergreift - *"Der Ärmste! Der muß sehr gelitten haben unter der Isolation"* - hat sie in ihrem damaligen Status als Assistenzärztin doch keinerlei Einflußmöglichkeiten zur Abänderung des Settings, in dem der Patient in ein Observierungsobjekt verwandelt wird.

Von besonderer symbolischer Bedeutung sind in diesem Interviewauszug die ärztlichen Paraphenalia aus dem aseptischen Drama: Gesichtsmaske, Mundschutz, Plastikhandschuhe, Spezialkleidung. Die Hygienemaßnahmen und der Gebrauch von Keimfreiheit garantierenden Plastik-Acessoires werden nicht nur durch ihre Einbettung in den Gesamtkontext des

---

[210] Siehe Kapitel II.2 bzw. Foucault 1993: 257.

[211] Unter dem "aseptischen Drama" verstehe ich zusammen mit Weidmann (1996) den in Krankenhäusern verbreiteten und praktizierten Gesamtkomplex aus Hygiene(maßnahmen), Ritualisierung derselben und damit einhergehenden magischen (Vorstellungs-)Konzepten. Laut Weidmann verbirgt sich hinter der Obzession, mit der an unseren Krankenhäusern Hygiene betrieben wird, eine latent magische Handlungsstruktur, die aus anderen kulturellen Kontexten unter der Vorstellung *"Vertreibung der Geister"* (ebd.) bekannt ist. Es ist zugleich eine Besonderheit gerade des aseptischen Dramas, daß seine rational begründete Aufführung, die in enger Verbindung steht zur medizinischen Ideologie, mit einem starken Thematisierungsverbot belegt ist.

[212] Darunter verstehe ich das so von Weidmann definierte Ritual der ärztlichen Visite im Krankenhaus (Weidmann 1996: 139 ff), das paramilitärische Züge aufweist und zumeist mit der Einleitung *"Er kommt!"* seitens des Pflegepersonals angekündigt wird (ebd.).

Observierungs-Settings ebenfalls in Kontrollinstrumente verwandelt; zugleich fungieren sie als sichtbare Grenzmarkierer, die die soziale Welt der "Gesunden" und "Kranken" wie eine Trennscheibe voneinander separieren. Dieser Effekt wird noch dadurch verstärkt, als das Merkmal "krank" hier zusätzlich mit Isolierung und Aussonderung aus der Gemeinschaft der Mitmenschen einhergeht. Von der symbolischen Aussonderungswirkung der im aseptischen Drama eingesetzten Hygieneacessoires konnte ich mich selber anläßlich eines Betroffenen-Interviews in einem Krankenhaus in Caracas überzeugen. Der Patient saß auf seinem Bett und weinte bitterlich, weil ihm die Ärzte ”zu seinem eigenen Schutz” vor Infektionen einen Mundschutz angelegt hatten. Er selbst interpretierte den Mundschutz als sichtbares Zeichen seiner Aussonderung und Stigmatisierung.

> "Jetzt weiß doch jeder....und jeder kann es sehen....daß ich Sida habe" (Hiv-Betroffener H).

Zweifellos wird der Mundschutz hier vom Patienten als Stigma-Merkmal wahrgenommen, das ihn als Aids-Kranken öffentlich bloßstellt, indem es die Mitteilung über seinen positiven Hiv-Status gut erkenn- und sichtbar an die Umwelt kommuniziert. Der Mundschutz als eins der Paraphenalia aus dem aseptischen Drama wirkt in seiner Wahrnehmung als soziale Trennscheibe zwischen ihm und den Anderen [213], die ihn zugleich als jemand mit einer *"spoiled identity"* ausweist (Goffman 1994/ 1967) .

In beiden Fällen wird die Kontroll- und Disziplinarmetapher unterstrichen, die der Aufführung des aseptischen Dramas innewohnt und die die Choreographie seiner Durchführung im lokalen Setting des Hospitals lenkt; im Umgang mit Hiv/Aids-Patienten spielt dies eine besondere Rolle, da mit dem Verweis auf die Ansteckungsgefahr sozial isolierende und aussondernde ärztliche Handlungen legitimiert werden können.

Während es sich bei der obzessiven Gestaltung klinischer Hygienepraktiken um eine institutionell gerahmte Handlungsstrategie auf der Basis der Kontroll- und Disziplinarmetapher handelt, werde ich meine Analyse jetzt auf ärztliche Handlungs- und Interaktionsstile lenken, in denen die Kontroll-und Disziplinarmetapher die Interaktionsordnung der Ärzt-Patient-Beziehung von innen heraus strukturiert.

Ein bevorzugtes ärztliches Interaktions-Terrain, bei dessen Gestaltung sich die Kontroll- und Disziplinarmetapher handlungsleitend auswirkt, ist die Sexualität der Patienten. Zwar betonen die meisten Ärzte stets, sie würden nie nach der sexuellen Identität fragen - jedenfalls nicht im

[213] Der Trennscheiben-Charakter wirkt sowohl gegenüber den anderen Patienten und deren Angehörigen als auch gegenüber dem medizinischen Personal.

formalen Ablauf der Anamnese -, weil das *"traumatisierend"* [214] für die Patienten sei; zugleich aber sind sie brennend daran interessiert, eben genau das in Erfahrung zu bringen.

EB "Fragen Sie Ihre Patienten während der Anamnese nach ihrer sexuellen Identität?"

"Das frage ich nie. Ich versuche, nie danach zu fragen...wirklich nie! Das wäre zu traumatisierend [...] Oft sind die Patienten Bisexuelle, die versuchen, ihre homosexuelle Orientierung zu verstecken...oder zumindest sagen sie es nicht." (Dr. A).

EB "Woher wissen Sie denn, daß es Bisexuelle sind, wenn Sie sie nicht danach fragen?"

"Oftmals kann ich das kombinieren. Wenn du einen Patienten hast mit analer Condilomatosis....das ist eine sexuell übertragbare Krankheit...wenn der dann auch noch verheiratet ist und heterosexuell, dann weiß ich sofort, daß das ein bisexueller Patient ist, der das nicht sagen will. Sowas klärt sich bei der Untersuchung. Wenn du siehst, daß der Patient anale Condilomas hat, dann weißt du, der ist homosexuell. Wenn der das nicht hätte, dann könnte man das niemals erfahren. Aber es gibt einige Krankheiten, die nur Homosexuelle haben, wenigstens diese Condilomatosis im Anus...den benutzt man ja nicht als sexuelles Organ, höchstens wenn man homosexuell ist." (Dr. A).

Charakteristisch an dieser Passage ist die Übersetzung der ärztlichen Untersuchung und Anamnese in eine Art metaphorisches ”Fahndungsszenario”. Obwohl es der Arzt weit von sich weist, die Hiv/Aids-Patienten in der Anamnese direkt nach ihrer sexuellen Orientierung zu fragen, weil es *"traumatisierend"* wirke, verlagert er die Erhebung darüber in die Untersuchung. Diese gibt ihm aufgrund der gesundheitlichen Beschaffenheit intimer Körperöffnungen Aufschluß über die sexuelle Identität der jeweiligen Patienten. Eine direkte Befragung umgeht er damit zwar, gelangt aber dennoch zur gewünschten Information. Hier wird die Kontrollmetapher vom Arzt in die Untersuchung selbst eingebaut, in der er in die Rolle des Detektivs überwechselt, der den Patienten zwecks Informationsgewinnung in ihre "verräterischen" Körperöffnungen hineinblickt. Aufgrund von Indizien - *"Condilomatosis"* etc -, auf die er bei der inspizierenden Untersuchung stößt, kann er so auf die sexuelle Identität der Patienten schließen. Diese ärztliche Untersuchungsmethode, die die sexuelle Präferenz über Körperspuren *"kombiniert"*, ist allerdings nicht hundertprozentig sicher, denn *"wenn der das nicht hätte, dann könnte man das niemals erfahren"*. Der Arzt ist also mit seiner ethischen Orientierung, die ihm einerseits untersagt, den Patienten über seine sexuelle Identität direkt zu befragen, andererseits aber die Information darüber unbedingt gewinnen will, auf ein Quentchen Glück und seinen detektivischen Spürsinn angewiesen.

Aus diesem Grund verlassen sich andere Ärzte lieber gleich auf die Angaben der Patienten. Liefern die allerdings nicht von selbst die gewünschte Information, muß der Arzt manchmal mit moralischem Druck nachhelfen.

[214] Die ÄrztInnen A, R, U, L, K, O und M.

> "[...] Ich sage ihnen (den Hiv/Aids-Patienten, Anmerkung EB) ´ich weiß nicht, zu welcher Gruppe du gehörst und es interessiert mich auch nicht...wenn du es angemessen findest, es mir zu sagen, dann sag es mir, wenn du es mir sagen oder nicht sagen willst, dann tue es so, wie du es für richtig hälst´. Normalerweise sagen sie es mir dann in diesem Moment, weil ich so mit ihnen rede...aber nach einiger Zeit, wenn sie es mir nicht sagen, dann sagen sie es mir später [...] Aber am Anfang frage ich sie nicht, so wie das viele Leute tun ´Du bist homosexuell?´ Das frage ich sie nicht. Denn wenn du sie das gleich am Anfang fragst... dann vertrauen sie dir nicht mehr. Ich tue das nicht, jedenfalls nicht in der ersten Sprechstunde [...] Aber natürlich will ich das immer wissen. Mich interessiert es wegen der Statistik...aus statistischer Perspektive. Ich muß die Zahlen immer dem Gesundheitsministerium melden [...] Letztendlich sagen sie es mir immer!" (betont stolz) (Dr. R).

Dieser Arzt agiert auf den ersten Blick im Zeichen des Vertrauenstransfers, indem er den Patienten vermeintlich die Entscheidung hinsichtlich der Preisgabe ihrer sexuellen Identität überläßt. Er bemüht sich auch sehr eindringlich, ihnen diese "Freiwilligkeit" zu suggerieren, um ihnen darüber Vertrauen einzuflößen. Aber dieses scheinbare Zugeständnis an die autonome Gestaltung ihrer Informationspolitik entpuppt sich bei genauerem Hinsehen als strategische Berechnung, mit der er die Patienten moralisch zur Offenbarung ihrer sexuellen Orientierung nötigt. Letztendlich will und muß er das in Erfahrung bringen, denn er *"muß die Zahlen immer dem Gesundheitsministerium melden"*. Auch seine Einlassung *"normalerweise sagen sie es mir dann, weil ich so mit ihnen rede"* bekräftigt die Annahme, daß er seine Handlungs- und Interaktionsstrategie auf der Grundlage der Kontrollmetapher konstituiert, die er aber im Gewand einer Vertrauens-Rhetorik kommuniziert [215]. In dieser "Tarnung" nähert er sich den Patienten, denn er weiß *"wenn du sie das gleich am Anfang fragst, dann vertrauen sie dir nicht mehr"*. Stolz verweist er auf seine Erfolgsbilanz, die er mit der konsequenten Anwendung seiner Strategie bereits erzielt hat: *"Letztendlich sagen sie es mir immer"*. Das Moment der moralischen Nötigung ergibt sich aus der vermeintlichen - und anscheinend in Venezuela unüblichen - Vertrauensvorleistung des Arztes (*"am Anfang frage ich sie nicht, so wie das viele Leute tun ´Du bist homosexuell?´"*), die darin besteht, dem Patienten demonstrativ die Entscheidung über seine Informationspolitik zu überlassen; allerdings gerät der eben gerade dadurch in Zugzwang, nun seinerseits eine Vertrauensgeste zu erbringen, um die vermeintliche Reziprozität zwischen beiden wieder herzustellen. Die Strategie des Arztes setzt ihn moralisch unter Druck, so daß er ihm die gewünschte Information in den meisten Fällen "freiwillig" gibt.

Überdies findet in dieser Erzählpassage eine enge Verflechtung von Mikro- und Makrokontrolle statt. Sicherlich ist es besonders ungünstig, daß der Arzt seinerseits vom Gesundheitsministerium dazu angehalten wird, seine Patienten hinsichtlich ihrer sexuellen Orientierung auszuhorchen; denn letztendlich gerät er selber auf diese Weise in professionelle Loyalitätskonflikte, die ihn

[215] Für diesen Arzt ist die beschriebene Handlungsstrategie sehr charakteristisch; der Erzählstrang über diese für ihn typische Vorgehensweise in der Interaktion mit Patienten zieht sich quer durch das gesamte Interview.

dazu bringen, derart widersprüchlich mit seinen Patienten umzugehen. In diese professionelle Kontrollfunktion aufgrund institutioneller Rahmungen geraten auch andere Ärzte.

> "[...] Bei uns im Militärhospital wurde der Hiv-Test standardisiert...und auch in allen anderen Militäreinrichtungen ist das so. Der wird bei allen Personen gemacht, die ins Militär eintreten oder heiraten wollen [...] Jede Person...also jeder Militärangehörige, der heiraten will, der muß bei uns im Militärhospital den Hiv-Test machen lassen...sowohl er als auch die zukünftige Ehefrau [...]" (Doctora H).

In diesem Fall ist die Kontrollfunktion der Ärztin aufgrund ihrer Einbindung in die Institution Militär noch viel deutlicher als im Beispiel davor. Sie ist sogar so offensichtlich und unbestritten, daß die Ärztin gar nicht erst eine Vertrauens-Rhetorik bemühen muß, um dies zu verbergen. Vielmehr sind Kontrolle und Disziplinierung in diesem spezifischen medizinischen Setting ein konstitutiver Bestandteil der Arzt-Patient-Begegnung, die sich überdies auf dessen näheres soziales Umfeld und auf seine Familie, beispielsweise auf *"die zukünftige Ehefrau"* erstreckt.

Simultan zur institutionellen Kontrolle, der die Patienten (und Ärzte) in Venezuela ausgesetzt sind, findet eine ärztliche Disziplinierung ihrer Hiv/Aids-Patienten über deren Sexualität statt. Als drastischste Interventions-Strategie im Zeichen der Kontroll- und Disziplinarmetapher beeinflussen manche Ärzte ihre Patienten sogar, ihre Sexualität ganz aufzugeben.

> "Bueno, anfangs lehnen sie (die Patienten, EB) die Krankheit immer ab, aber später verstehen sie sie besser. Man muß die Patienten informieren und erziehen....man muß das im Griff haben. [...] Die meisten meiner Patienten haben ihre Sexualität aufgegeben" (Dr.S).

EB: "Wie erklären Sie sich denn diese Entscheidung, sexuell enthaltsam zu leben?"

> "Bueno, solange sie nicht wissen, daß sie infiziert sind, leben sie normal weiter, leben ihre sexuelle Aktivität. Aber wenn sie wissen, daß sie die Infektion haben und daß dies tödlich ist...weil ich ihnen immer sage, daß es dafür keine Heilmöglichkeit gibt und daß sie andere anstecken können, daß das geradezu gefährlich ist, unverantwortlich ....ich versuche immer, sie in diesem Sinn zu motivieren, dann führt das zu sexueller Abstinenz. [...] Ja, ich habe das beobachtet, daß sie das zwar einiges an Überwindung kostet, sich darüber....und über ihre Kontakte klar zu werden, aber ich weise sie immer darauf hin." (Dr.S).

Die Arzt-Patient-Begegnung, die sich im Zeichen der Kontroll- und Disziplinarmetapher ereignet, ist hier eine, in der der Patient vom Arzt zur Regression in die Kindrolle gedrängt und dort "zu seinem eigenen Besten" festgehalten und bevormundet wird. Bei einem solchen Patientenbild ist es schlüssig, daß der Arzt eine väterlich bevormundende Führungsrolle übernimmt und *"die Patienten informieren und erziehen muß"*. Zudem muß er den Patienten *"im Griff haben"*, damit der nicht in *"unverantwortlicher"* Weise *"andere ansteckt"*. Dies wird nach der Logik des Arztes am besten dadurch vermieden, daß der Patient fortan *"abstinent"* lebt. Auch in dieser Erzählpassage wird der Patient vom Arzt genötigt, diesmal zur Unterlassung sexueller Betätigungen. Der Arzt wirkt im Behandlungsverlauf normativ manipulierend auf die Patienten

ein, indem er ihnen in paternalistischer Manier ihre Sexualität verbietet bzw. *"versucht, sie in diesem Sinne zu motivieren"*.

Zwar berichten mehrere Ärzte von der Entscheidung ihrer Hiv/Aids-Patienten, fortan - also mit der Mitteilung des positiven Hiv-Status - ihre sexuellen Aktivitäten einzustellen. Auch viele meiner Gesprächpartner, die mit Hiv angesteckt sind, sagten mir dies in den Interviews - meist ohne daß ich sie danach gefragt habe. Das häufigste Erklärungsmuster dafür war der Verweis darauf, sie könnten es nicht verantworten, jemand anderes anzustecken. Einige sagten auch, *"ich habe mich über den Sex angesteckt, deswegen habe ich darauf jetzt keine Lust mehr"* (Betroffener W) oder gar *"es ekelt mich davor"* (Betroffener G).

Einige Ärzte erklären sich dieses Verhalten zumeist auf der Grundlage des naturwissenschaftlichen Paradigmas [216]. Es ist allerdings realistischer, daß die Patienten in der Behauptung ihrer Abstinenz bereits die Reaktion der Ärzte antizipieren und über ihre sexuellen Aktivitäten eine Auskunft im Sinne sozialer Erwünschtheit geben. Dafür spräche zudem, daß viele der von mir interviewten Hiv-Betroffenen sich schuldig fühlen oder sich schämen, sich mit einer Krankheit angesteckt zu haben, die als homosexuelle Geschlechtskrankheit konnotiert ist und in Venezuela als Ausdruck sexueller Ausschweifung und Perversion gilt. Mit der Behauptung der *"sexuellen Abstinenz"* können sie zumindest nach der Infektion mit Hiv ihr soziales Wohlverhalten unter Beweis stellen als jemand, der eine moralische Verfehlung wiedergutmacht und auf den "rechten Weg" zurückgefunden hat.

Daraus wird ersichtlich, daß auch aus der Patientenperspektive der Arzt zunächst mal jemand ist, der eine soziale Kontroll- und Disziplinierungsfunktion ausübt.

> "Viele Aids-Patienten haben sogar Angst davor, von den Ärzten abgelehnt zu werden, weil sie fürchten, daß die Ärzte sie auch über ihr Privatleben ausfragen...und darüber urteilen könnten." (Doctora F).

Aufgrund der Gefahr, *"ausgefragt"* oder verurteilt zu werden, stellt das ärztliche Behandlungzimmer für viele Hiv/Aids-Patienten eine soziale Bühne dar, deren Inanspruchnahme ihnen eine reife darstellerische Leistung zum Beweis ihrer moralischen "Läuterung" abverlangt.

---

[216] Eine Ärztin erklärt die sexuelle Abstinenz der Patienten bzw. deren Angabe, sie würden abstinent leben, durch eine hormonell bedingte Verringerung der Libido, die durch die Hiv/Aids-Erkrankung ausgelöst würde.

EB "Reden die Patienten mit Ihnen über ihre Sexualität?"

Dra.U: "Wenige tun das. Die Mehrheit der Patienten, die sagen, daß sie ihr Sexualleben aufgegeben haben. Und aus endokrinologischer Sicht ist es auch so, daß es zu einer Verringerung des Testesterons kommt, also der männlichen Hormone....bei einigen kann das sogar zu einer Verringerung der Libido insgesamt führen. Das sagen sie auch....in diesen Worten aber nicht...daß sie keine Lust mehr haben und es daher aufgegeben haben, sexuelle Beziehungen zu haben. Ob das nun stimmt...keine Ahnung...aber so ist die Antwort".

> "Einige der Patienten verändern ihr Leben von Grund auf, kümmern sich mehr um die spirituelle Seite, das Materielle verliert an Bedeutung. Die meisten haben keine sexuellen Beziehungen mehr, obwohl es auch welche gibt, die eine andere Einstellung dazu haben können. Aber die meisten haben keine sexuellen Beziehungen. Das ist wie eine Kastration...eine mentale Amputation der Genitalien [...]" (Dr. C).

Die *"mentale Amputation der Genitalien"*, die der Arzt bei seinen Patienten beobachtet hat, steht in direktem Zusammenhang mit der *"spirituellen Seite"*, um die sich die Patienten nach Bekanntwerden ihrer Infektion vermehrt *"kümmern"* bzw. nach Auffassung dieses Arztes kümmern sollen [217]. Die Sublimierung (oder Selbstbestrafung?) ihrer sexuellen Aktivitäten durch Spiritualität stellt eine der wichtigsten Coping-Strategien der Hiv/Aids-Betroffenen in Venezuela dar; zudem wird diese Entscheidung auch von den Ärzten mitgetragen, die ihrerseits auf Religion und Spiritualität als Bewältigungsressource rekurrieren [218].

3.7 "Der Arzt steht über allem!": Die Autoritätsmetapher

Als eine der berufskonstituierenden Habitus-Komponenten ist bereits eingangs auf die ärztliche Autorität hingewiesen worden [219]; ihr Gültigkeitsanspruch ist über eine generelle, institutionalisierte *"kulturelle Autorität"* (Starr 1982: 13) [220] abgesichert und garantiert aufgrund der gesellschaftlich zuerkannten Definitionsmacht über Gesundheit und Krankheit einen quasi uneingeschränkten Einflußbereich der medizinischen Profession in diesen Forschungs- und Praxisfeldern. Dies gilt auch für Venezuela.

In der Arzt-Patient-Interaktion konstituiert sich die ärztliche Autorität über zwei sehr effektive Durchsetzungspotentiale, die den Gehorsam bzw. eine "Compliance" der Patienten erzwingen oder diese zumindest strukturell begünstigen: *Legitimität und Abhängigkeit* (Starr 1982: 9). Aus

---

[217] Der dominante Erzählstrang dieses Arztes handelt von Religion und Spiritualität. Die Relevanz seiner religiösen Überzeugung versucht er auch an die Patienten zu vermitteln.

[218] Vgl. Kapitel IV.4 – Paradoxien ärztlichen Handelns

[219] Vgl. Kapitel I - Der ärztliche Habitus

[220] Darunter verstehe ich mit Starr (1982) eine weit über soziale Autorität hinausgehende Absicherung und Anerkennung der professionellen medizinischen Autorität. Starr leitet "soziale Autorität" aus dem Weber´schen Herrschaftsbegriff ab – danach kann der mit sozialer Autorität ausgestattete Akteur durch Befehle herrschen und soziale Handlungen in konkreten gesellschaftlichen Settings kontrollieren.
"Authority, in its classical sense, signifies the possession of some status, quality or claim that compels trust or obedience. Authority signifies a potential to use force or persuasion, though paradoxically authority ends when either of these is openly employed. The use of force, as Hannah Arendt observes, signifies the failure of authority. [...] Where arguments are used, authority is left in abeyance" (ebd: 9).
"Kulturelle Autorität" unterlegt er hingegen mit der Bedeutung, diese sei an eine prinzipielle kulturell anerkannte *Definitionsmacht* gebunden.
"Social and cultural authority differ in several basic ways. Social authority involves the control of action through the giving of comands, while cultural authority entails the construction of reality through definitions of fact and value" (Starr 1982: 13).

Patientensicht bedeutet, die *Legitimität* der ärztlichen Autorität [221] anzuerkennen, die sich aus dem ärztlichen ”Wissen” herleitet, auf ein persönliches Urteil zu verzichten zugunsten einer Selbstüberantwortung an die professionelle ärztliche Autorität. Überdies wird die Macht dieser Autorität genährt durch die besondere *Abhängigkeit*, in der sich beispielsweise gerade Hiv/Aids-Patienten aufgrund des insgesamt unsicheren medizinischen Behandlungsprogramms bei dieser Krankheit befinden. Die strukturelle Abhängigkeit des Patienten vom Arzt im Rahmen *nicht freiwilliger* Begegnungen ist zudem institutionalisiert: In Venezuela und vielen anderen (modernen) Staaten sind Ärzte und andere Health Professionals häufig *”gatekeeper into and out of various institutions”* (ebd: 11). Sie stehen zwischen den Menschen, die ihren Anspruch auf (finanzielle) Unterstützung durch ärztliche Gutachten absichern oder sich ihre Arbeitsunfähigkeit attestieren lassen müssen und den Interessen derjenigen Institutionen, die die Kosten dafür übernehmen. Zumeist sind es Ärzte, die darüber bestimmen und zertifizieren, ob jemand vorzeitig in Rente geht und vom Schulbesuch oder Militärdienst ausgenommen wird.

Vor dem Hintergrund, daß es sich bei der ärztlichen Autorität um etwas historisch Gewordenes handelt, das die Ärzte sich im letzten Jahrhundert erst in Abgrenzung zu Laienheilern hart erkämpfen mußten [222] und in Venezuela immer noch müssen, scheint es für die Mediziner geradezu identitätsbedrohend zu sein, von diesem eroberten Terrain wieder etwas aufzugeben oder auch nur partielle Bereiche davon abzutreten. Es wird sogar, im Gegenteil, ein gewohnheitsmäßiger Anspruch darauf erhoben und vehement gegen tatsächliche oder vermeintliche Angriffe von außen verteidigt. Dies verweist möglicherweise darauf, daß die über gesellschaftliche Definitionsmacht abgesicherte kulturelle Autorität nicht so souverän ist wie man aufgrund der sozialen Stellung und des sozialen Prestiges, die der Ärztestand in Venezuela genießt, annehmen sollte. Gefahrenpotentiale für die ärztliche Autorität leiten die Mediziner vor allem ab aus: a) medizinischen Heilweisen, die nicht auf dem naturwissenschaftlichen Paradigma aufbauen, die aber zur Biomedizin alternative Behandlungsweisen offerieren und so für die Ärzte eine Konkurrenz darstellen b) "zu selbstständigen" Patienten, die sich eigenständig medizinisches Wissen aneignen und /oder Mitbestimmung sowohl in der Arzt-Patient-Interaktion als auch im Behandlungsprogramm einfordern sowie c) "ungehorsamen" Patienten, die die Behandlungsanordnungen des Arztes nicht befolgen.

---

[221] Ich bin mir darüber im Klaren, daß Autorität auch positiv konnotiert sein kann – beispielsweise im Sinne einer imponierenden Persönlichkeit oder wenn die ärztliche Autorität als kulturelles, soziales und symbolisches Kapital für gesellschaftliche Meinungs- und Wandlungsprozesse eingesetzt wird (Beispiel Mitscherlich); weil sich diese Kategorie nicht aus meinen Daten ergeben hat – die InterviewpartnerInnen thematisieren dies nicht –, ist dieser Autoritäts-Aspekt nicht Gegenstand meiner Untersuchung.

[222] Vgl. Kapitel II.1 - Der ärztliche Habitus, Vom Gelehrten zum professionellen Experten.

In all diesen genannten Fällen erfolgt seitens der venezolanischen Mediziner [223] - zumeist unter Verweis auf die ärztliche Kompetenz - eine Disziplinierung, moralische Zurechtweisung oder gar charakterliche Abwertung und lächerlich machen der Patienten, die sich erkühnen, der ärztlichen Autorität zuwiderzuhandeln. Das ganze Gewicht Letzterer wird vor allem dann argumentativ ins Feld geführt, wenn sich bei der Behandlung von (Hiv/Aids-)Patienten Konkurrenz in Gestalt von nicht wissenschaftlich ausgebildeten medikalen Anbietern - den sog. *"Kurpfuschern"* [224] - ankündigt, die aus Medizinersicht das ärztliche Behandlungsmonopol zu untergraben drohen.

> "[...] Es gibt Gerüchte, Erzählungen...daß in China, in Thailand ein Impfstoff gefunden wurde....daß einer in Japan entdeckt worden ist....das sind alles Behauptungen von Betrügern und Kurpfuschern, die es in allen Ländern der Welt gibt, die leben auf Kosten der Patienten. Hier erleben wir das täglich... Peruaner, Equatorianer, Kolumbianer....Pseudoärzte, die Haifischflossenextrakt verschreiben oder Kaffebohnenkonzentrat, Katzenpfote (Unia de gato = Heilpflanze, EB).....diesen Kram eben...und betrügen die Muchachos für einen sehr hohen Preis. Die Behandlung, die ich anbiete....ich nehme dafür 3.000 Bolivares monatlich...für die Konsultation. Es gibt welche, die ihnen dafür 15.000 monatlich abknöpfen [...] Natürlich sind sie besonders motiviert, Lösungen zu suchen, das ist ja klar...aber es gibt in dem Bereich so viele Kurpfuscher und Betrüger. [...] Und leider machen die Regierungen gar nichts dagegen. Hier gibt es viele, die noch nicht mal Ärzte sind...Venezolaner....obwohl die oft behaupten, im Ausland seien sie es geworden...das sind Räuber (sehr betont)...und dann kommen noch die peruanischen, equatorianischen Kurpfuscher oder manchmal auch Ärzte hinzu...die kommen hier einfach her und eröffnen eine Praxis und keiner kontrolliert sie. Die geben den Patienten Wasser, das sie angeblich vom Heiligen Geist oder von Buddha bekommen haben" (beide lachen) (Dr. A).

Dieser Arzt verknüpft mit dem Vorwurf der *"betrügerischen Kurpfuscherei"*, derer er die anderen *"Pseudoärzte"* bezichtigt, zugleich noch andere Normverstöße, die die heilerische Betätigung seiner Konkurrenten gleich in mehrfacher Hinsicht als unseriös diskreditieren: Zunächst haben sie den Patienten nicht wirklich etwas anzubieten außer ihnen *"Kaffeebohnenextrakt"* bzw. *"Wasser"* zu geben, das sie *"vom Heiligen Geist oder von Buddha bekommen haben"*. Zudem handelt es sich bei den *"Kurpfuschern und Betrügern"* oder manchmal sogar *"Ärzten"* um Ausländer - *"Peruaner, Equatorianer, Kolumbianer"* -, die sich illegalerweise im Lande aufhalten, wogegen *"die Regierungen"* aber *"leider nichts machen"*. Doch nicht genug damit, obendrein *"betrügen sie die Muchachos"* auch noch finanziell und *"knöpfen"* ihnen für ihre untauglichen Behandlungen zuviel Geld ab, während er in seiner Honorargestaltung auf ein faires Preis-Leistungs-Verhältnis achtet. Die unseriöse Handlungsweise dieser *"Räuber"* beschränkt sich also nicht nur auf unwirksame Heilanwendungen, mit denen die Muchachos "betrogen" werden und für die sie einen überhöhten Preis entrichten müssen, darüber hinaus ist bereits die Zulassung und Ausübung der Heilkunde

[223] Tatsächlich handelt es sich bei den Ärzten, die ihre interaktiven Handlungsprogramme im Zeichen der Autoritätsmetapher organisieren, vor allem um *männliche* Ärzte. Diesen Gedanken werde ich in der Zusammenfassung bzw. im Fazit zu IV. 3 aufgreifen.

[224] Thematisiert von den Ärzten Dr.A, K, R, S, T und W.

aufgrund eines als unklar unterstellten Aufenthaltsrechts der konkurrierenden medikalen Anbieter anrüchig. Damit werden sie in dreifacher Hinsicht vom Arzt als "Betrüger" konstruiert, die illegitimerweise in sein ”Revier”, das (Be-)Handlungsmonopol der Mediziner, eindringen.

Hauptsächlich aber wird die Entwertung konkurrierender medikaler Heilverfahren unter Verweis auf die wissenschaftlich begründete epistemische Autorität des Arztes mit einer am wissenschaftlichen Reduktionismus orientierten Rhetorik legitimiert.

"[...] wenn die Alternativmedizin eine wissenschaftliche Alternative wäre, dann würde ich sie ausprobieren....und überhaupt, diese Sache mit der Katzenpfote (Heilpflanze aus Peru, EB) oder der Haifischflosse, das wurde alles wissenschaftlich überprüft. Ich war im Institut Pasteur und wissenschaftlich ist das überhaupt nichts wert. Da ist nichts drin. Und es gibt keine Möglichkeit, zu beweisen, daß das überhaupt zu irgend etwas gut ist [...]. Ich glaube an die allopathische Medizin. Ich erinnere mich, jemand hat mir mal erzählt...Im Käse Gruyere soll Penicillin enthalten sein, also eine Substanz, die dem Penicillin ähnlich ist...na gut, aber um eine Ampulle Penicillin zu erhalten, müßte man eine Tonne Käse Gruyere essen. Das kann man aber nicht jedesmal machen, wenn man davon nur eine Dosis braucht [...] das reicht nicht, wenn du ein kleines Blättchen davon ißt, dann erhälst du nicht die ausreichende Konzentration. Das ist meine Begründung [...]" (Dr. T).

Letzte Zweifel hinsichtlich einer etwaigen Tauglichkeit alternativer Heilverfahren, insbesondere der Phythotherapie [225], werden beseitigt mit dem Hinweis *"das ist nichts wert, da ist nichts drin"*, einer Behauptung, für deren Beweisführung er sich argumentative Rückendeckung aus dem renommierten *"Institut Pasteur"* in Paris holt [226]. Mit dem Beispiel vom *"Käse Gruyere"*, an dem er die Untauglichkeit einer nicht an der *"allopathischen Medizin"* ausgerichteten Heilkunde herausarbeitet, macht er sie zugleich lächerlich. Ihre Wirkweise karikiert der Arzt durch die Gegenüberstellung absurder Mengenangaben - ein *"kleines Blättchen"* versus *"eine Tonne"* vom Käse Gruyere - die eine *"ausreichende Konzentration"* des *"Penicillins"* gewährleisten sollen.

Behandlungsweisen, deren Wirkzusammenhänge sich außerhalb des naturwissenschatflichen Paradigmas bewegen, werden demnach aus ärztlicher Perspektive entwertet, lächerlich gemacht und als unseriös diskreditiert. Da eine Akzeptenz anderer Heilkonzepte eine unliebsame Konkurrenz für den Arzt darstellt, führt er seine wissenschaftlich begründete epistemische Autorität ein, für deren rhetorische Verstärkung er zur Not auch das prestigesteigernde Gewicht renommierter medizinischer Institutionen wie dem ”Institut Pasteur” in Anspruch nimmt. Indem er sich in diese erhöhte Position begibt, macht er sich nicht nur selber unangreifbar, sondern kann umso besser Urteile fällen, deren Zumessung von Wert oder Unwert auf dem

[225] Pflanzenheilkunde, EB

[226] Mir ist bei der Durchsicht meines Interviewmaterials aufgefallen, daß fast alle meine *männlichen* Ärzte vorgeben, im Institut Pasteur ein- und auszugehen. Das Institut Pasteur, in dem sich zudem die Entdeckung des Hi-Virus ereignet hat, ist eine international mit hohem wissenschaftlichen Prestige ausgestattete Forschungsinstitution, an deren Reputation die Ärzte partizipieren, wenn sie sich in einen engen Beziehungszusammenhang damit bringen.

naturwissenschaftlichen Reduktionismus basieren. In der Inanspruchnahme bzw. dem Pochen auf der ärztlichen Autorität nimmt demzufolge eine Distinktionsstrategie Gestalt an, mit der Ärzte in Venezuela lästige Konkurrenz auf dem Gebiet der Heilkunde fernzuhalten bemüht sind.

Das Gleiche gilt für den ärztlichen Umgang mit "zu selbstständigen" Patienten. Auch diese stellen eine Bedrohung für die medizinische Autorität dar, die sich über eine hierarchische und asymmetrische Beziehungsstruktur zwischen Arzt und Patient konstituiert. Die bereits zuvor analysierten ärztlichen Distinktionsstrategien wie Entwertung, Disziplinierung, Diskreditierung und lächerlich machen gegenüber "Kurpfuschern" finden daher auch bei Patienten Anwendung, die ihre Handlungs- und Entscheidungsautonomie gewahrt wissen wollen. Eine Umsetzung dieses im Grunde legitimen Ansinnens würde bereits die asymmetrische Beziehungs- und Interaktionsstruktur in eine symmetrische verschieben und damit die ärztliche Autorität untergraben, was beispielsweise in der scharfen Verurteilung etwaiger eigenständiger Ernährungsgewohnheiten der Patienten zum Ausdruck kommt.

> "Eine andere, ganz typische Sache der Patienten ist ´Iß kein Fleisch!´ Das ist Blödsinn, wie willst du denn genügend Proteine bekommen, wenn du kein Fleisch ißt? Die machen völlig absurde Diäten [...] Wissenschaftlich gesehen....ein vegetarischer Patient, der hat keine Muskeln. Das habe ich beobachtet...wissenschaftlich beobachtet. Wenn ich einen vegetarischen Patienten operieren soll....frage ich mich immer: Wie soll *das* (betont) bloß gehen?" (Dr.O).

Nicht nur wird die Entscheidungsautonomie der Patienten negiert und als *"Blödsinn"* und *"absurd"* diskreditiert; zugleich suggeriert der Arzt, daß sie im Hinblick auf etwaige spätere medizinisch notwendige Interventionen (lebens-)gefährlich sei, da *"vegetarische Patienten"* aufgrund mangelnder Muskelbildung angeblich nicht operabel seien. Diese kühne Behauptung des Arztes - die noch nicht einmal innerhalb der wissenschaftlichen Medizin haltbar ist - bekräftigt er aber eben damit, sie sei *"wissenschaftlich"* und er selber habe diesen Zusammenhang *"wissenschaftlich beobachtet"*. Dies kann nichts anderes heißen, als daß der Arzt zur Durchsetzung seiner Autorität in der Interaktion mit den Patienten deren eigenständige Ernährungs- und Handlungsweisen zu unterbinden versucht. Wenn das nicht möglich ist, geht er sogar so weit, daß er ihnen implizit mit der Verweigerung etwaiger später notwendig werdender ärztlicher Behandlungen droht, die angeblich auf der Grundlage einer vom Patienten selbstbestimmten, in diesem Fall vegetarischen Ernährung, nicht durchführbar sind. Auffällig an dieser recht fragwürdigen Handlungsweise ist, daß selbst eine wissenschaftlich *nicht* haltbare Anweisung des Arztes als wissenschaftlich fundiert ausgegeben wird, wenn es darum geht, die ärztliche Autorität gegenüber der Klientel durchzusetzen und diese zu disziplinieren.

Ein ähnlicher Konflikt bahnt sich an, wenn die Patienten noch zusätzliche Behandlungsangebote außerhalb der ärztlichen Praxis in Anspruch nehmen.

> "Ich bin Allopath, hundertprozentig. Meinen Patienten, denen sage ich ´du willst diese ganzen Wässerchen einnehmen, die man dir gibt? Okay, dann trink sie doch! Wenn du daran glaubst, gut so´. Aber ich glaube daran nicht. Ich sage denen, ´du nimmst das, was du willst´...so sage ich ihnen das. ´Du kannst zum Homöopathen gehen, zu einem Zauberheiler´ ich mische mich da nicht ein´.....die Homöopathen sind für mich dasselbe wie die brujos (Zauberheiler/Hexer, EB). ´Da ist aber überhaupt keine Gefahr mit verbunden. Solange du nur meine Medizin einnimmst, kannst du gehen, wohin du willst´". (Dr. G).

Der *"hundertprozentige Allopath"* kann es zwar nicht verhindern, daß seine Patienten "Doktor-Shopping" betreiben und parallel zur ärztlichen Sprechstunde auch noch *"Homöpathen"* aufsuchen; er muß es widerstrebend hinnehmen, daß sie außer seinem allopathischen Behandlungsangebot *"Wässerchen einnehmen"*. Aber weil er an deren Wirkkraft ohnehin *"nicht glaubt"*, schaden diese Heilmittel auch nicht; Hauptsache, die ärztlichen Behandlungsanweisungen werden vom Patienten *vorrangig* befolgt. Zwar wirkt hier die ärztliche Autorität nicht ausgeprägt souverän, denn der Arzt muß seine Vorrangstellung und Autorität gegenüber den konkurrierenden medikalen Anbietern erst mit dem Patienten aushandeln; sie wird ihm offensichtlich nicht unbestritten zugespochen. Letztendlich aber setzt er das auf der ärztlichen Autorität basierende asymmetrische Beziehungsmuster durch, indem er Gehorsam gegenüber seinen Anweisungen und die Anerkennung seiner Vormachtstellung in der Hierarchie der Behandler einfordert. Es kommt hierüber sogar zu einem impliziten Vertragsabschluß, in dem der Arzt dem Patienten die Erlaubnis erteilt, zu *"gehen, wohin er will"*; dafür verpflichtet sich dieser zum Gehorsam und zur Befolgung der ärztlichen Behandlungsanweisungen (*"solange du nur meine Medizin nimmst").*

Einschränkend für die Entfaltung ärztlich-epistemischer Autorität wirkt es sich überdies aus, wenn die Patienten eigenständig "zuviel" medizinisches Wissen akkumulieren und - basierend auf diesen Kenntnissen - das Behandlungsprogramm mitgestalten wollen.

EB "Einige der Hiv/ Aids-Patienten wissen ja auch schon viel über ihre Krankheit, nicht?"

> "Ja, [...] die lesen ganz viel darüber und ich glaube, das ist nur schädlich ....das taugt nichts, ist schlecht....über Dinge zu lesen, die sie nicht verstehen...weil, also die fangen dann an, das zu somatisieren, was sie gerade gelesen haben....und fühlen Dinge, die gar nicht da sind....*das geht soweit, daß sie sich einbilden, sie wüßten mehr als der Arzt*....und erfinden sogar was, weil sie annehmen, alles, was sie lesen, stimmt und entspricht der Wahrheit. [...] Das ist ja das Problem...die lesen Sachen....die müßten erstmal das verstehen, was sie lesen, weil das ja nicht so einfach ist, wissenschaftliche Sachen zu lesen. Da liest du Sachen in der Zeitung, die sind völlig verzerrt, manipuliert, weil die ja auch kein Wissenschaftler geschrieben hat...und wenn sie wissenschaftliche Dinge lesen, dann ist das umso schlimmer, weil sie die ja erst recht nicht verstehen. So ernst nehmen sie das dann, verstehen es aber nicht und bilden sich darüber ein falsches Bild. Gestern hat mir ein Patient ein Fax geschickt mit einer Anzeige eines Produktes von Merck...die erschien vorgestern, am 17. Juni erschien die zum ersten Mal...ja, und gestern hat dieser Patient sie mir zugefaxt und wollte, daß ich ihm dieses Medikament bestelle... Unglaublich!...bis zu den entlegensten Laboratorien verfolgen die das...auch wenn die

> Medikamente noch im experimentellen Stadium sind...dann sind die da schon hinterher und aus Unwissenheit entstehen daraus die größten Probleme." (regt sich sehr auf und ist rot vor Ärger) (Dr.K).

Patienten, die sich eigenständig "zuviel" Wissen aneignen, stellen die ärztliche Autorität dadurch in Abrede, daß sie mit ihrem erworbenen, angelesenen Wissen in Konkurrenz treten zur epistemischen Autorität des Arztes und *"sich einbilden, sie wüßten mehr als der Arzt"*. Sie wollen mitreden und kümmern sich in Eigeninitiative - *"bis zu den entlegensten Laboratorien verfolgen die das"* - um medikamentöse Lösungsmöglichkeiten. Dadurch sieht sich der Arzt in der Geltendmachung seiner dominanten Position in der Arzt-Patient-Beziehung elementar bedroht. Um sie zu verteidigen, klassifiziert er die Versuche seiner Klientel, Ansätze autonomer Eigenkompetenz zu entwickeln, als *"Unwissenheit"* und *"schädlich"* ab; in der Lesart des Arztes befähigt einzig ein wissenschaftliches (Medizin-)Studium dazu, die komplexen Zusammenhänge im Krankheitsgeschehen bei Hiv/ Aids zu verstehen und bei der Erwägung von Therapiemöglichkeiten mitzureden. Da die Patienten diese Voraussetzungen zumeist nicht erfüllen, werden sie vom Arzt insgesamt als unreife und leichtgläubige "Kinder" konstruiert, die alles *"somatisieren, was sie gerade gelesen haben"*; in seiner Rhetorik gibt er vor, sie davor bewahren zu wollen. Zur Festschreibung seiner dominanten Position im Beziehungsgefüge der Arzt-Patient-Beziehung greift er auf paternalistisch-bevormundende Handlungsstrategien zurück: Zu ihrem "eigenen Besten" sollen die Patienten es unterlassen, sich Kenntnisse anzueignen, die sie in die Lage versetzen könnten, berechtigten Anspruch darauf zu erheben, als kompetente Interaktionspartner im medizinischen Setting ernst genommen zu werden.

Weitere Konkurrenz für die ärztliche Autorität geht von Patienten aus, die sich als Langzeitüberlebende mit Hiv/ Aids diesen Erfolg aufgrund besonderer Kräfte oder einfach eines zähen Überlebenswillens selbst zuschreiben.

> "[...] Mit der Zeit entwickeln immer mehr Patienten, die schon länger überlebt haben, die Phantasie, daß sie die Krankheit überwunden oder besiegt haben und machen sich nicht klar, daß die Krankheit sich unterschiedlich entwickeln kann. Diejenigen, die Langzeitüberlebende sind, bilden sich ein, daß sie die mentale Kraft /geistige Macht dazu haben, damit richten die viel Schaden an...die sagen z.B. zu den Leuten ´sieh her, ich habe es geschafft, zu überleben´ und machen sich nicht klar, daß sie bald sterben...[...] Das mag ja sein, daß das eine große Hilfe und Unterstützung ist, ich glaube auch, daß es ganz wichtig ist, positiv zu denken...das hilft einem ganz viel und ist ein großer Gewinn beim Kämpfen im Leben, aber nur allein damit kann man das nicht heilen. Man braucht das, aber mehr noch braucht man die Hilfe der allopathischen Medizin, [...] die ärztliche Hilfe, die ist auch diejenige, die bewirkt, daß es einem besser geht [...] denn der Arzt steht über allem!" (Dr.Z).

In der Eigenzuschreibung mancher Patienten, sie seien aufgrund besonderer *"mentaler Kraft"* selber für ihr langes Überleben mit Hiv/Aids verantwortlich, liegt Konfliktstoff für das ärztliche Selbstverständnids. Einerseits korrespondiert diese Deutung der Patienten mit der ärztlichen, für den es ebenfalls wichtig ist, *"positiv zu denken"*; andererseits aber liegt darin die Gefahr für den

Arzt, daß der Patient sich als "zu unabhängig" vom Arzt imaginiert und deswegen der Inanspruchnahme ärztlicher Hilfe nicht mehr das dominante Gewicht im Krankheits- und Heilungsprozeß beimißt. Die Omnipotenz-Phantasien einiger Patienten, die die ärztliche Autorität zu unterminieren drohen, indem sie sich ihr Langzeitüberleben selbst zuschreiben, versucht er dadurch zu disziplinieren, indem er ihnen einen baldigen Tod ankündigt - *"die machen sich nicht klar, daß sie bald sterben"*. Davor aber kann sie nur der Arzt bewahren, denn *"die ärztliche Hilfe, die ist [...] diejenige, die bewirkt, daß es einem besser geht"*. Um einen deutlichen Schlußstrich unter derlei für den Arzt unerquickliche Debatten zu ziehen, beschwört er die tradierte Aura ärztlicher Autorität, die alle von ihm bereits erlittenen Anfechtungen überdauert: *"Der Arzt steht über allem!"*

Von dem ärztlichen Disziplinierungsmittel einer Todesandrohung machen noch einige andere Ärzte zur Durchsetzung ihrer Autorität Gebrauch.

> "[...] von Anfang an sage ich ihnen (den Patienten, EB), daß diese Krankheit nicht zu heilen ist, das das fortschreitet, daß ihre Überlebenschance auch davon abhängt, wie sie auf sich aufpassen, ob sie die verordneten Medikamente nehmen, daß sie alles machen, was man ihnen sagt." (Dr.S).

Dieser Arzt sichert seine Autorität in der Interaktion mit Patienten, indem er ihre *"Überlebenschance"* in einen direkten Zusammenhang mit ihrem Gehorsam gegenüber seinen Behandlungs- und Medikationsanweisungen bringt; nur wenn die Patienten *"alles machen, was man ihnen sagt"*, stellt er ihnen eine günstige Prognose. Indirekt verknüpft er mit der Nicht-Befolgung seiner Anweisungen die Androhung eines baldigen Todes, und dies gibt er den Patienten deutlich zu verstehen. Im Kontext einer Erkrankung wie Hiv/ Aids, die ohnehin als eine tödliche Krankheit gilt, ist diese Drohung auf jeden Fall ein wirkungsvolles Druckmittel, um die Disziplinierung der Patienten im ärztlichen Sinne durchzusetzen. Bei diesem Arzt fiel mir anläßlich einer anderen Gelegenheit ein gönnerhaft-paternalistischer Umgang mit seiner Klientel auf [227]; ich erinnere mich daran, daß er mich einem seiner Hiv/Aids-Patienten vorgestellt hat, indem er mich präsentierte als jemand, *"die über das Problem forscht, das du hast"*. Daraufhin wurde der Patient tiefrot, senkte den Kopf und nickte beschämt; er vermied jedweden weiteren Blickkontakt mit mir und saß schuldbewußt und kleinlaut auf seinem Stuhl, während der Arzt ihm jovial auf die Schulter klopfte. Zur Durchsetzung seiner ärztlichen Autorität im Interaktionssetting verfährt er nach dem Prinzip ”Belohnung” oder ”Bestrafung”: Während unterwürfig-gehorsame Patienten in den "Genuß" einer via Schulterklopfen verabreichten Jovialität kommen, werden ungehorsame Patienten unter impliziter Androhung eines frühen Todes diszipliniert.

[227] Ich hatte den Arzt in seinem Behandlungzimmer im Krankenhaus interviewt; im Anschluß daran begann seine ambulante Hiv/Aids-Sprechstunde, so daß ich den ersten Patienten, die kamen, vorgestellt wurde.

Ein Spezialfall in der Auseinandersetzung mit Patienten oder signifikanten Anderen um die Wahrung der ärztlichen Autorität ist der Umgang mit *prominenten* Hiv/Aids-Betroffenen. Besonders über einen Betroffenen - der in ganz Venezuela bekannt geworden ist, weil er als Einziger öffentlich über seine Erkrankung geredet und darüber mehrere Bücher geschrieben hat - äußern einige meiner ärztlichen Interviewpartner Unmut, da er "zu selbstbewußt" als Experte auftritt und ihnen in der Öffentlichkeit die Show stiehlt [228].

> "Ich kannte ihn nur oberflächlich, er war kein Patient von mir...mein Kontakt zu ihm war nicht besonders gut...es war nur so...ich wußte, wer er war und er wußte, wer ich war. Das war nämlich so...bei einer Gelegenheit sagte er zu mir, er werde Patienten zu mir schicken. Und da habe ich zu ihm gesagt: ´Du brauchst mir keine Patienten schicken, weil du kein Arzt bist. Diejenigen, die einem Patienten schicken, das sind Ärzte. Da erwiderte er: ´Ich werde dich einigen Patienten empfehlen, persönlich empfehlen.´ - ´Du brauchst mir keine Patienten zu empfehlen, diejenigen, die Patienten empfehlen, das sind die Ärzte.´ Der hat sich Sachen herausgenommen, die ihm überhaupt nicht zustanden [...]." (Dr. R).

Bei den *"Sachen"*, die sich de Santis *"herausgenommen hat"* und die ihm *"überhaupt nicht zustanden"* handelt es sich um dessen Angebot, seine Bekanntheitsvorteile in Caracas zugunsten des Arztes zu nutzen und ihm aus seinem Freundeskreis *"Patienten zu schicken"* bzw. den Arzt an andere Hiv/ Aids-Betroffene weiterzuempfehlen. Dieses Angebot empfindet der Arzt aber bereits als grenz- und kompetenzüberschreitende Anmaßung, die er zurückweist, indem er zweimal darauf beharrt, "persönliche Empfehlungen" oder "Patienten schicken" seien ausschließlich ärztliche Vorrechte. Wenn sich ein Hiv/ Aids-Betroffener - der immerhin für den Arzt ein potentieller Patient ist - anschickt, seinerseits andere Patienten zu schicken, wird dies als Angriff auf die ärztliche Autorität bzw. auf das ärztliche Handlungsmonopol gewertet. Die symbolische Geste von de Santis, mit der er den Anspruch auf den Status eines nichtärztlichen Experten anmeldet, wird daher entschieden zurückgewiesen.

Zugleich werden die Motive von de Santis, seinen positiven Infektionsstatus und sein tägliches Erleben damit öffentlich in Büchern zu verhandeln, einer vernichtenden Bewertung unterzogen. Ausgerechnet ein ärztlicher Interviewpartner, der es nach eigenen Angaben selber sehr genießt, auf (internationalen) Aids-Konferenzen aufzutreten, Preise und Auszeichnungen für seine medizinischen Forschungsarbeiten entgegenzunehmen und sich zudem darüber beklagt, daß er in den ersten Jahren von Aids öfter interviewt wurde als heutzutage, unterstellt de Santis Profilierungssucht.

> "Mir kommt das so vor, als ob er glaubte, er sei ein Kinostar. Ich glaube, der hat sich die Krankheit wie eine Fahne umgehängt, um sich damit abzuheben, um damit zu glänzen, um seine Persönlichkeit hervorzuheben. Ich glaube nicht, daß er die Bücher geschrieben hat, um damit irgend jemandem zu helfen. Er hat ein Buch geschrieben, um zu demonstrieren, daß er der erste

[228] Der Autor heißt de Santis und hat mehrere Bücher über die Geschichte seiner Erkrankung mit Hiv/Aids verfaßt. Er ist in Venezuela sehr bekannt, weil er es sich bisher als Einziger getraut hat, sich als Hiv-positiv zu outen. Zwischenzeitlich ist er verstorben.

Fall war, daß er der Einzige war, der sich getraut hat, dies öffentlich zu machen und natürlich, daß er der Einzige ist, der so lange überlebt hat und von Kaposi geheilt wurde. [...] Der hält sich doch für einen Sida- Star. Wir haben hier viele Patienten mit Kaposi, die davon geheilt werden. Also, mir kommt der so vor....das hat der als günstige Gelegenheit genutzt, um sich zu profilieren. Darum ist der überall hingefahren und aufgetreten, er wurde überall hin eingeladen...weil er der Einzige war, der es sich getraut hat zu sagen, daß er infiziert ist [...]." (Dr.Z).

Die Rivalität mit de Santis um öffentliche Auftritte und Bekanntheitswerte in der Diskussion über Aids in Venezuela kommt in der Art der ärztlichen Vorwürfe zum Ausdruck, de Santis wolle sich bloß *"profilieren"* und sich als *"Kinostar"* bzw. *"Sida-Star"* in Szene setzen. Überdies würde er nur deswegen Bücher schreiben, um *"seine Persönlichkeit hervorzuheben"*, wodurch die moralische Verwerflichkeit seines Tuns besonders herausgestellt wird. Legitim wären seine öffentlichen Verlautbarungen nur, wenn er sich - wie der Arzt - von selbstlosen und somit redlichen Handlungsmotiven leiten ließe, indem er zum Beispiel *"damit irgend jemandem helfen"* wolle [229].

Ein solcher Hiv/ Aids-Patient, der öffentlich als Experte seiner eigenen Erkrankung auftritt, wird in Venezuela als Bedrohung für das ärztliche Macht- und Autoritätsmonopol (auf Aids) wahrgenommen und ist noch posthum diskreditierenden Nachrufen seitens der Mediziner in Caracas ausgesetzt.

> "[...] Dieser Muchacho de Santis, der gerade gestorben ist...in seinen Büchern schreibt er immer, wie spirituell er ist und redet davon, er habe den Sex aufgegeben...und daß es ihm nur noch auf Gott und die Homöopathie ankomme....aber ich selber hatte im letzten Jahr drei Patienten, die sich bei ihm angesteckt haben." (Dr.A).

De facto wird de Santis in diesem Interviewausschnitt als Lügner dargestellt, der sich in seinen Veröffentlichungen unrechtmäßig mit dem prestigesteigernden Image einer rein spirituellen Lebensweise schmücke, während er zugleich in unverantwortlicher sexueller Promiskuität andere Menschen mit Hiv anstecke. Da mir selber ebenfalls sieben Hiv/ Aids-Betroffene im Interview vertraulich mitgeteilt haben, sie hätten sich bei de Santis angesteckt, muß dies nicht unbedingt den Tatsachen entsprechen; es ist eher anzunehmen, daß die Betroffenen am öffentlichen "Ruhm" von de Santis partizipieren wollen und ihn daher als Infektionsquelle angeben. Deutlich wird aber angesichts all dieser Anschuldigungen, daß das öffentliche Mitspracherecht Hiv/Aids-Betroffener in Venezuela von Seiten der Ärzte nicht so einfach hingenommen wird. Der Anspruch, als Experten ihrer Erkrankung aufzutreten, kollidiert mit dem tradierten ärztlichen Monopol auf die gesellschaftliche Verwaltung von Gesundheit und Krankheit. In seinem für venezolanische Verhältnisse ungewohnten Verhalten erhebt de Santis Anspruch auf dieses traditionell von den Medizinern kontrollierte Terrain. Aus diesem Grund wird er mit den schon bekannten ärztlichen Abwehr- und Distinktionsstrategien für diese "Grenzüberschreitung" sanktioniert: Entwertung,

[229] Vgl. dazu Kapitel IV 2.4 - Das altruistische Berufsideal.

Diskreditierung und lächerlich machen. Zugleich unterliegt dieser Funktionsmechanismus aber einem starken Thematisierungsverbot und wird maskiert als ein Geltendmachen legitmer, auf Expertenwissen beruhender ärztlicher Autorität.

Erwähnt werden soll auch, daß ich im Forschungsprozeß ebenfalls mit dem ärztlichen Monopol und Führungsanspruch (auf Hiv/ Aids) in Kollision geriet. Bei meiner Befragung von Hiv/Aids-Patienten, für die ich die Genehmigung des Klinikleiters im Universitätskrankenhaus benötigte, versuchte dieser, unter Verweis auf seine *"langjährigen Erfahrungen mit Hiv/ Aids"* kontrollierenden Einfluß auf meine Interviews zu nehmen.

> "Sie sollten Fragebögen in Ihren Interviews verwenden...und die sollten Sie dann an möglichst viele Leute verteilen...am besten im ganzen Land. Wenn Sie nur ein paar wenige Leute in so langen Interviews befragen, haben Sie nur die Privatmeinung dieser paar Leute...und das sagt doch überhaupt nichts über Venezuela aus. Bei meinen langjährigen Erfahrungen mit Hiv/ Aids kann ich Ihnen sagen....dabei kommt nichts raus! Wenn Sie hier im Institut Ihre Forschung weiter machen wollen, sollten Sie mir in der nächsten Woche einen Entwurf Ihres Fragebogens vorlegen [...]". (Dr.V).

In den ärztlichen Einwendungen gegen das Forschen mit qualitativen Methoden handelt es sich um die beinahe schon stereotypen Argumente eines Vertreters der quantitaven Schule, der auf seine Methode einen Alleingültigkeitsanspruch erhebt, auch wenn er sich durch seine Unkenntnis über die Aussagekraft qualitativ erhobener Daten disqualifiziert, indem er sie als *"die Privatmeinung dieser paar Leute"* verkennt. Abgesehen davon sind rhetorische Strategien der Entwertung - *"dabei kommt nichts raus"*, Kontrolle und Disziplinierung - *"wenn Sie... Ihre Forschung ...machen wollen, sollten Sie mir....einen Fragebogen vorlegen"* - in dieser Passage enthalten, die die ärztliche Autorität auch gegenüber der Sozialwissenschaftlerin klarstellen und sie als konstitutive Bedingung für eine weitere Zusammenarbeit festschreiben sollen. Deutlich erkennbar ist, daß die solchermaßen konstruierte ärztliche Autorität den dominanten Part auch innerhalb der wissenschaftlichen Disziplinen beansprucht; und zwar selbst dann, wenn sich die Beurteilung des methodischen Forschungsdesigns den fachlichen Möglichkeiten des Arztes entzieht [230]. Der Arzt steht eben, mit einem meiner Interviewpartner gesprochen, *"über allem"*.
Auffällig bei der Auswertung der Interviews mit den ärztlichen Gesprächspartnern ist, daß offenbar nur männliche Akteure ihr Handeln auf der Grundlage der Autoritätsmetapher zu organisieren scheinen. Daraufhin habe ich nochmals mein Datenmaterial mit Ärztinnen auf die ärztliche Autorität hin durchgesehen. Diese äußern sich jedoch explizit *nicht* dazu. Daraus kann Verschiedenes geschlußfolgert werden: Entweder ist dies tatsächlich kein Thema für sie oder eine

[230] Zu einer weiteren Zusammenarbeit kam es dann nicht mehr. Aus meiner Sicht waren diese Bedingungen nicht annehmbar; zudem hatte ich bis zu diesem Zeitpunkt - also zeitlich *vor* der angekündigten Kontrolle meiner Interviews seitens des leitenden Arztes und Institutsdirektors – bereits genug Interviewmaterial im Unihospital gesammelt, so daß weitere Interviews zwar wünschenswert, aber nicht unbedingt erforderlich waren. Nachträglich kommt noch hinzu, daß ich die Patienteninterviews bei meiner Auswertung *nicht* vorrangig bzw. nur als Hintergrund- und Kontrastfolie berücksichtigt habe.

Thematisierung würde gegen kulturelle Geschlechternormen - z.B gegen das Gebot zur "Mütterlichkeit" - verstoßen. Da mein Interviewmaterial dazu aber keine Anhaltspunkte liefert, und ich darüber nicht spekulieren oder gar selber Geschlechter konstruieren will, läßt sich diese Frage hier nicht beantworten.

Allerdings scheint bei meinen venezolanischen Interviewpartnern das Bewußtsein über einen geschlechtsspezifischen Unterschied des ärztlichen Autoritätsverhaltens vorhanden zu sein.

> ”[...] Wissen Sie, Elvira, wir hier in Lateinamerika... wir sind alle Machos. Ja, so ist das! (betont). Machos, Machos, Machos. Ich bin auch einer!” (Dr.W).

Das offensive Bekenntnis meines ärztlichen Interviewpartners zum lateinamerikanischen Machismo [231] und zu den *”Machos”*, unter die er sich freimütig selbst einreiht, erklärt möglicherweise, warum in meinem Interviewmaterial ausschließlich männliche Ärzte auf der Grundlage der Autoritätsmetapher interagieren. Zumindest legt es darüber ein beredtes Zeugnis ab, daß die soziale Rolle und die Autorität des Arztes eine Kompatibilität und Übereinstimmung mit dem kulturell dominanten Machismo-Konzept wenn schon nicht vorsieht, so aber als eine darin eingeflochtene berufliche Habitus-Komponente miteinschließt oder zumindest strukturell begünstigt.

Überdies habe ich bei meinen Venezuela-Aufenthalten den Eindruck gewonnen, daß die (medizinische) Wissenschaft ohnehin sehr viel mehr Respekt und Autorität genießt als das in Deutschland schon üblich ist. Sie hat dort weniger das Image einer Institution, der man kritisch gegenübersteht, sondern gilt als Repräsentant der Moderne (Arcaya 1990; Balestrini Acunia 1996), die – zumindest offiziell - begrüßt wird. Der wissenschaftliche Stand der Medizin in Venezuela repräsentiert eine Art symbolischen Gradmesser, der darüber Auskunft gibt, wie weit der Fortschritt in Venezuela bereits seinen Einzug gehalten hat (Balestrini Acunia 1996). Wenn ich mich in informellen Gesprächen mit Wissenschaftlern in Venezuela über die Notwendigkeit von Wissenschaftskritik unterhielt, werteten einige dies als eine Art ”Ketzerei” *(”Wir wären froh, wenn wir mehr davon hätten”* - ein Wissenschaftler/Mediziner). Andere wiederum – beispielsweise einige Medizinsoziologen in Caracas oder Merida – arbeiten selbst mit Ansätzen von Foucault oder anderen europäischen Theoretikern; auch Habermas und Hannah Arend werden in der wissenschaftlichen Gemeinde in Venezuela ganz selbstverständlich rezipiert *(”Ihr habt so herrlich kritische Geister in deinem Land; das muß ein intellektueller Genuß sein, dort zu leben”* – erklärte eine Professorin der Medizinsoziologie begeistert).

[231] Mit Machismo ist im allgemeinen das Gefühl von Männern gemeint, Frauen überlegen zu sein und sie beherrschen zu müssen (Bestmann 1997: 207). Wichtig ist im besonderen die Machtkomponente: Es geht um Dominanz über andere Personen, die mit einer sogenannten ”Männlichkeit” begründet wird. Der Dominanzanspruch wird zwar meistens gegeüber Frauen geltend gemacht, jedoch ist dies nicht zwingend. Was ein ”richtiger” Macho ist, wird überwiegend *unter Männern* ausgetragen (ebd.).

3.8 "Als Arzt bist du Freund und Priester": Die Holismusmetapher im Vorzeichen familienzentrierter Interaktion

Die von mir hier gewählte Bezeichnung der ”Holismus-Metapher” trägt mehr als alle anderen zuvor der interkulturellen Ausrichtung meiner Forschungsarbeit Rechnung. Ich habe darunter verschiedene ärztliche Handlungsstrategien in Venezuela gebündelt, die mir aufgrund der Kenntnis über Ärzte in meiner eigenen Kultur unbekannt waren oder die in Deutschland aufgrund der ausgeprägten Arbeitsteilung von anderen Professionen ausgeübt werden. Die von mir gewählte Lösung, diese verschiedenen ärztlichen Handlungsstile unter der Holismus-Metapher [232] zusammenzufassen, ist folglich vor dem Hintergrund meiner eigenen deutschen Vergleichsfolie entstanden und Ausdruck meiner interkulturellen Erfahrung während des Forschungsprozesses. Überdies halte ich diese Begrifflichkeit für geeignet, einen ärztlichen Handlungsstil zu charakterisieren, der verschiedene soziale Rollen des Arztes in der Interaktion mit Patienten integriert und sich nicht auf ein reduktionistisches professionelles Spezialistentum nach europäischer Art eingrenzen läßt.

Venezolaner würden möglicherweise dafür nicht den Begriff ”Holismus” oder Ganzheitlichkeit verwenden, da sie die darunter von mir gebündelten ärztlichen Handlungsstile als Standardprogramm professionellen ärztlichen Handelns auffassen würden. Für sie wäre es ”selbstverständlich”, daß a) ärztliche Interaktion sich vor allem als familienzentrierte Interaktion ausdrückt, b) Ärzte auch für die spirituelle Unterstützung ihrer Patienten zuständig sind sowie c) für die Gestaltung und Begleitung von Übergangsprozessen im Lebenslauf von Patienten (die z. B. im Sterben liegen) oder d) die Rolle des sozialen Vermittlers und Mediators einnehmen, der für eine Verständigung zwischen Patienten und ihrer sozialen Umwelt, z.B. bei zerstrittenen Familienmitgliedern, sorgt.

Ein charakteristisches Merkmal holistischen ärztlichen Handelns tritt hervor, indem die Ärzte vertrauensfördernde Maßnahmen ergreifen und sich bemühen, den (Hiv/Aids-)Patienten als in ihrer Ganzheit verorteten Persönlichkeiten gegenüberzutreten sowie ihnen Empathie und Akzeptenz zu vermitteln. Dies ist im Fall von Hiv/Aids-Patienten in ganz besonderem Maße erforderlich.

> ”[...] wir hier im Hospital, wir haben die Patienten immer sehr gut behandelt..... mit Menschlickeit, nicht mit Ablehnung, damit sie sich gut aufgehoben fühlen, damit sie

[232] Obwohl der Begriff des Holismus oder der Ganzheitlichkeit durch seinen inflationären Gebrauch in den öffentlichen Diskursen über Ökologie und Alternative Medizin etwas gelitten und an Prägnanz eingebüßt hat, habe ich mich dennoch für seine Verwendung als handlungsleitende Metapher entschieden. Trotz seiner Überstrapazierung als ideologisch gefärbte Kategorie, mit deren Hilfe dem wissenschaftlichen Reduktionismus ein dichotomer ”Hoffnungsträger” gegenübergestellt werden soll, ist er dennoch für meine Analyse geeignet, weil sich darunter verschiedene und vielfältige Handlungsebenen bündeln lassen.

> sich unterstützt fühlen....das heißt, wir haben dafür gesorgt, daß sie hier bei uns im Hospital nicht abgelehnt werden...und daß sie sich unterstützt fühlen, wenn sie hierherkommen....alle hier kennen sie mit Namen und damit werden sie auch angesprochen...mit dem Nachnamen, manchmal auch mit dem Vornamen....Patient Nummer so und so, das machen wir hier nicht, sondern wir sagen zu ihnen Israel, Bernardo, Alberto...den Namen eben [...] der ärztliche Dienst macht das so, das heißt, wir haben dafür gesorgt, daß sie so behandelt werden....und das Pflegepersonal....das haben wir auch dazu angehalten [...]" (Dra. U).

In der Erzählung der Ärztin repräsentieren Unterstützung, positive Akzeptenz und eine ganzheitliche Wahrnehmung der Patienten durch Ärzte und Pflegepersonal Kernelemente eines qualitativ guten Caring-Angebots im Interaktionssetting des Krankenhauses. Dazu gehören nicht nur *"Menschlickeit"* und daß *"sie sich gut aufgehoben fühlen"*, sie sollen sich überdies *"unterstützt fühlen"* und als Ausdruck von Akzeptanz und Respekt beim Namen genannt anstatt als *"Patient Nummer so und so"* angesprochen werden. Zugleich gibt die Erzählung der Ärztin aber Auskunft darüber, daß diese Art des professionellen Umgangs mit Hiv/ Aids-PatientInnen in Venezuela durchaus nicht als selbstverständlich anzunehmen ist; denn die Ärzte haben erst*"dafür gesorgt, daß sie so behandelt werden"* und *"das Pflegepersonal dazu angehalten"*. Das ärztliche Handeln im Vorzeichen der Holismus-Metapher wird demzufolge auch ganz gezielt als Coping-Strategie beim (Stigma-)Management mit Hiv/ Aids-PatientInnen eingesetzt. Einer möglichen Stigmatisierung dieser Klientel, die sich vor allem in der ansonsten eher üblichen *"Ablehnung"* des ärztlichen Dienstes und des Pflegepersonals kundtut, wird durch unterstützendes Caring im Zeichen der Holismusmetapher ganz bewußt entgegengesteuert.

Bereits in dem umfassenden Zeitbudget, das viele Ärzte in Venezuela ihren Patienten für Anamnese, Untersuchung und intensive Nach-Besprechung zur Verfügung stellen, kommt ein tieferes Verständnis über die Gesamt-Lebenszusammenhänge ihrer Klientel und ein wesentliches Element von Ganzheitlichkeit zum Ausdruck.

> "[...] Ich mache immer zuerst eine ausführliche Anamnese...ein Patient mit Hiv..wenn der zum ersten Mal zu mir kommt...dafür brauche ich drei Stunden. [...] darum ziehe ich es grundsätzlich vor, sie nicht gerade dann herzubestellen, wenn viel Andrang im Wartezimmer ist, sondern ich bestelle sie lieber her...nachmittags zum Beispiel, wenn ich mehr Zeit habe, um mit ihnen zu reden. [...] Ich nehme mir drei Stunden Zeit und was davon am wenigsten Zeit beansprucht, das ist die körperliche Untersuchung... die dauert höchstens eine Stunde, manchmal sogar nur 50 Minuten...Gewichtmessen, Blutdruck, Augenuntersuchung, also alles zusammen. Aber drei Viertel der Sprechstundenzeit besteht daraus, zu reden und dabei erfährst du, was wichtig ist für diese Person, welche Ängste sie hat. Es gibt viele Ängste, die der Patient noch gar nicht kennt...die ihm noch nicht bewußt sind, die aber später hochkommen." (Dra. F).

Das Zeitbudget von drei Stunden, das sie für die Erst-Anamnese ihrer Hiv-PatientInnen prinzipiell veranschlagt, beinhaltet demzufolge nicht nur die rein physische Untersuchung, für die sie ohnehin die wenigste Zeit – nämlich nur *"50 Minuten"* – einplant. Wichtiger als

”Gewichtmessen, Blutdruck, Augenuntersuchung” schätzt sie das persönliche Gespräch ein, in dem sie die psychische Belastbarkeit und die *”Ängste”* ihrer Patienten erfährt. Dieser Untersuchungseinheit mißt sie in ihrer Sprechstunde immerhin soviel Bedeutung bei, daß sie dafür *”drei Viertel der Sprechstundenzeit”* reserviert. Mit dieser zeitlichen Relevanzmarkierung bringt sie zum Ausdruck, daß der Wesenskern der ärztlichen Tätigkeit für sie auch darin besteht, Verständnis für die Patienten zu zeigen und sie in der Bewältigung ihrer Krankheit moralisch zu unterstützen. Denselben erheblichen Zeitaufwand betreibt diese Ärztin in Gesprächen mit Familienangehörigen der Hiv/ Aids-Patienten, die zu den Sprech- oder zu den Besuchszeiten ins Krankenhaus kommen. Ich selbst war mehrfach anwesend, wenn sie in oft sehr langen Gesprächen – manchmal bis zu drei Stunden - die Angehörigen beruhigte oder weinende Familienmitglieder tröstete und ihnen die Fortschritte der Patienten, die Medikamente und den Behandlungsablauf erklärte.

Nicht Rückzug auf die professionelle Zuständigkeit der Ärztin für die rein physischen Krankheitsabläufe erhält also die uneingeschränkte Präferenz in ihrem professionellen Handeln, sondern die Behandlung und Würdigung der Gesamtumstände im Krankheitsverlauf ihrer Klientel. Bereits in dieser über das Zeitbudget ausgedrückten Relevanzmarkierung der ärztlichen Tätigkeit als einer an der Gesamtpersönlichkeit des Patienten orientierten, tritt die Holismusmetapher als eine für das ärztliche Handeln zentrale Komponente deutlich in Erscheinung.

Andererseits korrespondiert mit dieser von der Ärztin bereitgestellten Zeitinvestition ein kulturelles Zeitkonzept, in dem ohnehin - nach europäischen Maßstäben - äußerst großzügig mit Zeit umgegangen wird. Die Kurzformel von der "Maniana"-Mentalität [233] in der lateinamerikanischen Kultur hat nach meiner Erfahrung zwar den Nachteil, daß man nichts richtig planen kann und sich jeden Moment alles wieder ändern kann; dafür aber durchdringt den jeweiligen Moment eine viel größere qualitative Dichte und Intensität als ich das von meiner eigenen Kultur her kenne. Dies spiegelt sich nicht zuletzt in dem Zeitaufwand wider, den die Ärzte bereit waren, in die Interviews zu investieren - in der Regel dauerten auch die 2-3 Stunden – und mich von sich aus aufzufordern, nochmal wiederzukommen (*"Wir können das gerne wiederholen, wenn Sie noch Fragen haben")* oder sogar selber den ersten Kontakt zu mir herstellten.

Die Relevanz einer großzügigen Zeitbudgetierung seitens des Arztes betont auch ein anderer Interviewpartner.

[233] Diesen Begriff zu erklären, wäre ein schier endloses Unternehmen. Selbst Wissenschaftler, die jahrelang in Lateinamerika gelebt und geforscht haben, sind sich nicht einig, was er letzendlich bedeutet. Zusätzliche Verwirrung stiftet noch der Umstand, daß es sogar regional unterschiedliche und schichtenspezifische Maniana-Mentalitäten geben soll (vgl. Arcaya 1990).

> ”[...] Bei diesen Patienten darf der Arzt nicht nur Arzt sein, sondern er muß ein Freund sein. Und der Arzt ist auch ein Priester. *Der Arzt muß viele Funktionen vereinen*, schließlich ist er eine Vertrauensperson. Mit ihm kannst du über vieles reden, worüber du mit anderen nicht reden kannst...weil es so viele Tabus gibt. Aber die Arztpraxis ist ein Ort des Vertrauens; normalerweise zieht man sich ja auch nicht nackt aus vor anderen Menschen. [...] Ein Arzt ist immer vielseitig. Darum dauern meine Sprechstunden auch immer so lange.... ich widme den Patienten nicht nur ein paar Minuten....ich höre denen zu und diejenigen, die draußen im Wartezimmer sind, die müssen eben warten bis sie dran sind.” (Dr.N).

Dieser Arzt verweist voller Stolz darauf, daß seine *”Sprechstunden immer lange dauern”*, weil er seiner Klientel ausgiebig *”zuhört”*. Dies weist ihn seiner Deutung nach als einen besonders guten Arzt aus, weil er seinen Patienten nicht nur *”ein paar Minuten widmet”*, sondern ihnen umfassende Unterstützung in quasi allen Lebensbereichen bietet und *”viele Funktionen vereint”*. Die Spannbreite des professionellen ärztlichen Rollenrepertoires reicht bei ihm vom *”Freund”* über den *”Arzt als Vertrauensperson”* bis hin zum *”Priester”*. Aus diesem Allround-Engagement, das sich in seiner Deutung vor allem durch diese *”Vielseitigkeit”* auszeichnet, sowie in der Charakterisierung seiner Arztpraxis als quasi extra-kulturellem Terrain, an dem die Normen und *”Tabus”* des Alltagslebens außer Kraft gesetzt sind, leitet er überdies die besondere Vertrauenswürdigkeit des Arztes ab. Mit dem Verweis darauf, daß man sich normalerweise auch nicht *”vor anderen Menschen nackt auszieht”*, unterstreicht er nicht nur seine berufliche Vertrauensposition, die die Verletzung von kulturellen Scham-Tabus legitimiert, sondern zugleich die soziale Exklusivität, mit der die ärztliche Tätigkeit ausgestattet ist. Diese erst ermöglicht ihm, das holistische Rollenrepertoire vom Freund bis zum Priester auszufüllen, das er sich selbst – zumindest in seiner Selbstdarstellung - als Arzt abverlangt.

Der Arzt sieht sich aber nicht nur für das physische und psychische Wohl der Patienten zuständig, was sogar deren spirituell-religöse Orientierung mit einschließt, sondern ebenso für allgemeine Lebenshilfe, die sich bis auf die Familienmitglieder der an Hiv/Aids Erkrankten erstreckt.

> ”Gestern erst hatte ich ein höchst interessantes Problem mit einem Patienten....seine Mama und sein Papa wohnen bei ihm im Haus, weil die auch krank sind...und was er mir im Vertrauen sagte, war, daß er noch nicht mal in seinem eigenen Haus seinem Geliebten einen Kuß geben kann, weil seine Mutter und sein Vater die ganze Zeit dabei waren [...] Dem habe ich gesagt ´Bring die doch hierher! Dann kannst du deinen Eltern sagen, was du ihnen zu sagen hast´....und die Mama, die kam hierher und sagte, daß sie es vorzöge, wenn ihr Sohn Sida hätte als wenn er ein ´maricón´ (Schwuchtel) sei. In seiner Gegenwart sagte die das! (schnaubt empört) Das scherte die überhaupt nicht, das würde sie gar nicht stören, aber das andere....die konnte das gar nicht aufnehmen, was er ihr gesagt hatte. [...] Die habe ich zum Padre B. geschickt, der habe ich gesagt ´Reden Sie mit ihm darüber, wenn Sie religiös sind.. wenn Sie aus religiöser Überzeugung ihren eigenen Sohn nicht akzeptieren können´....die habe ich zu einem Priester mit einem weiten und offenen Geist geschickt, damit der ihr erklärt, wie das Leben wirklich ist.” (Dr.G).

In dieser Erzählung wird die Arztpraxis in eine Art ”(Familien-)Gericht” verwandelt, wo unter ärztlichem Vorsitz über die sexuelle Präferenz des Hiv-Patienten verhandelt wird. Nicht nur wird die Mutter des Betroffenen sowohl über die Homosexualität als auch die Hiv-Infektion ihres Sohnes erst hier mit der moralischen Unterstützung des Arztes informiert und konfrontiert, überdies engagiert sich der Arzt als Mediator, der seine Autorität geltend macht, um die Mutter des Patienten für die seiner Meinung nach erforderliche häusliche Unterstützung für seinen Behandlungsplan zu gewinnen. Erst als seine vermittelnde Intervention zu scheitern droht, weil die Mutter einen *”maricón”* als Sohn nicht akzeptieren will, wird ein weiterer professioneller Akteuer vom Arzt hinzugezogen; er schickt die Mutter zu einem Priester, der ihr nun erklären soll *”wie das Leben wirklich ist”*.

Das Besondere und für den lokalen Kontext Typische an diesem ärztlichen Handlungsstil liegt in der erweiterten professionellen Zuständigkeit auch für das nähere soziale bzw. familiäre Umfeld der Patienten. Nicht nur engagiert er sich für die Sicherung eines häuslichen Caring-Angebots, das er damit gewährleisten will; darüber hinaus wird dieses Umfeld in die Behandlung intensiv miteinbezogen und sogar als selber behandlungsbedürftig diagnostiziert und therapiert, wenn es die ärztlichen Erwartungen nicht erfüllt, den Patienten die notwendige moralische Unterstützung für die Bewältigung des Krankheitsprozesses zukommen zu lassen. Erst wenn diese wichtige Ressource nicht mehr gewährleistet ist, ”überweist” bzw. schickt der Arzt auch die Familienmitglieder zum Priester, der als eine Art ”Facharzt” für derartige Störungen beschrieben wird.

Die wichtige Rolle des Priesters im Umgang mit Krankheit in Venezuela muß besonders herausgestellt werden; vor allem seine enge Zusammenarbeit mit den Ärzten.

> "Meistens versuchen ja die Ärzte, zwischen den Hiv-Patienten und ihren Familien zu vermitteln. Aber das funktioniert nicht immer. Dann schicken die Ärzte alle zu mir und ich übernehme es, eine Verständigung herzustellen. [...] Ich arbeite mit vielen Ärzten eng zusammen." (Padre B).

Situationen, in denen eine *"Verständigung"* in der ärztlichen Praxis nicht *"funktioniert"*, fallen in die Zuständigkeit des Priesters, der mit den Ärzten *"eng zusamenarbeitet"*. Der Priester übernimmt dabei nicht nur die Rolle des Schlichters, der den Familienfrieden wieder herzustellen bemüht ist, sondern er erscheint zugleich als eine Art kulturelle Überinstanz für derartige Kommunikationsstörungen, an den die Ärzte schwierige Fälle "überweisen". Die enge Zusammenarbeit zwischen Arzt und Priester drückt sich auch darin aus, daß einige Hiv/Aids-Spezialisten unter den venezolanischen Medizinern gemeinsame Gottesdienste für die Hiv-Betroffenen und ihre Angehörigen organisieren. Ich habe selbst an einigen von einem Arzt organisierten Ausflügen aufs Land teilgenommen, bei denen ein Gottesdienst im Freien im

Mittelpunkt stand. Besonders wichtig für die von Hiv/Aids Betroffenen ist es in Venezuela, mit *"Gott ins Reine zu kommen"* [234]; die ärztliche Unterstützung dazu betrachten die meisten meiner ärztlichen Interviewpartner als integralen Bestandteil ihrer beruflichen Tätigkeit.

Eine Vermittlungsrolle wurde einmal sogar an mich herangetragen - und zwar ohne daß ich zuvor davon informiert wurde. Ein Hiv/Aids-Betroffener lud mich zu sich nach Hause zum Essen ein, an dem außer seiner Familie auch einige seiner Freunde zugegen waren. Wie sich herausstellte, wußte niemand der Anwesenden von der Hiv-Infektion. Dies wurde aber erst im Verlauf des Zusammenseins offenkundig. Als ich nach dem Grund meiner Reise nach Venezuela gefragt wurde und ich von meiner Forschung über Hiv/Aids in Venezuela berichtete, wurde es ganz still im Raum, bis mich einer der Anwesenden fragte, ob ich darüber auch L. (den Hiv-Betroffenen) kennengelernt habe. Ich war sehr unsicher, was ich darauf antworten sollte und schwieg erstmal bis der Betreffende selber dies bejahte. Daraufhin herrschte betretenes Schweigen im Raum, alle - insbesondere ich selbst - hielten den Atem an. Schließlich aber entwickelte sich eine rege Diskussion und die Anwesenden unterhielten sich darüber; an mich wurden viele Fragen gestellt - über die Krankheit und was der aktuellste Stand dazu sei. Als ich ging, hatte ich den Eindruck, daß die Anwesenden die prekäre Information "geschluckt" hatten. Einige Tage später traf ich den Hiv-Betroffenen wieder und fragte ihn direkt, ob er mich eingeladen hatte, damit er seiner Familie und seinen Freunden seinen Infektionsstatus mitteilen konnte. Er bejahte dies und begründete seine pfiffige Dramaturgie mit meinem Status als Wissenschaftlerin, die aus einer *"aufgeklärten Kultur"* stammt. ("Ich hatte gehofft, daß du ihnen das erklären kannst und mir hilfst, daß meine Familie das akzeptiert. So war es ja auch"). Ähnlich wie im Fall des Arztes, der seine Praxis zugunsten des Patienten in einen Schutzraum für das Überbringen der prekären Information über die Hiv-Infektion verwandelt, nutzte dieser Gesprächspartner äußerst geschickt meine Anwesenheit als Gästin, um seine Angehörigen aufzuklären. Gelingen konnte dieser Plan nur, weil aus der Sicht der Beteiligten mein Status als *"Wissenschaftlerin aus einer aufgeklärten Kultur"* einen ausreichenden Schutz und die nötige moralische Unterstützung garantierten.

Die in Venezuela übliche Integration der Angehörigen in die ärztliche Sprechstunde – tatsächlich erscheinen die meisten Patienten in Begleitung ihrer Partner, Mütter oder Geschwister – ruft bei den Ärzten in Venezuela aber nicht nur Zustimmung hervor. Einige empfinden es sogar als gravierende Einschränkung ihrer Berufsautonomie, die Sprechstunde mit den Patienten in Gegenwart von Familienmitgliedern abhalten zu müssen.

> ”[...] insgesamt kamen nur drei Patienten in Begleitung ihrer Mütter. [...] aber das fand ich unpassend; nicht, weil es mir persönlich nicht gefällt, sondern, weil die dazwischen reden, erzählen mir was über ihre Beziehung untereinander, zwischen der Mutter und dem Sohn....dann stören die und unterbrechen...da kommt jemand zum ersten Mal in die Sprechstunde, weiß gerade mal sein Resultat...dann kann ich dem das nicht mal ungestört beibringen, was das bedeutet, ohne die Anwesenheit einer dritten Person. Besonders,

[234] So thematisiert von Dr.A, R, S, Dra. H, P, M, L.

> wenn es die Mama ist....So habe ich das bei diesen drei Patienten erlebt. Ich empfinde das wie eine Kontrolle...das ist zwar als Unterstützung gemeint, aber ich erlebe das auch als Kontrolle. Wenn die Patienten allein kommen, dann gibt es mehr Freiheit, ich fühle mich dann freier. Die Patienten erzählen mir mehr über sich, wenn sie allein kommen." (Dra.U).

Für diese Ärztin bedeutet die familiäre Partizipation in ihrer Praxis nicht nur eine *"Störung"* ihrer Interaktion mit den Patienten, weil die Begleitung *"dazwischen redet"* oder *"unterbricht";* überdies empfindet sie es als *"Kontrolle"* ihres ärztlichen Handelns, in *"Anwesenheit einer dritten Person"* wichtige Diagnoseergebnisse überbringen und besprechen zu müssen. In der Güterabwägung holistisches Handeln - im Sinne einer Integration des familiären Umfeldes - contra ärztliche Autonomie entscheidet sie sich eindeutig für ihre persönliche *"Freiheit"*. Allerdings ist diese Präferenz in Venezuela legitimierungsbedürftig; denn sie hält es für erforderlich, explizit darauf hinzuweisen, daß auch *"die Patienten mehr über sich erzählen, wenn sie allein kommen."* Die partizipative Integration der Familie wird in dieser Interviewpassage sogar als eine einer sinnvollen Arzt-Patient-Interaktion kontraproduktive Variante hingestellt, was aber für meine Interviews ausgesprochen untypisch ist.

Daß in dem in Venezuela ansonsten üblichen ärztlichen Engagement für die ganze Familie der Patienten zugleich die sozialen Erwartungen an Ärzte antizipiert werden, belegt eine weitere Interviewpartnerin.

> "Man muß immer viel mit der Familie reden. Je mehr man mit ihnen redet, desto offener werden sie und zeigen Vertrauen.....werden ruhiger und akzeptieren die Krankheit als etwas Normales. Man wird von den Familien auch immer als eine spirituelle Stütze angesehen [...] die erwarten das". (Dra.H).

Die soziale Erwartung an venezolanische Ärzte, auch als *"spirituelle Stütze"* für die Angehörigen der Patienten zuständig zu sein, wird von der Ärztin ganz klar erkannt und benannt. Diese Zuständigkeit drückt sich darin aus, daß die Ärztin *"viel mit der Familie reden muß*", um deren *"Vertrauen"* und Akzeptanz zu gewinnen. Dies ist zwar ein erheblicher Aufwand an Arbeitskraft und eine beträchtliche Zeitinvestition, die sich aber lohnt, da ein fürsorgliches und mit dem Arzt kooperierendes familiäres Umfeld zugleich eine nicht zu unterschätzende Arbeitsentlastung bedeutet.

> "Die Mehrheit der Patienten bekommt viel Unterstützung von ihren Familien. Insbesondere von ihren Müttern und Geschwistern. Die geben ganz viel Unterstützung... und werden zu ihren persönlichen Schutzengeln. Diese Mütter, die engagieren sich... das hat mich sehr beeindruckt [...] Besonders die emotionale Fürsorglichkeit und die moralische Unterstützung der Mütter sind überwältigend. Wenn der (Hiv/Aids-)Patient hospitalisiert werden soll, wird er in der Regel von der Mutter hergebracht... und das sind immerhin schon Erwachsene von dreizig, vierzig Jahren. Die Mutter kommt dann und begleitet die in ihrem ganzen Schmerz, erkundigt sich genau nach den nötigen

> Untersuchungen und den Ergebnissen... fragt immer wieder, wie es ihnen geht [...] besorgt die Medikamente und sorgt dafür, daß sie pünktlich eingenommen werden [...].” (Dra.L).

Das ärztliche Handeln im Zeichen der Holismusmetapher wird in dieser Interviewpassage auch als eins erkennbar, das auf die Mitarbeit der Familie - und besonders auf die der Mütter - bei der Bewältigung der Krankheit angewiesen ist. Nicht nur aufgrund deren *”moralischer Unterstützung”*, die sie den Patienten entgegenbringen, brauchen die Ärzte ihre Kooperation im Behandlungsprogramm; ebenso wichtig sind deren krankenpflegerische Fertigkeiten – *”Medikamente besorgen und für pünktliches Einnehmen sorgen”* -, mit der sie das ärztliche und paramedizinische Personal entlasten. Somit drückt sich in der ärztlichen Zuständigkeit für das Seelenmanagement der Patienten und sogar für deren familiäres Umfeld zugleich eine Art Garantenstellung aus, die im eigenen professionellen Interesse lebenswichtige Ressourcen - wie die moralische und praktische Unterstützung der Familien - für das Behandlungsprogramm der Patienten sicherstellt.

Aus diesem Grund ist es nach einhelliger Meinung meiner InterviewpartnerInnen besonders wichtig, daß die Familie von der Hiv-Erkrankung rechtzeitig in Kenntnis gesetzt wird.

> ”Ja, darüber rede ich auch mit den Patienten. Wen soll man informieren? Ich sage ihnen immer ´Denjenigen, zu dem du das meiste Vertrauen hast. Zu deiner Tante? Okay, dann rede darüber mit deiner Tante´. Das sage ich immer zu ihnen...daß es ganz wichtig ist, es jemand zu sagen. ´Du wirst dich besser fühlen, wenn du es sagst, also teile es mit´. - ´Nein, Doktor, ich will sie nicht einweihen, weil es mir dann noch schlechter geht. Sagen Sie es ihnen nicht´. Dann sage ich: ´Im Moment bist du darauf nicht vorbereitet, aber wenn du besser darauf eingestellt bist, dann brauchst du jemanden bei dir zuhause, der Bescheid weiß. Vielleicht nicht jetzt, aber später, wenn du merkst, daß du Unterstützung brauchst... auch wenn du das jetzt nicht fühlst, weil du denkst, daß sie dich ablehnen werden...dann mach es jetzt nicht, aber später wird dir das eine große Hilfe sein, dann sage es´. So mache ich ihnen das bewußt. Und irgendwann sagen sie es auch. Jemandem, zu dem sie Vertrauen haben, weil sie Unterstützung brauchen.” (Dr.O).

Wichtig ist es also nicht nur, die Familie in den Krankheitsverlauf miteinzubeziehen, sondern auch, dies so früh wie möglich zu tun. Die Gewißheit, *”später”* einmal *”Unterstützung”* zu benötigen von *”jemandem zuhause, der Bescheid weiß”* wirft bereits früh die Frage auf, *”wen man informieren soll”*. Der Arzt betätigt sich nicht nur als Ratgeber über die bestmögliche Informationspolitik der Patienten, damit einher geht zugleich sein Angebot, selbst der Überbringer der Nachricht zu sein. Dieser Zusammenhang erschließt sich zwar nicht so offensichtlich aus dieser Interviewpassage selbst, sondern ergibt sich aus dem Gesamtzusammenhang seiner Art der Diagnoseeröffnung gegenüber seinen (Hiv/-Aids-)Patienten. Jedoch verweist darauf hier die vom Arzt zitierte Bemerkung *”Nein, Doktor, sagen Sie es ihnen nicht”*.

Darüber hinaus enthält die Informationspolitik der Hiv-Patienten nach den ärztlichen Deutungen aber auch einen wertvollen Indikator für deren Bewältigungskapazitäten, in der eine etwaige Akzeptanz oder Ablehnung der Hiv-Erkrankung zum Ausdruck kommt.

> ”Bueno, also wenn der Test positiv ist, dann machen wir die Untersuchungen, dann ist es eine Sache der Beobachtung....Wenn die Patienten es ihren Familien sagen, ist das ein Zeichen, daß sie es akzeptieren.” (Dr.D).

Die ärztliche Deutung, die Mitteilung des positiven Hiv-Tests seitens der Patienten an ihre Familien als Ausdruck von *”Akzeptanz”* zu werten, unterstricht einmal mehr die wichtige Bedeutung der Familie bei der Krankheitsbewältigung. Erst in der Überbringung des Test-Resultats an die Familie tritt die Krankheit als soziale Realität in die Lebenswelt des Hiv-Betroffenen ein. Bis dahin gilt die Diagnose als ein von Arzt und Patient gehütetes ”Geheimnis”, das zwar auf dem extra-kulturellem Terrain der ärztlichen Praxis eine ”Tatsache” darstellt; doch erst die Mitteilung an die nähere soziale Umgebung macht aus dem ”Geheimnis” oder der wissenschaftlichen ”Tatsache” ein soziales Ereignis mit Realitätsmacht, das der Patient durch seine Mitteilung an die Familie als solches auch anzuerkennen sich anschickt.

Ebenso wichtig ist eine solide familiäre Basis der Patienten für *das ärztliche Handeln am Lebensende*. Idealerweise sollen die Patienten ohnehin nicht in einem anonymen medizinischen Setting wie dem Krankenhaus, sondern zuhause im Kreis der Familie, sterben.

> ”[...] wenn die Patienten im Kreis ihrer Angehörigen sterben und von denen viel emotionale Unterstützung bekommen, dann ist der Tod weniger aggressiv [...]”. (Dra.L).

Selbst der Schrecken des Todes wird den ärztlichen Deutungen zufolge durch das *”emotional unterstützende”* familiäre Ambiente abgemildert und kommt für die Patienten in einer *”weniger aggressiven”*Gestalt daher. Mit dieser ärztlichen Deutung korrespondiert die gängige lokale Praktik, daß Patienten, die bis kurz vor dem Tod hospitalisiert waren, entweder von den Ärzten zum Sterben nach Hause geschickt oder von den Familien abgeholt werden.
Überdies ist der Tod ein soziales Ereignis, das selbst entzweite Familien wieder zusammenzuführen vermag.

> ”Oftmals haben sich die Hiv-Patienten von ihrer Familie distanziert, darum lehnt die Familie sie in dieser Situation ab; es kommt dann zu einer noch stärkeren Trennung, das bleibt oftmals so, aber am Schluß, wenn es dem Patienten sehr schlecht geht, dann kommt die Familie....zum Schluß, wenn der Patient im Sterben liegt. Wenn sie schon sehr krank sind, haben sie Angst vor dem Tod. Normalerweise kommen dann aber die Familienmitglieder oder der Partner. Ganz zum Schluß kommen sie [...]” (Dr.S).

Der Tod als soziales (Familien-)Ereignis führt demnach trotz *”Trennung”* auch *”distanzierte Familien”* wieder zusammen, die die Hiv-Patienten zuvor *”abgelehnt”* haben. Die Ausgrenzung bzw selbstgewählte *”Distanz”* zur Herkunftsfamilie endet also in der Regel spätestens dann, *”wenn der Patient im Sterben liegt”* und *”es ihm sehr schlecht geht”*. Der Tod ist somit ein Übergangsritual und ein soziales Ereignis, das die Einheit der Familie zumindest im Sinne einer gemeinsamen Zusammenkunft wieder herstellt – und sei es auch erst im letzten Moment; denn *”ganz zum Schluß kommen sie”*. Der Sinn dieser Zusammenkunft besteht darin, ein Mitglied aus der familiären Gemeinschaft rituell zu entlassen.

Bedeutsam ist dieser Zusammenhang, weil der Tod eines Patienten zugleich der Moment ist, in dem der Arzt eine weitere soziale Rolle übernimmt oder zugewiesen bekommen kann: Die des Begleiters eines Übergangsrituals.

> ”[...] den J. habe ich bis zum Schluß begleitet, der Vater auch. [...] bueno, ich weiß auch nicht so genau, warum ausgerechnet der mich so beschäftigt hat. Aber ich habe den bis zum Schluß begleitet ...bei ihm zuhause, der hatte schwere Atemprobleme. Zuerst habe ich ihn ins Hospital gebracht. Ich habe ihn gefragt, was er will. Und er sagte mir ´bring mich nach Hause´. Dann haben wir ihn zu sich nach Hause gebracht. Dort habe ich ihn bis zum Schluß begleitet (beigestanden/ lo asistí en su casa).” (Dra.U).

Die Ärztin, die den Patienten zwar *”zuerst ins Hospital gebracht”* hat, begleitet ihn auf eigenen Wunsch zu ihm *”nach Hause”*, wo sie ihn *”bis zum Schluß begleitet”*. Sie sieht es nicht nur als ihre Aufgabe an, den Patienten im Sterben zu begleiten, sondern zudem *”steht sie ihm”* in seiner eigenen Lebenswelt *”bei”*. Der Tod wird im Haus des Patienten zusammen mit einem Familienmitglied, dem Vater, als eine Art Übergangsritual begangen. Die Rolle der Ärztin erweitert sich dabei um eine weitere Facette: Die der Begleiterin eines Übergangsrituals. Das Heim des Patienten im Familienkreis erscheint auch in dieser Erzählpassage als der soziale Ort, an dem in Venezuela der Tod seinen ordnungsgemäßen Platz hat und wohin die Ärztin ihm daher selbstverständlich folgt; selbst dann, wenn die Restfamilie sehr klein ist und sich sogar nur noch auf einen einzigen Angehörigen reduziert.

Diese Ansicht korrespondiert mit meinen Beobachtungen mit dem Tod im Alltag – zumindest in den Barrios von Caracas. In den Familien, in denen ich häufig zu Gast war oder bei denen ich wohnte, gingen vor allem die Frauen häufig zu anderen Familien in der Nachbarschaft, bei denen jemand im Sterben lag. Meistens blieben sie die ganze Zeit dort, manchmal sogar über mehrere Tage und kamen nur zum Schlafen nach Hause. Einige Male wurde ich gefragt, ob ich mitkommen wolle. Offenbar wurde dies von mir sogar erwartet, da ich ebenfalls ”zur Familie” gehörte. Ein paarmal habe ich daran teilgenommen. Dabei waren alle Familienmitglieder des Sterbenden anwesend, seine Freunde und Bekannten sowie gute Nachbarn. Mich selber hat es sehr berührt, zu sehen, daß die Treffen am Totenbett den Charakter eines gemeinsamen Abschiednehmens hatten. Beispielsweise wurden alte Fotoalben durchgeblättert und durch ein

gemeinsames Erinnern biographisch wichtiger Momente im Leben des Sterbenden diese noch einmal in der Gruppe der Anwesenden durchlebt. Einmal am Tag kam oft ein Arzt oder ein Priester vorbei. Manchmal trafen beide zusammen ein; beide arbeiteten wie Berufskollegen zusammen, tauschten sich über den Gesundheitszustand des Sterbenden aus und besprachen gemeinsame Strategien, wie zu verfahren sei. Trotz der ärztlichen und/ oder priesterlichen Begleitung am Lebensende ist also die Familie die leitende soziale Institution bei der Gestaltung des Todes als Übergangsritual.

> ”Es ist mehr die Familie als der Patient selbst, die den Tod managt. Wir Ärzte beraten die Familien nur darin, was sie machen können” (Dr.K).

Auch in dieser Passage erscheint die Familie als zentrale Institution, die *”den Tod managt”*; das Selbstverständnis des Arztes begrenzt sich auf eine *”beratende”* Funktion. Hieraus könnte geschlußfolgert werden, daß auch die ärztliche Autorität auf dem häuslichen Terrain der Patienten (partiell) außer Kraft gesetzt ist an die Familie übergeht, der die Gestaltung des Lebensendes als Übergangsprozeß rechtmäßig zusteht.

Die zentrale Rolle der Familie in der Arzt-Patient-Familien-Interaktion ist nur vor dem Hintergrund verständlich, daß sie eine der wichtigsten kulturellen Institutionen in Venezuela überhaupt darstellt. Zumeist besteht eine venezolanische Familie aus einer Frau und ihren Kindern; sie wird daher als eine *matrizentrische* Familie charakterisiert (Olmedo 1993: 390). Dies ist allerdings nicht gleichzusetzen mit matriarchal, denn die Autorität der Frau erstreckt sich nur auf die Familie und den häuslichen Bereich. Die venezolanische Frau ist in der Regel eine Frau ohne Mann oder ohne festen Partner (ebd.). Es wird auch nicht von ihr erwartet, daß sie in einer Partnerschaft lebt, solange sie nur Kinder hat. Sie ist vor allem Mutter, und als solche steht sie im Zentrum der Familie. Auch die Familien, in denen ich lebte, waren überwiegend Frauenwelten, in denen die männlichen Familienmitglieder nur als Kinder, Brüder oder hinzugezogene Schwiegersöhne eine Rolle spielten. In den Familien, in denen die Frauen mit einem Partner zusammenlebten, hatte die älteste Frau - oft die Mutter des offiziellen Haushaltsvorstands - die Autorität inne und mußte bei wichtigen Entscheidungen immer erst um Rat gefragt werden.

Die matrizentrisch organisierte Familie ist, wie auch in den Interviews deutlich geworden ist, die wichtigste emotionale Ressource in Venezuela, was in einer Kultur, die auf Emotionalität setzt, sogar lebensnotwendig ist. Dies drückt sich nicht zuletzt darin aus, daß die meisten Hiv/Aids-Betroffenen auf meine Frage, was denn das Schlimmste sei, was sie sich in ihrer Lage vorstellen könnten, erwiderten, wenn ihre Mütter sie aufgrund ihrer Diagnose verstoßen und ihnen nicht mehr beistehen würden.

4 Paradoxien ärztlichen Handelns: Bewältigungs-Strategien und Sinnkonstitutionen venezolanischer Ärzte im Umgang mit Hiv/Aids

4.1 Einleitung: Der brüchige Habitus

Während in den vorhergehenden Kategorien, die zur Konstitution des ärztlichen Habitus führen, die tradierten *Ressourcen* des Arztberufs im Zentrum meiner Analyse standen, wird es im folgenden Abschnitt um *Brüche* im ärztlichen Habitus gehen. Ich werde Paradoxien des ärztlichen Handelns untersuchen, die sich gerade im Zusammenhang mit Aids in besonderem Maße ergeben. Um mit solchen *"Paradoxien professionellen Handelns"* (Schütze in Dewe 1992) in der ärztlichen Praxis umzugehen, sind besondere Bewältigungsstrategien seitens der Mediziner erforderlich, die geeignet sind, widersprüchliche oder paradoxe Handlungsprogramme in die ärztlichen Plausibilitäts- und Normalvorstellungen einzufügen. Überdies kann die Ausbildung neuer Bewältigungsstrategien notwendig werden, wenn das habitualisierte Handlungsrepertoire zur Bewältigung der Situation nicht ausreicht (Friebertshäuser 1992: 45) oder sich als ungeeignet erweist.

Um den Betrachtungsrahmen zu erweitern und gleichzeitig zu vertiefen, werde ich bei der Analyse zusätzlich mit dem "Coping-Ansatz" [235] arbeiten. Dabei werde ich vor allem auf Bewältigungsstrategien bzw. Coping-Strategien fokussieren, derer sich die Ärzte in für sie ungewohnten, schwierigen oder tabuisierten Situationen bedienen. Im Zentrum dieser Konfliktsituationen, in denen die venezolanischen Ärzte Bewältigungs-Strategien entwicklen müssen oder auf bereits habitualisierte zurückgreifen, stehen a) die Einpassung einer neuen Krankheit in das medizinische Paradigma, b) der ärztliche Umgang mit dem Tod und mit einer nicht heilbaren Krankheit, c) das ärztliche Management einer sozial stigmatisierten Krankheit und d) ärztliche Strategien zur Sicherstellung von Compliance [236] im Behandlungssetting.

[235] Der Begriff kommt aus der psychologischen Streß-Forschung der 60er Jahre (Lazarus 1974); darunter werden alle Bemühungen von Menschen zusammengefaßt, sich mit Aufgaben und Problemen in neuartigen Situationen auseinanderzusetzen (Friebertshäuser 1992: 42). Ich werde in meiner Analyse mit beiden Begriffen – Bewältigungs- bzw. Coping-Strategien - synonym operieren.

[236] Unter Compliance versteht man die Kooperation mit dem ärztlichen Behandlungsplan seitens der Patienten wie beispielsweise die Einnahme der verschrieben Medikamente etc.

4.2 Die Einpassung von Aids in das medizinische Paradigma

Von Anfang an brachte das Auftauchen der Krankheit Aids Unordnung in die medizinischen Denkschemata und Konzepte, die zumeist entlang einer eindeutigen Klassifizierungsordnung aufgrund bestimmter Symptome und Krankheitsverläufe strukturiert sind. Gerade aber die organ-übergreifende Infektion verschiedenster Funktionseinheiten des Körpers ist ein wesentliches Ausdruckselement im Erscheinungsbild der Krankheit Aids. Mächtige Institutionen der Medizin – wie beispielsweise das "Center for Disease Control" in Atlanta - lösten diese grundsätzliche Paradoxie im wesentlichen so, daß versucht wurde, Passungen zu konstruieren, um Aids dennoch in das biomedizinische Paradigma einzufügen [237]. Dies geschah vor allem dadurch, daß Aids den Spezialdisziplinen Immunologie und Infektologie übergeben und zugleich – soweit die Plausibilität der Symptomatik dies zuließ - unter die klassischen medizinischen Fachdisziplinen subsumiert wurde. Neben der immunologischen und infektologischen ”Hauptverwaltung” von Aids wird demnach die Immunabwehrschwäche mittlerweile auch als ”pediatrisches”, ”gynäkologisches”, ”urologisches” etc. Aids konstruiert (vgl. Preda 1997).

Einige meiner venezolanischen Interviewpartner problematisieren ihre Irritation über das konzeptsprengende Potential von Aids, indem sie offen einen ”Bruch” mit den klassischen Konzepten der Medizin benennen.

> ”[...] Als ich während der Facharztausbildung damit zu tun hatte, da habe ich meinen Ausbildern und Dozenten gesagt, daß diese Krankheit die bisher gültigen Konzepte der Medizin völlig ändert. Das ist eine Krankheit...also, alles, was wir als Mediziner gelernt haben, das wird von Aids über den Haufen geschmissen....in den klinischen Präsentationen.....die Art, wie sich die Krankheit manifestiert, die vielen verschiedenen Krankheiten....also das war wie eine Revolution für mich...innerhalb der klassischen Konzepte, die man mich in der Inneren Medizin gelehrt hatte. Das machte eine ganz neue Art erforderlich, sich dem Patienten zu nähern.” (Dra.U).

EB ”Wie meinen Sie das?”

”Ja, also die präsentiert sich ganz anders als alle anderen Krankheiten. Die Patienten entwickeln die damit zusammenhängenden Krankheiten völlig anders als sonst. Also, zum Beispiel...ein Symptom kann vieles bedeuten und nicht unbedingt etwas klassisches, so wie wir das als Internisten gewohnt sind. Also, ich hatte eine ganz klassische Ausbildung zur Internistin....ganz, ganz klassisch...ganz schematisch und methodisch....und diese Krankheit, also die bricht mit allen Schemen, die ich als Internistin gelernt habe. Dieser....dieser Bruch, ja, das ist tatsächlich ein Bruch mit klassischen Konzepten....also, für mich bedeutet das ganz viel. [...] Für mich persönlich verändert sich dadurch das, was Medizin ausmacht, die klassischen Konzepte der Medizin, die werden durch Sida gebrochen...Sida bricht das Dogmatische an der Medizin auf, vor

[237] Vgl. Kapitel II.2.3 – Unternehmen Aids-Forschung

allem den Dogmatismus in der Inneren Medizin. Dieses Gebiet der Medizin ist sehr traditionell, sehr konservativ [....] sagen wir mal so....in der Inneren ist zwei und zwei noch vier....aber bei Sida....da kann zwei und zwei zehn oder zwölf oder null sein." (Dra.U).

Für diese Ärztin verkörpert die Krankheit Aids nicht nur einen *"Bruch mit klassischen Konzepten"* der Medizin, insbesondere denen der Inneren Medizin, deren *"Dogmatismus"* sie mit der mathematischen Metapher *"in der Inneren ist zwei und zwei noch vier"* veranschaulicht. Überdies *"bedeutet"* dieser Bruch für sie persönlich *"ganz viel"*; denn *"für mich persönlich verändert sich dadurch das, was Medizin ausmacht"*. Ihre mehrmalige Wiederholung dieses Bruchs hinsichtlich des *"Dogmatischen in der Medizin"* verweist auf eine relevanzmarkierende Funktion, also darauf, welche Wichtigkeit sie dieser Erfahrung beimißt. Letztendlich führt die Beobachtung, daß bei Aids *"zwei und zwei zehn oder zwölf oder null sein kann"* sogar zu einer Änderung in ihrem Berufsverständnis, aus dem sie die Forderung nach einer *"Revolution"* im ärztlichen Umgang mit den Patienten ableitet. Die Reaktion dieser Ärztin auf die prinzipielle Paradoxie, daß Ärzte innerhalb des *"traditionellen"* und *"konservativen"* wissenschaftlichen Koordinatensystems mit einer Krankheit beruflich umgehen müssen, die *"alles, was wir als Mediziner gelernt haben über den Haufen schmeißt"*, führt demnach bei ihr zu direkten Konsequenzen in ihrer professionellen Handlungs- und Interaktionslogik. Als Reaktion auf die Paradoxie, in die sie durch Aids in ihrem professionellen Handeln hineinmanövriert wird, entscheidet sie sich gegen die medizinischen Dogmen und für eine grundsätzliche *Veränderung ihres Berufshabitus* zugunsten einer stärkeren Gewichtung der patientenorientierten ärztlichen Interaktion.

Während sich diese Ärztin an die veränderten Gegebenheiten durch Aids anpaßt und sogar zentrale medizinische Dogmen in Frage gestellt sieht, äußert sich die gängige ärztliche Coping-Strategie auf Aids in dem Bemühen, die Krankheit interpretativ so herzurichten, daß sie das medizinische Paradigma nicht nur nicht in Abrede stellt, sondern sogar affirmativ bestärkt. Beispielsweise geschieht dies durch die retrospektive Konstruktion und nachträgliche Diagnosen von "Aids-Patienten".

"[...] und jetzt weiß ich, daß ich zu die Zeit einen Muchacho sah, der Läsionen hatte, die man sonst nur bei Syphilis hat. Aber das war ein ganz junger Muchacho, dem blieb gar nicht genug Zeit, um die Krankheit zu entwickeln. Nun begreife ich, daß der möglicherweise mit Hiv infiziert war...und erst Jahre später fand man heraus, daß die Syphilis sich bei den Patienten mit Sida anders manifestiert. Aber das wußte man zu der Zeit noch nicht. Und ich erinnere mich auch, daß einer kam, der Candidiasis hatte, der ist an Adenopathie gestorben, aber man hat nie herausgefunden, was der Grund für die mangelnde Immunabwehr war und jetzt verstehe ich das...ich rede von den 80er Jahren. Da wußte man das noch nicht [...] 1980 war das. Noch bevor man von Sida wußte. Offiziell wurden die ersten Fälle 1981 publiziert [...] da hatten wir bereits

einige Fälle gesehen, die an Hiv infiziert waren...ohne es zu wissen. Ich erinnere mich an zwei Fälle und danach...rückblickend denke ich jetzt, daß die auch infiziert gewesen sein müssen. Die zwei waren befreundet." (Dra. F).

Hier geht die restrospektive Konstruktion von ”Aids-Paienten” zeitlich noch vor die ersten offiziellen Aids-Fälle in den USA zurück. Diese Ärztin stellt einigen ihrer ehemaligen Patienten eine positive Hiv-Diagnose und deutet im nachhinein nicht erklärbare Krankheitsfälle aus ihrer Praxis als Hiv/Aids-Patienten, um auf diese Weise die Dogmatik und Normalitätskonzeption biomedizinischer Krankheitsschemata wieder herzustellen, deren Gültigkeitsanspruch durch die atypische und daher nicht einzuordnende Symptomatik der Hiv-Erkrankung vorübergehend ins Wanken geraten ist. In der retrospektiven Diagnose der ungewöhnlichen Krankheitsfälle als Hiv/Aids-Kranke wird der "Bruch", der darin besteht, daß die medizinischen Schemata zunächst durcheinander gerieten, dadurch "geheilt", daß zumindest retrospektiv eine plausible biomedizinische Erklärung zur Einordnung in die wissenschaftliche Dogmatik nachgereicht wird. Mit dieser Strategie wird Aids in die wissenschaftliche Normalitätsvorstellung *nachträglich* eingepaßt sowie das medizinische Paradigma und die Klassifizierungsordnung in der Medizin positiv affirmiert.

Der Erschütterung, die Aids für das medizinische Paradigma bedeutet, kann demnach auf recht unterschiedliche Weise begegnet werden. In meinem Datenmaterial sind vor allem die zwei dargestellten ärztlichen Coping-Strategien dominant: Entweder versuchen die Ärzte, dennoch eine Passung zwischen der Krankheit Aids und den konventionellen medizinischen Denkschemata zu konstruieren oder sie fordern eine Erweiterung und Anpassung der klassischen medizinischen Dogmatik an die veränderten Gegebenheiten, die mit Aids einhergehen. Bewahren des Status Quo oder eine grundlegende Veränderung des beruflichen Habitus sind demnach die beiden alternativen Handlungsoptionen der venezolanischen Ärzte als Reaktion auf Aids.

4.3 Die Disqualifikation des Todes im biomedizinischen Setting

Die zentrale Paradoxie ärztlichen Handelns kommt in der Konfrontation mit dem Tod zum Ausdruck, der zumeist als narzistische Kränkung für die Mediziner gedeutet wird (vgl. Muller/ Koenig 1988). Dies läßt sich nur vor dem historischen Kontext verstehen, in dem der Tod wichtige Bedeutungstransformationen erlebte. In früheren historischen Epochen stellte der Tod einer Person ein soziales Ereignis dar, an dem Bekannte, Freunde, die ganze Familie und fast die gesamte Gesellschaft teilnahmen (Foucault 1992: 35). Zumindest versammelte der Sterbende noch einmal alle seine Angehörigen am Sterbebett um sich und nahm Abschied von ihnen, um sich sodann seinem Schicksal zu übergeben. Dies zumindest ist in Venezuela immer noch sehr verbreitet (s.o.)

Der Tod war somit eine der ganz großen Zeremonien und wichtigen öffentlichen Ritualisierungen des Lebens. Bis zum Ende des 18. Jahrhunderts hatte er diesen Stellenwert inne. Heutzutage dagegen ist – zumindest in Europa und den USA - das Krankenhaus der typische Ort und soziale Kontext, wo sich der Tod ereignet und wo er auch verwaltet wird (Muller/ Koenig 1988: 353). Das Krankenhauspersonal und die Ärzte im Besonderen sind in den modernen Gesellschaften die "Gatekeeper" des Todes geworden. Gleichzeitig wandelte er sich durch die Einbettung in diesen neuen lokalen Kontext von einem öffentlichen Ereignis in etwas, das man verbirgt. Er ist die *"allerprivateste und verschämteste Angelegenheit"* geworden (Foucault 1992: 35). Laut Foucault ist der Grund für diese Disqualifikation des Todes nicht in der Verschiebung der Angst oder in einer Veränderung der Repressionsmechanismen begründet, sondern liegt in einer Transformation der Machtbeziehungen (ebd.). Was dem Tod ehedem seinen Glanz verlieh und ihm seine hohe Ritualisierung aufzwang, war, daß er die Manifestation eines Übergangs von einer Macht zu einer anderen war [238].

> Der Tod war der Augenblick, in dem man von einer Macht, der des Souveräns des Diesseits, zu einer anderen Macht überging, zu der des Souveräns des Jenseits. Man ging von einer Urteilsinstanz zu einer anderen über, man ging von einem zivilen, öffentlichen Recht, einem Recht über Leben und Tod, zu einem Recht des ewigen Lebens oder der ewigen Verdammnis über" (Foucault 1992: 35).

Die Macht der sich im 18. Jahrhundert etablierenden Medizin jedoch war darauf gerichtet, zu intervenieren, um leben zu machen. Von jetzt an intervenierte die Medizin, um das Leben zu steigern, es zu maximieren, um dessen Unfälle, Zufälle und Schwächen und somit *den Tod zu kontrollieren* (ebd.). Der Tod als Endpunkt des Lebens befand sich damit nicht mehr im Zugriffsbereich der Medizin; im Gegenteil, er markierte die Grenze ihrer Macht. Der Sterbende entzieht sich dieser Macht und kommt auf seinen privatesten Bereich zurück. Auf den Tod hat die Medizin nur einen statistischen Zugriff, nämlich auf die Sterblichkeitsrate.

> "Die Macht kennt den Tod nicht mehr. Strenggenommen läßt die Macht den Tod fallen. Man bringt die Menschen dazu, derart gut zu leben, daß man dahin gelangt, sie sogar zu einem Zeitpunkt leben zu machen, an dem sie biologisch seit langem tot sein müßten" (Foucault 1992: 36).

Die bedeutenden pharmakologischen und technologischen Fortschritte auf dem Gebiet der Medizin, die seit dem 2. Weltkrieg stattgefunden haben, führten dazu, daß die Mediziner größere Kontrolle sowohl über den Sterbeprozeß selbst als auch über die Todeszeit erlangt haben. Der Tod wird innerhalb des biomedizinischen Settings nicht länger als ein natürliches und

[238] Ein Übergang von einer Macht zu einer anderen, das war zugleich eine Übertragung der Macht des Sterbenden, eine Macht, die sich auf die Überlebenden übertrug - letzte Worte, letzte Ermahnungen, letzte Wünsche und legitime Testamente (Foucault 1992: 35).

unausweichliches Ereignis begriffen. Er wird betrachtet als etwas, das kontrolliert, geplant und gemanagt werden kann (Muller/ Koenig 1988: 354). Sogar sterbende Patienten im Endstadium einer schweren Krankheit können mit Drogen und Intensivtechnologie "am Leben erhalten" werden und "haben eine Chance".

> "Physians, when faced with a desperately ill person, will tend to use whatever exits in their pharmacological or therapeutic armory if they construct a picture of the patient as ´having a chance´" (Muller/ Koenig 1988: 368).

Vor diesem Hintergrund werden Sterben und Tod zu kulturellen Metaphern für ärztliches Versagen oder mißglückte therapeutische Interventionen (ebd.). Welche Fassungslosigkeit und narzistische Kränkung Ärzte empfinden können, wenn der Patient trotz aller Hi-Tech-Bemühungen stirbt, drückte ein Mediziner in der Untersuchung von Muller und Koenig beispielsweise so aus:

> "I think he had the right medicine; he just didn´t have the right disease [...] he was just a little bit beyond our technology" (Muller/ Koenig 1988: 372).

In solchen Aussagen konkretisiert sich, daß die Wurzeln der Medizin u.a. in dem universalen menschlichen Wunsch nach einem längeren Leben, wenn nicht gar nach Unsterblichkeit, gründen (Kearl 1989: 406). Die medizinischen Institutionen erheben Anspruch darauf, nahezu jede Krankheit "heilen" zu können - Alter und Tod eingeschlossen. Der ehemals die Nachkommen moralisch verpflichtende Tod der Ahnen wurde transformiert in technologische Tode - wie sie z.B. im Falle Barney Clarks, den ersten Empfänger eines künstlichen Herzens, Gestalt angenommen haben (ebd.: 407). Dabei ist die Medizin aber nicht nur die gesellschaftliche Institution, die als *"culture´s frontline battle against death"* (ebd.) den Tod managt, sie selber tötet ebenfalls [239]. Seitdem sich das Hirntod-Konzept als medizinische Definition des Todeszeitpunkts durchgesetzt hat [240], bestimmen Ärzte sogar allein über den Tod von Menschen und können sich aufgrund ihres institutionell abgesicherten Definitionsmonopols über Leben und Tod auch erfolgreich gegen andere konzeptuelle Todesvorstellungen in der Gesellschaft durchsetzen [241].

---

[239] Beispielsweise wird die (Lebens-)Qualität von Föten bei der pränatalen Diagnostik festgestellt und - abhängig vom Befund - über Fortsetzung/ Abbruch der Schwangerschaft entschieden. In der ARD-Dokumentation "Mörderische Diagnose" vom 12.8.98 wird aus Interviews deutlich, die mit Hebammen geführt wurden, daß in der Abtreibung von Föten im Rahmen pränataler Diagnostik nicht nur eine Qualitätskontrolle der Leibesfrucht vorgenommen wird, sondern daß die Föten auch als Rohstoff fur die pharmazeutische Forschung von Interesse sind. Einige Hebammen berichteten sogar, sie hätten beobachtet, wie Gewebeproben fürs Labor aus *noch lebenden* abgetriebenen Föten herausgeschnitten worden waren (ebd.).

[240] Dies ist insbesondere im Zusammenhang mit der Transplantationdebatte - also der Entnahme von Organen hirntoter Menschen - bedeutsam.

[241] In der ARD-Dokumentation "Ware Mensch" vom 18.11.99, die über Transplantationsmedizin berichtete, wurde die Diskrepanz zwischen Laienvorstellungen uber den Todeszeitpunkt kontrastiert mit der medizinischen Todesdefinition. Als Kulminationspunkt der Unvereinbarkeit beider Konzepte wurde ein noch schlagendes Herz eines als "hirntot" erklärten Menschen gezeigt, das zur Transplantation entnommen werden sollte. Die Statements, die dazu von betroffenen Angehörigen, Kirchenrepräsentanten u. a. eingeholt wurden, sprechen ein beredtes Zeugnis darüber, daß ein *"Gefühl des Unbehagens"* (ebd.) uber den eigenmächtigen definitorischen Zugriff der Medizin auf *"das Ersatzteillager Mensch"* (ebd.) in der Bevölkerung weit verbreitet ist.

Einzuschränken ist dies allerdings im interkulturellen Vergleich. Medizinethnologische Untersuchungen haben ergeben, daß die Definition des Todeszeitpunkts nach dem Hirntodkonzept beispielweise von japanischen Ärzten in der Regel nicht anerkannt oder zumindest in Japan nicht praktiziert wird (Lock 2000); auch wird dort insgesamt weniger obduziert. Erklärt wird dies zumeist damit, daß im Gegensatz zur ”westlichen” Kultur das Zentrum der Persönlichkeit nicht im Hirn, sondern in anderen Körperteilen – vor allem im Herz - lokalisiert ist (ebd.).

Da das Herz auch in Venezuela eine zentrale Rolle im Persönlichkeitskonzept darstellt, dessen Bedeutung die des Gehirns bei weitem dominiert, dürften auch hier Widerstände gegenüber einer am Hirntod-Konzept orientierten Medizin zu erwarten sein; und zwar sowohl seitens der Ärzte als auch von den "Laien". Überdies ist in Venezuela der Tod vor allem ein soziales Ereignis und weniger ein medizinisches (vgl. Arcaya 1990); die gängige Praktik in Venezuela, Sterbende aus dem Krankenhaus in ihre Familien zu entlassen, verweist darauf. Dies legt den Schluß nahe, daß trotz Globalisierung und Standardisierung der Medizin auch kulturelle und lebensweltliche Todesvorstellungen im ärztlichen Umgang mit toten und sterbenden Patienten wirksam werden.

4.4 Bewältigungsstrategien venezolanischer Ärzte im Umgang mit dem Tod

Grundsätzlich gilt auch für Venezuela, daß der Tod die Mediziner mit den Grenzen ihrer Macht konfrontiert. Dies erleben bereits die Medizinstudenten als deutlichen Fehlschlag ihrer späteren Profession, der zumeist als traumatisches Erlebnis erinnert wird.

”Ich hatte geglaubt, die Medizin sei schön, alles sei ganz toll und jetzt glaube ich....nach drei Jahren...daß die Medizin für mich...weil ich etliche Erfahrungen damit gemacht habe...beispielsweise mit dem Tod, wie ich ja schon gesagt habe...Patienten sterben zu sehen. [...] Dann immer noch dabeizubleiben, das ist hart. Und hinterher es den Angehörigen beibringen und ihnen Unterstützung geben, das alles kommt mir nicht so schön vor wie man mir weismachen wollte....und natürlich trägt man dabei seine Traumen davon. [...] Für mich ist es erfreulich, wenn ein Patient kommt und gesund wird.” (Medizinstudentin C).

In der Erfahrungsaufschichtung dieser Studentin ist die Konfrontation mit dem Tod von Patienten eine *”traumatische”* Begegnung, die einen deutlichen Schatten auf den von ihr gewählten Beruf wirft; dies umso mehr, als sie offenbar zuvor ein positiveres Bild davon hatte, das ihr von außen *”weisgemacht”* wurde. Insbesondere *”sterbenden Patienten”* gegenüberzustehen erlebt sie als besondere Härte, die zusätzlich noch verstärkt wird durch die Erwartung *”der Angehörigen”* nach *”Unterstützung”*. Diese traumatische Seite des von ihr gewählten Berufs erschwert es ihr

”dabeizubleiben”. Zugleich verweist sie im Sinne einer Kontrastfolie auf die *”erfreuliche”* Seite ihrer Profession, die sie darin realisiert sieht, *”wenn ein Patient kommt und gesund wird.”* Damit unterstreicht sie die Bedeutung des Todes für die Mediziner als eine Erfahrung, die dem Arztberuf konträr entgegensteht, die als frustrierend und traumatisierend empfunden wird und den Fehlschlag ärztlicher Interventionen anzeigt. Zudem wird der Tod hier als ein Ereignis herausgearbeitet, das mit der ärztlichen Tätigkeit nur marginal zu tun hat. Der ”wahre” Kern ärztlichen Handelns liegt ohnehin darin, Patienten zu kurieren; zumindest kann dies als berufliches Erfolgserlebnis verbucht werden.

Noch deutlicher bringt dies eine andere Studentin zum Ausdruck.

> ”Als ich mit dem Medizinstudium begann, habe ich mich von dieser Idee leiten lassen und alle um mich herum sagten mir...auch die Ärzte, mit denen ich darüber sprach...die sagten mir, daß dieser Beruf ein sehr schöner Beruf sei...aber heute kann ich sagen, daß mir die Medizin nicht besonders schön vorkommt, weil ich sehr viel erleben mußte und vieles zu sehen bekam...*Zumindest fühlt man sich dem Tod gegenüber impotent*...und das ist etwas, was mich sehr getroffen hat...die Menschen sterben zu sehen und nichts machen zu können, weil man ja auch nicht Gott ist...das hat mich schwer getroffen. Aber ich kann schon sagen, daß die Medizin auch Erfreuliches hat. Das ist ein Beruf, der sich lohnt..wenn man jemanden sieht, der krank war und wenn man ihn gesund oder genesen sieht....” (Medizinstudentin A).

Die bereits erkennbare Deutungstendenz, den Tod als eine traumatische Erfahrung des (angehenden) Arztes zu entwerfen, wird auch hier unterstrichen; zusätzlich wird er als ein Ereignis porträtiert, das sogar *"Impotenz"*-Gefühle aufkommen läßt. Er erscheint als Infragestellung der ärztlichen Kompetenz und Macht, die dazu verurteilt ist, *”die Menschen sterben zu sehen und nichts machen zu können”*. Die Einsicht, daß dies so ist, erfolgt unter Verweis darauf, daß *”man ja auch nicht Gott ist”*, eine Erkenntnis, die sie jedoch *”schwer getroffen”* hat. Gerade in dieser Desillusionierung von einem *”schönen”* zu einem von der göttlichen Tätigkeit weit entfernten und wenig erfreulichen Beruf kommt der inhärent erhobene Anspruch auf medizinische Omnipotenz umso deutlicher zum Ausdruck, der sie ehedem zum Medizinstudium motiviert hat. Auch diese Studentin verweist im Sinne einer Kontrastfolie auf berufliche Erfolgserlebnisse – also genesende Patienten -, die zumindest eine Kompensation für all die sterbenden Patienten darstellen.

Die grundsätzliche Paradoxie ärztlichen Handelns, die darin liegt, daß der Tod in der Ausbildung zum Arzt im Prinzip nicht vorgesehen ist und ausgegrenzt wird, bringt eine andere Interviewpartnerin folgendermaßen auf den Punkt.

”Wenn du das erste Mal damit in Kontakt kommst, dann merkst du erst, daß du dazu ausgebildet worden bist, zu heilen und Leben zu retten. Das ist so das Bild von einem idealen Arzt, eine Phantasievorstellung. Dann wirst du damit konfrontiert, daß du eigentlich zum Lebensretter, zum Heilen ausgebildet wurdest. Das ist ein Teil dieses Berufsbildes, wenn du dich entscheidest, Medizin zu studieren. Du wirst dann damit konfrontiert, daß du es als persönliches Versagen empfindest, wenn dir ein Patient stirbt...dann kannst du nichts mehr machen [...].” (Dra.F).
Aus der Erzählung dieser Ärztin wird erkennbar, daß die Paradoxie des Todes im ärztlichen Handeln den Medizinern erst beim *”ersten Mal”* deutlich bewußt wird. Bis ihnen ein Patient stirbt, wähnen sie sich als *”Lebensretter”*, die *”zum Heilen ausgebildet”* worden sind und deren Aufgabe gerade darin besteht, die Patienten dem Tode zu entreißen und eben nicht darin, ihn zu akzeptieren. Aus diesem Grund wird der Tod eines Patienten individuell als *”persönliches Versagen”* erlebt, das Selbstzweifel auslöst und das antrainierte berufliche Selbstbild ins Wanken bringt. Erst durch die Konfrontation mit dem ersten sterbenden Patienten wird die im Medizinstudium unbewußt internalisierte Omnipotenz-Phantasie als *”Phantasievorstellung”* aufgedeckt, worauf die einzelnen Akteure unterschiedlich reagieren.

Hingegen ist der Umgang mit dem Tod für die Ärzte, die sich von der Idee des Arztes als Lebensretter verabschiedet haben, explizit ein elementarer Bestandteil des ärztlichen Aufgabenfeldes.

> ”Ein Arzt hat nicht nur die Aufgabe, zu heilen, sondern auch die, dem Patienten dabei zu helfen, gut zu sterben. Wenn wir ihn nicht heilen können, dann unterstützen wir ihn dabei, ein Leben zu führen, das ihm entspricht. Solange er lebt. Und dann helfen wir ihm, gut zu sterben, wenn der Tod anklopft (cuándo la muerte toca la puerta). So handhaben wir das hier. Also, die Lebenssituation bis zum Tod verbessern....die Lebensqualität bis zum Tod erhalten und wenn er sterben muß, dann reden wir mit seinen Angehörigen, damit er einen würdigen Tod hat.” (Dr.T).

Dieser Arzt legt den Tod als Teil der ärztlichen Arbeit aus. Aufgabe des Arztes ist es, nicht nur *”zu heilen”*, ebenso soll er *”dem Patienten dabei helfen, gut zu sterben”*, wenn ihm denn nicht mehr zu helfen ist. Bis der Tod *”anklopft”* ist es vor allem die *”Erhaltung der Lebensqualität”*, die der Arzt zu gewährleisten hat. Dann allerdings soll er für einen *”würdigen Tod”* sorgen; dieser besteht vor allem darin, die Angehörigen hinzuzuziehen [242].

Einige Interviewpartner unternehmen Versuche, dem Tod eine sinnhafte Bedeutung zu unterlegen.

[242] Vgl. Kapitel IV. 3.8 – Die Holismusmetapher

> ”[...] der Tod ist für manche Ärzte wie ein Versagen. Für den Arzt bedeutet es, zu versagen, weil der Arzt ja den Tod bekämpft. Das ist der Feind, den er besiegen muß. Der Tod ist ganz einfach etwas, was man zu akzeptieren lernt, den man als etwas ansieht, was uns nicht gefällt, aber den wir ganz oft nicht vermeiden können. Etwas, das ein Abwehrgefühl auslöst [...] Der Tod könnte doch aber auch ein Partner bei der Arbeit sein...wie ein *Sparringspartner*. Wie eine Person, die auf der anderen Seite steht. Der Gegenpol zu dem, was wir machen wollen.” (Medizinstudent D).

Dieser Student unternimmt mit seiner Todesdeutung den Versuch, den Tod für das ärztliche Selbstverständnis affirmativ zu wenden und ihn auf diese Weise für das ärztliche Handeln fruchtbar zu machen. Zunächst zeichnet er die herkömmliche Bedeutung des Todes als einen *”Feind”* des Arztes nach, der dessen heilerische Bemühungen zunichte macht und *”den er besiegen muß”*. Diese Versagenstheorie verwirft er mit der nüchternen Feststellung, die Ärzte könnten ihn aber nun mal nicht *”vermeiden”* und sollten ihn daher *”akzeptieren”* – auch wenn er *”Abwehrgefühle auslöst”*. Am Ende seiner Deutung entwirft er als eine mögliche Handlungsvision im Umgang mit dem Tod die Metapher vom *”Sparringspartner*”, der in einem sportlich-dynamischen Wettbewerb als *”Gegenpol”* zum Arzt steht und diesen dadurch sogar in seinem Handeln motivieren kann. Mittels seiner Umdeutung konventioneller Todeskonzepte stattet er den Tod mit kreativen und dynamischen Lebensimpulsen aus, die dem ärztlichen Auftrag zum Lebenserhalt sogar förderlich sein können.

Ähnliche Bewältigungsstrategien, bei denen Sinnkonstitutionen des Todes im Mittelpunkt stehen, entwickeln auch andere Interviewpartner. Eine Ärztin interpretiert ihre Begegnungen mit sterbenden Patienten als intensives Erlebnis, das sie an eine mit mystischen Qualitäten ausgestattete, persönliche Grenzerfahrung herangeführt hat.

> ”[...] auf der medizinischen Ebene, sieht man es, wenn der Patient tot ist...ganz einfach, etwas bewegt sich nicht mehr, ein Körper liegt vor einem, der aufgehört hat, zu funktionieren...ein Körper, der aufgehört hat zu atmen, der Herzschlag hat ausgesetzt, die Lebensenergie ist daraus entwichen....aber aus einer persönlichen, emotionalen Perspektive heraus....da fühlt sich das wie ein krasser Bruch an, das fühlt sich wie ein plötzlicher, endgültiger Bruch an in einem nicht rückgängig zu machenden Moment ....es ist unbeschreiblich intensiv. Aber das erlebe ich nicht auf der medizinischen Ebene so, mehr auf einer persönlichen Ebene. ....als menschliches Wesen.[...] Das ist eine ganz intensive Erfahrung, die....fast ...ich rede hier nicht von Mystizismus, aber ich würde sagen....ich kann es Ihnen wirklich nicht beschreiben, aber es ist ein einzigartiger Moment, unbeschreiblich [....]" (ist sehr aufgeregt und drückt meine Hand). (Dra.P).

EB "Aber man kann es fühlen?"

> "Das kann man fühlen, das fühlt man...oh ja....das fühlt man. Ich weiß nicht, ob die anderen Ärzte auch, aber ich fühle das.[...] das ist etwas Außergewöhnliches, etwas Besonderes, das berührt mich jedesmal tief [....] selbst nach 15 Jahren Arztberuf berührt mich das immer noch....das ist etwas....sagen wir, etwas Mystisches [...]" (Dra.P).

Diese Ärztin erlebt den Tod von Patienten als persönliche Grenzerfahrung und hebt insbesondere die Intensität dieses Erlebnisses hervor, an dem sie häufig als eine Sterbende begleitende Medizinerin partizipiert. Auffällig ist in ihrer Erzählung die Aufteilung ihrer Beobachtungen in die, die sie als Ärztin *"auf der medizinischen Ebene"* macht und in jene, die sie als *"menschliches Wesen"* wahrnimmt. Diese cartesianisch anmutende Kontrastierung kommt auch in ihrer sachlich-nüchternen Schilderung des Toten zum Ausdruck, *"der aufgehört hat, zu funktionieren"*, während sie es emotional als höchst ergreifendes Erlebnis erfährt, das sie in der Retrospektive als *"unbeschreiblich intensiv"* und sogar als *"krassen Bruch"* darstellt. Beim Tod eines Patienten geht etwas *"Außergewöhnliches und Besonderes"* vor sich, von dem sie sich *"tief berührt"* fühlt, um es sodann in den Bereich des Transzendentalen als *"mystisch"* einzuordnen. So spaltet sie diesen *"einzigartigen Moment"* von ihrem professionellen Selbstbild als Ärztin ab und unterstreicht damit seine Ausgrenzung aus dem Arztberuf. Obwohl sie die Relevanz ihres eigenen emotionalen Empfindens beim Sterben eines Patienten immer wieder hervorhebt als etwas, das *"man fühlen kann"*, verweist sie dieses intensive Gefühl auf die *"persönliche, emotionale"* Ebene, das in den Bereich des Mystischen, aber nicht in den Bereich der Medizin gehört. Unterstrichen wird dies noch zusätzlich dadurch, daß sie nicht mit ärztlichen Kollegen über dieses Erlebnis kommuniziert, denn sie weiß nicht, ob es den anderen Ärzten auch so ergeht wie ihr. Offensichtlich ist diese Thematik unter Ärzten oder im Kollegenkreis mit einem Thematisierungsverbot belegt. Der Tod von Patienten erscheint hier als eine persönliche Grenzerfahrung, die die Ärztin mit dem Grenzbereich zwischen Leben und Tod in Kontakt bringt, der aber explizit von ihr als eine nicht dem Bereich der Medizin zugehörige Dimension gedeutet wird. Die Paradoxie ihres Handelns liegt darin, daß sie einerseits die Konfrontation mit dem Tod ihrer sterbenden Patienten aufgrund seiner Intensität geradezu sucht, während sie ihn andererseits ausgrenzt, indem sie sich auf den "ärztlichen Blick" zurückzieht und ihn als bloßes Aussetzen der körperlichen Funktionen beschreibt. Möglicherweise drückt sich aber gerade darin eine Strategie aus, das professionelle Selbstverständnis zu stärken, indem intensive emotionale Erschütterungen wie sie eine intensive Sterbebegleitung hervorrufen können, als persönliches Erlebnis gewertet werden. Anders ausgedrückt, kann sie die emotionale Intensität, die sie anläßlich des Todes erlebt, möglicherweise nur zulassen, *weil* sie sie außerhalb ihrer Profession ansiedelt.

Eine ähnliche Ausgrenzung des Todes aus der Medizin mit gleichzeitiger Zuweisung an überirdische Instanzen nehmen auch andere Ärzte vor. In den meisten Deutungen ist er mit einer eindeutig christlichen Konnotation unterlegt.

> ”[...]Der Tod ist ja ein Teil des Lebens und für mich persönlich...ich glaube, nach dem Tod ist das Leben noch viel schöner. Ich glaube, man soll das Leben genießen, aber nach dem Tod, da muß das Leben noch viel schöner sein. Ich bin sehr gläubig, sehr religiös. Das eigentliche Leben beginnt nach diesem Leben. Dies ist nur eine Prüfung, die uns Gott auferlegt hat....einige Jährchen hier zu sein, zu leiden und zu arbeiten, um danach dort hinzukommen, wo es viel schöner ist. Keiner ist jemals zurückgekommen, keiner kann uns das sagen. Das sollte uns zu denken geben.” (Dr.A).

Die in dieser Interviewpassage übermittelte Vorstellung vom Leben als Jammertal, das den Menschen als *”Prüfung”* auferlegt ist, um sich durch *”leiden und arbeiten”* für ein späteres Weiterleben zu qualifizieren, knüpft an christliche Traditionen an, die den Menschen ebenfalls ein irdisches Leben in Entsagung im Tausch gegen ein ewiges Leben nach dem Tod versprechen. Dort soll es dann nicht nur *”viel schöner”* sein, sondern erst dann beginnt *”das eigentliche Leben”*. Zur Bekräftigung seiner These führt er den rhetorischen ”Beweis” an, es sei *”keiner jemals zurückgekommen”*. Im Umkehrschluß heißt dies nichts weniger als daß die Toten zurückkommen würden, wenn es ihnen dort, wo sie sind, nicht gefiele. Weil sie dies eben nicht tun, spricht dies für das überlegene Gütesiegel eines Lebens im Jenseits *(”das sollte uns zu denken geben”).*

Ein anderer Arzt nutzt den Umgang mit den Hiv/Aids-Patienten überdies als mentale Vorbereitung für den eigenen Tod und macht sich sogar Gedanken über die Gestaltung seines persönlichen Weiterlebens im ”Jenseits”.

> ”[...] Ich glaube, ich habe mich zusammen mit meinen Patienten....täglich...auf den Tod vorbereitet.” (Dr.K).

EB (erstaunt) ”Sie selber bereiten sich auch darauf vor?”

> ”Der Tag, wo er mich holt, der sei mir willkommen. Immer schon habe ich das so gesehen. *Man muß immer seine Reisetasche fertig gepackt haben, um aus dem Leben abzureisen.* Der Tag, wo ich dran bin mit der Reise....auf diesen Tag bin ich gut vorbereitet. Darauf muß man immer gefaßt sein. Schlecht ist es nur, wenn man sich darauf nicht vorbereitet hat. Wenn ich weiß, jetzt ist es soweit, dann packe ich meine Reisetasche. [...] Dann muß ich erstmal meine Sünden beichten...ich glaube schon, daß ich in meinem Leben welche begangen habe...sogar bewußt! Okay, ich habe nicht getötet und niemanden ausgeraubt. Ich glaube, das sind die beiden einzigen wirklich schlechten Sachen, die es im Leben gibt. Ich mag Menschen aber wirklich gern. Also, der Tag, an dem der Tod kommt, der ist mir willkommen.” (Dr.K).

Der Arzt unterlegt den möglichen Tod seiner Patienten mit der Deutung, diese Konfrontation sei eine persönliche Herausforderung und Prüfung für ihn selbst. Seine Patienten tragen diese Übung zum *”abreisen aus dem Leben”* täglich an ihn heran. Mit der Metapher des Lebens als Reise und

des Todes als Weitereise versucht er, das Phänomen des Todes mit einem Sinn auszustatten. Mit der metaphorischen Deutung, er habe immer *”seine Reisetasche gepackt”*, bringt er seine prinzipielle Bereitschaft zu Offenheit und zu Veränderung sowie seine Akzeptanz des Todes als etwas Unabänderlichen zum Ausdruck. Zugleich affirmiert er auf diese Weise die Richtigkeit seines Handelns; denn er braucht sich selbst über das Beichten seiner *”Sünden”* keine Sorgen zu machen, daß sie ihn etwa bei der *”Weiterreise”* in das ewige Leben behindern oder diese gar völlig vereiteln könnten. Zwar zieht er die Bilanz, durchaus *”Sünden begangen”* zu haben, aber diese erscheinen angesichts *”wirklich schlechter Sachen”* wie *”töten”* und *”ausrauben”* als so geringfügig, daß er dem Tod gelassen entgegensehen kann und er ihn sogar *”willkommen”* heißt. Mit seiner Interpretation des *Todes als ”Chance”* unternimmt auch dieser Arzt den Versuch, den Tod affirmativ umzudeuten. Daraus gewinnt er eine gelassene und positive Einstellung gegenüber dem möglichen Ableben seiner Patienten und verschafft sich eine Erweiterung seines professionellen Handlungsrepertoires. Mittels dieser Deutungsstrategie stabilisiert der Arzt sein professionelles und persönliches Selbstverständnis und tritt möglichen Selbstzweifeln entgegen, die er aus dem Tod seiner Patienten davontragen könnte.

4.5 Die hilflosen Helfer: Ärztliche Sinnkonstitutionen einer nicht heilbaren Krankheit

Eine ähnliche Ambivalenz wie in der ärztlichen Einstellung zum Tod ist für den Umgang mit Hiv/Aids-Patienten festzustellen. Die Krankheit stellt an die Ärzte aufgrund mangelnder medizinischer Heilangebote eine vergleichbare Herausforderung, Auslegungen zu entwerfen, welche geeignet sind, Hiv/ Aids affirmativ zu wenden und in die ärztlichen Normalitätsvorstellungen einzufügen sowie positive Bewältigungskonzepte bereitzustellen. Für einige Ärzte repräsentiert die Krankheit Aids und die häufige Begegnung mit Hiv/ Aids- Patienten in ihrer Praxis sogar den Auslöser bzw. die Notwendigkeit für ihre Reflexionen über den Tod.

> ”Über den Kontakt mit diesen Patienten hat sich viel in meiner Lebenseinstellung geändert. Der Umgang mit dem Tod ist jetzt ein Teil meiner Arbeit geworden....aber erst in den letzten fünf Jahren...Denn sehen Sie, ich mache ja Infektologie [...] in der Inneren Medizin, da gibt es immer noch vieles, was nicht zu heilen ist, die Diabetes zum Beispiel ist nicht heilbar, Infarkt....nicht heilbar. Aber wenn ich Infektologie mache, dann wird deren Genialität deutlich....Aids hingegen ist immer noch nicht heilbar. Ich habe also gelernt, daß es den Tod gibt und lerne sowohl als Ärztin als auch als menschliches Wesen, mit dem Tod als Lebensprozeß umzugehen.” (Dra.U).

EB ”Das hört sich so an, als ob Sie zusätzlich zur Inneren Medizin noch Infektologie gemacht hätten, um mehr Heilungserfolge zu haben.”

> ”Ja, sagen wir so, um weniger oft zu versagen. Und ausgerechnet dann kommt da eine Krankheit daher, für die wir als Infektologen auch noch zuständig sind...gerade so, als ob sie mir sagt: ´Paß mal auf, das hat mit Versagen nichts zu tun, das gehört dazu, das ist ein Teil des Lebens´. Ich habe Ihnen ja gleich gesagt, daß ich mich da sehr geändert habe. Ironie des Schicksals könnte man das nennen. [...]” (Dra.U).

Die Ärztin deutet die Krankheit Aids zur Lehrmeisterin und sogar zum *”Schicksal”* ihres Lebens um, die viel dazu beigetragen hat, daß sie sowohl persönlich als auch beruflich eine andere Einstellung zum Tod entwickelt hat. Zu dieser veränderten *”Lebenseinstellung”* hat sie allerdings nicht freiwillig, sondern über Umwege gefunden. Zunächst versuchte sie sogar, den ungenügenden Erfolgserlebnissen aus der Inneren Medizin auszuweichen, indem sie eine zusätzliche Facharztausbildung zur Infektologin absolvierte. Davon versprach sie sich, *”weniger oft zu versagen”* und an der *”Genialität”* dieser Spezialdisziplin teilzuhaben. Als *”Ironie des Schicksals”* legt sie es aus, daß ausgerechnet in der Infektologie eine Krankheit *”daherkommt”*, die den Erfolgskonzepten dieser Disziplin trotzt und nicht heilbar ist. Mehr als das, beinhaltet Aids sogar eine Botschaft, die an sie höchstpersönlich gerichtet ist und sie daran gemahnen soll, mit dem *”Tod als Lebensprozeß”* umzugehen, der mit *”Versagen nichts zu tun hat”*, sondern der als *”Teil des Lebens dazugehört”*. Die Ärztin konstruiert Aids als eine Krankheit, die ihr tiefe

Einsichten für ihr persönliches und vor allem für ihr berufliches Selbstverständnis übermittelt und ihr darin sogar eine wichtige Lektion erteilt hat.

Während diese Ärztin immer wieder durch ihre prinzipielle Bereitschaft zur Anpassung ihres beruflichen Habitus an veränderte Gegebenheiten auffällt, greifen viele ihrer Kollegen in schwierigen Situationen eher auf das bereits habitualisierte ärztliche Handlungsrepertoire zurück. Insbesondere der habitualisierte ”ärztliche Blick” kommt in Situationen, die für den Arzt Konflikte beinhalten oder potentiell belastend sind, zum Einsatz.

> ”Das ist ein Schutzmechanismus....glaube ich [...] dieses Verhalten einiger Ärzte, den Patienten als kranke Lunge oder Gehirn anzusehen...das machen die doch, um das weniger an sich heranzulassen. Das ist auch wichtig in der Ausbildung, um es für dich selbst erträglich zu machen...um mit diesem oder jenem angemessen umzugehen, sowohl gegenüber dem Patienten, als auch gegenüber seiner Familie...und dir selber gegenüber auch. Das ist manchmal gar nicht so leicht... abzuschalten...so als ob du das Licht ausmachst...ich meine, so als ob du den Raum verläßt, das Licht ausmachst und es vergißt. So einfach ist das nicht immer. Immer gibt es Tode, die dir mehr unter die Haut gehen als andere [...]” (Dra.F).

Der häufig von den Ärzten im Patientenkontakt zum Einsatz gebrachte ”ärztliche Blick”, der die Patienten *”als kranke Lunge oder Gehirn”* wahrnimmt, erscheint in dieser Interviewpassage als ärztliche Bewältigungsstrategie, um sich vom Leid der Patienten abzugrenzen und *”das weniger an sich heranzulassen*”. In der von ihr verwendeten Metapher vom *”abschalten”* und *”Licht ausmachen”* nimmt die bildliche Übersetzung des ärztlichen Blicks Gestalt an, den einige Ärzte als *”Schutzmechanismus”* benötigen, wenn ihnen der Tod von Patienten *”unter die Haut geht”* oder um es *”sich selbst erträglich zu machen”*.

Eine weitere Spielart dieser Variante des ärztlichen Blicks als Bewältigungskonzept liegt in der Nutzung medizinischer Fachkompetenz, die die Aufteilung in medizinische Spezialdisziplinen bietet.

> ”Den Sida-Patienten mitteilen zu müssen, daß sie sterben werden, ist immer besonders delikat. Darum schicken wir sie dann in die Psychiatrie. Dort in der Psychiatrie wird viel dazu gearbeitet ....über den Tod geforscht und wie die Patienten dies aufnehmen und bewältigen können. Zum Glück sind es nicht wir Ärzte, die ihnen das beibringen müssen”. (Doctora L).

Hier verschafft die Aufteilung an die medizinischen Fachdisziplinen eine Entlastung für die Ärztin, die ihre Aids-Patienten an die Psychiatrie delegieren kann, wenn ihnen die *”delikate”* Prognose ihres baldigen Todes mitgeteilt werden muß. Die Aufteilung des menschlichen Körpers in Funktionseinheiten, mit der die Entwicklung von Spezialdisziplinen wie der Psychiatrie korrespondiert, eröffnet der Ärztin in ihrem speziellen klinischen Kontext eine legitime

Verhaltensoption, sich der Überbringung der unangenehmen Todes-Prognose zu entziehen. Mit der Auslagerung der Todes-Prognose aus der ärztlichen Interaktion geht überdies eine Ausgrenzung der Psychiatrie aus dem Arztberuf einher; denn *"zum Glück"* sind nicht *"wir Ärzte"* die Überbringer der Nachricht vom baldigen Tod, sondern die Psychiater, denen damit zugleich der Status von Nicht-Ärzten zugewiesen wird. Grund für diesen Hinweis einer inhärenten Abwertung der psychiatrischen Ärzte innerhalb der Medizin mag es sein, daß sie für die medizinische Verwaltung von Grenzbereichen wie dem Tod oder für die "Seele" als eine mit dem "ärztlichen Blick" schwer zu fassende Dimension zuständig sind. Mit der Ausgrenzung dieser Lebensbereiche aus der Medizin korrespondiert offenbar die Disqualifikation derjenigen Spezialisten, die sich professionell damit befassen [243].

Um die Auseinandersetzung mit der Unheilbarkeit von Aids und dem oft tödlichen Ausgang dieser Krankheit zu umgehen, legen einige Ärzte Aids als chronische Krankheit aus und ziehen Parallelen zu anderen Krankheiten in der Geschichte.

> "[...] Ich glaube, daß es eine chronische Krankheit ist und daß es meine Aufgabe und Verantwortung ist, dies den Patienten beizubringen... indem ich diese Erklärung benutze...daß es eine chronische Krankheit ist [...] wenn man sich ein wenig in der Geschichte umsieht, dann ist das so ähnlich wie bei der Tuberkulose. Ich glaube, Hiv wird sich als eine Krankheit herauskristallisieren, die sich mit drei oder vier Medikamenten gut behandeln läßt...noch hat sich das nicht so stabilisiert....*aber die werden in der Lage dazu sein*....das ist ja bereits Wirklichkeit geworden, daß mit einer Kombination aus zwei oder drei Medikamenten die virale Replikation kontrollierbar ist und zumindet der Zusammenbruch des Immunsystems gestoppt werden kann...und ich glaube, wir sind auch nicht mehr allzuweit davon entfernt, Medikamente zur Verfügung zu bekommen, die sich bei einer längeren Beobachtungszeit als effektiv erweisen...na gut, vielleicht werden das keine Medikamente fürs ganze Leben sein, aber welche für lange Perioden, vielleicht für sechs Monate oder ein Jahr. Eben genauso wie es bei der Tuberkulose war. [...] In den ganzen Jahren mußte erst das wissenschaftliche und medizinische Wissen entwickelt werden, um eine tödliche Krankheit wie die Tuberkulose zu kontrollieren...und dasselbe passiert gerade bei Sida, aber in viel kürzerer Zeit, wie in einer Art Zeitraffer. Das, was bei der Tuberkulose zehn Jahre und mehr gedauert hat....den Verursacher zu finden...hat bei Sida weniger als sechs Monate gedauert." (Dra. F).

Hier entwirft die Ärztin ein Szenario, das eine baldige Heilungsmöglichkeit von Aids aufgrund der von ihr konstruierten Ähnlichkeit mit der Tuberkulose prognostiziert. Sie deutet die Tuberkulose als beispielhaftes Symbol für den medizinischen Fortschritt, der in nicht allzu ferner Zeit *"in der Lage sein"* wird, auch Aids zu *"kontrollieren"*. Der Unterschied dieser beiden Krankheiten liegt in der dafür zu veranschlagenden zeitlichen Dimension begründet. Während für die Tuberkulose Jahre vergingen bis das dafür erforderliche *"wissenschaftliche und medizinische Wissen entwickelt werden"* konnte, geschieht dies bei Aids *"in einer Art Zeitraffer"*.

[243] Im deutschen Sprachraum etwa werden Psychiater und Psychotherapeuten häufig als "Seelenklempner" bezeichnet. In Venezuela gibt es diesen Ausdruck ebenfalls: El mecaníco de la alma.

Ungebrochen ist ihr Glaube an den wissenschaftlichen Fortschritt, der sich darin kundtut, daß er sehr schnell auf neue Krankheiten reagieren kann und den Verursacher von Aids beispielsweise in *”weniger als sechs Monaten”* aufzuspüren vermochte, während es bei der Tuberkulose immerhin *”zehn Jahre und mehr gedauert hat”*. Zwar räumt sie ein, daß bis zum endgültigen Siegeszug der Medizin gegen Aids noch etwas Zeit zu veranschlagen ist und die Ärzte sich bis dahin mit provisorischen Lösungen wie verschiedenen Kombinationspräparaten begnügen müssten, die nicht *”fürs ganze Leben”* ausreichen; am letztendlichen Erfolg der medizinischen Forschung hegt sie aber keinerlei Zweifel, denn *”die werden in der Lage dazu sein”*. Mit ihrer Deutung speist sie folglich die momentane Unheilbarkeit von Aids in den medizinischen Machbarkeits- und Fortschrittsanspruch ein, der in der baldigen Zukunft eine medikamentöse Antwort auf Aids bereithalten wird. Diese Erwartung vermittelt sie auch an ihre Patienten weiter, denen sie Hiv/Aids als *”chronische Krankheit”* erklärt. Da sie eine *”Verantwortung”* gegenüber den Patienten spürt, in ihnen Hoffnung auf eine Heilungsmöglichkeit zu wecken, reicht sie ihren Glauben an die Kontrollierbarkeit von Aids an sie weiter. Damit empfiehlt sie ihnen zugleich, sich ihre eigene Coping-Strategie, eine (medikamentöse) Lösung für Aids in die Zukunft zu projezieren, zueigen zu machen.

Andere Ärzte, die sich mit dem Leitbild vom Arzt als ”Lebensretter” ohnehin nicht identifizieren, arrangieren sich mit Hiv/Aids trotz mangelnder Heilangebote ganz pragmatisch und können selbst dem Umgang mit einer nicht heilbaren Krankheit Erfolgserlebnisse abgewinnen.

> ”Wir hier in der Inneren Medizin müssen uns ganz oft mit Krankheiten konfrontieren, die keine Heilmöglichkeit haben. [...] Rheumatologische Krankheiten, Atem-und Herz-Rhytmus-Erkrankungen, die haben auch keine Heilmöglichkeit. Aber was wir machen können, ist, die Lebensqualität des Patienten erhöhen, bis er stirbt, das ist möglich, und das mache ich in diesen Fällen, Komplikationen vermeiden, Infektionen bekämpfen die das Leben verkürzen können. Bis zum Schluß mache ich das, bis sie ein Stadium erreichen, wo man dann nichts mehr machen kann als sie friedlich sterben zu lassen; weil dann hat es keinen Sinn mehr, damit weiterzumachen, aber bis es so weit ist, tue ich alles, was möglich ist. [...] die Erfolgserlebnisse entstehen dadurch, daß ich das beste für Ihre Gesundheit unternehme, so daß er sie sich so lange wie möglich erhält. Das ist kein totaler Erfolg, aber man tut etwas Positives, so daß sie sich aufrechterhalten können, das zahlt sich ganz oft erst über einen langen Zeitraum aus.” (Dr.S).

In der Deutung dieses Arztes ist die *”Erhöhung der Lebensqualität”* seiner Patienten das erklärte Ziel seiner Arbeit. Gewährleistet wird dies bereits, *wenn ”Komplikationen vermieden”* und *”Infektionen bekämpft”* werden, *”die das Leben verkürzen können”*; jedenfalls tut er *”alles, was möglich ist”*. Obwohl er mit diesem Handlungsansatz keinen *”totalen Erfolg”* im Sinne einer Heilung erzielt, *”zahlt es sich dennoch aus”* – zumindest *”über einen langen Zeitraum”*. Weil der

Arzt seinen Anspruch auf Heilung zurückstellt und sich von vornherein an machbaren Lösungen orientiert, kann er auch kleinen Fortschritten im Behandlungsprogramm mit Hiv/Aids-Patienten oder der Aufrechterhaltung des Status Quo Erfolgserlebnisse abgewinnen. Auf diese Weise stabilisiert er sein professionelles Selbstbild und setzt es keinerlei (Selbst-)Zweifeln aus.

Den meisten Ärzten reicht eine solch pragmatische Orientierung aber nicht aus, um Erfolgserlebnisse in der Behandlung von Hiv/Aids-Patienten zu verbuchen. Einige bekunden sogar freimütig ihre Frustration, die sie dabei empfinden, wenn der Patient keine Fortschritte im Sinne einer gesundheitlichen Besserung macht.

> ”Da bemüht man sich, neue Medikamente für die Patienten zu organisieren, sie aufzumuntern, ihnen Mut zuzusprechen...reißt sich ein Bein für sie aus....und was machen sie? Es geht ihnen schlechter und schlechter....und dann leiden sie immer und leiden und leiden (stöhnt auf) [...]”. (Dra.P).

Diese Ärztin macht aus ihrer Frustration kein Hehl, die sie bei der Behandlung ihrer Hiv/Aids-Patienten erlebt. Der Arbeitsaufwand, den sie betreiben muß, steht in keinem reziproken Verhältnis zu den Erfolgserlebnissen, die sie daraus ziehen kann. Im Gegenteil, sie *”reißt sich ein Bein aus”* und erntet nur Mißerfolge, die sich darin äußern, daß die Patienten *”leiden und leiden”* und *”es ihnen immer schlechter geht”*. Fast erscheinen die Patienten sogar als undankbar, da sie die aufwendigen Bemühungen der Ärztin *”neue Medikamente für sie zu organisieren”* oder sie *”aufzumuntern”* nicht mit einer Besserung, sondern mit einer Verschlechterung ihrer Gesundheit honorieren.

Diese frustrierende Erfahrung minimieren einige Ärzte bereits im Vorfeld, indem sie die Anzahl von Hiv/Aids-Patienten in ihrer Praxis eingrenzen oder dies zumindest empfehlen.

> ”[...] also, ich finde, als Arzt darf man nicht nur mit Sida-Patienten zu tun haben. Ich glaube, das würde einen auf Dauer zu sehr frustrieren. Darüber habe ich auch schon mit Kollegen gesprochen...einer war sehr froh, daß er auch noch mit Geburten zu tun hat und nicht nur mit Sida. Das ist ja auch natürlich, daß man etwas Positives und Aufbauendes für sich dabei gewinnen möchte. Und ich finde eben, daß das bei Sida-Patienten schwerer ist.” (Dra.F).

Diese Ärztin versucht gezielt, mögliche Auslöser von Frustrationserlebnissen durch *”Sida-Patienten”* einzugrenzen, indem sie sich auf die Behandlung von Patienten orientiert, bei denen sie *”Positives”* und *”Aufbauendes gewinnen”* kann. Weil dies bei Hiv/Aids-Patienten *”schwerer”* ist und *”auf Dauer zu sehr frustriert”*, bespricht sie das Problem mit ihren Kollegen, die ebenfalls eine *”Geburt”* einem *”Sida-Patienten”* vorziehen. Deutlich wird hier die Wichtigkeit von

Erfolgserlebnissen für die Ärzte, die aus der Behandlung mit Hiv/Aids-Patienten aufgrund mangelnder medizinischer Heilangebote zuwenig Bestätigung beziehen können. Um ihr professionelles Selbstbild dennoch positiv zu affirmieren, begrenzen einige das quantitative Patientenpotential derjenigen Klientel, deren Behandlung keinen bzw. wenig Erfolg verspricht.

Um die eigene Arbeit auch im Umgang mit Hiv/Aids-Patienten als produktiv zu erleben und um die eingeschränkte Behandlungspalette auszugleichen, kompensieren einige Ärzte dies dies durch einen Mehraufwand an Caring-Angeboten gegenüber ihrer Klientel.

> ”Wenn wir den Patienten schon so wenig anbieten können, dann verdienen sie zumindest, daß wir uns noch mehr um sie kümmern als um die anderen Patienten [...] Man muß mit ihnen sehr aufmerksam umgehen, ihnen sehr viel Zuwendung (carinio = Zärtlichkeit) geben und viele Gespräche führen [...] über ihre Sorgen und Nöte. Sie dürfen sich nicht von uns allein gelassen fühlen.” (Doctora M).

Mit einer Ausweitung ihrer Caring-Angebote und *”sehr viel Zuwendung”* versucht die Ärztin, mangelnde medizinische Hilfsangebote bei Hiv/Aids auszugleichen. Dieses kompensatorische Caring-Angebot geht weit über das übliche Maß des *”Kümmerns”* hinaus, das den *”anderen Patienten”* – also denen, die kein Hiv/Aids haben -, entgegengebracht wird. Die Ärztin hält diese Intervention für dringend geboten, um zu vermeiden, daß die Patienten sich von den Ärzten *”allein gelassen fühlen”*. Mit *”Aufmerksamkeit”* und *”vielen Gesprächen”* will sie sicherstellen, daß den Patienten zumindest ein Ausgleich oder Trost für die medikamentöse Lücke im Behandlungsprogramm zukommt.

Ein anderer Arzt fühlt sich aber gerade von diesem Mehraufwand an Caring überfordert, zumal er selbst von Hiv/Aids betroffen ist.

> "Manchmal kann ich es nicht ertragen, wenn die Patienten hierher kommen und klagen wie schlecht es ihnen geht...oft wegen unglaublicher Banalitäten. Und ich muß mir das anhören, obwohl ich mir mehr Gedanken darüber mache, ob und wann die Krankheit bei mir selber ausbricht [...] meine Gewichtsverluste machen mir Sorgen. Aber ich darf nichts sagen und muß mir alles geduldig anhören. Das stört mich [...] Nicht zum Aushalten! Wenn doch bald ein Medikament gefunden würde [...]". (Dr.B).

Diesen Arzt überfordert gerade die Notwendigkeit des vermehrten Caring, das im Umgang mit *"klagenden"* Hiv-Patienten notwendig ist. Diese fordern vom Arzt sehr viel Aufmerksamkeit ein - sogar für *"Banalitäten"*, während der Arzt es vorziehen würde, sich der Beschäftigung mit seiner eigenen Erkrankung zuzuwenden, deren Symptome (*"Gewichtsverluste"*) ihm *"Sorgen machen"*. Auch dieser Arzt bringt die Entwicklung eines *"Medikaments"* gegen Hiv/Aids in einen direkten Zusammenhang mit *"Klagen"* der Patienten, die einen Mehraufwand an ärztlichen Caring-Aktivitäten erst notwendig machen. Von einer medikamentösen Lösung erhofft er sich die

Möglichkeit, seine durch die Patienten beanspruchten Caring-Kapazitäten für sich selbst stärker nutzen zu können.

Last not least bietet auch die Religion wieder eine wichtige Rolle bei der ärztlichen Bewältigung von Hiv/Aids.

> ”Manchmal staune ich wirklich über diese Patienten. Es scheint so, als ob die Anzahl der T4-Zellen (Abwehrzellen, Anm. EB) überhaupt nichts mit der Schwere der Infektionen zu tun hat. Ich erinnere mich an einen, der hatte nur noch 200 T4´s... und dem ging es prächtig.....las den ganzen in der Bibel und strahlte einen an. Das zu erleben....das macht einen bescheiden. Ich wünschte, ich wäre auch so genügsam und hätte soviel Demut vor Gott wie einige dieser Patienten”. (Dr.O).

Den Arzt versetzt es in Erstaunen, daß die gängige medizinische Formel von der Anzahl der verbliebenen Abwehrzellen als Indikator für den gesundheitlichen Zustand der Patienten nicht aufgeht. Um dieses Phänomen dennoch in seine Plausibilitätsvorstellungen einzufügen, schreibt er es der spirituellen Orientierung seiner Klientel zu, die *”den ganzen Tag in der Bibel lesen”* und der es damit *”prächtig geht”*. Diese Beobachtung löst bei ihm den Wunsch aus, er möge sich ebenso *”bescheiden”* und *”genügsam”* zeigen und *”soviel Demut vor Gott”* haben. In seiner Deutung schließt er eine Erklärungslücke in der Medizin, die keine Antwort für derlei Phänomene anzubieten hat, durch Verweis an überirdische Mächte.

4.6 Das ärztliche Management einer sozial stigmatisierten Krankheit

Eine der zentralen Paradoxien professionellen Handelns für die ärztlichen Akteure liegt darin, daß es sich bei Hiv/Aids in Venezuela nicht einfach um eine Krankheit, sondern um eine hochgradig stigmatisierte Krankheit handelt. Dies bedeutet für die Ärzte eine Zusatzbelastung, weil sie mit Problemen konfrontiert werden, die nicht direkt mit der Krankheit, sondern mit der ablehnenden Reaktion der Gesellschaft auf ihre Klientel in Zusammenhang stehen. Die Hiv/Aids-Betroffenen selbst entwickeln gegen ihre Stigmatisierung Schutzmaßnahmen, die zumeist darin bestehen, eine ausgeklügelte Informationspolitik über ihre *”spoiled identity”* (Goffman 1967) zu betreiben und davon nichts nach außen dringen zu lassen. Von dieser Verhaltensstrategie sind auch die sie behandelnden Ärzte mitbetroffen, wenn die Hiv/Aids-Patienten ihnen gegenüber beispielsweise nicht ihre wahre Identität angeben.

> ”Meistens kann ich noch nicht mal sicher sein, daß die mir in der Anamnese ihren richtigen Namen angeben. Oft tun sie das nämlich nicht, sondern denken sich einen anderen Namen aus. Aber wenn sie öfter gekommen sind und sie mich besser kennen, dann entwickeln sie mit der Zeit doch Vertrauen zu mir und sagen ganz offen `Doktor, ich heiße gar nicht XYZ, in Wirklichkeit heiße ich UVW´ [...] na ja, die denken sich wohl,

> wenn ich wegen meiner Krankheit diskriminiert werde, dann zieh ich euch eben auch alle durch den Kakao (echar un carro = umgangssprachliche Formulierung = verarschen) [...]" (DR.Z).

Hier wandelt sich der Arzt für die Hiv/Aids-Patienten von einem Gegenüber, dem mit Vorsicht zu begegnen ist und von dem ebenfalls Diskriminierungen zu erwarten sind, zu einem Vertrauten, dem die wahre Identität mitgeteilt wird, weil er sich das Vertrauen *"mit der Zeit"* verdient hat. Obwohl der Arzt zunächst selbst zu denen gehört, die von den Hiv/Aids-Patienten *"durch den Kakao gezogen"* werden, indem ihm ein falscher Name in der Anamnese mitgeteilt wird, kann er für dieses Verhalten dennoch Empathie aufbringen. Er deutet deren häufige Coping-Strategie im Behandlungssetting, ihre Identität zu verschleiern, als eine verständliche Reaktion der Hiv/Aids-Betroffenen auf Diskriminierungen, denen sie ausgesetzt sind oder die sie befürchten müssen. In der Regel kann er selbst aber den Erfolg verbuchen, daß die Patienten zu ihm Vertrauen entwickeln und sich ihm letztendlich offenbaren. Dennoch wird in dieser Erzählsequenz deutlich, daß durch die gesellschaftliche Stigmatisierung, der die Hiv/Aids-Patienten ausgesetzt sind, auch die Arzt-Patient-Interaktion in Mitleidenschaft gezogen ist. Der Arzt muß sich des Vertrauens, dessen er als Handlungsgrundlage bedarf, erst als würdig erweisen; es wird ihm nicht wie sonst als selbstverständliche Vorleistung entgegengebracht.

Ich geriet selbst in eine ähnliche Situation, als ein ärztlicher Interviewpartner mich anrief und vorschlug, ein Zweitgespräch zu führen. Erst bei diesem zusätzlichen Interview gab er seine Identität als Hiv/Aids-Betroffener zu erkennen.

> "[...] bueno, als Sie mich zu meinen Erfahrungen mit den Patienten gefragt haben, hätte ich Ihnen gerne erzählt, daß ich mich auch angesteckt habe. Ich kann das keinem sagen....Sie wissen schon...als Arzt. Wenn das jemand erfährt...mein Gott! Aber als Europäerin haben Sie da wohl nicht so große Vorurteile wie die Leute hier bei uns [...] Ich habe auch schon von Ihnen gehört und daß Sie Interviews mit Hiv-Patienten führen." (Dr.B).

In dieser Interaktion mit dem selbst Hiv-betroffenen Arzt begegnet mir dieser in ähnlicher Weise wie der Patient im zuvor genannten Interviewauszug seinem Arzt. Während er mir im ersten Gespräch über seine Infektion mit Hiv nichts mitteilt, habe ich mich aus seiner Sicht nachträglich doch noch als vertrauenswürdig erwiesen, was er auf meinen Status als vorurteilslose *"Europäerin"* und auf meinen Bekanntheitsgrad unter anderen *"Hiv-Patienten"* in Caracas zurückführt. Der Einschätzung, daß Europäer als besonders aufgeklärt und tolerant einzustufen sind, bin ich mehrfach begegnet - auch in meinen Gesprächen mit anderen Betroffenen, die ebenfalls ihre Mittteilungsbereitschaft mit dem Hinweis darauf, daß ich Europäerin bin, begründeten (*"hier inVenezuela würde ich das keinem erzählen, den ich nicht sehr gut kenne, aber ich weiß, ihr toleriert das in deinem Land"* - ein Hiv/Aids-betroffener Gesprächspartner). Mein auswärtiger Status aus einer in Venezuela als besonders tolerant imaginierten Kultur weist mich demnach als ausreichend vertrauenswürdig aus, um mir ansonsten geheim gehaltene

Informationen über die Hiv-Infektion anzuvertrauen, die gegenüber Angehörigen der eigenen Kultur nicht ohne weiteres preisgegeben werden. Sein Hinweis ("*als Arzt...Wenn das jemand erfährt..mein Gott")* kann so verstanden werden, daß ein Bekanntwerden seines Hiv-Status sogar die Fortsetzung seiner Berufsausübung in Frage stellen würde.

Von Notlügen als prophylaktischer Reaktion der Patienten auf drohende soziale Diskriminierung berichten auch andere Ärzte.

> ”[...] manchmal geben sie (gemeint sind die Hiv/Aids-Patienten; Anm. EB) einem auch falsche Informationen...das heißt mir nicht direkt....aber sie bitten mich, daß ich bei den Laboruntersuchungen einen anderen Namen auf die Proben schreibe....in der Öffentlichkeit bekannte Personen zum Beispiel....Politiker, Journalisten, Fernseh-Schauspieler...die kommen hierher, um sich Blut abnehmen zu lassen...und dann schicken wir es ins Labor mit dem falschen Namen oder dem zweiten Nachnamen drauf [...]” (lacht). (Dr. G).

Hier wird als vorbeugende Maßnahme gegen potentielle Diskriminierungen das Mogeln von Arzt und Patient als gemeinsame Coping-Strategie gegenüber gesellschaftlichen Kontrollinstanzen eingesetzt, indem die Blutprobe unter *”falschen Namen oder dem zweiten Nachnamen drauf”* ans Labor geschickt wird. Der Arzt leistet sogar aktive Mithilfe bei der Vermeidung einer stigmatisierenden Erfahrung, indem er die Blutproben mit falschen Angaben ettikettiert. Zwar tut er dies auf die *”Bitten”* seiner Patienten hin, dennoch wird seine Parteilichkeit unmißverständlich deutlich, indem er sich darauf einläßt. Kurzum: Die Loyalität des Arztes wird auf eine Probe gestellt bzw. er ist gezwungen, aufgrund der sozialen Stigmatisierung von Hiv/Aids-Betroffenen Position zu beziehen. Eine ”neutrale” Haltung, die beiden Seiten – also sowohl dem Patienteninteresse als auch den gesellschaftlichen Regeln – gerecht wird, ist in diesem Fall nicht möglich. Zumindest sieht der Arzt keine alternative Handlungsoption, die beide Perspektiven zu integrieren vermag.

Daß es sich bei der Identitätsfälschung der Blutprobe um eine in Venezuela gängige Praktik zur Vermeidung von Diskriminierung handelt, belegen auch mehrere meiner Hiv/Aids-betroffenen Interviewpartner.

> "In der Firma, in der ich arbeite, ist es Pflicht, eine Blutprobe mit einzureichen, wenn man dort zu arbeiten anfängt. Das war natürlich ein Problem für mich. Aber dann habe ich die Blutprobe von einem Freund da abgegeben" (lacht). (Hiv-Betroffener A).

Auch in diesem Beispiel wird die Diskriminierung durch ein Vorbeimogeln an sozialen Kontrollinstanzen - dem zukünftigen Arbeitgeber - umgangen. Statt seiner eigenen Blutprobe gibt der Interviewpartner die seines Hiv-negativen Freundes ab und erreicht damit seine Einstellung in

die *"Firma"*. Erst die Vertauschung der Blutproben ermöglicht dies; hätte der Gesprächspartner seinen eigenen Bluttest eingereicht, hätte er die Arbeitsstelle sicherlich nicht bekommen (vgl. Rodríguez 1996) [244].

Diskriminierung haben die Hiv/Aids-Betroffenen aber nicht nur außerhalb, sondern auch innerhalb der medizinischen Einrichtungen zu erwarten.

> ”[...] also die Krankenschwestern, aber auch das Laborpersonal, kennen die Krankheit nicht gut und lehnen den Patienten ab... in meinem Saal aber nicht [...] die Krankenschwestern, die wollten die Kranken zuerst nicht pflegen und weigerten sich, die Kranken zu waschen oder stellten ihnen das Essen vor dem Bett auf dem Fußboden ab [...] man mußte ihnen mehr Informationen geben. [...] die hatten Angst davor, sich anzustecken, aber nach und nach habe ich ihnen erklärt, wie sich die Sache verhält und ich habe ihnen ein Beispiel gegeben, als ich die Erkrankten ohne Handschuhe anfaßte, weil...um die Haut zu untersuchen, braucht man keine Handschuhe, ich konnte sie so untersuchen (lacht) ... die haben dann gesehen ´der Arzt macht das, also können wir das auch machen´.” (Dr.S).

In dieser Erzählsequenz tritt das Pflege- und Laborpersonal als Quelle von Diskriminierung in Erscheinung. Es lehnt die Patienten ab und verweigert aus Angst vor Ansteckung zentrale Aufgaben seiner Profession: die *”Kranken zu waschen”* beispielsweise oder sie zu *”pflegen”*; zudem drücken sie den Patienten gegenüber Mißachtung aus, weil sie *”das Essen vor dem Bett auf dem Fußboden abstellen”*. Der Arzt interveniert, indem er den Pflegekräften sein eigenes Verhalten zur Orientierung anbietet. Indem er die Kranken *”ohne Handschuhe anfaßte”*, vermittelt er ihnen die Botschaft, daß ihre Angst vor Ansteckung unbegründet ist und motiviert sie durch sein *Vorbild* ebenfalls zu einer Verhaltensänderung gegenüber den Hiv/Aids-Patienten. Ganz gezielt setzt er dafür sowohl seine epistemische Autorität als auch seinen erhöhten Status unter dem medizinischen Personal ein, die beide zusammen die Grundlage für seine Vorbildfunktion in seinem Zuständigkeitsbereich - *”in meinem Saal”* - begründen.

Häufiger als vor dem (para-)medizinischen Personal müssen die Patienten mit Hiv/Aids allerdings vor diskriminierenden und sogar lebensbedrohlichen Reaktionen ihrer Lebenswelt geschützt werden.

"Wir hatten mal einen Hiv-Patienten...während meiner Facharztausbildung...der war ein Gefängnisinsasse. Ich weiß noch, daß die Direktorin, die für das Postgraduiertenstudium

[244] Zwar sind nach einem spektakulären Prozeß gegen das lokale Telefonunternehmen ”CANTV” und einem daraus hergegangenen Gerichtsurteil von 1990 derartige Blutproben und Gesundheitstests für eine Einstellung gerichtlich untersagt worden (Rodríguez 1996: 169ff); dennoch wird diese Praktik in den meisten Unternehmen fortgesetzt. Weigern sich die Bewerber um einen Arbeitsplatz und berufen sich auf ihre Rechte, werden sie nicht eingestellt (ebd.).

verantwortlich war [...] die hat diese Patienten (gemeint sind Hiv/Aids-Patienten, Anm. EB) hauptsächlich behandelt und setzte sich dafür ein, daß er sofort drankam, so daß sie ihn auf dem schnellstmöglichen Weg zurückbringen konnten...damit die Häftlinge keinen Verdacht schöpfen konnten...Hauptsache, der wurde schnell behandelt...nicht wegen der Infektion...nein, weil den die anderen Gefangenen sonst getötet hätten." (tippt mich mit dem Finger an, als ich die Kassette wechsle). (Dra.F).

In dieser Erzählsequenz sticht nicht nur die Vorbildfunktion [245] der verantwortlichen *"Direktorin für das Postgraduiertenstudium"* hervor, darüber hinaus offenbart sich darin die Notwendigkeit ärztlicher Flexibilität, die sich in einem adäquaten Umgang mit diffizilen Situationen ausdrückt. In der geschilderten Behandlungssituation steht der soziale Herkunftskontext des Patienten als *"Gefängnisinsasse"* so dominant im Vordergrund, daß andere Gesichtspunkte - selbst medizinische wie die *"Infektion"* - dahinter zurückstehen müssen. Die Direktorin setzt sich und den anderen Ärzten zur obersten Handlungsmaxime, der Patient müsse *"sofort drankommen, damit die Häftlinge keinen Verdacht schöpfen konnten"*. Als wichtigste ärztliche Intervention stuft sie es ein, ihn davor zu bewahren, *"von den anderen Gefangenen getötet"* zu werden. Dieses Beispiel veranschaulicht, inwieweit das medizinische Setting im Fall von Hiv/Aids von der Diskriminierung aus der sozialen Lebenswelt dominiert und überlagert werden kann. Dies macht völlig andere ärztliche Handlungslogiken erforderlich, die flexibel auf den jeweiligen sozial-situativen Kontext zugeschnitten sind; zumal die in solchen Fällen übliche medizinische Handlungslogik ohnehin zu großen Teilen außer Kraft gesetzt ist.

Ebenso werden medizinische Institutionen wie die Hospitäler oftmals zu Austragungsorten der gesellschaftlichen Stigmatisierung von Aids.

> "[...] und jetzt haben wir große Probleme mit denjenigen Patienten, die keine Familie haben, also mit den sogenannten Sozialfällen. Die wissen nicht, wo sie hin sollen, aber die Hospitäler akzeptieren sie auch nicht, weil das Patienten sind, die lange Zeit hospitalisiert werden müssen. Die belegen ein Bett für lange Zeit, darum gibt es jetzt neuen Ärger [...] keiner will sie haben, wenn sie sehr geschwächt sind, aber die brauchen dann einen Ort, wo jemand sie umsorgt." (Dr.N).

EB: "Diese Patienten sind also nur deswegen hier, um eine Unterkunft zu haben?"

> "Ja, genau. Weil sie nicht wissen wo sie hinsollen. Das ist vergleichbar, als wenn sie Krebs haben, aber deswegen brauchen sie nicht hospitalisiert werden, man kann sie auch zuhause versorgen, man weiß, daß sie sterben werden, aber man kann sie genauso gut zuhause betreuen bis sie sterben. [...] Die Angehörigen wollen aber meist keinen solchen Pflegefall in ihrem Haus haben, sie sagen, daß sie sich anstecken können, daß sie kleine

[245] Vg. IV 3.4 und 3.5.

> Kinder zuhause haben. [...] Das ist ganz schön schwierig mit denen, weil die nämlich Betten besetzen, die andere viel nötiger bräuchten.” (Dr.N).

Aufgrund der gesellschaftlichen Stigmatisierung wird das Hospital zum Aufbewahrungsort für Hiv/Aids-Patienten, die dies aus medizinischen Erwägungen heraus gar nicht benötigen. Im Gegenteil, die Unterbringung der Patienten behindert ein sinnvolles ärztliches Handeln sogar und führt an anderer Stelle zu einer Unterversorgung aufgrund der nicht frei verfügbaren Bettenkapazitäten. Durch den Umstand, daß *”die Angehörigen meist keinen solchen Pflegefall in ihrem Haus haben wollen”* oder *”Patienten, die keine Familie haben”* die Betten blockieren, obwohl sie *”nicht hospitalisiert zu werden bräuchten”*, wird eine paradoxe ärztliche Handlungslogik erzwungenermaßen hervorgebracht. Der Arzt, der die freien Betten normalerweise Patienten zuteilen würde, die sie *”viel nötiger bräuchten”* muß sie stattdessen an Hiv/Aids-Betroffene vergeben, *”die ein Bett für lange Zeit belegen”*. Auch in diesem Fall wird eine adäquate ärztliche Interaktion überlagert von der Notwendigkeit, die Folgen gesellschaftlicher Stigmatisierung abzuwenden bzw. sie für die Betroffenen zu minimieren.

Einige Ärzte weisen die Ursache für Stigmatisierungen den Patienten selbst zu.

> ”Über die Ablehnung reden die Patienten immer....aber die betreiben sie vor allem mit sich selber. Die Patienten wollen nicht, daß jemand Bescheid weiß, weil sie erwarten, daß sie dann abgelehnt werden. [...] viele von den Patienten...die kritisieren sich, analysieren sich, sie selber lehnen sich ab....sie bilden sich oft die Diskriminierung der anderen nur ein...und in Wirklichkeit gibt´s die manchmal gar nicht....also, es gibt sie und gibt sie auch nicht. Manchmal ist die Ablehnung auch real.” (Dra.L).

Die Ärztin siedelt die soziale Stigmatisierung bzw. *”Ablehnung”* in der Persönlichkeit der Patienten an, die dies *”vor allem mit sich selber betreiben”* und sich *die ”Diskriminierung der anderen nur einbilden”* würden. Sie bestreitet sogar zunächst die reale Existenz sozialer Diskriminierung, die sich in Ablehnung ausdrückt, um diese Position sodann dahingehend einzuschränken, *”manchmal ist die Ablehnung auch real”*. Ihre ambivalente Auslegung – *”es gibt sie und gibt sie auch nicht”* - darüber, von welcher Seite letztlich die Diskriminierung ausgeht, rührt daher, daß die Schuldzuweisung an die Patienten selber eine Entlastung und Entbindung von Verantwortung für sie birgt, um den Umgang mit Hiv/Aids besser zu managen. Allerdings muß auch sie einräumen, daß die Diskriminierung nicht nur darin besteht, wenn die Patienten *”sich kritisieren”* und *”analysieren”*, sondern daß sie ebenso auch *”real”* ist.

Eine ähnliche Entlastungsstrategie gebraucht ein anderer Arzt, der sich zu unrecht dem Verdacht der Diskriminierung seitens der Patienten ausgesetzt sieht.

> ”Mit einem dieser Patienten ist mir was passiert....normalerweise hospitalisieren wir die Patienten im 8. Stock. Wenn da nicht genug Betten frei sind, dann hospitalisieren wir zum Beispiel im 7. Stock...um sie dann am folgenden Tag in den 8. Stock umzuquartieren. Häufig kommt es vor, daß diese Patienten sich darüber aufregen und sagen ´Man schmeißt mich hier aus dem 8. Stock, weil ich abgelehnt werde´....und wissen noch nicht mal, daß diejenigen, die sie ablehnen, das sind sie selber....denn hier lehnt sie keiner ab (regt sich auf). Von ihnen selber kommt ein großer Teil der Ablehnung, die sie erfahren...sie bewerten sich selber schlecht....die Mehrheit von ihnen tut das. Oder sie interpretieren Dinge, die anderen Patienten auch passieren können, als gegen sich gerichtet...als Ausdruck von Diskriminierung. Ich glaube sogar, in den meisten Fällen diskriminieren sie sich mehr als die anderen [...]” (Dr.K).

In dieser Schilderung wird die Entlastungsfunktion deutlich herausgearbeitet, die eine (Sebst-)Stigmatisierungszuweisung an die Patienten dem Arzt offeriert. Deren häufige Erfahrung einer Ablehnung aufgrund ihrer Krankheit läßt sie auch Situationen als diskriminierend interpretieren, die sich wie im Fall der Bettenverlegung vom 8. in den 7. Stock eher zufällig ergeben und mit ihrer Krankheit in keinem direkten Zusammenhang stehen. Die Mißinterpretation seiner Hiv/Aids-Patienten, man werfe sie aus dem 8. Stock, weil sie *”abgelehnt”* werden, wertet der Arzt als Übersensibilität – *”sie interpretieren Dinge, die anderen Patienten auch passieren können, als gegen sich gerichtet”* – oder von Selbststigmatisierung - *”ich glaube sogar, in den meisten Fällen diskriminieren sie sich mehr als die anderen”*. Beide Erklärungen individualisieren reale Diskriminierungserfahrungen der Hiv/Aids-Betrofffenen, indem sie die Ursache dafür in ihre Person hineinverlegen. Hierin verifiziert sich ein Erklärungsmuster, das eine reale gesellschaftliche Grundlage für Diskriminierung in Venezuela negiert, zumindest aber verkennt. Der Vorteil dieser Umdeutung für den Arzt liegt darin, daß die Notwendigkeit zur Auseinandersetzung mit komplizierten gesellschaftlichen Prozessen, die Diskriminierung hervorbringen, entfällt, wenn er die Ursache dafür im Individuum ansiedelt. Zugleich distanziert er sich davon, indem er das Problem außerhalb seines Zuständigkeitsbereichs verweist und macht es auf diese Weise kontrollierbarer, und seine professionelle Handlungsfähigkeit bleibt erhalten. Mit der Umdeutung diskriminierter Kranker in hypersensible und autoaggressive Patienten, unterlegt er seine Handlungsfähigkeit sogar mit einer positiven Konnotation; denn auf dieser ”diagnostischen” Grundlage können ärztliche und/ oder psychologische Handlungsprogramme greifen, die den Patienten ihre autoaggressiven Tendenzen abtrainieren können. Auf diese Weise werden gesellschaftliche Mißstände wie die Diskriminierung von Hiv/Aids-Kranken in die Individuen hineinverlegt, weil der Arzt sich entlasten und so sein professionelles Handlungsrepertoire oder sogar das anderer Berufssparten problemloser zum Einsatz bringen kann.

4.7 Ärztliche Compliance-Sicherung im Behandlungssetting

Im Rahmen der ärztlichen Behandlung von Krankheiten ist die Mitarbeit der Patienten im Behandlungsprogramm zentral und für eine erfolgreiche Kooperation unerläßlich. Dazu gehört nicht nur der regelmäßige Besuch der ärztlichen Sprechstunde und das Zulassen der ärztlichen Untersuchungen, sondern beispielsweise auch die Einnahme der verordneten Medikamente. Durch eine unheilbare Krankheit wie Aids werden Compliance-Probleme besonderer Art ausgelöst, weil die Patienten erst für eine Mitarbeit in einem (zeit-)intensiven, teuren und umfangreichen Behandlungsprogramm, bei dem der Ausgang höchst ungewiß ist, motiviert werden müssen. Vor allem in der Diagnose-Eröffnung gegenüber den Patienten wird dies signifikant. Daher greifen einige Ärzte auch bei dieser Gelegenheit auf das zuvor bereits vorgestellte Bewältigungskonzept einer Inaussichtstellung baldiger Heilungsmöglichkeiten zurück.

> ”Zu den Patienten sage ich ...also denen, die infiziert sind....daß sie Hoffnung haben sollen, weil bald ein Impfstoff gefunden wird, so daß sie nicht krank werden. Und zu denen, die bereits krank sind, sagen wir, daß bald ein Mittel gefunden wird, so daß die Krankheit nicht fortschreiten kann. [...] Natürlich wissen wir das nicht, aber glauben Sie nicht auch...wenn wir das dem Patienten sagen würden....dann würde der sich zum Sterben hinlegen. ´Warum lebe ich denn noch?´...so hat mir das mal einer gesagt....´Wozu weiterleben, wenn ich doch sowieso nur noch höchstens fünf Jahre zu leben habe?´ Dann sage ich ihnen aber ´Nein, weil es bald schon einen Impfstoff geben wird, binnen kurzem erscheint ein Medikament´..ich kann doch nicht sagen ´Du bist erledigt, kannst das Haus nicht verlassen und außerdem stirbst du ohnehin´. [...] ich bin nun mal Optimist, ich glaube das ja selber auch, daß bald ein Medikament gefunden wird. Ich kann dem Patienten nicht sagen: ´Es gibt keine Hoffnung für dich...kein Heilmittel und es wird auch nie eins geben´....dann stirbt mir der Patient. Die Patienten fragen mich ja auch: ´Doktor, wann wird es einen Impfstoff geben?´...und dann antworte ich ihnen ´Ja, die sind gerade dabei, mit Impfstoffen zu experimentieren, jetzt gibt´s noch keinen, aber in fünf Jahren...wir wollen, daß du bis dahin am Leben bleibst, damit wir dir nach diesen fünf Jahren den Impfstoff geben können...oder in zehn Jahren....oder bessere Medikamente´. Aber wenn ich ihnen sagen würde: ´Sieh mal, es gibt nichts, du mußt sterben´, dann würden die mir auch ganz schnell sterben...durch den Schock über diese Mitteilung. Sicher...ich gebe ihnen eine sehr optimistische Botschaft, daß es schon bald was gibt. Natürlich kann man das nicht wissen, aber es könnte doch sein. [...].” (Dr.R).

In dieser Auslegung tritt die Paradoxie deutlich hervor, die sich daraus ergibt, daß Aids einerseits (noch) nicht heilbar ist, während der Arzt es mit Hiv/Aids-Patienten zu tun hat, die von ihm zumindest die Vision einer Heilungsmöglichkeit in Gestalt eines *”Impfstoffs”* erwarten. Zumindest aber sieht der Arzt sich dazu genötigt, ihnen diesen in einer hypothetischen Zukunft von *”fünf oder in zehn Jahren”* in Aussicht zu stellen, denn sonst, so befürchtet er *”stirbt mir der Patient”*. Der Arzt hat den schwierigen Spagat zu vollbringen, zwischen den unzureichenden Möglichkeiten einer Hiv/Aids-Behandlung und den Erwartungen der Patienten an seine professionelle Hilfeleistung eine für den Behandlungsverlauf vertretbare Handlungsoption zu wählen. Erschwert wird ihm dies, weil er bereits auf negative Erfahrungen mit Patienten zurückgreifen kann, die auf die Eröffnung ihrer Diagnose mit Suizidgedanken – *”warum lebe ich denn noch?”* – reagiert haben. Die unzureichenden medizinischen Heilungsangebote bei Hiv/Aids

bringen den Arzt in die paradoxe Situation, seine Patienten mit erfundenen Geschichten von Experimenten mit Impfstoffen, die angeblich durchgeführt würden und rechtzeitig für sie auf dem Markt zur Verfügung stünden, zur Compliance zu motivieren. Aus der Sorge heraus, die Patienten könnten *”durch den Schock über diese Mitteilung”*, daß sie womöglich doch sterben müssen, seinen Behandlungsplan zunichte machen, überbringt er ihnen *”eine sehr optimistische Botschaft, daß es schon bald was gibt”*. Der Arzt ist zudem selber *”Optimist”* und *”glaubt selber auch”* an Medikamente, die in absehbarer Zeit zur Verfügung stehen. Aufgrund dieser Überzeugung und weil eine wahrheitsgemäße Prognose ihm seiner Deutung nach die Möglichkeit zur Durchführung seines Behandlungsprogramms wegen mangelnder Kooperation der Patienten nehmen würde, nutzt er die verbreitete Machbarkeits- und Fortschrittsgläubigkeit in Gestalt aufmunternder Prognosen ganz bewußt, um sich Spielräume für sein professionelles Handeln zu schaffen und zugleich die Mitarbeit der Patienten zu sichern.

Auch andere Ärzte messen der Diagnoseeröffnung die Bedeutung einer Weichenstellung für die zukünftige Mitarbeit der Patienten im Behandlungsverlauf bei.

> ”Ich glaube, so wie man ihnen die Diagnose überbringt, so wird auch die Reaktion ausfallen. Wenn der Patient kommt und man sagt ´Sieh, du hast Sida´....denn das machen sie selber und sagen ´Doktor, ich bin seropositiv, ich habe Sida´....dann ist es wichtig, daß man sagt ´Nein, du hast kein Sida, du bist nur angesteckt, von der Ansteckung zu Sida, das dauert ganz lange.´ Also, ich glaube, die Reaktion und die Mitarbeit des Patienten in der weiteren Behandlung hängt davon ab, wie man diese Botschaft überbringt”. (Dr.E).

Auch dieser Arzt sieht in der Diagnoseeröffnung eines positiven Hiv-Befundes den entscheidenden Moment zur Compliance-Sicherung der Patienten. Davon, wie *”man diese Botschaft überbringt”* hängt nicht nur ab, wie sie es aufnehmen, sondern zugleich die Bereitschaft zu einer *”Mitarbeit in der weiteren Behandlung”*. Daher ist es wesentlich, den Patienten genauestens den Unterschied zwischen der Infektion mit Hiv und Aids zu erklären; denn für viele ist es ein Synonym – *”Doktor, ich bin seropositiv, ich habe Sida”*. Hingegen betont der Arzt die temporäre Dimension – *”das dauert ganz lange”*, die zwischen der Ansteckung mit Hiv und dem möglichen Ausbruch der Krankheit liegt. Auf diese Weise vermittelt er seinen Patienten die Motivation für eine Mitarbeit im Behandlungsprogramm. Er gibt ihnen eine Perspektive und die Botschaft, daß es sich für sie lohnen kann, wenn sie sich auf die Behandlung einlassen.

Gerade an dieser vermeintlichen Perspektive aber machen einige Ärzte Zweifel über ihre (praktischen) Möglichkeiten fest.

> ” [...] Aids ist eine chronische Krankheit, die mit Medikamenten kontrollierbar ist, aber in der Realität und in der Praxis...ist für uns...die Krankheit tödlich. Wie soll man das zusammenkriegen, wenn du den mittellosen Patienten...denen ohne finanzielle Ressourcen...praktisch nichts anzubieten hast. Also, eigentlich ist Sida keine tödliche Krankheit....aber tatsächlich ist sie es doch. Bei uns haben siebzig oder mehr der Patienten keinen Zugang zu überhaupt einem Medikament...noch nicht einmal zu einem einzigen.

> Die haben dazu nicht die erforderlichen finanziellen Mittel...und das ist eine Situation..ja, das ist völlig widersprüchlich. Praktisch könntest du denken, daß es eine mit Medikamenten kontrollierbare Krankheit ist...eine Diagnose, mit der der Patient eine Zukunft, eine Perspektive hat [...] Ich hatte darüber Diskussionen, ich habe mit anderen Kollegen darüber gesprochen....in den Gesprächen ging es darum, ob es zweckmäßig ist oder nicht, dem Patienten die therapeutischen Möglichkeiten zu erklären, die er haben könnte, wenn er die finanziellen Möglichkeiten hätte. Einmal hat mir ein anderer Arzt gesagt, *das wäre so, als ob man jemanden zum Raub anstiftet, damit er die Medikamente kaufen kann.*" (Dra.F).

Die hier hervortretende Paradoxie liegt darin, daß nicht nur die medizinischen Heilangebote äußerst begrenzt sind; hinzu kommt noch die Begrenztheit der finanziellen Mittel, die einige Patienten an der Nutzung der wenigen Medikamente hindern, die für die Behandlung von Hiv/Aids bereitstehen. Selbst die so optimistische Ärztin, die Aids zunächst als *"chronische Krankheit"* entwirft, transformiert sie schließlich resigniert in eine *"tödliche Krankheit"*, als sie sich mit *"mittellosen Patienten"* konfrontiert sieht, denen sie *"praktisch nichts anzubieten hat"*. Obwohl in ihrem optimistischen Entwurf von Aids die Patienten eine *"Perspektive"* haben, weil die Krankheit mit Medikamenten bereits *"kontrollierbar"* ist, wird durch die Realität der siebzig Prozent mittelloser Patienten, die *"noch nicht einmal zu einem einzigen Medikament Zugang haben"* eben das Fundament dieses Entwurfs radikal in Frage gestellt. Die Paradoxie ärztlichen Handelns, in die sie sich durch soziale Rahmenbedingungen hineinmanövriert sieht, kulminiert letztlich in der absurden Fragestellung, ob sie die Patienten *"zum Raub anstiften"* soll, damit sie sich die Medikamente kaufen können. Diese Frage erörtert sie mit Kollegen, mit denen sie sich darüber austauscht. Diese *"Diskussionen"* sind zugleich als Hinweis für die Häufigkeit und Dringlichkeit dieser Problemstellung in Venezuela zu werten.

Sogleich im Anschluß wirft dies die Frage auf, ob die Ärzte den Patienten die Information über Medikamente, die sie nicht kaufen können, überhaupt geben sollen.

> "[...]Wenn ein Patient zu mir kommt, möchte er eine Information von mir, dieser Patient vertraut mir. Er fragt mich: ´Was kann ich da machen? Welche Möglichkeiten habe ich?´ Der Patient fragt einen ganz direkt Sachen.... Okay, wer bin ich denn, daß ich sagen kann: ´Diese Person ist nicht imstande, die nötigen Mittel für die Medikamente aufzutreiben? ´Da kann ich doch nicht Schicksal spielen, diese Entscheidung kann ich nicht übernehmen". (Dra.L).

Der Ärztin kommen aufgrund der mangelnden finanziellen Ressourcen vieler ihrer Patienten schwere Zweifel, ob eine vollständige Information über die vorhandenen medikamentösen Angebote die Paradoxie nicht noch verschärfen könnte. Dennoch entscheidet sie sich dafür, da sie nicht *"Schicksal spielen"* will und *"die Entscheidung nicht übernehmen kann"*. Vielmehr sieht sie trotz ihrer Bedenken die Patienten als Experten ihrer Lebenssituation und will sie die Entscheidung selbst treffen lassen.

Von anderen Ärzten wird jedoch gerade die Entscheidungsfähigkeit der Patienten in Abrede gestellt.

> ”Die Patienten nehmen die Medikamente doch gar nicht regelmäßig ein. Oft können sie sich die auch gar nicht leisten. Meistens nehmen sie sie nur ein, wenn sie grad mal Geld dafür übrig haben. Na ja und ausserdem....bueno, Sie wissen ja wie wir Venezolaner sind ....von Sachen, die man uns vorschreibt, halten wir gar nichts (beide lachen). [...] Selbst wenn die alles einnehmen, was ich ihnen verschreibe, muß ich damit rechnen, daß sie die Dosierung nicht einhalten und mal ein bißchen von diesem und ein wenig von jenem probieren ...die denken sich dann ´der Arzt übertreibt doch, wenn ich gleich drei Pillen auf einmal nehmen soll... eine tut´s doch auch´” (lacht). (Dr.A).

Dieser Arzt zweifelt an der grundsätzlichen Bereitschaft zur Compliance seiner Patienten und macht dafür die Einstellung seiner Landsleute gegenüber *”Vorschriften”* verantwortlich. Da *”wir Venezolaner von Sachen, die man uns vorschreibt, gar nichts halten”*, gibt er seinem Vorbehalt Ausdruck, die Patienten würden entweder *”die Medikamente nicht regelmäßig einnehmen”* oder eine eigenmächtige Dosierung betreiben. Gegenüber der ausländischen Forscherin konstruiert er quasi eine generelle Inkompatibilität zwischen venezolanischer Kultur oder Mentalität und Compliance, die im Fall der antiviralen Medikamente noch zusätzlich durch den Kostenfaktor verschärft würde. In seiner Deutungsgestalt einer generellen venezolanischen Widerständigkeit gegenüber ärztlichen *”Vorschriften”* bündelt der Arzt zudem eine gewisse empirische Erfahrung, die er in seiner Praxis macht. Daraus resultiert bei ihm eine Gelassenheit gegenüber seinen als eigenwillig konstruierten Patienten. Auf jeden Fall aber arrangiert er sich mit einer Portion Humor – *”mal ein bißchen von diesem und ein wenig von jenem probieren”* - damit, daß die von ihm betriebene Compliance-Sicherung nur begrenzt Erfolg hat. Zugleich entlastet ihn diese Inkompatibilitätskonstruktion vermeintlicher venezolanischer Mentalität gegenüber ärztlichen Verordnungen; ähnlich wie im Fall der Schuldzuweisung für Stigmatisierung an die Patienten selbst, distanziert er sich von diesem Problem und verweist es außerhalb seines Zuständigkeitsbereichs. Überdies konkretisiert sich in dieser Deutung ein an Modernisierungstheorien angelehntes Verständnis, das die Venezolaner als ”rückständig” und unfähig zur disziplinierten Mitarbeit im medizinischen Behandlungsprogramm annimmt.

Daß die Vermutung des Arztes, seine Patienten würden seinen Behandlungsplan nicht einhalten, dennoch berechtigt ist, belegen die Äußerungen mehrerer Hiv/Aids-Betroffener.

> "Um AZT (ein antivirales Medikament, Anm. EB) zu bekommen, muß ich mich sehr anstrengen, das bekommt man nicht einfach so...das ist ganz teuer. Oft muß ich es für mehrere Wochen aussetzen, weil ich keine Möglichkeit habe, da ran zu kommen. Letzte Woche habe ich es wieder eingenommen...ein Freund hat es mit mitgebracht. Aber jetzt ist es wieder aufgebraucht...und da ich kein Geld habe, es zu kaufen...habe ich es diese Woche nicht einehmen können. Ich kann diese Behandlung mit AZT also nicht kontinuierlich durchhalten. Wenn die Möglichkeit dazu besteht, nehme ich es natürlich und wenn nicht, dann nicht [...]". (Hiv/ Aids-Betroffener A).

Die mangelnden finanziellen Ressourcen vereiteln in diesem und in vielen anderen Fällen eine Compliance der Patienten. Obwohl hier sogar seitens des Betroffenen die Bereitschaft dazu besteht, ist er nicht in der Lage, den ärztlichen Behandlungsplan umzusetzen. Stattdessen muß er sich darauf beschränken, jede Möglichkeit zu nutzen, die sich ihm zur Beschaffung des Medikaments bietet und damit wieder aussetzen, wenn seine medikamentösen Vorräte aufgebraucht sind.

5 Front-Stage versus Back Stage: Lebensweltliche Aspekte des kurativen Habitus

5.1 Einleitung: Ärzte als lebensweltliche Akteure

Die Idee, die ärztlichen Akteure in Venezuela unter dem Aspekt lebensweltlicher Habitualisierungen darzustellen, entstand, als mir bei der Auswertung meines Datenmaterials auffiel, daß die Ärzte sich in den Interviews als sachlich-professionell und beispielsweise nicht wertend inszenierten; gleichzeitig entwarfen sie aber Auslegungen über Hiv/Aids, die dem widersprachen. Tatsächlich weisen einige ihrer Deutungen prägnante Korrespondenzen mit denen meiner ”Laien”- und Betroffenen-Interviewpartner auf. Insbesondere hinsichtlich ihrer Vorstellungen über Homosexuelle, kulturelle Schönheitsnormen und ”Normverstöße” der Hiv/Aids-Betroffenen gibt es auffällige Übereinstimmungen zwischen ärztlichen und laienweltlichen Deutungsgestalten. Dies läßt den Schluß zu, daß diese Interpretationsentwürfe dem Bereich der kulturellen Lebenswelt entliehen sind [246].

Venezolanische Ärzte treten demnach in ihrer Profession zugleich als Akteure ihrer kulturellen Lebenswelt in Erscheinung. Dies ist auch wenig verwunderlich, teilen sie doch einen ähnlichen kulturellen Herkunftskontext mit ihrer Klientel [247]. Indem sie auf lebensweltliche Interpretationen rekurrieren, werden diese zugleich in den ärztlichen Habitus miteingespeist und über das ärztliche Handeln nach außen vermittelt. In der Arzt-Patient-Interaktion treffen die ärztlichen Deutungen auf diejenigen ihrer Klientel und deren Umfeld, die ebenfalls auf lebensweltlichen Auslegungen basieren. Auf diese Weise findet ein dynamischer Prozess gegenseitiger Bestärkung lebensweltlicher Interpretationen und lokaler Habitualisierungen in Venezuela statt. Lebensweltliche Deutungsgestalten der venezolanischen Ärzte sind: a) Aids als Krankheit von ”Fremden”, b) Bilder über Homosexuelle, c) Krankheit als Schuld, d) Hiv/Aids als Bruch mit kulturellen Schönheitsnormen sowie e) Verräumlichungen des Infektionsrisikos.

[246] Unter alltäglicher Lebenswelt soll nach Schütz/ Luckmann (1975) jener Wirklichkeitsbereich vertstanden werden, den der wache und normale Erwachsene als schlicht gegeben vorfindet. Unter ”schlicht gegeben” wird alles subsumiert, was als fraglos erlebt wird sowie jeder Sachverhalt, der bis auf weiteres für die Akteure unproblematisch ist (ebd.). Zur alltäglichen Lebenswelt gehören sowohl die *”kulturelle Sinnschicht”* (ebd.), die physische Objekte erst zu Gegenständen der Erfahrung macht, als auch die alltägliche Sozialwelt. Jedoch umfaßt die Lebenswelt noch mehr als die alltägliche Wirklichkeit. Schütz/ Luckmann fassen den Begriff der Lebenswelt so weit, daß er alle Modifikationen der Einstellung des normalen Erwachsenen einschließt – ob wach oder schlafend; also auch Träume sind in dieser Definition ein Teil der Lebenswelt, weil sie Symbole aus der Sozialwelt integrieren und der Alltag vermittels von Symbolen transzendiert wird (ebd.: 41).

[247] Damit meine ich den kulturellen Kontext in Venezuela. An dieser Stelle möchte ich nicht die – zum Teil äußerst moralisch geführte - Diskussion über das in den Sozial-und Kulturwissenschaften praktizierte ”Othering” anderer Kulturen aufgreifen. Ich bin mir bewußt, daß in meiner Formulierung eine Vereinfachung sozio-kultureller Unterschiede - beispielsweise zwischen den Ärzten und ihrer Klientel - liegt. Auch gibt es selbst unter den Ärzten eine große soziale Spannbreite, so daß von einer einheitlichen Kultur in Venezuela nicht die Rede sein kann. Dennoch nehmen sowohl die Ärzte als auch ihre Klientel in vielen Bereichen auf ein gemeinsames lokales Wertkonzept Bezug.

5.2 Die Konzeptualisierung von Aids als "Krankheit aus der Fremde"

Die weltweit dominante Deutungsgestalt über Aids ist die einer ”Krankheit aus der Fremde”. Dies wiederum steht damit in Zusammenhang, daß über den Körper gesellschaftliche relevante Themen verhandelt werden (Douglas 1974) [248]. Alle Gesellschaften und Kulturen sind darum bemüht, einen Zusammenhang zwischen biologischer und sozialer Ordnung herzustellen (Herzlich 1991: 294). In der Auffassung vom menschlichen Körper und seinen Funktionen manifestieren sich daher zugleich tiefer liegende kulturelle Wertvorstellungen, die in ihrem jeweiligen Kontext sinnstiftend sind (vgl. Douglas 1974; Kiplis 1995). Diese kulturelle Anatomie des Körpers korrespondiert mit sozialen Ordnungsvorstellungen. In unseren Krankheitskonzepten kommt demnach etwas ganz anderes zum Ausdruck als die Krankheit selbst, nämlich unsere Vorstellung von der Gesellschaft und unsere Beziehung zu ihr. Das Reden über Krankheit und Gesundheit wird zur Metapher (Sontag 1987), in der über eine kontextspezifische Körpermetaphorik die jeweilige symbolische Ordnung kommuniziert wird.

[248] Als eine besonders geeignete "Brille" zum Verständnis des Zusammenhangs zwischen Körper und Kultur erscheint mir der symboltheoretische Ansatz von Mary Douglas (1974), wonach der menschliche Körper immer und in jedem Fall als Abbild der Gesellschaft aufgefaßt wird und daß es daher überhaupt keine "natürliche", von der Dimension des Sozialen freie Wahrnehmung und Betrachtung des Körpers geben kann (Douglas 1974: 106). Danach ist der Körper stets Abbild und symbolischer Repräsentant gesellschaftlicher Prozesse und eine Diskussion über Körper, Sexualität und Krankheit ist daher immer auch eine Diskussion über Gesellschaft. In der Rede über den menschlichen Körper spiegeln sich folglich Weltauffassungen wider und zugleich kann der Körper als Modell für andere abgrenzbare Systeme herangezogen werden - der physische Körper ist das Grundmodell für den gesellschaftlichen Körper und umgekehrt wiederum schreibt sich die Gesellschaft in den physischen Körper ein. Der Körper als soziales und kulturelles Gebilde steuert demzufolge die Art und Weise, wie der Körper als physisches Gebilde wahrgenommen wird; andererseits wird in der durch soziale Kategorien modifizierten physischen Wahrnehmung des Körpers eine bestimmte Gesellschaftsauffassung und Wertvorstellung manifest (ebd.: 99). Das Verhältnis der beiden Körper zueinander ist ein dynamisches; es findet ein ständiger Austausch von Bedeutungsinhalten zwischen dem sozialen und dem physischen Körpererlebnis statt, bei dem sich die Kategorien wechselseitig stärken. Innerhalb der Beziehung zwischen physischem und sozialem Körper existiert laut Douglas ein System des sozialen Drucks, das bestrebt ist, das soziale und physiologische Wahrnehmungsniveau in Übereinstimmung zu bringen; d.h. der Gebrauch des Körpers als Ausdrucksmedium wird mit den übrigen Ausdrucksmedien koordiniert (ebd.: 102). In der Konsequenz bedeutet dies, die vom Sozialsystem ausgeübten Kontrollen setzen auch dem Gebrauch des Körpers als Ausdrucksmittel Schranken. Bei der Körperkontrolle in Gestalt von z.B. Scham- und Vermeidungstabus handelt es sich daher gleichzeitig auch um einen Ausdruck der sozialen Kontrolle. Wenn aber *Körperkontrolle eine spezielle Art der sozialen Kontrolle* darstellt, so wäre das Aufgeben oder das Verhärten von Körperkontrolle in bestimmten Praktiken, Ritualen etc. gleichzeitig als institutionelle Lockerung oder Verfestigung zu lesen. Umgekehrt gilt, wo die sozialen Kontrollen stark ausgeprägt sind, sind auch die Anforderungen an die Körperkontrolle besonders hoch (ebd.: 108).

Wie fast jeder anderen Krankheit zuvor [249] wird auch der Aids-Erkrankung eine tiefere Bedeutung unterlegt. Susan Sontag [250], die die Verwendung von Bildern und Metaphern untersuchte, kritisiert die *"Diktatur der Bedeutung"* (Sontag 1981), mit denen Krankheiten belegt werden. Die dominante Aids-Metapher, die in vielfältigen Variationen weltweit in Umlauf ist, muß als xenophobisch charakterisiert werden [251] und lautet: Von den Fremden droht Gefahr, schützt die

[249] Sehr ausführliche Metaphorisierungen erleb(t)en z.B. Tuberkulose und Krebs (Sontag 1981). Der spezifische Umgang mit der *Tuberkolose* z.B. war lange die bevorzugte Art, dem Tod eine lyrische Bedeutung zu verleihen und ihn zu ästhetisieren, indem in zahlreichen literarischen Werken ("Die Kameliendame", "Zauberberg", "Onkel Toms Hütte") das Ableben wohlhabender und schöner Menschen dekorativ untermalt wurde; Tb galt als eine "Krankheit der Leidenschaft", die im Dienste der Romantiker zum Pathos umfunktioniert worden ist. Der Mythologie der Tuberkolose zufolge drückt sich in der Krankheit ein "inneres Brennen" (Sontag 1981:25) aus, der Kranke wird von seiner inneren Glut und Leidenschaft "verzehrt". Die Tb befiel nach dieser Vorstellung also bevorzugt die Übersensiblen, die den Schrecknissen der Alltagswelt nicht gewachsen waren, die Hochbegabten und die von Leidenschaft Verzehrten. An Lungentuberkulose zu erkranken galt somit als Indiz erhöhter Gefühlstätigkeit. Neue moralische Betrachtungen wurden in diesem Zusammenhang auch über den Tod angestellt, der, ausgelöst durch Tb, den grobstofflichen Körper auflösen, die Persönlichkeit vergeistigen und das Bewußtsein erweitern sollte. Während also die Tb als eine Erkrankung beschrieben wurde, die die von ihr Betroffenen adelte - Sontag bezeichnet die Tb als "Glamour-Krankheit" - haftet dem *Krebs* eher etwas Schändliches und Unanständiges an. Aus diesem Grund werden Krebspatienten über ihre Diagnose häufig belogen - Krebs zu haben gehört sich nicht. Stellte man sich Tb als Aphrodisiakum vor, als eine Krankheit, die Verführungskräfte verleiht, gilt Krebs als entsexualisierend. Hinzu kommt, daß der Krebs dafür bekannt ist, daß er Teile des Körpers (Dickdarm, Blase, Brust, Prostata) befällt, über die zu sprechen für die Erkrankten beschämend und peinlich ist. Während die Tb im Ruf steht, einen leichten Tod zu bewirken, wird mit dem Krebstod ein qualvoller, elender Tod imaginiert, dem obendrein in den meisten Fällen eine partielle Verstümmelung oder Amputation des Körpers vorausgeht. Ein weiteres deutliches Unterscheidungsmerkmal dieser beiden Krankheiten findet sich in den Erklärungsmustern über ihre Entstehung: wurde Tb als Äquivalent für Zartheit, Sensibilität und Kraftlosigkeit interpretiert, bekam der Krebs seit Wilhelm Reich das Image als einer Krankheit der "fehlgeleiteten Emotionen" verliehen; danach werden diejenigen von Krebs befallen, die sexuell und emotional unterdrückt und gehemmt sind und ihre Wut nicht auszudrücken vermögen. Diese Vorstellung wurde seit den siebziger Jahren durch das von Fritz Zorn veröffentlichte Buch "Mars" erneut aktiviert, das die Metapher der "verschluckten Tränen" als Ausdruck unterdrückter Gefühle prägte. Seither hat diese Interpretation sogar in die medizinische und psychosomatische Fachliteratur Eingang gefunden (Dornheim 1983: 29). Mittlerweile hat sich die Einstellung der Bevölkerung gegenüber Krebs gewandelt. Während noch in den 70er Jahren schamhaft "von langer schwerer Krankheit" in den Todesanzeigen die Rede war, gilt es heutzutage fast als Tugend, freimütig über "Krebs" zu sprechen (Boeker 1993).

[250] 1981: "Krankheit als Metapher" und 1989: "Aids und seine Metaphern"

[251] Zu der tradierten kolonialistischen Vorstellung z.B., Europa sei ein "von Rechts wegen" priviligierter Kontinent, gehört die Idee, daß es von tödlichen Krankheiten aus der "Fremde" heimgesucht wird (Sontag 1989: 53). An der Tradierung des Mythos der Heimsuchung Europas durch Krankheiten aus fernen Kontinenten - insbesondere aus Afrika - ändert auch der Umstand nichts, daß es sich tatsächlich umgekehrt verhält: Seit der Renaissance wirken Europäer in ihrer Rolle als Kolonisatoren und Missionare in Afrika, Amerika, Asien und Australien auch als Überträger von Seuchen und Infektionskrankheiten wie Pocken, Grippe und Cholera (Ruffié/Sournia 1987: 126). Das Aids-Virus stellt eine Art Quintessenz der von den reichen Industrienationen imaginierten Invasion aus der "Dritten Welt" dar, Aids steht symbolisch für alle Katastrophen, die der "reiche Westen" auf sich zukommen sieht: eine kulturelle Überflutung des eigenen "kulturellen Abwehrsystems" mit Asyl-und Wirtschaftsflüchtlingen, Sozialfällen, Kriegsopfern aus aller Welt, Fremdarbeitern, also mit der Invasion durch das Andere und Fremde, das als bedrohlich imaginiert wird. Von diesem wie auch immer gearteten Anderen wird angenommen, daß es das Eigene infiltriert, überschwemmt, zersetzt, auflöst und zerstört. Die Industrienationen drohen infolgedessen an *"kulturellem Aids"* zu erkranken ("Zeit" vom 2.10.92), gegen das keine Schutzmöglichkeit zur Verfügung steht; dessen ungeachtet ist ein solcher "Schutz" - vorausgesetzt, daß er denn überhaupt möglich ist - ohnehin ausschließlich in restriktiven Gesellschaften zu erwarten. Insbesondere Vertreter einer reaktionären Politik favorisieren denn auch die Aids-Metapher, um den politischen Gegner abzuwerten. Beispielsweise betitelte der rassistische französische Politiker Le Pen seine Widersacher als *"sidaique"* (Aids-behaftet). Aids wird von diesen rechten politischen Kräften als Metapher für eine nicht abreißende Einwanderungswelle aus der "Dritten Welt" konstruiert, die über den priviligierten Populationen Europas und Nordamerikas zusammenzuschlagen droht (Sontag 1989). Auch in der Auseinandersetzung um die deutsche Asyl- und Ausländerpolitik wird Aids als Metapher für die Zersetzung der eigenen, deutschen Kultur und als Warnung vor einer multikulturellen Gesellschaft interpretiert. Der Zustrom von Asylanten, Aussiedlern und das Verbleiben von ehemaligen "Gastarbeitern" in Deutschland wird analog dem stadienhaften Krankheitsverlauf von Aids seitens konservativer Kräfte als schleichender kultureller Auflösungsprozeß, *"Verrassung"* und *"Infiltration"*

eigene kulturelle Gruppe, Toleranz kann tödlich sein (Boeker 1993: 87). Die Konzeptualisierung von Aids als der "Krankheit aus der Fremde" gilt weltweit für alle kulturellen Kontexte. Während beispielsweise für Europäer und Nordamerikaner Aids als eine Krankheit gilt, die aus Afrika kommt, ist Aids in Afrika wiederum eine Krankheit mit europäischer Abstammung [252]. In Teilen Afrikas kursiert das Gerücht vom *"Trojanischen Kondom"* (Machein 1997: 188). Dahinter verbirgt sich die Vorstellung eines Komplotts der Europäer (und Nordamerikaner), die es sich zum Ziel gesetzt haben, den Afrikanern gezielt schaden zu wollen (ebd.). In einer Art konzertierter Aktion hätten sie den Plan ausgeheckt, Kondome vorsätzlich zu präpieren, indem sie die Hi-Viren in den Reservoirs versteckten. Dann würden sie in großangelegten Aktionen gratis verteilt, um möglichst viele Menschen zu infizieren und auf diese Weise die im "Westen" gefürchtete Bevölkerungsexplosion in Afrika zu verhindern (ebd.). Für die öffentliche Meinung in Venezuela ist Aids dagegen eine Krankheit, die *"aus den USA kommt"* (Radio Caracas) bzw. *"die Krankheit, die uns die Touristen ins Land bringen"* [253].

Eine Bedrohung, wie sie Aids darstellt, "muß" also von außen kommen. In Aids wird der von außen kommende Feind gesehen, der den eigenen Sozialkörper - das hilflose, ausgelieferte "Innen" - verseucht und der die Konstruktion des "Fremden" notwendig erscheinen läßt [254]. Dies

---

(Bayerns Ministerpräsident Streibl in der Diskussion um Asylbewerber 1989) der einheimischen Population wahrgenommen. Seit der Maueröffnung beklagen viele Menschen in den fünf neuen Bundesländern der BRD die zunehmende Überflutung mit westlichen Konsumwerten und die damit einhergehende Auflösung des eigenen Wertgefüges. Aids wird in diesem Zusammenhang als ein aus dem "Westen" importiertes Problem betrachtet, von dem die ehemalige DDR-Bevölkerung sich in gleichem Maße bedroht sieht wie von Spekulantentum und Arbeitsplatzrationalisierung. Manch einer trauert mittlerweile *"der Mauer als sicherstem Kondom der Welt"* ("Spiegel" Nr.42/92) nach, die die frühere DDR-Bevölkerung vor einer Infektionsgefahr schützte und deren sie durch die Wiedervereinigung verlustig gegangen ist (Boeker 1993).

[252] Diese (Schuld-)Zuweisungspraktik weist Gemeinsamkeiten mit anderen Krankheiten, vor allem mit sexuell übertragbaren, auf. Die Syphilis beispielsweise wurde von den Engländern im 15 Jhdt. als "French Pox", in Deutschland als ”französische Krankheit” und von den Franzosen als "Morbus Germanicus" bezeichnet, in Florenz war es das "Neapolitanische Leiden" und in Japan die "Chinesische Krankheit" (Sontag 1989: 50; Tuschinsky 1995: 507).

[253] Diese Meinung wurde oft in Gesprächen mit Interviewpartnern in Venezuela geäußert.

[254] Dies ist nur vor dem Hintergrund der besonderen metaphorischen Funktion des Immunsystems verständlich. Im Zentrum des öffentlichen Redens über das Immunsystem steht seine Fähigkeit zwischen Selbst und Nicht-Selbst, (körper-)eigen und nicht-eigen zu unterscheiden (Martin 1997: 548). Die Intaktheit und Integrität des Selbst innerhalb der körperlichen Grenzen zu wahren, darin wird die Aufgabe des Immunsystems gesehen (ebd.). Ein populärwissenschaftliches Buch über das Immunsystem beginnt beispielsweise mit der Einleitung *"To be or not to be, that is the question"* (zit. in Martin 1997: 548). Wenn in der Rede über das Immunsystem eine klare Grenze konstruiert wird zwischen Selbst und Nicht-Selbst, dann geht mit dieser Vorstellung in der Regel eine Konzeption der Nicht-Selbst-Welt als "fremd" und "feindlich" einher (ebd.). Ausgehend von der biomedizinischen Tradition dominiert die Vorstellung vom "Körper im Kriegszustand", wenn es sich um immunologische Vorgänge handelt (Martin 1994: 49). Je nach Art der Erkrankung wird das immunologische Geschehen entweder als "Bürgerkrieg" (Autoimmunerkrankungen), "Krieg feindlicher Kräfte von außen" (Krebs) oder sogar als extraterrestrisches Unternehmen á la "Star Wars" (Aids) dargestellt. Wie Emily Martin (1994) in einer ihrer Untersuchungen nachweisen konnte, ist die gängiste und weitverbreitetste Vorstellung über das Immunsystem die einer Trutzburg, die den Körper nach außen und gegenüber eindringenden Krankheitskeimen abschottet.*"The immune system is like a castle of health - the healthy body is protected behind castle walls"* (ebd.: 25). Im Fall der autoimmunologischen Erkrankungen sind die "Abwehrzinnen" dieser Trutzburg nach innen gerichtet und greifen statt eines "Feindes von außen" den Kranken selber an. Dies entspricht *"dem immunologischen Äquivalent für Bürgerkrieg"* (Root-Bernstein, zit. in Martin 1994: 62). Im Diskurs über das Immunsystem wird der Körper als verteidigungsbereites Selbst repräsentiert - auf der persönlichen, der kulturellen und der nationalen Ebene (Haraway 1995: 65). Da es in der Immunologie im wesentlichen um

geschieht auf individueller (unmoralischer Mensch), kollektiver (Drogenabhängige), sexistischer (Prostituierte), nationaler (Afrika, Haiti), und rassistischer (Schwarze) Ebene (Tuschinsky 1995: 507). Das Charakteristikum der Fremdheit wird dabei auch auf Gruppen der eigenen Kultur ausgedehnt. Zumeist beginnt das ”Fremde”, von dem eine Heimsuchung durch Aids droht, sogar – quasi vor der eigenen Haustür - schon in der unmittelbaren Nachbarschaft. In Venezuela wurde meine Frage, ob es Hiv/Aids-Betroffene im Bekannten- oder Freundeskreis gäbe, in der Regel verneint; dafür gäbe es umso mehr davon im nächsten Stadtteil oder im nächsten Dorf [255]. Meistens allerdings war zu hören, Aids wäre von homosexuellen USA-Reisenden nach Venezuela importiert worden. Auch die Homosexuellen werden damit zu "Fremden im Eigenen" erklärt. Ihre "Fremdheit" und ihr Ausschluß aus der Kultur wird zumeist mit ihren "fremden" und "unnatürlichen" sexuellen Praktiken legitimiert [256].

Um die verbreitete Gleichsetzung von Homosexualität mit Gottlosigkeit zu belegen, erfolgen zumeist Verweise auf die Genesis, und die Homosexuellen werden sogar innerhalb der Gemeinschaft der Mitgeschöpfe zu Fremden erklärt: *"God´s plan for man was for Adam and Eve and not Adam and Steve"* [257]. Paula Treichler hat insgesamt 38 verschiedene Variationen möglicher Konzepualisierungen von Aids dokumentiert, hier eine handverlesene Auswahl:

> "An Andromeda strain with the transmission efficiency of the common cold;
> an imperialist plot to destroy the Third World; a fascist plot to destroy homosexuals;
> a CIA plot to destroy subversives; a Soviet plot to destroy capitalists;

Krankheit und Sterblichkeit geht, ist es kaum verwunderlich, daß auf der sprachlichen Ebene Kriegsbedingungen vorherrschen (ebd.). In der Biomedizin sind Kriegsmetaphern allgemein verbreitet. Selbst nüchterne Wissenschaftler lassen sich zu waffenklirrender Metaphorik hinreißen, wenn es um die letzten Feinde des Menschen geht - die Krankheitserreger (Hammer 1996). Die militärische Metapher kam in der Medizin erst um 1880 auf, als es gelang, Bakterien als Krankheitserreger zu identifizieren. Seither wurde von medizinisch-wissenschaftlicher Seite dem *"Reich der Bakterien und Mikroben"* (Sontag 1981: 79) der Krieg erklärt, die Bakterien wurden als "Invasoren" beschrieben, die "einsickerten". Bilder vom Immunsystem als Schlachtfeld finden sich zuhauf sowohl in wissenschaftlichen Lehrbüchern als auch auf den Wissenschaftsseiten der Tageszeitunge. Die militarisierte, vollautomatisierte Fabrik ist unter Illustratoren und Fotografen, die sich mit der Darstellung von Immunsystemen befassen, mittlerweile eine beliebte Form der Veranschaulichung geworden (Haraway 1995: 65). Aber nicht nur lernen die mit der Darstellung des Immunsystems Befaßten von der Militärkultur, ebenso bezieht sich diese auf den wissenschaftlichen Diskurs über das Immunsystem. Ein Offizier der US-Armee setzte sich folgendermaßen für eine Eliteeinheit ein: *"Das geeignetste Beispiel zur Beschreibung der Funktionsweise dieses Systems ist das komplexeste biologische Modell, das wir kennen - das Immunsystem des Körpers. Innerhalb des Körpers existiert ein bemerkenswert komplexes Korps von Bodyguards. Absolut gerechnet ist ihre Anzahl klein; sie beträgt gerade ein Prozent der Körperzellen. Aber es sind Erkennungsspezialisten, Killer, Rekonstruktionsspezialisten und Kommunikatoren, die Eindringlinge aufspüren, Alarm schlagen, schnelle Reparaturarbeiten ausführen und zum Angriff gegen den Feind ausschwärmen können..."* (zit. in Haraway 1995: 65). Das Immunsystem stellt in diesem Sinne zugleich ein effizientes Kommunikations- und Nachrichtensystem dar.

[255] In diesem projektivem Verhalten tritt ein in der Ethnologie recht bekanntes Phänomen in Erscheinung, wonach die *"Hexen immer im anderen Dorf wohnen, nie im eigenen"* (Boeker 1997).

[256] In den USA erklärte z.B. der Pressesprecher im Weißen Haus: *"Die armen Homosexuellen, sie haben der Natur den Krieg erklärt, und nun fordert die Natur eine furchtbare Vergeltung"* (Patrick Buchanan am 24.3.1983; zit. in Sontag 1989).

[257] William Dannemeyer im Oktober 1985 während einer Debatte im Kongress über die Verabschiedung rechtlicher Maßnahmen zum Schutz Homosexueller (zit. in Treichler 1990: 47).

> a capitalist plot to create new markets for pharmaceutical products;
> the result of genetic mutations caused by "mixed marriages";
> a plague stored in King Tut´s tomb and unleashed when the Tut exhibit toured the US in 1976; a disease that turns fruit into vegetables;
> a disease introduced by aliens to weaken us before the takeover;
> nature´s way of cleaning house; a sign that the end of the world is at hand;
> the price paid for the sixties; the price paid for anal intercourse" (Treichler 1990: 33).

Treichler gelangt zu dem Schluß, der Aids-Diskurs nehme auf verschiedene gesellschaftliche *Differenzsysteme* Bezug und die darin enthaltenen Dichotomie-Serien kreisten um folgende Themen:

> "Self and not-self; the one and the other, homosexual and heterosexual;
> homosexual and the ´general population´, active and passive;
> guilty and innocent, perpetrator and victim, vice and virtue, us and them;
> anus and vagina, sins of the parent and innocence of the child;
> love and death, sex and death, sex and money, death and money;
> science and not-science, knowledge and ignorance;
> doctor and patient, expert and patient, doctor and expert;
> addiction and abstention, contamination and cleanliness;
> contagion and containment, life and death, injection and reception;
> instrument and receptacle, normal and abnormal, natural and alien;
> prostitute and paragon, whore and wife;
> safe sex and bad sex, safe sex and good sex;
> First world and Third World, free world and iron curtain;
> capitalists and communists, certainty and uncertainty;
> virus and victim, guest and host" (Treichler 1990: 63).

Vor dem Hintergrund der "Geschichte von Aids", ist diese inflationäre Dichotomisierung des "Wir-gegen-die-Anderen"- Konzepts konsequent fortgeführt worden; sie ist bereits bei den Ursprungsmythen angelegt [258]. Die meisten wissenschaftlichen Publikationen gehen von der *"naturalistischen Ursprungstheorie"* [259] aus (Neubert 1989). Danach liegt die Heimat des Hiv-Erregers in Zentralafrika, wo laut Gallo bereits die Sklavenverschleppung für den Virus-Transfer nach Amerika und Haiti gesorgt habe. Jedenfalls verbirgt sich seiner Meinung nach *"der Ursprung der ganzen Epidemie irgendwo im Dschungel"* (Gallo, zitiert in Koch 1987: 2) [260].

Eine andere Fraktion der "Naturalisten" favorisiert hingegen die afrikanische *Grüne Meerkatze* als ersten Virusträger. Affen sollen danach den Virus als Zwischenwirte auf den Menschen übertragen haben. *"Da sich keiner gerne einfangen läßt"* ("Zeit" Nr. 29/85), sollen diese Tiere

---

[258] Vgl. Kapitel II.2.3 – Die Transformation ethnischer in medizinische Kategorien

[259] ”Die Spur der grünen Meerkatzen. Eine afrikanische Affenart scheint das natürliche Reservoir des Aids-Erregers zu sein" ("Zeit" Nr.29/85).

[260] "Die Immunmangelkrankheit Aids ist wahrscheinlich ein spätes Erbe der Sklavenzeit. Nach dem Stand der Wissenschaft wurde der Erreger aus Afrika in die Neue Welt eingeschleppt. Überträger könnten schwarze Sklaven gewesen sein" (Gallo, dpa-Meldung vom Juni 1984).

Menschen gekratzt und gebissen haben. Dadurch, aber auch über die Verwendung ihres Bluts in einigen afrikanischen Ethnien als potenzsteigerndes Mittel (Neubert 1989: 55) soll der Virus übertragen worden sein. Es ist angesichts dieser Spekulationen schwer, sich des Spotts zu enthalten und sie stattdessen argumentativ zu kritisieren. Gallos akrobatische Überlegungen über den Virus-Transfer durch schwarze Sklaven fordert den Einwand heraus, wo sich der Hiv-Erreger in den letzten 100 Jahren verborgen gehalten bzw. warum er nicht viel früher seine Anwesenheit kundgetan habe. Aber auch die These von den "Grünen Affen" hat zu recht scharfe Kritik geerntet [261]. Sie aktiviert Vorurteile über Animalisches, sexuelle Freizügigkeit und Schwarze; auf subtile Weise konkretisiert sich hier die traditionelle Diskriminierung fremder "Rassen" durch Sexualisierung (Sontag 1989). Bereits seit dem Mittelalter assoziiert man in Europa mit den Schwarzen vor allem sexuelle Begierde im Allgemeinen und ausschweifende bzw. abweichende Sexualität im Besonderen (Gilman 1992: 123). Möglicherweise knüpft die Theorie von den "Grünen Affen" an das alte Vorurteil vom lasziven Schwarzen an, der mit *"affenähnlicher, sexueller Begierde"* (ebd.) von seiner Kultur dazu ermutigt würde, sogar mit Affen zu kopulieren. Richard Belzer unterstreicht die Absurdität des Vorwurfs an Afrika durch das stilistische Mittel der Satire:

> "A monkey bites some guy on the ass in Africa and he balls some guy in Haiti and now we´re all gonna die. Thanks a lot!" (Belzer, zit. in Treichler 1990: 67).

Belegt wird durch die Interpretation der Schuldzuweisung an "Fremde" eine tradierte kulturelle Verbindung zwischen der Vorstellung von Krankheit und der Vorstellung von Fremdheit (Ruffié/Sournia 1987: 126). Beide werden ähnlich strukturiert und in einen gemeinsamen Bedeutungskontext gesetzt (Boeker 1997: 253). Dieses Grundmuster gilt sowohl für "Fremde" aus anderen Kulturkreisen als auch für "Fremde" innerhalb der eigenen Kultur - wie z.B. im Fall von Homosexuellen, Prostituierten und Kriminellen. Es scheint sich dahinter eine tradierte und "bewährte" Distinktionsstrategie zu verbergen, die die jeweils eigene kulturelle Gruppe von Schuld, Sünde und Strafe freisprechen will und alleinigen Anspruch auf die positive Seite der moralischen Kontrastfolie - Reinheit, Normalität und geistige Gesundheit - erhebt.

Eine weitere Variante der Verknüpfung von Krankheit und Fremdheit scheint in einem Erzähl-Genre auf, das in der volkskundlichen Forschung unter dem Namen *"moderne Sagen"* (Brednich 1990) [262] bekannt geworden ist. Die weltweit wohl verbreitetste Sagen-Version einer Hiv-

---

[261] Die in der sogenannten "Dritten Welt" verbreitete Ursprungshypothese, Aids entstamme einem US-Forschungslabor, sollte meiner Ansicht nach als Gegenreaktion auf die latent rassistische und afrikafeindliche erste Variante aufgefaßt werden. Danach soll der Virus in einem CIA-Laboratorium in Fort Detrick/Maryland fabriziert worden, von dort nach Afrika gelangt und durch homosexuelle amerikanische Missionare, die aus Afrika heimkehrten, in sein Ursprungsland zurückgekehrt sein (Sontag 1989: 56)

[262] Unter Sagen versteht Brednich (1990) Geschichten, die vornehmlich mündlich weitergegeben werden. Somit sind sie Teil der oralen Kultur, der Folklore (ebd.). Eine Sage ist eine Erzählung von einem sonderbaren Erlebnis, das geglaubt und für wahr gehalten wird. Als modern an ihnen kann der Umstand gelten, daß sie heute aber nicht nur von Mund zu Mund, sondern auch mit Hilfe der elektronischen Medien Verbreitung finden. Einmal dadurch, daß sie z.B. bei Telefongesprächen rasch über weite Entfernungen vermittelt werden können, zum anderen dadurch, daß die

Ansteckung durch "Fremde" berichtet von einem sexuellen Abenteuer mit einer/m AusländerIn, das dramatisch mit der nachträglichen schadenfrohen Mitteilung des positiven Hiv-Status an das unwissende Opfer endet [263].

Variante a (erzählt in Teneriffa/ Spanien):

Ein junger Mann aus Santa Cruz hatte eine Touristin kennengelernt, mit der er die Nacht verbrachte. Als er am nächsten Morgen in dem Hotelzimmer, das sie sich genommen hatten, aufwachte, war sie schon fort. Er ging ins Bad, um zu duschen, als er auf dem Spiegel, mit Lippenstift geschrieben, den Satz las: "Willkommen im Aids-Club!" Zwei Monate später machte er einen Aids-Test, der positiv ausfiel (zit. in Brednich 1990: 59). [264]

Variante b (erzählt in Köln):

Eine Kölnerin hatte sich den langgehegten Wunsch erfüllt, ganz allein auf Weltreise zu gehen. Unterwegs lernte sie viele interessante Männer kennen. Auf der Station ihrer Reise in Spanien "*erlag sie dem feurigen Charme eines gutaussehenden Spaniers"* (Brednich 1990: 60) und ließ sich mit ihm ein. Zum Abschied überreichte ihr der Spanier zur Erinnerung ein kleines Päckchen, welches sie aber erst im Flugzeug öffnen sollte. Als sie es während des Fluges aufmachte, fand sie zu ihrem Entsetzen darin eine tote Ratte. Daneben lag ein Zettel mit der Aufschrift: "Demnächst wirst du genauso tot sein wie diese Ratte. Willkommen im Aids-Club". (ebd.).

Der ironischen Interpetation Brednichs - *"Das kommt davon, wenn sich die jungen Frauen heutzutage hemmungslos mit Fremden einlassen!"* (ebd.) - ist zuzustimmen. Die in dieser "modernen Sage" transportierte moralinhaltige Botschaft lautet: "Vorsicht vor den Fremden! Wer sich mit ihnen einläßt, begibt sich in Gefahr und ist bei Ansteckung selber schuld". Daß sich diese Vorfälle bevorzugt im touristischen Umfeld ereignet haben sollen, ist plausibel, finden doch transkulturelle Begegnungen mit "Fremden" heutzutage häufig im Urlaub und auf Reisen statt. Zudem sticht die Häme und Rachlust der Hiv-betroffenen Person hervor, die das Opfer heimtückisch in eine Falle lockt.

Diese Rachlust wird auch von den Hiv-Betroffenen der eigenen Kultur erwartet. In vielen Alltagssagen wird von Hiv-Infizierten berichtet, die ihre Umwelt offensiv damit bedrohen, sie ebenfalls vorsätzlich anzustecken. In Venezuela wurde mir z.B. mehrfach folgende Geschichte als *"selbst erlebt"* oder *"das ist einem Freund/ Bekannten passiert"* erzählt:

Variante c (erzählt in Caracas/ Venezuela):

Massenmedien an ihrer Verbreitung mitwirken. Von zahlreichen neuen Sagentypen ist bekannt, daß sie als "wahre Geschichten" durch die Presse gegangen sind (Brednich 1990: 13).

[263] Diese moderne Sage ist überall in der Welt verbreitet und stand schon in vielen Zeitungen. (ebd.).

[264] Eine ähnliche Geschichte, nur in New York angesiedelt, zitierte der SPIEGEL (15/1987). Ein junger Mann hätte in einer Discothek eine Frau kennengelernt und zu sich mit in die Wohnung genommen. Nach einer gemeinsamen Liebesnacht sei er aufgewacht; die Frau, an deren Seite er eingeschlafen war, war verschwunden: Er ging ins Bad, um zu duschen, als er auf dem Spiegel, mit Lippenstift geschrieben, die Worte "Wellcome to the Aids-Club" fand. Ein Hiv-Test ergab, daß er sich infiziert hatte (Brednich 1990: 59).

Eine Hiv-positive Verwandte hatte ihrer gesamten Familie damit gedroht, alle Familien-Mitglieder durch die Zusetzung Hiv-verseuchten Bluts ins Essen zu infizieren. Der Informant, der mir diese Geschichte erzählte, verknüpfte damit den Vorschlag, ich sollte ihn zu dieser Person begleiten und sie von dem rachsüchtigen Plan abbringen.

Variante d (erzählt in Caracas/ Venezuela):

Ein Hiv-positiver Bekannter (Freund/ Arbeitskollege) bedroht mit demselben Plan den Freundes- und/oder Bekannten- und Kollegenkreis.

In diesen Geschichten sind Angstvorstellungen hinsichtlich einer Infektion verschoben auf einen rachsüchtigen Hiv-Betroffenen, der seine Infektion nicht bewältigt und daher heimtückische Übergriffe auf seine Umwelt plant. Zudem eignen sich diese Sagen vortrefflich dazu, Ängste zu schüren und Ausgrenzungen zu rechtfertigen. Die Konzeptualisierung von Aids als Krankheit aus der Fremde impliziert zudem die Vorstellung, das "Fremde im Eigenen", also die jeweilgen kulturell unbewußt (Erdheim 1984) gemachten Anteile, verkörperten sich als eine Art Akkumulation dieser verdrängten Inhalte in der Aids-Erkrankung.

> "[...] to say someone has Aids is to say much more than that person is experiencing the progressive exposure of fragile vital organs to the ravages of common infections. It is to say that he or she is a certain type of person, socially and morally defined [...] the metaphoric predication of Aids opens a door to the dark musty cellar of cultural associations of the profane, the defiled, the denied, the unshown, the forbidden, the feared" (Clatts/ Mutchler 1989: 108).

Demnach werden dieser *"dark musty cellar"* und die dorthinein abgedrängten kulturellen Schattengestalten durch das Auftreten von Aids ebenfalls aktiviert. Seine angstbesetzten Inhalte drängen hervor und nehmen in den kulturellen Deutungsmustern und metaphorischen Inszenierungen über Aids Gestalt an.

Im öffentlichen gesellschaftlichen Diskurs in Venezuela werden die Metaphern "Strafe Gottes" und "Rache der Natur" überproportional häufig verwendet – wie auch in anderen vom katholischen Glauben geprägten Weltregionen Lateinamerikas und Südeuropas. Die Aids-Erkrankung wird dabei zumeist als "Sündenlohn" unordentlicher Sexualität interpretiert, als eine von "Gott" verhängte Todesstrafe für einen normabweichenden und gotteslästerlichen Lebenswandel (Bolton 1989:38). Allerdings impliziert diese christlich-katholische Deutungsgestalt auch die Möglichkeit einer ”Läuterung”: Wenn die Aids-Erkrankung von den Betroffenen als von ”Gott” gesandte *Prüfung* interpretiert und angenommen würde - quasi als eine Art (Selbst-)Reinigung durch (Selbst-)Vergiftung - so berge der einsichtige und achtsame Umgang mit diesem Krankheitsprozeß ein immenses spirituelles Befreiungspotential [265], das

[265] Vgl. de Santis (1988, 1990), der als einziger venezolanischer Hiv/Aids-Betroffener seine Erkrankung öffentlich gemacht hat. In seinen autobiographischen Büchern hebt er stets besonders die spirituelle Dimension seiner Hiv-Infektion hervor, die ihm ”Gott” näher gebracht habe (ebd.)

letztlich sogar in die versöhnende Einheit mit ”Gott” einmünden könne (de Santis 1993). Aus diesem Grund ist eine Ausweitung spiritueller Aktivitäten die am häufigsten eingesetzte Bewältigungsstrategie Hiv-positiver Patienten in Venezuela.

5.3 Crime Tales: Von Hi-Viren und anderen "Killern"

Das Verhalten des Hi-Virus wird überdies häufig mit dem von Kriminellen und Mördern - also ebenfalls "Fremden" bzw. "Perversen" innerhalb der eigenen Kultur - in einen gemeinsamen Kontext gestellt und mit tieferer Bedeutung aufgeladen. Das Virus wird als ähnlich bedrohlich und gleichzeitig faszinierend dargestellt wie die Gruppe der Schwerstkriminellen. Es wird auch sprachlich mit denselben Attributen belegt wie diese gesellschaftliche Gruppe. Beim direkten Vergleich eines Presseberichts über das "Gladbecker Geiseldrama" und einem Artikel über den Hiv-Errreger fiel mir auf, daß der Tenor der Berichterstattung und die beschriebenen Eigenschaften von Mördern und Hi-Viren - "kaltblütig” ,”gemeingefährlich”, ”Massenmörder”, ”tödliche Begegnung" - große Übereinstimmungen aufwiesen [266].

Die strukturelle Ähnlichkeit in der Präsentation von Kriminellen und Hiv in der öffentlichen Kommunikation wurde mir besonders deutlich, als ich in einem venezolanischen Kriminalblatt - *"Crónica Criminal"* - die Berichterstattung über einen an Aids erkrankten Theaterregisseur verfolgte. Dies gipfelte darin, daß man das Konterfei des Regisseurs auf dem Titelblatt abdruckte, flankiert von der Schlagzeile *"C.F. hat Aids"*. Auf der darauffolgenden Seite wurde das "Verbrechen" des besagten Regisseurs - nämlich Aids zu haben - in spektakulärer Aufmachung und in sensationslüsternem Stil kommentiert und warnend darauf hingewiesen, daß Personen wie er frei herumlaufen dürften und die Allgemeinheit gefährdeten. ”Crónica Criminal”

[266] Das *Killerimage* des Aids-Virus, das in den USA erstmals geprägt und in Europa übernommen wurde, steht auch im Zusammenhang damit, daß in der amerikanischen - aber auch in der deutschen Gesellschaft - immer häufiger Serienkiller und Amokläufer auftreten. Diese Massenmörder werden im Falle, daß man ihrer habhaft wird, einer Öffentlichkeit präsentiert, die an den kriminellen Darbietungen mit wohligem Schauder Anteil nimmt. Serienkiller machen zur Zeit in den USA, aber auch in der BRD Karriere, veröffentlichen Bücher über ihre Verbrechen - sie finden reißenden Absatz - und beschäftigen ganze Wissenschaftszweige. Journalisten streiten sich um Interviews mit den inhaftierten Mördern, in denen die Befragten freimütig über ihre "schönsten Morde" und was sie "bei der Arbeit" empfunden haben, Auskunft geben. In neuerer Zeit wird die Faszination, die Massenmörder auf die Öffentlichkeit ausüben, auch von der Hollywood-Filmindustrie vermarktet, z.B. im *"Schweigen der Lämmer"*. Mittlerweile werden diese Leinwand-Darbietungen schon von der Realität überboten. Im Sommer 1988 wurde es bei dem als *"Gladbecker Geiseldrama"* bekannt gewordenen Verbrechen, in dessen Verlauf die Entführung, Geiselnahme und Ermordung einiger Insassen eines Omnibusses vor laufenden Kameras "life" übertragen wurde, möglich, daß die Mörder am Ort des Geschehens Interviews gewährten und den Fernsehzuschauern zu direkten Einblicken in den "Arbeitsalltag" von Geiselnehmern verhalfen. Die Faszination, die von Massenmördern ausgeht, offenbart sich auch darin, daß sie sowohl in den USA als auch in der BRD als begehrte Partner gelten, die sich vor Heiratsangeboten interessierter Frauen kaum "retten" können (Fernsehsendung "Mona Lisa", "ZDF" vom 20.12.92). Ähnliche Publicity widerfährt dem Aids-Virus, auch sein Prestigewert wurde durch die Fotoveröffentlichung und seine sichtbare Markierung als "Killer" enorm erhöht. Insgeheim wird damit eine Erfolgsstory erzählt: *"Von der Tipse zum Cover-Girl, vom Tellerwäscher zum Millionär, vom Virus zum Titel-Star"* (Gremliza in Sigusch 1987: 238).

veröffentlichte diesen Artikel in seiner Ausgabe vom Januar 1994 gleichwertig neben einem daran anschließenden Artikel über "Jack the Ripper" (Boeker 1997: 245).

Einige venezolanische Medien siedeln die Bedrohung durch Aids also ganz unverhohlen in dem am Hi-Virus erkrankten *Personenkreis* an und kriminalisieren diesen. Die sogenannten "Risikogruppen" werden in einer Weise vorgeführt, die ihren *Charakter* - nicht nur das *Verhalten*, das mit einem Ansteckungsrisiko verbunden ist - in eine Assoziationskette bringt mit einem moralischen Versagen oder einer Geisteskrankheit, die sich in der Krankheit Aids lediglich konkretisiert (ebd.). Die Interpretation des Charakters und Lebensstils als besonderes Merkmal von Aids-Kranken hat zur Folge, daß die Betroffenen als eine Art "soziale Amokläufer" oder "Triebtäter" angesehen werden, die die Allgemeinheit mit ihrer *"ansteckenden Verrücktheit"* (Clatts/ Mutchler 1989: 15) bedrohen. Vor diesem Hintergrund macht die Erwähnung des Aids-kranken Regisseurs neben einem kriminellen Hochkaräter wie ”Jack the Ripper” auch durchaus Sinn, weil sie zumindest innerhalb dieser "Logik" konsequent ist (Boeker 1997). Die Dramaturgie einer Interpol-Fahndung, die in diesen Inszenierungen zum Ausdruck kommt, entstammt der biomedizinischen Metaphorik über Aids [267].

Gemeinsam ist all diesen "Räuber-und-Gendarm"-Geschichten und metaphorischen Inszenierungen von Aids die Vorstellung *sozialer Unordnung*, die in der Hiv-Infektion symbolhaft ihren Ausdruck findet. In den Vorstellungen über Fremdheit, Mörder, Delinquenz, Subversion und Kriminelle, die um die Hiv-Infektion herum kreisen, wird die Herausforderung der gesellschaftlichen Ordnung durch feindliche, zur Invasion entschlossene, ordnungswidrige Kräfte symbolisiert.

5.4 Ärztliche Sagen über Aids und ”Fremde”

Unter dem Aspekt der Fremdheitskonstruktionen unterscheiden sich die ärztlichen Deutungen über Aids nicht wesentlich von denjenigen der ”Laien” in Venezuela. Allerdings entwickeln die Laienakteure häufiger einheimische Varianten zu den afrikanischen Affen, die als Erste den Virus übertragen haben sollen. Weil es in Venezuela diese Affen nicht gibt, und man sich daher eine Übertragung durch diese Tiere nicht so gut vorstellen kann, sind es hier andere Wesen, denen die Verantwortung dafür zugewiesen wird. Zumeist war in meinen Laien-Interviews zu hören, Aids sei entstanden, weil Männer Sex mit Tieren gehabt hätten. Hühner, Schafe und Ziegen nehmen in diesen Deutungen die Rolle der Affen ein (vgl. Boeker 1997).

[267] Vgl. Kapitel II.2.3 – Medical Detectives: Die Dramaturgie einer Interpol-Fahndung

Die meisten Ärzte deuten die Hiv-Infektion ihrer Patienten so, daß sie diese von Auslandsreisen – fast immer aus den USA - mitgebracht hätten.

> ”Damals fingen wir alle ja erst an, uns damit zu beschäftigen....uns war das klar, das war der erste Fall dieser neuen Krankheit...´Was soll jetzt geschehen?´ ´Wird sich das weiter ausbreiten?´ ´Ist es ein importierter Fall?´ - denn der Muchacho hatte in den USA gelebt - ´in Venezuela wird das nie vorkommen´....so war die Meinung dazu...ja,....und dann ist das hier eben doch vorgekommen.” (Dr.Z)

EB ”Hm, wie war das nochmal? Wo kam die Krankheit her?”

> ”Ja, dieser Muchacho brachte Aids aus dem Ausland mit, der hatte ja in den USA gelebt [...]´der Typ muß homosexuell sein´....in dieser Zeit waren das immer dieselben Fragen und Vermutungen [...] Der Muchacho, der ging nach Maracaibo und ich glaube nicht, daß der sich jemals wieder in Caracas blicken ließ. Ich stell mir vor, daß der wieder in die USA zurückgegangen ist.” (Dr.Z)

Bereits bei der Diagnose des *”ersten Falls”* von Hiv/Aids in Venezuela ist die spontane Überlegung der Ärzte, daß es sich dabei um *”einen importierten Fall”* handeln muß, weil der Muchacho *”in den USA gelebt hatte”*. Dies prädestiniert ihn nicht nur für die Rolle des Krankheitsimporteurs, sondern zudem für den Verdacht der Homosexualität *(”der Typ muß homosexuell sein”*), womit gleich zwei unterschiedliche Arten von ”Fremdheit” miteinander in Verbindung gesetzt werden. Interessant ist es überdies, daß der Arzt über den Verbleib des Patienten spekuliert und ihn in seiner Vorstellung als jemanden entwirft, der *”Aids aus dem Ausland mitbrachte”*, in sein Heimatland Venezuela [268] reist, um sodann nach einem kurzen Zwischenaufenthalt in Maracaibo wieder im Ausland zu verschwinden und in die USA zurückzukehren. Im Verbleib des Hiv-Patienten als jemand, der sich niemals wieder *”in Caracas blicken ließ”*, deutet der Arzt eine mögliche Diskriminierung an, der sich der Patient durch eine Rückkehr in die USA entzieht. Denkbar ist aber auch, daß sich in dieser Vermutung des Arztes zugleich die Vorstellung ausdrückt, die ”Krankheit aus der Fremde” möge wieder dorthin zurückkehren, wo sie hergekommen ist – nämlich in die Vereinigten Staaten.

Die gängige venezolanische Schuldzuweisung an die USA als Herkunftsort von Aids ist auch Ausdruck einer verbreiteten Haltung der Ambivalenz gegenüber den nordamerikanischen ”Nachbarn” [269]. Einerseits werden sie als *das* Vorbild eines modernen Landes dargestellt, deren Organisationsgrad sowie wirtschaftliches und wissenschaftliches Know-how bewundert wird; andererseits verachtet man sie wegen ihres kühlen menschlichen Habitus *(”die sind tüchtig und*

[268] Aus dem Kontext dieser Interviewpassage geht hervor, daß der Hiv-Diagnostizierte ein Venezolaner war.

[269] Die beiden Länder grenzen zwar nicht direkt aneinander; aber zwischen Caracas und Miami liegen auf dem Weg über die Karibik nur knapp zwei Stunden Flugzeit; überdies herrscht ein reger Reiseverkehr in die USA. Viele Venezolaner aus der Mittel-und Oberschicht fliegen nur zum Shopping oder Wochenende nach Miami.

können was, aber das sind keine richtigen Menschen.. die sind so kalt (frio)"- eine Freundin). Diese Mischung aus Bewunderung und Verachtung findet in der Auslegung von Aids als einer aus den USA importierten Krankheit Ausdruck.

Auch wenn in Venezuela die USA als *der* Herkunftsort von Aids gelten, scheinen manchmal weiter entfernte Weltregionen, wie beispielsweise Europa, noch besser geeignet zu sein für die Zuweisung einer Ansteckungsquelle und die Herausstellung von Aids als "fremd".

> "[...] de Santis hat mehrere Bücher über seine Infektion geschrieben. Der hat sich ja bei Mönchen in Italien angesteckt, als er eine Reise zu einem religiösen Orden unternahm [...]" (Dr.T).

Hier wird die Exotik und Fremdheit der Krankheit durch die Zuweisung an *"Italien"* und zugleich an einen *"religiösen Orden"* gleich doppelt unterstrichen. Nicht nur hat sich der bekannte Buchautor auf einer Auslandsreise im weit entfernten Europa angesteckt, überdies widerfuhr ihm dieses Ungemach unter *"Mönchen"*, womit der Arzt die weit verbreitete Homosexualität unter den Angehörigen religiöser Orden in Venezuela aufgreift (Olmedo 1993), die er aber stattdessen nach *"Italien"* verlagert und dort ansiedelt. In dieser Deutung von Aids als einer aus Europa importierten Krankheit, die unter homosexuellen Mönchen weitergegeben wurde, nimmt eine Multiplizierung des Fremdheitscharakteristikums Gestalt an, womit zugleich eine Entlastungsfunktion für die einheimischen Betroffenen geschaffen wird. Der Arzt greift auf die Erklärung zurück, die de Santis selbst in seinen Büchern seiner Leserschaft anbietet (vgl. de Santis 1988). In den meisten meiner Interviews mit Betroffenen erklären diese, daß sie eine kurze Affäre mit einem Ausländer hatten und unmittelbar danach sei ihr positiver Hiv-Status entdeckt worden. De Santis bietet damit eine Erklärung an, die in Venezuela Vorbildcharakter hat und von anderen Hiv-Betroffenen übernommen wird. Etliche haben sich angeblich sogar direkt bei de Santis angesteckt [270].

Nach Auskunft einiger meiner ärztlichen Interviewpartner nutzen auch viele Patienten die Entlastungsoption einer Verschiebung der Ansteckung in fremd-kulturelle oder "fremde" heimische Kontexte.

> "Es kommt häufig vor, daß die Betroffenen selber sagen ´ich habe mich bei einer Nutte angesteckt´....oder bei einer Stewardess [....] immer sind es die Stewardessen oder die Nutten (putas).....die haben immer die Schuld (lacht). Dann erfinden sie Geschichten...daß

[270] In meinen Interviews mit Betroffenen war überdies noch auffällig, daß sich mehrere bei einem Deutschen (!) angesteckt haben wollten; einer bei einer Deutschlandreise und drei bei deutschen Touristen. Natürlich war mir klar, daß in dieser Auslegung eine Botschaft an mich als deutsche Forscherin enthalten war. Da diejenigen, die ihre Hiv-Infektion auf Kontakte mit Deutschen zurückführten, meine Aufmerksamkeit sehr beanspruchten und ganz offensichtlich auch Caring-Leistungen von mir erwarteten, liegt die Interpretation nahe, daß diese Hiv-Betroffenen sich an mich wandten, um "Schadensersatz" für das Vergehen meiner Landsleute einzufordern.

> es in einem Flugzeug in Afrika passiert ist, in einem Flugzeug in Rom, die denken sich alles mögliche aus...lauter exotische Geschichten (beide lachen) Dann weißt du, daß sie dich belügen" (Dr.G).

In diesen *"exotischen Geschichten"* einer Ansteckung durch *"Nutten"* und *"Stewardessen"* wird die Hiv-Infektion ebenfalls in als "fremd" konstruierte Kontexte verschoben – zumeist wird die Schuld den Prostituierten zugewiesen, was im Fall von (Geschlechts-)Krankheiten eine tradierte Form der Entlastung ist. Deutlicher noch tritt die "Fremdheit" bei den *"Stewardessen"* hervor, deren berufsbedingte Mobilität *"in einem Flugzeug in Afrika"* oder *"in einem Flugzeug in Rom"* eine erhöhte Infektionsgefahr plausibel erscheinen läßt [271]. Sowohl Prostituierten als auch Stewardessen wird qua Beruf eine hohe Promiskuität nachgesagt, was eine Infektion durch diese Frauen realistisch erscheinen läßt. Dennoch stuft der Arzt diese Erklärungen seiner Patienten als *"exotische Geschichten"* und ungerechtfertigte Schuldzuweisung ein, die die Betreffenden als Lügner ausweisen.

Einige Ärzte bemühen sich, die Fremdheitskonstruktion, die in der Ursprungstheorie durch afrikanische Affen angelegt ist, durch eine kritische Auslegung zu entkräften.

> "Bueno, *ich persönlich glaube, daß dies eine Krankheit ist, die von Menschenhand geschaffen wurde.* Ich glaube nicht, daß dies von den Affen...wie es ja gesagt wird. Ich glaube, daß dies kreiert wurde...das ist eine kreierte Krankheit ...die Version von den Affen...also, die glaube ich nicht. [...) die ist in einem Laboratorium kreiert worden [...] Und zwar deswegen...das ist eine Sache, die fällt aus allen Schemen, an die wir gewöhnt sind, heraus....das hat Jahrtausende gedauert, bis der Mensch sich zu dem entwickelt hat, was er heute ist. Ich teile diese Ansicht, denn welches Vorurteil sollte ich auch über die Kranken haben und wozu? Da ziehe ich es doch vor, über die Gesellschaft zu urteilen. Darum sage ich ja auch, daß wir alle ein magisches Denken haben und Vorurteile und Phantasien. [....] ich sehe auch nicht ein, warum ich da eine moralische oder religiöse Bedeutung in dieser Krankheit sehen soll....ich begegne dem in einer sachlichen und professionellen Weise" (Doctora U).

Die Ärztin kritisiert *"die Version von den Affen"* - also die naturalistische Ursprungstheorie des Hiv-Erregers -, um sich sodann für die ebenso verbreitete Theorie einer im US-Laboratorium *"kreierten Krankheit"* auszusprechen, *"die von Menschenhand geschaffen wurde"*. Dies bietet ihr zweierlei Vorteil: Sie kann ihr wissenschaftliches Selbstverständnis bestärken – *"das hat Jahrtausende gedauert, bis der Mensch sich zu dem entwickelt hat, was er heute ist"* – und zum anderen kann sie sich auf diese Weise von *"Vorurteilen gegenüber den Kranken"* und der Konstruktion *"einer moralischen oder religiösen Bedeutung in dieser Krankheit"* abgrenzen. Damit stabilisiert sie zugleich ihr professionelles Selbstbild – *"ich begegne dem in einer sachlichen und professionellen Weise"* – und ihre gesellschaftskritische Einstellung – *"da ziehe*

[271] Das Beispiel der Stewardessen erinnert zudem an das Beispiel Gaetan Dugas, den kanadischen Steward einer Airline, dessen hohe Promiskuität sogar Forschungsgegenstand für Ausbreitungspotentiale war – beispielsweise in wissenschaftlichen Untersuchungen des Center for Disease Control (vgl. Kapitel II.2.3 – Unternehmen Aids-Forschung)

ich es doch vor, über die Gesellschaft zu urteilen". Während die Ärzte in der Regel die Ursprungstheorie von den afrikanischen Affen mit der darin angelegten Fremdheitskonstruktion übernehmen, grenzt diese Ärztin sich bewußt davon ab, um ihr professionelles Selbstverständnis aufrecht zu erhalten und um nicht in *"magisches Denken, Vorurteile und Phantasien"* zurückzufallen. Dennoch übernimmt auch sie implizit die Fremdheitskonstruktion, die in der verbreiteten Theorie einer Kreation des Hiv-Erregers in einem US-amerikanischen Labor enthalten ist.

5.5 Homosexuellenbilder: Ärztliche Phobien und Läuterungen

Im Zentrum der ärztlichen Reproduktionen lebensweltlicher Aids-Interpretationen steht das Bild, das die venezolanischen Ärzte von den Homosexuellen zeichnen. Dies ist von besonderer Relevanz, da diese Klientel zugleich die Hauptbetroffenengruppe in der ärztlichen Praxis darstellt. Problematisch im Umgang mit homosexuellen Patienten sind die ärztlichen Auslegungen, weil sie mit ihrem zuvor erhobenen Anspruch auf Wertfreiheit und Akzeptanz [272] kollidieren. Häufig bekundeten meine Interviewpartner in langen Erzählsequenzen ihre Toleranz gegenüber ihren homosexuellen Patienten, um dies im weiteren Verlauf des Gesprächs nicht nur zurückzunehmen, sondern sogar ins Gegenteil zu verkehren.

> "Die meisten unserer Patienten mit Hiv sind Homosexuelle. Aber wir behandeln sie genauso wie alle anderen auch. Da machen wir überhaupt keine Unterschiede" (Dra.L).

Nachdem das Interview offiziell beendet war und ich das Aufnahmegerät bereits abgeschaltet hatte, hielt die Ärztin das Interview für beendet und machte ihren Gefühlen Luft.

> "[...] Aber diese Maricóns (Schwuchteln, Übersetzung EB) sind doch eklig...oder finden Sie nicht? Das ist doch widernatürlich, wenn ein Mann einen anderen umarmt oder küßt. Einfach ekelhaft (ascoso)!" (Dra. L; schüttelt sich angewidert)

Während die Ärztin zunächst ihre Aufgeschlossenheit und Toleranz gegenüber ihren homosexuellen Patienten verbal bekundet, die bei ihr *"genauso behandelt werden wie alle anderen auch"* und etwaige *"Unterschiede"* im ärztlichen Umgang mit ihnen weit von sich weist, drückt sie ihre wahren Gefühle über diese Klientel gegenüber der ausländischen Forscherin erst im informellen Teil des Interviews aus. Gerade weil sie annimmt, daß ihr Nachsatz nicht mehr zum Interview gehört, äußert sie freimütig ihren Ekel über homosexuelle Patienten, die sie als *"widernatürlich"* empfindet.

[272] Vgl. Teil IV. Kapitel 2 – Die professionsethische Orientierung

Diese Erzählung steht stellvertretend für viele andere [273], in denen dasselbe Muster einer Aufteilung in ärztliches ”Front Stage” und ”Back Stage”-Verhalten hervortritt [274]. Die ärztlichen Selbstdarstellungen als professionelle und ethisch korrekte Mediziner auf der Vorderbühne werden entlarvt als voruteilsbeladene Deutungen auf der Hinterbühne, in denen die ärztlichen Homophobien zum Ausdruck kommen. Homophobische Ängste sind in Venezuela Gegenstand emotionsgeladener Auseinandersetzungen in der (wissenschaftlichen) Gemeinde der Mediziner, in die bereits die Studenten während ihrer Ausbildung einbezogen werden.

> ”Mein Medizinprofessor hat mich mal gefragt ´Auf welchen Patienten hättest du am wenigsten Lust, ihn zu behandeln?´ Und da habe ich gesagt: ´Bueno, eine Schwuchtel, eine Tunte/ Verrückte´...denn hier sagt man im Allgemeinen dazu ´loca´(verrückt). Mein Professor meinte: ´der Homosexuelle, nicht wahr?´ Ja, genau, der Homosexuelle ist es, den ich ungern behandeln würde. Der Maricón (Schwuchtel), das ist ein Typ, der sieht einen nur und sofort ruft der ´hey´ und will dich begrapschen und ich weiß nicht was noch...Ich glaube, das muß so sein wie...so muß sich eine Frau fühlen, wenn ein Mann daherkommt und sie belästigt und ihr gefällt das nicht. Denn diese Person, die betritt einfach deinen Raum und macht einen Übergriff [...] Mir gefällt es nicht, wenn ein Mann mich anfaßt oder berührt, wenn er dabei Sexualität im Sinn hat. Mir gefällt es nicht, wenn ein Mann daherkommt und mich liebkost [...] das stört mich. ” (Medizinstudent E).

Bereits der Medizinstudent sorgt sich über mögliche Begegnungen mit homosexuellen Patienten, von denen er *”Übergriffe”* und sexuelle Belästigung in seiner künftigen Praxis befürchtet. Diese Ängste, von homosexuellen Patienten *”begrapscht”*, *”liebkost”* oder *”berührt”* zu werden, werden durch seinen Medizinprofessor genährt, der ihn darin bestärkt. Durch dessen suggestive Frage an den Studenten – *”auf welchen Patienten hättest du am wenigsten Lust, ihn zu behandeln?”* – entwirft der eine komplette homophobische Phantasiewelt, in deren Mittelpunkt der *”Maricón”* und seine vom Studenten imaginierte sexuelle Aufdringlichkeit gegenüber dem Arzt in spe steht. Homosexuellen Patienten wird demnach allein aufgrund ihrer sexuellen Orientierung unterstellt, bereits beim Betreten einer ärztlichen Praxis *”Sexualität im Sinn”* und den Arzt als Objekt ihrer unkontrollierbaren sexuellen Begierden im Visier zu haben. Dies löst bei dem Medizinstudenten bereits im Vorfeld starke Abwehrmechanismen aus sowie die Befürchtung, von seiner homosexuellen Klientel zur *”Frau”* gemacht zu werden (*”so muß sich eine Frau fühlen, wenn ein Mann daherkommt und sie belästigt”*).

---

[273] So oder ähnlich thematisiert von Dr.R, S, W, Dra. P und M.

[274] Interessanterweise tritt diese Diskrepanz zwischen ärztlichem Anspruch und persönlicher Meinung über Homosexuelle in den ”Laien”-Interviews genau umgekehrt auf. Zumeist äußern sich die Leute in den Laien-Interviews sehr ablehnend und ohne jedweden erkennbaren Ansatz von Toleranz über *”widernatürliche Maricóns”*. Es entsteht der Eindruck völliger Ablehnung und offener Diskriminierung. Tatsächlich aber konnte ich mich in meiner teilnehmenden Beobachtung in den Barrios davon überzeugen, daß viele homosexuelle Menschen z.B. in den Barrios von Caracas sehr gut in Familie und Nachbarschaft integriert sind, sie werden auf Feste eingeladen und ”gehören dazu”. Während bei den ärztlichen Akteuren, die in Venezuela eher aus der Mittel- oder Oberschicht stammen, ein moralischer Anspruch auf Akzeptanz besteht, der oft nicht eingelöst werden kann, sieht es in der Unterschicht eher so aus, daß der ”Normbruch” der Homosexualität verbal allerschärfstens verurteilt wird und die Homosexuellen mit verbalen Drohungen von Ausschluß und sozialer Sanktion bedroht werden, die wiederum auch nicht konsequent umgesetzt werden.

Hinter dieser Vorstellung von aggressiven Übergriffen Homosexueller auf alles, was ihnen in die Quere kommt, verbirgt sich ein Homosexuellenbild, das äußerst diffus und unklar umrissen erscheint.

> ”Normalerweise wird dieses Wort (Maricón) ja gebraucht, um damit Männer zu bezeichnen, die weibisch oder geziert auftreten oder auch ganz allgemein für Homosexuelle. Aber es kommt auch vor, daß Männer, die auf einen sehr männlich und sogar aggressiv und macho-mäßig wirken, sich in der Stunde der Wahrheit als Schwule entpuppen. [...] die laufen seriös herum, mit Krawatte, mit Bart, mit allem und alle schwören darauf, daß sie heterosexuell sind. *Die wirken nicht homosexuell und sehen aus wie richtige Männer*. Es gibt viele Leute, die das verstecken, eben wegen dieser sozialen Gründe. Wenn ich dir ein Stereotyp nennen soll, würde ich sagen, das ist eine Person mit einem weiblichen Wesenszug, die sich auf eine bestimmte Weise kleidet, die auf eine bestimmte Weise spricht...also jemand, der in all seinen Äußerungen sehr feminin und verweiblicht ist. Aber selbst das ist nicht hundertprozentig sicher. Es gibt nämlich auch Personen, die wirken feminin und sind trotzdem nicht homosexuell...und dann gibt es auch Homosexuelle, die nicht feminin sind. Also, am Ende weiß man überhaupt nicht mehr, wer was ist.” (Medizinstudentin C).

In diesem Versuch, homosexuelle Männer zu definieren – der Begriff der Homosexualität scheint ohnehin auschließlich für Männer reserviert zu sein -, drückt sich das Bemühen der Studentin aus, die so ettikettierten Männer in die bereits existierenden Frau/Mann-Gender-Kategorien einzusortieren. Dieser Versuch erweist sich allerdings als untauglich, da immer wieder die Sperrigkeit und Widerspenstigkeit des zu klassifizierenden Objekts offensichtlich wird, das eine Übereinstimmung mit den bereitgestellten Kategorien sowie eine klare Identifizierung vereitelt. Nicht nur besteht die Gefahr, daß sich *”sehr männlich und sogar aggressiv und macho-mäßig”* wirkende Männer, die - obwohl *”mit Krawatte, mit Bart, mit allem”* ausgestattet -, sich *”in der Stunde der Wahrheit als Schwule entpuppen”;* überdies können selbst *”feminine und verweiblichte”* Männer, bei denen eine Einteilung zu den Homosexuellen aufgrund eines *”weiblichen Wesenszugs”* zunächst gerechtfertigt erscheint, sich *”trotzdem als nicht homosexuell”* herausstellen. Der Erklärungsversuch der Studentin, *”ein Stereotyp”* für *”richtige Männer”* zu nennen, stiftet statt Klarheit nur noch mehr Verwirrung sowie die Erkenntnis *”am Ende weiß man überhaupt nicht mehr, wer was ist”*.

Dieser Mangel an klarer Verortung scheint außer den Homosexuellen auch die Transsexuellen zu betreffen.

> ”Die Transsexuellen sagen, daß viele Männer, zu denen sie ins Auto steigen, die suchen sexuellen Kontakt mit ihnen...und wollen, daß die Transsexuellen die aktive Rolle übernehmen.....so wie zwischen Mann und Frau, weil zwischen Mann und Frau ist das ja nichts Schlechtes. Das heißt, es stört keinen, wenn du Liebe mit einer Frau machst, weil das ja nichts Verkehrtes ist” (Dr.W).

EB ”Können Sie das noch mal wiederholen, bitte. Das ist kompliziert.”

> ”Ein Transvestit ist einer, der aussieht wie eine Frau, aber in Wirklichkeit keine ist. Das ist einer, der bloß Theater spielt. Der Transsexuelle spritzt sich Hormone und läßt sich einen richtigen Busen wachsen. Deshalb meint der Mann, der sich die ins Auto steigen läßt, er kann sich ruhig von einem Transsexuellen penetrieren lassen und das sei nichts Schlechtes. Schlecht ist es nur, wenn ihn ein anderer Mann penetriert [...] und der Transsexuelle ist kein Mann sondern eine Frau. *Das ist eine Frau, die ihn penetriert....darum darf er das mit sich machen lassen*” (Dr.W).

In dieser ärztlichen Deutung, die sich durch ein Überangebot von *”penetrierenden Frauen”*, *”penetrierenden Transsexuellen”* und *”Männern, die keine Männer, sondern Frauen sind”* auszeichnet, treten die Paradoxien noch deutlicher hervor, die aus dem untauglichen Versuch einer Einordnung der Homosexuellen und Transsexuellen in das zweigeschlechtliche Koordinatensystem entstehen. Umso deutlicher tritt hervor, daß - ebenso wie die Homosexuellen - auch die Transsexuellen Unordnung in die bestehenden Geschlechterkonzepte bringen [275]. Es entsteht ein regelrechtes ”Gender-Chaos”, in dessen Mittelpunkt die fast verzweifelt anmutenden Bemühungen stehen, die Transsexuellen – jedenfalls die, die *”sich einen richtigen Busen wachsen lassen”* – in die Geschlechterkategorie ”Frau” einzupassen. Allerdings führt dies zu dem absurden Ergebnis, daß diese in Frauen verwandelt werden, die - eben weil sie *”Frauen”* sind – mit dem Privileg ausgestattet werden, Männer zu penetrieren.

Diese Paradoxie basiert auf lokalen Vorstellungen über Penetration, in die die Bedeutung von Dominanz und Herrschaft eingeflochten ist. Das Sexualverhalten des insertiven Partners – egal ob homo- oder heterosexuell – wird als in Übereinstimmung mit dem herschenden *Machismo* gewertet. Während rezeptive Praktiken passivem Verhalten und sogar einer Unterordnung des ”passiven Partners” entsprächen, wird der insertive Homosexuelle mit Aktivität, Männlichkeit und Dominanz in Verbindung gebracht. Er gewinnt an ”Männlichkeit” und sozialem Prestige sogar noch hinzu, wenn er nicht nur Frauen, sondern auch Männer penetriert. Er werde *”aún más*

[275] In Forschungen über die Thematik der Homo- und Transsexuellen in Lateinamerika erhält die untaugliche Einordnung dieser Bevölkerungsgruppe in das festgelegte kulturelle geschlechtsspezifische Wertesystem in letzter Zeit interessante Kritiken. Mexikanische Wissenschaftler beispielsweise interpretieren das Verhalten homo-/bisexueller Männer und Transsexueller, sich in weiblicher Kleidung und geschminkt zu präsentieren, als subversive Strategie (Norriega 1994), mit der sie sich über das festgelegte Mann/Frau-Verhalten lustig machten und damit die herrschenden Geschlechterrollen unterliefen (ebd.: 264). Es handele sich eben nicht um einen Akt der Anpassung, der aus der Unmöglichkeit entsteht, gesellschaftliche Ansprüche an die geschlechtsspezifischen Rollenerwartungen zu erfüllen. Vielmehr stelle dieses sogenannte *afeminadamiento* (ebd.) eine Parodie auf die Geschlechternormen dar und das Kleid, mit dem der Homo- oder Transsexuelle auftritt, würde zum stilistischen Ausdrucksmittel seiner Subversion (ebd.).

macho" (deutsch: noch mehr Macho), wenn er auch Männer penetriert und somit dominiert: *"Der Mann, der nicht nur Frauen beherrscht, sondern auch Männer, ist der Mann schlechthin, der `bewährte´Mann"* (Liguori / Block 1993; Bestmann 1997).

Andere Ärzte entwerfen die Homosexuellen hingegen eindeutig als feminin.

> "Ich sage immer, Homosexuelle sind die besten Freunde der Frauen. Die interessieren sich ja auch für die gleichen Sachen wie unsereins....beschäftigen sich mit ihrem Aussehen, oft sind das Friseure [...] die legen viel Wert auf ihr Äußeres, da kann man sogar was lernen. Neulich hat mir einer gute Tips zur Maniküre [...] zum Auftragen des Nagellacks gegeben" (Dra.P).

Für diese Ärztin sind homosexuelle Männer nicht nur *"die besten Freunde der Frauen"*, die *"sich für die gleichen Sachen interessieren wie unsereins"*; vielmehr werden sie eindeutig der Geschlechterkategorie "Frau" zugeordnet, was durch den Verweis auf vergeschlechtlichte Arbeit (*"Friseure"*) sowie ihre Vorliebe für *"Maniküre"* und *"Nagellack"* angedeutet wird. Sie sind sogar noch "bessere" Frauen als die biologischen Ausführungen, da man hinsichtlich einer gefälligen Präsentation des Aussehens *" was lernen kann"*.

Für einige Ärzte drückt sich genau an diesen lokalen Geschlechter- und Sexualitätskonstruktionen die "Rückständigkeit" Venezuelas aus.

> "Das ist so verrückt bei uns in Venezuela...die Einstellung zur Sexualität. [...] jeder kann mit seinem Körper machen, was er will. Das ist ein Problem jedes Einzelnen [...] und genau das ist der Unterschied zwischen einem zivilisierten Land und einem Entwicklungsland. In den zivilisierten Ländern, da akzeptiert man jeden so, wie er ist; bei euch (nickt mir zu) dürfen die Homosexuellen sogar offen auf der Straße Hand in Hand gehen [...] in den Ländern, die gerade erst dabei sind, sich zu entwickeln, ist das viel schwieriger [...]" (Dr.D).

EB "Was würde denn passieren, wenn die hier auch Hand in Hand gingen?"

> "Ha ...die würden Steine nach denen schmeißen. Ich hatte zwei Patienten, denen haben die Nachbarn das Haus abgebrannt, als herauskam, daß sie ein Paar sind" (Dr.D).

Dieser Arzt transformiert den gesellschaftlichen Umgang mit Homosexuellen in einen Indikator, der nicht nur über das Klima sozialer Toleranz, sondern ebenso über den Stand von Entwicklung und Zivilisationsgrad des jeweiligen Landes Auskunft gibt. Während nach seiner Deutung in einem *"zivilisierten Land"* die Homosexuellen *"Hand in Hand auf der Straße"* gehen dürften [276],

[276] In meinen Interviews mit Betroffenen äußern diese sich ebenfalls häufig sehr bedauernd darüber, daß sie in Venezuela nicht zusammen Hand-in-Hand gehen könnten ohne körperlich angeriffen zu werden. Oftmals entwarfen sie Europa und die USA – Beispiele dafür, daß dies woanders möglich ist - als wahren Hort von Toleranz, Anerkennung und Akzeptanz für Homosexuelle. Ich hatte etwas Mühe, dieses stark idealisierte Bild zurechtzurücken.

ist dies in einem *”Entwicklungsland”* nicht möglich oder zumindest *”viel schwieriger”*. Dieses Toleranzgefälle tritt vor allem in der symbolischen Mitteilung ihrer sexuellen Orientierung hervor, wie sie über das Hand-in-Hand-gehen an die Umwelt kommuniziert wird. Während dies *”in einem zivilisierten Land”* toleriert bzw. hingenommen würde, sind Homosexuelle in Venezuela tätlichen Übergriffen und gewalttätigen Sanktionen – *”Steine schmeißen, Haus abbrennen”* - aus ihrer Lebenswelt ausgesetzt. Der Arzt gibt sich mit seiner Deutung als ebenso aufgeklärt zu erkennen wie er dies in den nördlichen Ländern –*”bei euch”* – vermutet.

Die Orientierung an Europa oder den USA hinsichtlich einer größeren Toleranzbereitschaft gegenüber den Homosexuellen ruft aber nicht nur Zustimmung bei den venezolanischen Ärzten hervor.

> ”In Europa laufen die Homosexuellen sogar mit roten und grünen Punkten im Haar herum. In Paris habe ich das gesehen. Manche sehen aus wie kleine Stacheltierchen (puercoespincitos) ....diese Punks zum Beispiel. [...] Da (in Europa, Anm.EB) darf jeder machen, was er will. So was gäbe es hier nicht. Bei uns geht man nur korrekt gekleidet und frisiert auf die Straße. Man muß doch auch ordentlich aussehen und kann nicht wie ein Wilder (salvaje) auf der Straße herumlaufen” (Dr. O; schüttelt den Kopf).

Dieser Arzt staunt zwar über die legere Frisurenmode einiger *”Punks”* in Europa, deren eigenwillige Haartracht er als Freibrief dafür interpretiert, daß in Europa *”jeder machen kann, was er will”*. Darüber hinaus vollzieht er eine Gleichsetzung zwischen Homosexuellen und Punks. Beide Gruppen nennt er in einem Atemzug als unzivilisierte *”Wilde”*, die in Europa *”auf der Straße herumlaufen”*. Dieses Verhalten mißbilligt er, da es gegen venezolanische Vorstellungen einer *”ordentlichen”* Bekleidung verstößt, der gemäß man nur *”korrekt gekleidet und frisiert auf die Straße geht”*. Daß er den legeren Stil in Europa sowie die gesellschaftliche Toleranz dieser Gruppen für übertrieben hält, bringt er durch die Kontrastierung zwischen *”ordentlichem”* und *”wildem”* Aussehen klar zum Ausdruck. Für Venezuela wünscht er sich eine Orientierung an europäischen Toleranz-Maßstäben jedenfalls nicht *(”so was gäbe es hier nicht”*).

Tatsächlich sind die Homosexuellen in Venezuela davon auch weit entfernt. Ruft ihre sexuelle Orientierung schon keine direkten feindseligen Reaktionen ihrer sozialen Umwelt hervor, erwartet sie zumindest subtilere Gewalt und Diskriminierung, beispielsweise im akademischen Milieu und in der Universität.

> ”Innerhalb der Universität [...] ist das eine Art öffentliches Geheimnis. Es gibt zum Beispiel Leute, die sagen *`Fulanito ist vom anderen Ufer`*. Zum Beispiel, wenn ein Typ vorbeikommt, von dem angenommen wird, daß er homosexuell ist...”(schallendes Gelächter der ganzen Gruppe der Medizinstudenten) dann sagt jemand ´Da kommt Fulanito, der ist homosexuell´. Während er vorbeikommt, sagen sie das (das Gelächter hält an). Eine Anspielung wird gemacht, auf diese Person, die vorbeikommt. Und dann lachen alle los” (Medizinstudentin A).

Eine sehr verbreitete Art der Diskriminierung in Venezuela drückt sich darin aus, Witze über Homosexuelle zu machen und diese dadurch öffentlich bloßzustellen. Mit *”Anspielungen”* wird das *”öffentliche Geheimnis”* über die sexuelle Orientierung der betreffenden Personen verkündet – und zwar so, daß sie selbst es auch hören können *(”während er vorbeikommt”*), um sodann in der Gruppe laut *”loszulachen”*. In diesem Verhalten drückt sich eine Art der sozialen Kontrolle aus, deren erklärtes Ziel es ist, den Betreffenden öffentlich zu demütigen und seinen Normverstoß gegen die heterosexuelle Geschlechterordnung durch Lächerlichmachen zu ahnden. Durch das diese Interviewpassage begleitende Gelächter der Gruppe entsteht zugleich der Eindruck, daß die Studenten dabei an eine ganz bestimmte Situation denken, in der sie sich selbst in der geschilderten Weise verhalten haben.

Auch die Hiv/Aids-Betroffenen berichten von Witzen, denen sie in medizinischen Settings seitens der Ärzte ausgesetzt sind.

> ”Eben war grad die Visite hier. Fünf Ärzte kamen vorbei und da sagte der Stationsarzt zu den anderen ´und dieser Arschficker hier hat Sida´. Es war so demütigend” (Hiv-Betroffener H; sitzt im Krankenhaus auf seinem Bett und weint).

Hier hat sich das Lächerlichmachen bereist gesteigert zur groben Beleidigung, mit der der Stationsarzt seinen Kollegen bei der *”Visite”* einen Patienten vorstellt. Dieser erlebt den ärztlichen Auftritt während der Stationsvisite als *”demütigend”*, womit er die Intention dieses Angriffs richtig erkennt, der den Patienten als jemanden bloßstellen und beschämen soll, der gegen soziale Normen verstoßen hat.

Andere Ärzte, die zuvor ähnlich homophobische Vorstellungen hatten, erweisen sich aber durch die tägliche Erfahrung und Routine im Umgang mit Hiv/Aids-Patienten als lernfähig und revidieren zum Teil ihre vormals homophobische Meinung.

> ”[...] am Anfang...da wußte ich nichts darüber, zum Beispiel wußte ich nicht, daß zwei gleichgeschlechtliche Personen zusammenleben können, zwei Männer zum Beispiel, die ganz lange Zeit als Partner zusammenlebten. Ich hatte immer gedacht, das seien sporadische, gelegentliche Kontakte und dann sah, daß die zusammenlebten. Ich dachte ja, das sei nur wegen der Sexualität, aber dann lebten die richtig als Paar zusammen. Das habe ich mir klar gemacht, daß sie zusammenleben, ihr Haus haben, daß sie ihre ökonomischen Verpflichtungen miteinander teilen, ihre sozialen Verpflichtungen...*wie ein Ehepaar*. Das hatte ich nicht gewußt, das habe ich dadurch kennengelernt, daß sie mit ihrem Partner zusammen hierherkommen und mir sagen: ´Das ist mein Freund´. Normalerweise kommen sie in Begleitung und sagen zu mir: ´Das ist mein Partner´. [...] Ja, das war eine Überraschung, davon hatte ich mir ein anderes Bild gemacht. Meine Vorstellung war...daß ein Homosexueller eine Person ist, die mit aller Welt Beziehungen hat, daß so jemand unfähig ist, ein Zuhause zu haben, daß es für ihn sehr schwierig sei, überhaupt ein Zuhause zu haben. Aber jetzt weiß ich, daß die Mehrheit [...] meiner Patienten, die leben in Partnerschaften und das ist ideal” (Dr.R).

Bei diesem Arzt wandelt sich sein Bild über Homosexuelle von der Vorstellung entwurzelter Persönlichkeiten, die *"unfähig sind, ein Zuhause zu haben"* und die nur *"sporadisch"* und *"nur wegen der Sexualität"* miteinander in Kontakt treten, zu einem auf langfristige Partnerschaft hin angelegten Beziehungsmodell, in dem die Beteiligten ihre sozialen Verpflichtungen *"wie ein Ehepaar"* miteinander teilen. Erst die Begegnung mit Patienten, die ihre Partner in die ärztliche Praxis mitbringen, veranlaßt ihn, seine Vorstellung zu revidieren. Allerdings wäre diese ärztliche Läuterung ohne die Beweisführung der homosexuellen Patienten zur Befähigung, eine an den heterosexuellen Maßstäben orientierte eheähnliche Gemeinschaft führen zu können, wohl nicht zustande gekommen. Einzig dieses Merkmal einer eheähnlichen Partnerschaft vermag den Arzt von der Notwendigkeit zur Toleranz überzeugen, weil es sich problemlos in seine Normalitätsvorstellungen einfügen läßt.

5.6 *"...vierzig sexuelle Kontakte in einer einzigen Nacht":* Krankheit als Schuld

Wie bereits andere Epidemien zuvor, fördert auch Aids die Tendenz, einen moralisierenden Diskurs über die Krankheit zu führen. Ein weiteres lebensweltliches Deutungsmuster über Aids, auf das die Ärzte rekurrieren, weist den Kranken selbst die Schuld an ihrer Erkrankung zu. Diese Erklärung stellt zwar eine Entlastung für die Ärzte dar - was ich unter dem Aspekt der Stigmatisierung ausführlicher untersuche [277] -, zugleich aber wird durch diese Zuweisung die Ursache für die Erkrankung im Charakter der Hiv/Aids-Betroffenen angesiedelt. Dabei handelt es sich jedoch nicht um ein Exklusivmerkmal, das nur mit der Krankheit Aids verbunden ist und nur in Venezuela vorkommt; auch andere Krankheiten – selbst nicht ansteckende Erkrankungen wie Krebs – werden traditionell mit einer moralischen Bedeutung unterlegt (vgl. Dornheim 1983). In den verbreiteten Konzeptionen von Aids als "Strafe Gottes" oder "Rache der Natur" beispielsweise kommt die Vorstellung zum Ausdruck, daß sich im Ergebnis "Hiv-positiv" die strafende Einmischung und Ahndung übernatürlicher Kräfte für die Nicht-Einhaltung sozialer und religiöser Ordnungsvorschriften konkretisiert [278].

---

[277] Vgl. Teil IV. Kapitel 4 – Das ärztliche Management einer sozial stigmatisierten Krankheit.

[278] Was prinzipiell für alle sexuell übertragbaren Leiden gilt, trifft auch auf Aids zu: Wie schon die Syphilis wird Aids als *moralisches Urteil* über die Gesellschaft interpretiert. Beide Krankheiten werden als Bestrafung für moralische Verfehlungen und Lasterhaftigkeit nicht nur eines Einzelnen, sondern einer ganzen Gesellschaft im Sinne einer allgemeinen Sittenlosigkeit aufgefaßt. Seit Ende des 19.Jahrhunderts und der Ausformung bürgerlicher Wertvorstellungen wurde Gesundheit zunehmend als Beweis für Tugend, Krankheit hingegen als Beweis für moralische Verderbtheit angesehen. Dies gilt vor allem im Zusammenhang mit dem einsetzenden gesellschaftlichen Hygiene-Diskurs, in dem sich die Gleichsetzung von Reinlichkeit und Gottesfurcht konkretisierte. Am Beispiel der zahlreichen *Choleraepidemien* im 19.Jahrhundert entzündete sich denn auch dieser Diskurs: *"Cholera ist speziell die Strafe für die Nichtbefolgung der sanitären Gesetze; sie ist der Fluch der Unreinlichen, der Maßlosen und der Verkommenen" (Rosenberg zitiert in Sontag 1989: 59).*
Im 20.Jahrhundert war *Krebs* lange Zeit dasjenige Leiden, das dem in Krankheitsmetaphorik verpackten Straf- und Tadelbedürfnis am meisten entsprach. Diese Krankheit bekam nach allgemeinem Verständnis derjenige, der etwas *unterlassen* hatte: z.B. vorsichtig und verantwortungsbewußt zu sein oder seine Gefühle "richtig" auszudrücken (Dornheim 1983). Demgegenüber besitzt Aids ein ganz anderes metaphorisches Potential: Die Hiv-Infektion wird überwiegend als *Strafe für abweichendes Sexualverhalten* bewertet und übernimmt eine metaphorische Ersatzfunktion

Besonders in der Unterteilung in ”schuldige” und ”unschuldige” Hiv-Betroffene nimmt das ärztliche Moralisieren über ihre Klientel Gestalt an.

> ”Zum Glück hatte ich selber noch keine Frauen mit Sida... nur meine Kollegen hier im Haus. Ich sage ´zum Glück´, weil....also, die sind doch das letzte Glied in der Ansteckungskette, die haben auch ganz viele Probleme mit den Männern, die die angesteckt haben. Das ist ganz schwierig bei denen, die emotionale Seite der Krankheit zu managen, die bekommen Psychotherapie und benötigen ganz viel Unterstützung [...] die Frauen sind mehr Opfer [...]. Bei den Babies ist das genauso. Die Frau leiden mehr, sind viel deprimierter und sehr traurig. Und sie sterben auch eher. Die sind von dieser Krankheit viel mehr angegriffen” (Dra.M).

Aus der Perspektive der Ärztin werden die Hiv-betroffenen Frauen als *”letztes Glied in der Ansteckungskette”* vor allem unter dem *”Opfer”*-Aspekt wahrgenommen, der sich in einem generellen Mehr an *”leiden”*, sowie im *”deprimiert”* und *”traurig”* sein artikuliert. Überdies sterben sie auch noch eher und sind insgesamt von Hiv/Aids *”mehr angegriffen”*. In der Gleichsetzung mit *”Babies”* als symbolischem Inbegriff einer schuldlosen Erkrankung ordnet sie die betroffenen Frauen ebenfalls als ”unschuldige” Kranke ein, die überdies auch noch mehr leiden und schneller sterben müssen. Als Ausgleich für die unverschuldete Infektion mit Hiv erwartet die Patientinnen ein verstärktes Caring-Angebot aus der *”Psychotherapie”*. Ihre Vorstellung von männlichen (und homosexuellen) Patienten äußert sie an dieser Stelle zwar nicht explizit, aber dadurch, daß sie in ihrer Darstellung diejenigen sind, die die Frauen *”angesteckt”* haben, sind sie als eine weniger leidende und zugleich ”schuldige” Vergleichsgruppe dennoch präsent.

Bei einer weiteren ärztlichen Auslegung, die Krankheit und Schuld miteinander verknüpft, steht der Vorwurf der Promiskuität im Vordergrund.

> ”[...] Es gibt sogar Anekdoten darüber...aber das waren keine Patienten von uns....ein Patient floh aus einem Krankenhaus und hatte in einer einzigen Nacht vierzig sexuelle Kontakte....das sind Anekdoten...aber es waren keine Patienten von uns (betont) [...]” (Dr.O).

---

für die – in Deutschland mittlerweile geänderte - strafrechtliche Verfolgung Homosexueller. Daß Homosexualität verdientermaßen zum Tode führt, ist der Tenor der Darstellungen über Aids (Rühmann 1985: 100). Die Gleichsetzung von Aids mit Gottlosigkeit und Homosexualität - speziell mit der sexuellen Praktik des Analverkehrs - wird durch eine Verlautbarung von Buchanan (Pressesprecher im Weißen Haus unter Reagan) belegt: *"Ist Amerika zu einem Land geworden, in dem man in der Schule nicht mehr die zehn Gebote durchnehmen darf, während die Aufklärung der Lehrer über sicheren Analverkehr obligatorisch ist?"* (zitiert in Sontag 1989: 69).

Der Arzt gibt hier eine *”Anekdote”* wider, die er irgendwo gehört hat. Sie berichtet von einem Patienten, der seine Flucht aus dem Krankenhaus dazu nutzt, um mit der erstaunlichen Zahl von *”vierzig sexuellen Kontakten in einer einzigen Nacht”* von sich reden zu machen. Zwar weist der Arzt gleich zweimal darauf hin, daß es sich dabei um eine Anekdote – also eine unterhaltsame Begebenheit ohne den Anspruch auf hundertprozentigen Wahrheitsgehalt - handelt, dennoch fügt er vorsichtshalber gleich mehrfach hinzu, daß es keiner der Patienten aus seinem Krankenhaus war. Hierin drückt sich die Vorstellung aus, die Hiv/Aids-Betroffenen seien sexuell überaktive Menschen mit einem übersteigerten Geschlechtstrieb, der sie zwanghaft dazu treibt, andere Menschen in unverantwortlicher Weise anzustecken. Durch die enorme Zahl an vermuteten Sexualpartnern weist dieser unterstellte Trieb überdies monströse Ausmaße und Ähnlichkeiten mit ”Triebtätern” auf (vgl. Clatts/Mutchler 1998; Boeker 1997). Zudem ist damit eine Schuldzuweisung an die Erkrankten verbunden, die sich wegen ihrer sexuellen Undiszipliniertheit die Infektion mit Hiv selbst zuzuschreiben hätten [279].

Eine andere Variante ärztlicher Schuldzuweisung konkretisiert sich in der Entwertung der Patienten zu schlechten Charakteren.

> ”Viele der Patienten lügen, sie sind falsch. Mit diesen Patienten lernt man viel. Immer sagen sie dir etwas und du weißt ganz genau, daß das nicht stimmt [...]. Bei den Sida-Patienten gibt es viel Falschheit [...]" (Dr.A).

Hier werden die Hiv/Aids-Patienten als notorische Lügner präsentiert, die *”falsch sind”* und den Arzt belügen. Diese *”Falschheit”* erscheint als grundsätzliches Charaktermerkmal der *”Sida-Patienten”*, weil sie dem Arzt *”immer Sachen sagen”*, *”die nicht stimmen”*. Indirekt wird damit angedeutet, diese Charakterschwäche stehe - quasi konstitutiv - mit der Hiv-Infektion in einem direkten Zusammenhang, womit ebenfalls ein Schuldvorwurf gegenüber den Patienten erhoben wird.

5.7 Ärztliche Deutungen im Zeichen venezolanischer Schönheitsnormen

Venezuela gilt als *das* Land der Schönheitsköniginnen. In allen internationalen Beauty-Auscheidungskämpfen, bei denen eine ”Miss World” oder ”Miss Universum” gekürt wird, ist es seit vielen Jahren Tradition, daß eine ”Miss Venezuela” ganz vorne mit auf dem Siegertreppchen steht (Zapata 1996). Diese Misses haben eine hohe Leitbildfunktion für die Frauen in Venezuela. Im Alltag ist die Orientierung am hohen Schönheitsideal allgegenwärtig und bis in alle sozialen Schichten verbreitet. In jeder venezolanischen Institution, Behörde, Organisation oder

[279] Dies war in den Anfangsjahren von Aids in Deutschland nicht wesentlich anders. Sophinette Becker (in Sigusch 1987:191) beispielsweise berichtet in ihrer Auswertung von Arztbriefen verschiedener Kliniken, in denen als Vermerk bei Aids-Patienten stets vom *"ausschweifenden sexuellen Lebenswandel"* der Kranken gesprochen wird.

Unternehmen und sogar bis hinein in Krankenhäuser, Altersheime, Gefängnisse, Schulen und Kindergärten (ebd.) wird regelmäßig eine Schönheitskönigin gewählt. Es gibt sogar mehrere Schulen in Caracas für angehende Schönheitskönigin**nen**, auf denen die Mädchen und jungen Frauen das nötige Handwerkszeug [280] für eine Beauty-Karriere erwerben. Dies ist insofern von besonderer Relevanz, als viele berufliche Karrieren – auch in anderen Sparten des öffentlichen Lebens – einmal mit einer Siegerkürung in einem Schönheitswettbewerb begannen. Irene Saéz beispielweise, die Bürgermeisterin des reichsten Bezirks in Caracas, die sich bei der letzten Präsidentschaftswahl für das höchste Amt in Venezuela bewarb, wurde bekannt durch den Gewinn des Titels einer ”Miss Universum”. Die preisgekrönte Teilnahme an einem Beauty-Wettbewerb öffnet Türen auch für ganz andere Karrieren - z.B. als Fernsehmoderator, Nachrichtensprecher oder sogar Politiker - und gilt in Venezuela als soziales Eintrittsticket und durchaus gleichwertige Qualifikation mit einem Hochschulabschluß *(”Wieso soll ich denn studieren? Sich richtig schminken, sich richtig bewegen, wissen, wie man sich anziehen muß – das sind die Sachen, auf die es im Leben ankommt”* – eine Teilnehmerin in einer Beauty-Schule, mit der ich ein informelles Interview führte).

Die Venezolaner sind äußerst stolz darauf, daß die schönsten Frauen der Welt aus ihrem Land kommen; aber es werden auch Wettbewerbe für Männer durchgeführt. Einmal im Jahr schickt jedes Bundesland seine Miss zur nationalen Ausscheidung nach Caracas. Dann herrscht öffentlicher Ausnahmezustand im Land, der nur mit der Euphorie einer Fuballwelt- oder Europameisterschaft in Deutschland verglichen werden kann. Die Straßen sind wie ausgestorben und alle Welt sitzt vor dem Fernseher, um die Übertragung des Wettbewerbs zu verfolgen; an öffentlichen Plätzen werden große Leinwände aufgestellt, vor denen die Show life miterlebt werden kann. Ich selbst habe mehrfach mit den Familien, zu denen ich engen Kontakt hatte oder bei denen ich wohnte, diese nationalen und internationalen Beauty-Konkurrenzen am Bildschirm verfolgt. Es wäre auch quasi unmöglich, sich der Aufregung und Euphorie zu entziehen, die in Venezuela herrscht, wenn um Schönheitstitel gekämpft wird. Schon Tage vorher wird über nichts anderes mehr geredet – einige meiner Interviews wurden sogar aus diesem Grund abgesagt -, Nachbarn werden zu dem Happening eingeladen und man bringt Essen und Getränke mit. In ”meinen” Familien saßen von der 84-jährigen Großmutter bis zum jüngsten Enkel immer alle andächtig beisammen, um dabeizusein. Häufig wird während der Übertragung des Wettbewerbs unter den Zuschauern gefachsimpelt, die Kandidatinnen angefeuert oder laut geklatscht, wenn die eigene Favoritin eine Runde weitergekommen ist. Ich erinnere mich, daß insbesondere die Frauen sehr sachkundig – und zum Teil gnadenlos – die vorbeischreitenden Bewerber und Bewerberinnen kommentierten und beurteilten. Aber auch die Alten bringen ihre Erfahrungen mit ein; die 84-jährige Großmutter aus ”meiner” Familie beispielsweise echauffierte sich einmal, als bei einem

[280] Lerninhalte einer solchen Schule sind u.a. ”richtiges” Bewegen, korrektes Make-up und Schminkkunde, Styling und Stilkunde in der Kleidung sowie ein Ettikettekurs, der den jungen Frauen Sicherheit im Umgang auch mit höheren sozialen Schichten vermitteln soll (Zapata 1996).

”Mister Venezuela”-Wettbewerb nicht ihr Favorit, sondern ein anderer den Preis gewann *(”Was der? Der hat doch gar keine gute Figur!”*).

Schönheit und körperliche Ästhetik sind demnach in Venezuela ein sehr bedeutsames und prestigesteigerndes *soziales Kapital* (Bourdieu 1987), das als Eintrittskarte für den sozialen Aufstieg und für berufliche Karrieren eingesetzt wird. Für die Ärzte als lebensweltliche Akteure sind Fragen von Ästhetik und körperlicher Attraktivität daher ebenfalls wichtige Kriterien, nach denen sie ihren Umgang mit Patienten gestalten.

”Ich hatte eine Patientin, die war wunderschön...ich glaube, die hatte sogar einen wichtigen Schönheitswettbewerb gewonnen...oder war sie nur zweite? Egal, jedenfalls hat sie sich bei ihrem Mann mit Hiv angesteckt und kam zu mir in die Sprechstunde. Die schlug auch ganz gut auf die Behandlung an [...] aber nach einem Jahr bekam sie dann doch das Kaposi-Sarkom und zwar ....stellen Sie sich das mal vor ..mitten auf der Nase (schüttelt den Kopf). Die war ein Bild von einer Frau, hatte alles...eine gute Figur, ein hübsches Gesicht und nun das. Mitten auf der Nase...und so groß (deutet mit dem Finger in etwa die Größe eines Markstücks an). Die war natürlich vollkommen fertig mit den Nerven als das immer größer wurde... weinte und alles” (Dra.P).

EB ”Die hatte wohl Angst, daß ihre Infektion mit Hiv herauskommt.”

(sieht mich erstaunt an) ”Ja, das auch. Aber vor allem war sie entsetzt, daß ihre Schönheit dahin war. Wir haben dann noch oft Schminktricks besprochen...wie sie das kaschieren kann. Die sah ohne fünf dicke Puderschichten völlig entstellt aus.. und das ihr, die sie wegen ihres Aussehens von allen auf Händen getragen und beneidet worden war“ (Dra.P).

In dieser Erzählung der Ärztin steht die Einbuße an körperlicher Attraktivität – bedingt durch das Kaposi-Sarkom – dominant im Vordergrund und überlagert sogar die Bedeutung eventueller Stigmatisierungserfahrungen, die durch das Sarkom als verräterisches Indiz für die Hiv-Erkrankung ausgelöst werden könnten. Die Relevanzmarkierung der Ärztin, die den Hautkrebs der Patientin vorrangig als Beeinträchtigung und Herabminderung des wichtigen sozialen Kapitals ”Schönheit” hervorhebt, wird besonders durch ihre Antwort auf meine Zwischenfrage deutlich. Nicht nur reagiert sie erstaunt, als ich das Sarkom auf der Nase der Patientin spontan als Kontrollverlust über die Gestaltung ihrer Informationspolitik interpretiere; überdies wird durch die zeitweise Transformation der ärztlichen Sprechstunde in einen Kosmetiksalon – *”wir haben dann noch oft Schminktricks besprochen”* – die Relevanz körperlicher Attraktivität erneut markiert. Die Ärztin übernimmt zusätzlich zur medizinischen Behandlung die Rolle der Beraterin in Schönheitsfragen, die dabei hilft, das entstellende Mal *”zu kaschieren”*.

Insgesamt wird deutlich, daß die Krankheit Aids hier nicht nur unter dem Aspekt einer gesundheitlichen Beeinträchtigung oder als medizinisches Problem gewertet wird, sondern als Verlust des in Venezuela so wichtigen sozialen Kapitals ”Schönheit”. Die Patientin, die damit vor ihrer Erkrankung überdurchschnittlich gut ausgestattet war – *”die hatte sogar einen wichtigen Schönheitswettbewerb gewonnen”* – und dafür von ihrer sozialen Umwelt mit erhöhter Aufmerksamkeit honoriert wurde – *”von allen auf Händen getragen und beneidet”* - wird durch die Krankheit *”entstellt”*. Dies wird sowohl von der Patientin als auch von der Ärztin als elementarer Verlust gewertet, der sehr viel schwerer ins Gewicht fällt als der ebenfalls mit der Krankheit einhergehende Verlust der Gesundheit.

Ein anderer Arzt verortet den Attraktivitätsverfall der Hiv/Aids-Patienten an der Beschaffenheit der Haut.

”Ist Ihnen das schon mal aufgefallen, daß die Patienten mit der Zeit eine graue Hautfarbe bekommen? Je länger die Krankheit dauert desto grauer werden sie. In diesem Grau ... da kündigt sich schon der Tod an. Das sieht nicht schön aus. [...]” (Dr.C).

Hier ist es die *”graue Hautfarbe”*, die als Verlust körperlicher Attraktivität herausgestellt wird. In der grauen Hautfarbe der Patienten drückt sich zugleich der nahende Tod aus, was *”nicht schön aussieht”*. Als Indikator für den baldigen Tod wird sie wiederum in einen engen Bedeutungszusammenhang mit ”Unattraktivität” gesetzt. Der Arzt deutet das Grau der Haut demnach als die Farbe des Todes, der den Patienten noch zu Lebzeiten ihre körperliche Attraktivität nimmt.

Mit diesen Deutungen der Ärzte korrespondieren meine eigenen Erfahrungen, die ich mit Hiv/Aids-Betroffenen in Venezuela sammelte. Insbesondere für die weiblichen Patienten scheint sich in dem Verlust körperlicher Attraktivität (starke Gewichtsverluste, Hautveränderungen) der Wesenskern der Krankheit zu artikulieren. Viele kleideten sich ausschließlich - auch bei sehr hohen Temperaturen – nur mit langärmeligen Kleidungsstücken und verhüllenden Röcken oder Hosen. Die meisten verbargen ihren Körper in weiten Gewändern und verließen nach eigenem Bekunden das Haus nur noch, um den Arzt aufzusuchen. Sie waren stets in Sorge, ihre körperlichen Veränderungen könnten in verräterischer Weise ihren Hiv-Status an die Umwelt kommunizieren.

EB ”Sie gehen gar nicht mehr aus dem Haus?”

”Sehen Sie mich doch an....wie ich aussehe. Das ist doch trostlos. Wer will denn sowas sehen? Ich kann mich ja selber nicht mehr ansehen. Ich vermeide es, mich im Spiegel zu

> betrachten...sonst fang ich sofort an zu weinen. Man kommt sich so häßlich und nutzlos vor [...]" (Betroffene K).

Diese Betroffene erlebt ein tiefes Gefühl der Wertlosigkeit, das sich aus dem beobachtbaren Verfall ihres Körpers herleitet. Ihr physisches Selbstbild, das auf den sozialen Attraktivitätsnormen basiert, bricht auseinander, was sie selbst *"nicht mehr ansehen kann*". Aus diesem Grund vermeidet sie ihren Anblick im Spiegel. Überdies bringt sie ihr Aussehen mit Nützlichkeit – *"häßlich und nutzlos"* - in einen gemeinsamen Bedeutungszusammenhang, was die Relevanz (weiblicher) Schönheit nochmals auffällig markiert. Der Haupt-"Nutzwert" der Kategorie "Frau" scheint in ihrer physischen Attraktivität verortet zu sein.

Mehrere Patienten brachten mir zu den Interviews Fotos aus der Zeit vor ihrer Hiv-Infektion mit, um sich in einer physischen Präsenz *"als ich noch wie ein Mensch aussah"* (Betroffener D) oder *"als ich noch schön war"* (Betroffener S) darzustellen. In diesen Selbstdeutungen führt ein Verstoß gegen Attraktivitätsnormen sogar zum (Selbst-)Ausschluß aus der menschlichen Gemeinschaft.

5.8 Die Verräumlichung des Infektionsrisikos

Übereinstimmungen zwischen ärztlichen Deutungen und "Laien"-Konzepten finden sich in der Fixierung des "Risikos" einer Infektionsmöglichkeit mit Hiv an bestimmten Lokalitäten. Insbesondere das Badezimmer wird als äußerst gefahrbringend hinsichtlich eines Infektionsrisikos eingestuft. Obwohl die wissenschaftlichen Untersuchungen zur Übertragung von Hiv ergeben haben, daß eine Infektionsgefahr nur über den Austausch von Körperflüssigkeiten gegeben ist, empfehlen einige venezolanische Ärzte ihrer Klientel und deren Familien als prophylaktische und zugleich Akzeptenz fördernde Maßnahme, getrennte sanitäre Anlagen im Haus einzurichten.

> "Bueno, es gibt Leute, die das ohne Probleme akzeptieren, die haben die Patienten zuhause und pflegen sie [...] das Bad ist extra für sie da und sie haben ihre persönlichen Utensilien" (Dr.J).

EB "Wieso müssen die denn ein eigenes Bad haben?"

> "Das ist wichtig für die Familie, die fühlen sich dann sicherer mit den Patienten im Haus [...] davor, sich selbst anzustecken. Außerdem ... man kann ja nie wissen (lacht).
> Vielleicht entdecken die morgen, daß man sich auf der Toilette doch anstecken kann [...] ich empfehle den Familien das jedenfalls immer" (Dr.J).

Die ärztliche Empfehlung, ein eigenes Bad für die Patienten einzurichten, basiert einerseits darauf, mit dieser Maßnahme die *"Akzeptanz"* der Pflegebedürftigen in deren häuslichen Bereich zu fördern. Der Arzt antizipiert mit diesem Ratschlag diffuse Ansteckungsängste, die in der

Bevölkerung vorhanden sind. Indem die am meisten gefürchtete Infektionsquelle – die *”Toilette”* – aus den von der Familie gemeinsam benutzten häuslichen Einrichtungen herausgelöst wird, erhöht dies die Bereitschaft, die Hiv/Aids-Patienten in der häuslichen Sphäre der Familie zu akzeptieren, zumindest aber deren Verbleib zu dulden. Aus dieser Perspektive erscheint der ärztliche Rat, ein eigenes Bad oder eine eigene Toilette für die Hiv-Betroffenen einzurichten, als ein geschickter und diplomatischer Schachzug zur Abwehr von Diskriminierung. Andererseits gibt aber auch der Arzt zu erkennen, daß auf der Toilette möglicherweise doch eine Ansteckungsmöglichkeit besteht. So ganz glaubt er den medizinischen Forschungsergebnissen denn doch nicht, die dies in der offiziellen medizinischen Lesart ausschließen. Zumindest hegt er geheime Zweifel daran, und er läßt durchblicken, daß auch ihm eine gemeinsame Bad- oder gar Toilettenbenutzung mit Hiv/Aids-Betroffenen nicht ganz geheuer wäre.

Das mulmige Gefühl des Arztes, sich auf der Toilette vielleicht doch anstecken zu können, ist jedenfalls in der venezolanischen Bevölkerung weit verbreitet.

> ”Wenn ich mir vorstelle, der käme zu mir nach Hause...mein homosexueller Nachbar der Sida hat...den ganzen Tag würde ich anschließend das Klo putzen. Mit Chlor und allem. Die ganze Zeit würde ich denken, da gehen auch meine Mädchen in das Bad, wo vorher der Homosexuelle oder Sida-Kranke auf das Klo gegangen ist. Das ließe mir gar keine Ruhe. Jedesmal wenn der ins Bad ginge, würde ich sofort, wenn der das Bad verläßt, hinterherputzen und alles desinfizieren (lacht) [...] Diese Personen haben ja meist auch noch andere Krankheiten....Syphilis, Geschlechtskrankheiten und alles. So etwas Schmutziges!”. (schüttelt sich) (Laieninterview mit B, einer Frau aus dem Barrio "La Pastora“).

Wie berechtigt die Überlegungen des Arztes sind, den in ihren Familien lebenden Hiv/Aids-Patienten als strategische Maßnahme gegen Diskriminierung eigene sanitäre Anlagen zu empfehlen, wird durch diese Interviewpassage überdeutlich. Die Bewertung der Hiv-Betroffenen als *”schmutzige Personen”*, die besser nicht ins Haus kommen, kulminiert in der Vorstellung, diese könnten über die Benutzung des *”Klos”* die ganze Familie, besonders aber die *”Mädchen”* verunreinigen. Letztere erscheinen durch die Kontrastierung mit den als schmutzig konstruierten *”Homosexuellen”* oder *”Sida-Kranken”* als besonders *”rein”* und schutzbedürftig. Die Krankheit wird mit anderen *”Geschlechtskrankheiten”* wie *”Syphilis”* in einen gemeinsamen Zusammenhang gesetzt und die Toilette als Ort der Übertragung imaginiert, an dem nicht nur Hiv/Aids, sondern ein Sammelsurium an Krankheiten übertragen wird. Der Gedanke des Schmutzes vereint all diese Krankheiten, dem die Gesprächspartnerin aber durch Hyperaktivitäten und panische Putzaktionen – *”hinterherputzen, desinfizieren, mit Chlor putzen*” – zu Leibe zu rücken gedenkt.

Die Vorstellung, gerade das Bad oder gar die Toilette stellten Infektionsquellen ersten Rangs dar, ist sicherlich damit zu erklären, daß an diesen Lokalitäten intime körperliche Verrichtungen stattfinden, die mit einem (partiellen) Entblößen des Körpers einhergehen. Der eigene Körper

erscheint vor diesem Hintergund als besonders schutzlos äußeren Einwirkungen wie dem Eindringen von Krankheitskeimen ausgesetzt. Die Fixierung und Verräumlichung des Infektionsrisikos im Bad oder in der Toilette stellt eine Abwehrstrategie dar, die das ”Risiko” einerseits lokalisiert und an einem bestimmten Platz ”dingfest” macht; zum anderen aber bietet diese Vorstellung eine scheinbare Sicherheit, die eine Kontrollmöglichkeit über das Infektionsrisiko beinhaltet. Indem das ”Risiko” an bestimmte Räumlichkeiten gebunden oder sogar ”verbannt” wird, suggerieren eine Abtrennung oder hyperaktive Putzmaßnahmen die Sicherheit, sich nicht selbst anzustecken und davor geschützt zu sein [281]. Die übertriebenen Hygienemaßnahmen lassen überdies eine Analogie zu dem in medizinischen Settings üblichen *”aseptischen Drama”* (Weidmann 1996) erkennen, mit dem sich die Interviewpartnerin zugleich vor der „Gefahr“ homosexueller Verführung zu schützen gedenkt.

[281] Vgl. II.2.3 – Die biomedizinische Konstruktion von Aids. Die Verräumlichung des ”Risikos”.

Teil V: Der Forschungsertrag

1 Einleitung

Die Zusammenfassung dieser Untersuchung besteht aus zwei Teilen. Zunächst werde ich über eine Reflexion der empirischen Ergebnisse den Forschungsertrag formulieren und anschließend eine Zusammenführung der entwickelten Habitus-Komponenten in den theoretischen Rahmen sowie eine Einbettung in den kulturellen Kontext vornehmen.

Die übergeordnete Fragestellung dieser Studie hieß: Auf welche Weise werden professionelle Handlungsformen gesteuert durch kulturelle Wertvorstellungen und wie schreibt sich Kultur speziell in die Handlungs- und Interaktionsstile der ärztlichen Akteure in Venezuela ein? Der Schwerpunkt lag dabei auf dem ärztlichen Umgang mit der Krankheit Aids. Aus dem Datenmaterial heraus haben sich Aspekte für eine Analyse des kurativen Habitus in Venezuela entwickelt, die am Fallbeispiel Aids besonders plastisch hervortreten, und in denen grundsätzliche Hinweise für die ärztliche Professionskultur in Venezuela enthalten sind. Ziel ist es, eine soziale Logik im ärztlichen Alltagshandeln in Venezuela nachzuzeichnen, die eine Einbindung der ärztlichen Deutungsmuster in ihren kulturellen Reproduktionskontext ermöglicht.

Aus der emischen Perspektive der Interviewpartner lautet die Umsetzung meiner Forschungsfrage daher: Was macht im Selbstverständnis der lokalen Akteure in Venezuela einen "guten Arzt" aus und welcher Handlungskompetenzen, Einstellungsweisen und Orientierungen bedarf es dazu? Ich gehe von der herausgearbeiteten Fünferstruktur aus, die sich aus der Orientierung an den aus der Empirie entwickelten Hauptkomponenten des kurativen Habitus ergibt. Den ersten Schritt nenne ich "ärztlicher Blick", den zweiten "berufsethische Orientierung", den dritten "ärztliche Handlungs- und Interaktionsstile", den vierten "Paradoxien und Brüche ärztlichen Handelns" und den fünften "lebensweltliche Anknüpfungspunkte". Diese fünf Komponenten sind miteinander verwoben und beeinflussen sich gegenseitig. Ich werde zunächst an die Arbeitsergebnisse in meiner Studie anknüpfen, um dann anhand der verwendeten theoretischen Elemente eine Zusammenführung der Fünferstruktur zu beschreiben.

2 Der Ertrag aus der Auswertung des empirischen Datenmaterials

2.1. Die Obduktion als Ort der Verdichtung zur Inkorporation des "ärztlichen Blicks"

Die Einsozialisierung in den Arztberuf erfolgt zunächst über das naturwissenschaftlich ausgerichtete Medizinstudium. Der ”ärztliche Blick" repräsentiert die Inkorporation des naturwissenschaftlichen Paradigmas und somit das *Kernelement in der primären ärztlichen Sozialisation zurm Naturwissenschaftler*. Er unterteilt sich in systematisch hervorgebrachte aufeinander aufbauende Wahrnehmungsweisen, die teilweise nacheinander, teilweise parallel konstruiert und inkorporiert werden.

Dabei steht eine Herauslösung des menschlichen Körpers aus seinen sozialen (Alltags-)Bezügen im Mittelpunkt, der über Abstraktionen, Visualisierungen und die Herstellung intersubjektiver Wahrnehmungsweisen in ein wissenschaftliches Objekt transformiert wird. Im Rahmen des Antomie-/ Physiologie- und Pathologieunterrichts wird der menschliche Körper im Blick des Betrachters als ein wissenschaftliches Objekt hervorgebracht. Diese Verwandlung findet zunächst auf kognitiv-visueller Ebene statt. Das Mittel zu dieser Transformation ist eine systematische Fragmentierung und Neuzusammensetzung des Körpers in überschaubare portionierte Funktions"apparate", die in die verwalterische Obhut und Zuständigkeit der einzelnen Fachdisziplinen genommen werden. In diesen fragmentierenden Verwandlungen des Körpers und seiner Herauslösung aus Alltags- und Lebensweltbezügen verifiziert sich eine für die Studenten verbindliche Verobjektivierung intersubjektiver Wahrnehmungen.

Sprachlich findet die Hervorbringung des "medizinischen Körpers" ihren Ausdruck darin, daß die Kartographien über ihn in Latein abgefaßt sind und nur von medizinisch geschulten Experten "gelesen" werden können. Über den neu konstruierten "medizinischen Körper" können daher auch nur in der "Medizinersprache" Informationen ausgetauscht werden, was folglich unter Ausschluß von Nicht-Medizinern vonstatten geht. Dieser Ausschluß, mit dem ein Definitionsmonopol einhergeht, repräsentiert eine der konstitutiven Prämissen zur Entstehung und Tradierung *ärztlicher Autorität* (Starr 1982).

Die konkrete Verwandlung des Körpers in ein wissenschaftliches Objekt findet anläßlich der ersten Obduktion statt, deren Hauptintention - neben seiner Funktion als Initiations-und Übergangsritual - die Abstrahierung aller weiteren medizinischen Interventionen von der eigenen Subjektivität darstellt. Diese Abstrahierungskompetenz wird durch die spezifische Konfrontation und situative Anordnung mit dem toten Körper im Obduktions-Setting sichergestellt.

Die sozialisatorische Funktion des Seziersaals in der Ausbildung des ärztlichen Habitus erlangt seine Bedeutung vor allem aufgrund der dramaturgischen Anordnung, die das Setting der ersten

Obduktion charakterisiert. Durch die sich im Anatomiesaal ereignende Auseinandersetzung mit der eigenen Subjektivität und der daraus hervorgehenden Inkorporation [282] des "ärztlichen Blicks" sowie durch die soziale Markierung als Status-Passage und die Gruppeneinbindung als kollektiv durchgeführter professioneller Initiation repräsentiert der Seziersaal gleichsam einen Ort der *"Bemächtigung und Verdichtung von Gesellschaft"* [283]. Im Anatomiepraktikum als professionsspezifischer Status-Passage findet sich zudem die in drei Phasen untergliederte typische Ablaufstruktur von Übergangsprozessen wieder, die den markanten Verdichtungscharakter dieser Veranstaltung noch zusätzlich unterstreicht [284].

> "[...] nach der Lösung vom alltäglichen Trott und dem Durchleiden von Qualen und dramatischen Ereignissen kehrt man als ausgeprägterer und anderer Mensch zurück. Eine Initiation ist die dramatische Art, wie die Psyche eines einzelnen oder einer Gruppe ihren Standpunkt oder ihre Orientierung wechselt [...]" (Meade 1993: 23).

Als zentrales Merkmal professioneller *"Trennungsriten"* sticht die Exklusivität der Obduktions-Veranstaltung unter Ausschluß der allgemeinen Öffentlichkeit hervor [285]. Bereits in den als Vorbereitungzeit zu wertenden kognitiv-visuellen Anatomie- und Physiologieübungen werden die Initianden von der laienweltlichen Sehweise auf den menschlichen Körper weg- und theoretisch in den "ärztlichen Blick" eingeführt. Durch die Visualisierung und Konstruktion von "Organapparaten" wird quasi vorweggenommen und systematisch eingeübt, was sie später am Leichnam konkret erblicken sollen; d.h. ihr Blick wird in dieser Ausbildungsphase ”eingestellt”. Die Fragmentierung und Transformation des Körpers zum wissenschaftlichen Objekt, die sich anläßlich der ersten Obduktion konkretisiert, wird auf diese Weise systematisch durch *"kognitive Unterweisung und Unterrichtung"* (Friebertshäuser 1992: 22) eingeleitet. Zur strukturellen Anordnung der Seklusionsphase zählen demnach bereits Anatomie-, Physiologie- und

---

[282] Im Bourdieu´schen Habitus-Konzept stellt gerade die *Inkorporation* der Habitus-Merkmale ein zentrales Charakteristikum dar (Bourdieu 1987).

[283] Frei nach Knorr Cetina. In Analogie zu Knorr Cetinas Laborstudienansatz (1988), in dem das Labor als zentrale Produktionsstätte wissenschaftlicher Tatsachen zudem als Ort der *"Bemächtigung und Verdichtung von Gesellschaft"* aufgefaßt wird (ebd.).

[284] Als prägnantes dramaturgisches Element sticht insbesondere die symbolische Drei-Phasen-Struktur des Anatomiepraktikums hervor, die an das Drei-Stufen-Modell der van Gennep´schen *Rites de passage* (van Gennep 1986: 15) denken läßt. Die Übergangsriten lassen sich nach van Gennep in drei Phasen gliedern. *Trennungsriten* ("Rites de séparation") bezeichnen die Ablösung aus dem alten Zustand, *Schwellen- bzw. Umwandlungsriten* ("Rites de marge") die Zwischenphase und *Angliederungsriten* ("Rites d´aggrégation") die Integration in den neuen Zustand (vgl. van Gennep 1986; Turner 1989; Friebertshäuser 1992; Herlyn 1999). *"Auf Riten der Trennung von der gewohnten Umgebung folgen Riten des Einfügens in die sakrale Umgebung. Nach einer Periode des Durchgangs durch diese sakrale Welt folgen Riten der Trennung von derselben und Riten der Einfügung in die gewohnte Umgebung. Aber als Folge des Durchgangs durch die sakrale Welt verfügt der Initiierte später über gewisse magisch-religiöse Qualitäten"* (van Gennep 1986/ 69: 24).

[285] Dies korrespondiert mit van Genneps "Seklusionssphase": *"Der erste Akt besteht in der Trennung des Novizen von seiner früheren, gewohnten Umgebung, der Welt der Frauen und Kinder. Der Initiand wird, wie eine schwangere Frau, im Busch an einem besonderen Ort, in einer besonderen Hütte usw. isoliert. In dieser Zeit der Seklusion muß er verschiedene Tabus, hauptsächlich Nahrungstabus einhalten [...]"* (van Gennep 1986/ 69: 79).

Pathologieunterricht sowie die damit einhergehende Einstimmung und fokussierte Verobjektivierung intersubjektiver Wahrnehmung, die die Voraussetzung zur Teilnahme am Anatomiepraktikum bildet.

In der strukturellen Abfolge von Übergangsriten wird zumeist der mittleren Phase, dem sogenannten *"Schwellenzustand"*, am meisten Gewicht zubemessen (Turner 1989/ 69: 95) [286]. Die räumliche und soziale Separierung wird oftmals begleitet von psychologischen Prüfungen oder durch körperliche und psychische Attacken, häufig gehen damit sogar Gewalteinwirkungen [287] und massive Härtetests einher. Charakteristisch ist zudem die Unbewußtheit über die tieferliegende Bedeutung der vollzogenen Ritualhandlungen [288]. Das *zentrale Merkmal der Unbewußtheit* bzw. das systematische Hineinmanövrieren der Initianden in die Konfrontation mit ihrem eigenen Unbewußten kommt im säkularisierten professionsspezifischen Setting des Anatomiepraktikums bei der Auseinandersetzung um Ekel und Selbstkontrolle zum Ausdruck. Der innere Scheideweg zwischen Ekelgefühl und Selbstkontrolle als Grenzsituation ist hier in besonderer Weise hervorzuheben, weil er genau die Nahtstelle markiert, an der unbewußt die *Inkorporation* des anatomischen bzw. "ärztlichen Blicks" vollzogen und über die Teilnahme am Ritual in die Initianden hineingelegt wird. Die innere Auseinandersetzung über Ekel und Selbstkontrolle, in die die Studenten absichtsvoll hineinmanövriert werden, ist meines Erachtens nach als ein vergesellschafteter Ort, eine Art soziales Scharnier zu verstehen, das auf die Inkorporation der speziellen ärztlichen Wahrnehmungsweise, die hier "ärztlicher Blick" genannt wird, abzielt und diese auch explizit hervorbringt. Die wesentliche Funktion dieses in seiner Tiefenstruktur unbewußten bzw. verdeckten Initiations- und Übergangsrituals liegt in der Ausbildung spezifischer psychologischer und habitueller Charaktere (Erdheim 1984: 330), die die Mehrheit der Mediziner weltweit miteinander teilt [289].

Als Integration in den neuen Zustand und wesentlichen Ausdruck ritueller Übergänge bei *"Angliederungsriten"* bzw. *"Einsetzungsriten"* tritt das Element der sozialen Wiederaufnahme und

---

[286] Der Kulturanthropologe Turner will die mittlere Phase zudem als *"Anti-Struktur"* verstanden wissen. "*Schwellenwesen sind weder hier noch da; sie sind weder das eine noch das andere, sondern befinden sich zwischen den vom Gesetz, der Tradition, der Konvention und dem Zeremonial fixierten Positionen"* (Turner 1989/ 69: 95). Ebenso schlußfolgert van Gennep: *"Bei einigen dieser Stämme wird der Novize während der ganzen Novizenzeit als tot betrachtet. Das Noviziat dauert relativ lange und zielt auf eine körperliche und geistige Schwächung des Initianden, zweifellos damit er alle Erinnerungen an seine kindliche Existenz verliert"* (van Gennep 1986/ 69: 79).

[287] Beispielsweise Beschneidungen der Genitalien und/ oder Durchstechen anderer Körperteile und Skarifizierungen (Friebertshäuser 1992: 22).

[288] Inbesondere die Arbeit des Ethnopsychoanalytikers Erdheim (1984) über "Die gesellschaftliche Produktion von Unbewußtheit" stellt diesen Aspekt am Beispiel der Adoleszenz heraus. Er geht davon aus, *"daß die Initiation gleichsam hinter dem Rücken sowohl der Adoleszenten wie der Erwachsenen verläuft und unbewußt bleibt. Beide wissen nicht und wissen gleichzeitig doch, was ihnen widerfährt bzw. was sie tun"* (Erdheim 1984: 328).

[289] Turner faßt dies so zusammen, daß *"die Initianden auf einen einheitlichen Zustand reduziert werden"* (Turner 1989/ 69: 95).

der symbolischen "Wiedererweckung zum Leben" hervor [290]. Die Novizen kehren verwandelt in die Gemeinschaft zurück. Während der Zeit der Seklusion erlernen sie die Regeln und reproduzieren bei ihrer Rückkehr die bestehende Ordnung, indem sie sich in diese in vorgegebener Weise integrieren (Friebertshäuser 1992: 24). Die Bewältigungs-Strategien der Medizinstudenten in ihren Bemühungen um Rationalisierung und Einfügung ihrer Obduktionserfahrungen in ihre Normalitätskonzepte weisen genau diese soziale Reproduktionsfunktion von Übergangsprozessen [291] auf. Sie legitmieren die Notwendigkeit der Erfahrung im Seziersaal und unterlegen sie nachträglich mit einer affirmativen Wendung, indem sie beispielsweise das Außergewöhnliche dieser Erfahrung in etwas "Natürliches" umdeuten.

Die Übernahme bzw. Inkorporation des "ärztlichen Blicks" flankieren die Medizinstudenten mit reflexiven Strategien zur Einfügung dieser Ausnahmeerfahrung in ihre Nomalitätsvorstellungen. Zumeist tun sie dies, indem sie neu über Leben und Tod reflektieren und ihre spezifische Erfahrung mit dem Tod rationalisieren. Eine weitere Verarbeitungsstrategie offenbart sich in dem Gelächter, den komischen Geschichten und Anekdoten, die um die Begegnung mit dem Leichnam kreisen.

Der mit der Übernahme des ”ärztlichen Blicks” einhergehende Verobjektivierungprozeß verläuft möglicherweise *geschlechterspezifisch;* zumindest erscheint es so in meinem empirischen Material. Nicht nur ist der normative Anspruch seitens der medizinischen Ausbildungs-Institutionen an die Studentinnen hinsichtlich ihrer Fähigkeit zur Selbstkontrolle anscheinend weniger ausgeprägt, was bereits eine Konstruktion von (Geschlechter-)Differenz impliziert. Sie vollziehen zudem - möglicherweise als Ausdruck kritischer Widerständigkeit - weniger stark die Verobjektivierung des Körpers und betrachten ihn auch weiterhin mehr als ein in seiner Ganzheit verankertes Subjekt.

In all diesen Deutungsmustern tritt eine Disposition im Sinne sozialer Erwünschtheit hervor - die soziale Gruppe der venezolanischen Mediziner betreffend -, die zuvor durch die spezifische konfrontative Begegnung der Studenten mit dem Tod hervorgebracht wurde. Die vorherige Einübung und Inkorporation dieser Dispositon ist zugleich ein zentrales Habituselement. Der Habitus läßt die erworbenen Dispositionen der neuen Rolle, hier der professionsbedingten Seh- und Umgehensweise mit dem toten Körper, als quasi "zweite Natur" erscheinen. Dadurch wird

[290] Dies ist vor dem Hintergrund zu verstehen, daß die sich im Schwellenzustand befindenden Personen häufig als tot angesehen werden. Mit der Wiederaufnahme, dem Angliederungsritual, werden sie wieder *"zum Leben erweckt"* (Turner 1989/ 69: 95).

[291] Mit der letzten Phase des Übergangsprozesses, der Wiedereingliederungsphase, hat sich insbesondere Bourdieu (1990) beschäftigt. Er beschreibt die Reproduktionsfunktion der Initiation am Beisspiel der gesellschaftlichen Eliten. Bourdieu betrachtet die Reproduktion dabei als interaktiven Vorgang. Die gesellschaftlichen Strukturen reproduzieren sich durch die Verankerung entsprechender Dispositionen in den einzelnen, die die Strukturen in ihrem alltäglichen Handeln wieder herstellen (ebd.).

sichergestellt, daß die späteren Mediziner die inkorporierte Ordnung in ihren professionellen Haltungen und Handlungen reproduzieren. Da die Obduktion zugleich eine wichtige Status-Passage darstellt, werden die Initianden für die erworbene bzw. inkorporierte Disposition auch honoriert, indem sie in einen neuen, höheren Status eingesetzt werden und Bindungen sowie Identifizierungen mit der neuen Statusgruppe eingehen.

Obwohl es sich bei dem ”ärztlichen Blick” zugleich um ein global-standardisiertes und relativ einheitliches professionsspezifisches Dispositions-Element handelt (vgl. Good/ DelVecchio Good 1993), sind deutlich erkennbar lokale Spezifika und Konnotationen eingeflochten, die beispielsweise in der Betroffenheit eines Medizinstudenten über einen möglichen Verlust seiner in Venezuela hoch geschätzten Emotionalität (vgl. IV.1.4) oder auch in der geschlechterdifferenten Auslegung einer professionellen ärztlichen Selbstkontrolle (vgl.IV.1.5) zum Ausdruck kommen. Überdies kollidiert das Leitbild einer rationalen Kontrolle über die Gefühlswelt mit kulturellen Wertkonzepten („El calor humano“) [292] in Venezuela, die einer Dominanz *"logozentrischer"* Habitualisierungen (Derrida 1997) äußerst ablehnend gegenüberstehen.

2.2 Ärztliche Ethik als soziales Scharnier zwischen medizinischen und lebensweltlichen Wertkonzepten

Die Integration dieser beiden konträren Wertebenen - "ärztlicher Blick" und kulturelle Wertvorstellungen in Venezuela, die die Bedeutung von „menschlicher Wärme“ und Emotionalität als besonders wichtig betonen - wird über eine starke Gewichtung medizinischer Ethikunterweisung während Studium und (Fach-)Arztausbildung gewährleistet. Nicht nur wird die ethische Orientierung als dualistische Habitus-Komponente mit Korrekturcharakter dem "ärztlichen Blick" gezielt zur Seite gestellt - was sich nicht zuletzt in dem Pflichtcharakter der medizinischen Ethikseminare ausdrückt. Auf ihrer Grundlage werden bereits die Medizinstudenten in Venezuela dazu angehalten, kritisch über ihre Sozialisation zum Naturwissenschaftler zu reflektieren; zudem werden sie auf die Gefahrenpotentiale eines sich verselbstständigenden "ärztlichen Blicks" hingewiesen. In dieser Vorgehensweise nimmt eine in Venezuela strukturell verankerte Ermutigung zu (selbst-)reflexiven Handlungsstrategien in der Arztausbildung Gestalt an. Grund für diese starke Gewichtung medizinischer Ethik und Ethikunterweisung ist die Notwendigkeit, eine Passung zwischen medizinischen und lebensweltlichen Wertvorstellungen herzustellen, die eine Angleichung dieser beiden Wertebenen herbeiführen soll. Notwendig ist dies vor allem, weil der naturwissenschaftliche Entwurf eines verobjektivierenden und kontrollierenden

[292] Bei „El calor humano“ (deutsch: menschliche Wärme) handelt es sich um ein in Venezuela bzw. Lateinamerika verbreitetes Wertkonzept, das der Qualität zwischenmenschlicher Beziehungen einen herausragenden Wert beimißt - Vgl. Teil III. Kapitel 4.

"ärztlichen Blicks" mit der in Venezuela hoch geschätzten Emotionalität in Kollision gerät. Überdies verstößt dieser reduktionistische und individualisierende Blick gegen einen Subjektbegriff, der den Menschen nicht vorrangig als Individuum, sondern als ein in kollektiven Bezügen - vor allem in der Familie - verortetes Wesen konzipiert (vgl. Montero 1994; Olmedo 1993: 108).

Die Weitergabe ethischer Berufsleitlinien setzt sich nach dem Studium durch die Orientierung an ärztlichen Vorbildern in der Praxis fort, die zumeist aus den vorgesetzten Ärzten - Chefärzte etc. – oder anderen biographisch bedeutsamen Arztpersönlichkeiten rekrutiert werden. In der Meister-Schüler-Beziehung, deren fundamentale Bedeutung bereits im "corpus hippocraticum" hervorgehoben wird, werden die handlungsleitenden ärztlichen Wertmaßstäbe tradiert und - was in diesem Zusammenhang besonders wichtig ist – als habituelle Ressourcen inkorporiert. Insbesondere die Facharztausbildung [293] erscheint in meinem Datenmaterial als *der* Ort, an dem die professionsethische Orientierung durch die berufliche Alltagsroutine praktisch eingeübt, im ärztlichen Handeln fest verankert und eingekörpert wird. Nach der Selbsteinschätzung der Ärzte hat dies den bleibenden Effekt, daß sich die ethische Grundhaltung zu einer dauerhaft inkorporierten Ressource ihres beruflichen Handelns entwickelt, die ihnen jederzeit als handlungsleitende Orientierung zur Verfügung steht. Besonders in Ausnahmesituationen und Wertkollisionen mit anderen kulturellen oder religiösen Lebenskonzepten erscheint die Inkorporation der berufsethischen Orientierung als ein Element, das sicher durch Krisensituationen trägt. Damit erfüllt die Tradierung des lokalen und hippokratischen Erbes und die Inkorporation der berufsethischen Wertkonzepte das Merkmal einer wichtigen (lokalen) ärztlichen Habitus-Komponente, die überdies eine Korrekturfunktion übernimmt gegenüber dem "ärztlichen Blick" als dominantem Introjekt ihrer Sozialisation zum Naturwissenschaftler.

Dies wird auch nicht dadurch herabgemindert, daß in den ärztlichen Deutungsmustern über das altruistische Berufsideal die normativen sozialen Erwartungen an einen "guten Arzt" in Venezuela antizipiert oder im rhetorischen Gewand der altruistischen Berufsmotivation soziale Macht- und Führungsansprüche angemeldet werden. Im Gegenteil, vielmehr ist es sogar so, daß die altruistisch und philantrop ausgerichtete Pflichtrhetorik der Ärzte einen konstitutiven und elementaren Bestandteil ihres Berufshabitus in Venezuela darstellt. Die geistige Urheberschaft vom Leitbild des Arztes als Organisator gesellschaftlicher Verhältnisse und Wächter über ihre physisch-psychischen Ressourcen ist sogar zurückzuverfolgen bis zur Sozialmedizin Virchows (1848) und kann - zumindest in Europa - auf eine mindestens hundertfünfzigjährige Tradition im öffentlichen Professionshabitus des Ärztestands zurückblicken [294].

[293] Dies ist im Wesentlichen darauf zurckzuführen, daß meine ärztlichen Interviewpartner zumeist Fachärzte waren. Da ich vor allem Ärzte befragt habe, die überwiegend Aids-Patienten behandeln, traf ich auf verschiedene Spezialdisziplinen der medizinischen Profession: Infektologen, Immunologen, Internisten etc.

> "Die Medizin ist eine soziale Wissenschaft, und die Politik ist weiter nichts als Medizin im Großen" (Virchow zit. in Labisch 1989: 96).

Die von einigen meiner Interviewpartner geltend gemachten sozialen Führungsansprüche erscheinen als eine venezolanisch-südamerikanische Variante des ärztlichen Macht- und Kontrollanspruchs in Staat und Gesellschaft, der bereits im 19. Jahrhundert erhoben wurde und eine gezielte ärztliche Beeinflussung des *"gesellschaftlichen Stoffwechsels"* (ebd) anvisierte [295].

In den lokalen professionsethischen Orientierungen in Venezuela treten zentrale kontextspezifische Elemente hervor: Zum einen kommt dies in der Bedeutungsparallele zwischen den berufsethischen und den christlich-katholischen Ethikentwürfen zum Ausdruck, wie sie in den Vorstellungen über die ideale (Arzt-)Persönlichkeit Gestalt annehmen: Wie ”Gott” soll sie wertneutral sein und als ein moralisches Vorbild für die medizinischen Novizen wirken. Professionelle und sakrale Normen fusionieren auf diese Weise und verbinden sich zu einer gemeinsamen Deutungsgestalt, in deren Zentrum das altruistische Berufsideal steht. Die spezifische, vom Pathos getragene Rhetorik, mit der diese Berufsphilantropie affirmiert wird, reflektiert lokale venezolanische Wertkonzepte; insbesondere das immer wieder thematisierte und stark herausgestellte Helfermotiv knüpft an das ebenfalls aus der christlich-katholischen Ethik entliehene und normativ geforderte Konzept der ”Nächstenliebe” an, auf das auch außerhalb ärztlicher Praxen im venezolanischen Alltag mit viel Pathos Bezug genommen wird. Insbesondere in den Erfahrungsaufschichtungen meiner venezolanischen Interviewpartner zur Berufsmotivation tritt als Ausdruck des lokalen medizinethischen Erbes die Normativität christlicher ”Nächstenliebe” und Selbstlosigkeit und das Helfermotiv als zentraler Ausdruck des lokalen Berufsethos hervor.

Die Gleichsetzung medizinischer und sakraler Ethik spiegelt sich nicht zuletzt im ideell-normativen Vorbild historischer Arztpersönlichkeiten wie im Fall Hernández wider, die sogar in ihrer Biographie Arztberuf und Mönchtum symbolisch vereinen. Damit einher gehen implizite Anweisungen zu Selbstlosigkeit und Philantropie, die eine normative Unvereinbarkeit zwischen dem Ausüben der ärztlichen Tätigkeit und merkantilen Interessen festschreiben. Gerade die Forderung nach Philantropie wiederum legitimiert ein daraus hergeleitetes Geltendmachen sozialer Macht- und Führungsansprüche in der Gesellschaft.

Lokale Traditionen wie die Verehrung des Doktor Hernández als venezolanischem Volksheiligem - mit Anwartschaft auf Heiligsprechung aus Rom - werden von den Ärzten und "Laien" gleichermaßen gepflegt. In der ärztlichen Praxis nimmt man auf ihn als ”Ahnherr” der

[295] Seither werden Bilder von Gesellschaft in biologischen Metaphern kommuniziert, z.B. auf das - später von den Nationalsozialisten für ihre Rasse- und Selektionsideologie genutzte - Bild vom "guten Chirurgen", der um das Wohl des Ganzen willen einzelne Teile wegoperiert oder herausschneidet (Göckenjan in Labisch 1989: 91).

venezolanischen Ärzteschaft nicht nur Bezug, sondern "ruft" ihn posthum sogar zur Unterstützung bei schwierigen Erkrankungen zu Hilfe. Eine Statuette des Dr. Hernández hat ihren Platz in jeder ärztlichen Praxis und bildet ein symbolisches Bindeglied und einen gemeinsamen Bezugspunkt zwischen medizinischen, lebensweltlichen und religiös-spirituellen Vorstellungen in der Arzt-Patient-Familien-Interaktion.

2.3 Interaktives ärztliches Handeln als Ausdruck lokaler Professionskultur

Die Metapheranalyse, mit deren Hilfe die Grundstruktur ärztlicher Handlungsstile in Venezuela freigelegt wurde, hat gezeigt, daß die lokale ärztliche Handlungs- und Interaktionsgrammatik auf der Basis metaphorischer Leit- und Denkmodelle organisiert ist. Die handlungsleitenden Metaphern, auf die die Ärzte in der Interaktion mit ihren (Hiv/ Aids-) Patienten rekurrieren, geben zudem Aufschluß über die tradierten lokalen Leitbilder des Artberufs sowie der darin eingespeisten kulturellen Bilder und Ressourcen, welche implizit in das ärztliche Handeln einfließen und es den lokalen Gegebenheiten entsprechend anleiten.

Einer der prägenden Interaktionsstile in Venezuela wird über die *Berührungsmetapher* kommuniziert und organisiert, die zugleich als handlungsleitendes Denkmodell für die Ärzte identitätsbildende kulturelle Wirkung entfaltet. Für meine ärztlichen und studentischen Interviewpartner in Caracas *verkörpert die physische Interaktionsebene zwischen Arzt und Patient ein Kern- und Identitätsmerkmal ärztlicher Heilkunst in Venezuela*. Technologisch bedingte Wandlungsprozesse in der Medizin, die entweder ganz abgelehnt oder durch bewußte Kontrolle abgemindert und auf diese Weise integriert werden sollen, bergen aus ihrer Sicht diffuse Angriffspotentiale auf ihre lokale Professionskultur. Durch die projektive Auslagerung der "Apparatemedizin" nach Europa wird die berufsidentifikatorische Bedrohlichkeit der medizinischen *Technisierung übersetzt in kulturelle Differenz*. Damit wird die Signifikanz der Berührungsmetapher im ärztlichen Handlungsprogramm meiner venezolanischen Interviewpartner gleich doppelt unterstrichen. Die Gleichstellung von technologischem Wandel in der Medizin und der Nennung Europas als Herkunftsort dieser Transformation tradierten ärztlichen Handelns verbindet sinnhaft die Konstruktion zweier Arten drohender Akkulturation: Die Entfremdung ihrer lokalen ärztlichen Professionskultur durch "fremde" technologische Handlungselemente aus einer "fremden" Kultur. In dieser doppelten Konnotierung der technologischen Medizin als "fremd" wird *die lokale berufsidentifikatorische Bedeutung der körperlichen Untersuchung* und die physische Interaktionsebene in der Arzt-Patient-Beziehung in besonderem Maße herausgestellt.
Auf der Grundlage der *Entdeckermetapher* organisieren die Ärzte sowohl ihre Reaktion im Erstkontakt mit Hiv/Aids bzw. mit Hiv/Aids-Patienten als auch die Umsetzung konkreter (Be-)Handlungsprogramme. Sie reagieren zunächst mit professioneller Neugier und großer Euphorie

auf die Möglichkeit des Dazulernens, die sich ihnen durch die neue Krankheit bietet. Die Beschäftigung mit Aids bedeutet nicht nur eine Abwechslung von ärztlicher Alltagsroutine, sondern eröffnet überdies berufliche Profilierungsmöglichkeiten. Während sich aktuell einerseits abzeichnet, die Behandlung von Aids als integierten Aspekt ärztlicher Arbeitsroutine zu bewerten, in der die Entdeckermetapher insgesamt an Bedeutung verliert, verschiebt sie sich aber andererseits in die Tiefenstruktur der Interaktion und auf differenziertere Feinabstufungen im ärztlichen (Be-)Handlungsprogramm. Sie strukturiert nun vor allem die ärztlichen "Caring"-Angebote, die Interaktion mit den Patienten sowie die Arbeitsbeziehungen des medizinischen Personals untereinander. Zusammenfassend ist der Einsatz der Entdeckermetapher als Handlungsgrundlage ärztlicher Praxis in Venezuela seit den ersten Hiv/Aids-Fällen bis heute von der euphorischen Aufbruchstimmung zur wissenschaftlichen Erforschung einer ganz neuen Krankheit transformiert worden auf die Ebene ärztlichen Alltagshandelns, was sowohl die (Be-)Handlungsprogramme wie die Interaktion mit Patienten und Kollegen mit einschließt. Im Zusammenhang mit neuen, exotischen und gefährlichen Krankheiten - wie beispielsweise Ebola - ist die Entdeckermetapher aber jederzeit in der beschriebenen Dynamik aus den Anfangsjahren der Hiv/Aids-Erkrankung aktivierbar. Da die Entdeckermetapher so unterschiedliche und weit gefächerte ärztliche Interventions- und Handlungsspektren umfaßt, nimmt in ihrer häufigen Verwendung ein Kernstück ärztlichen Selbstverständnisses und beruflicher Identät Gestalt an, das den Medizinerberuf (in Venezuela) prinzipiell als einen forschenden, Entdeckungen machenden Berufsstand ausweist. Dieses tradierte Bild von der ärztlichen Profession als einer forschenden wird in Situationen und ärztlichen Handlungskontexten aktualisiert, die den Charakter von Neuland und dem Betreten unbekannten Terrains aufweisen. Das breite Spektrum ihrer Handlungs- und Einsatzfelder verweist darauf, daß die Entdeckermetapher identitätsbildende, orientierungsgebende und sicherheitsstiftende Potentiale beinhaltet, die sie für die professionellen Akteure in der ärztlichen Praxis zu entfalten vermag.

Die ärztlichen Handlungsprogramme, die im Vorzeichen der *Kontroll- und Disziplinarmetapher* organisiert sind, umfassen zwei Ebenen: Die äußeren Rahmenbedingungen der medizinischen Institutionen in Venezuela als auch die Binnenstruktur ärztlicher Interventionsangebote an ihre Klientel. Im Bereich der medizinischen Makro-Settings (z.B. Hygienepraktiken in Krankenhäusern, Durchführung von Zwangs-Hiv-Tests) strukturiert die Kontroll- und Disziplinarmetapher über die institutionelle Rahmung weite Bereiche ärztlicher Handlungslogiken. Die Patienten werden beispielsweise mit Eintritt in die formal-bürokratische Zuständigkeit des Militärhospitals in Observierungs- und Kontrollobjekte verwandelt. Das in Krankenhäusern obligatorische „aseptische Drama“ vervollständigt diese Transformation. Aber auch die Gestaltung ärztlicher Mikro-Settings (z.B. die Beziehungsdynamik in der Interaktion mit Patienten) unterliegen in weiten Gebieten einer Strukturierung durch die Kontroll- und Disziplinarmetapher. Hier ist im Umgang mit Hiv/Aids-Betroffenen die Sexualität der Patienten das bevorzugte Terrain ärztlicher Kontrolle und Disziplinierung. Überdies findet über die

Kontrollmetapher eine intensive Verflechtung und gegenseitige Durchdringung von medizinischen Mikro- und Makro-Settings statt, die wiederum in der ärztlichen Beschäftigung mit der Sexualität der Hiv-Patienten zusammentreffen. Aufgrund dieser Ausprägung korrespondiert die Kontrollmetapher mit Foucault´s Bio-Macht-Konzept, das ebenfalls eine intensive Durchdringung von Biomacht und Sexualität aufweist [296].

Die *Autoritätsmetapher* ist eines der dominanten Leitmodelle, mit der die Ärzte in Venezuela ihre Interaktion mit (Hiv/Aids-) Patienten strukturieren. Als berufskonstituierende Komponente, mit deren Gültigkeitsanspruch zugleich eine generelle, institutionalisierte ”kulturelle Autorität” des gesamten Gesundheitsbereichs einhergeht, garantiert sie den Ärzten die dominante Rolle in der Arzt-Patient-Beziehung. Der Herstellung, Aufrechterhaltung und Durchsetzung eines hierarchischen und asymmetrischen Interaktions- und Beziehungssettings werden weite Bereiche der Arzt-Patient-Beziehung unterworfen. Besonders zur Erzwingung von Gehorsam seitens der Patienten im Behandlungsverlauf sowie zur Unterbindung eines von den Ärzten befürchteten eigenständigen und mündigen Patientenverhaltens wird die ärztliche Autorität geltend gemacht. Patienten, die ihrem Selbstverständnis nach einfordern, als Experten ihrer eigenen Erkrankung ernstgenommen zu werden, sind sanktionierenden Reaktionen der Ärzte ausgesetzt. Das Spektrum dieser Sanktionen reicht von Entwertung und Verleumdung bis hin zu lächerlich machen und bei ”Ungehorsam” sogar zur Androhung eines baldigen Todes. Zudem kommt insbesondere der epistemischen Autorität der Mediziner eine wichtige Rolle bei der Durchsetzung und Verteidigung ihres beruflichen Behandlungsmonopols zu. Überdies wird sie herangezogen für die Durchsetzung bzw. Aufrechterhaltung eines hierarchischen und asymmetrischen Beziehungs- und Interaktionsmusters, das weder Mitgestaltungsmöglichkeiten noch autonome Handlungsoptionen für nichtärztliche Teilnehmer am Interaktionstableau vorsieht. Die Vehemenz, mit der sich die venezolanischen Ärzte von konkurrierenden Heilweisen abgrenzen, die nicht auf dem naturwissenschaftlichen Paradigma beruhen, verweist möglicherweise darauf, daß die hegemoniale Positionierung der Ärzteschaft in Venezuela (oder in anderen Ländern des Südens) weniger institutionell abgesichert ist als in Europa. Dies könnte aus den im lokalen Kontext weit verbreiteten und vielfach in Anspruch genommenen medikalen Heilkulturen geschlossen werden, die von den Ärzten der "Kurpfuscherei" bezichtigt werden. Die häufig genannte und beklagte Konkurrenz von "Curanderos" (Laien- und Pflanzenheilern), "Santeros" (Heiligenkulte) und insbesondere des in Venezuela verbreiteten "Maria-Leonza-Kultes" [297] könnte hinweisgebend dafür sein, daß das ärztliche Monopol auf die gesundheitliche Befindlichkeit noch nicht so fest im Alltagsbewußtsein verankert ist wie wir es von Europa und Nordamerika her kennen [298]. Darüber

[296] Vgl. Kapitel II.1.2.

[297] Vgl. dazu ausführlich die ethnomedizinische Untersuchung von Pollak-Eltz (1982) über den Maria Leonza-Kult, der auf synkretistischen Elementen aus indianischer, afrikanischer, christlicher und anderen religiösen Traditionen basiert.

[298] Und selbst hier ist das ärztliche Monopol längst nicht mehr unangefochten. Ein immer mehr expandierender alternativer Gesundheitsmarkt übt verstärkten Druck auch auf die Ärzteschaft aus, ihre traditionell am

hinaus wird die ärztliche Autorität auch gegenüber anderen wissenschaftlichen Professionen beansprucht und notfalls eingefordert. Andere wissenschaftliche Disziplinen erscheinen im Blick der Ärzte – wie das Pflegepersonal - als eine Art medizinisches Hilfspersonal, das sich von den Medizinern relevante Forschungs- und Arbeitsfelder zuweisen sowie ihnen unter ärztlicher Aufsicht zuarbeiten soll [299]. Hervorzuheben ist aber, daß sich zumindest nach Auswertung meines Datenmaterials gerade an diesem Selbstverständnis von ärztlicher Autorität *geschlechterspezifische* Unterschiede festmachen lassen. Dies mag in der Besonderheit begründet liegen, daß die ärztliche Autorität mit der damit verbundenen Vorstellung von Dominanz, Hierarchie und Führungsanspruch zum einen mit dem lateinamerikanischen Machismo-Konzept korrespondiert und andererseits bereits die historisch gewordene ärztliche Autorität als eine männliche vorgeprägt ist [300].

Hinter der *Holismus-Metapher* verbirgt sich ein weites Spektrum ärztlicher Handlungsoptionen. Danach versteht sich der Arzt in Venezuela wie im Beispiel sterbender Patienten auch als Begleiter von rituellen Übergängen im Lebenslauf und als Vermittler zwischen den Patienten und seiner sozialen Umwelt. Zudem übernimmt er priesterliche Funktionen, indem er sogar für die religiöse Unterstützung und Orientierung seiner Klientel und deren Familien verantwortlich zeichnet. Nur in besonders schweren Fällen schickt er die Patienten zum Priester, der als eine Art ”Facharzt” für Kommunikationsstörungen beschrieben wird. Eindeutig repräsentiert somit die Holismus-Metapher ein ärztliches Handlungsprogramm, in dem der Arzt trotz umfassender medizinischer Spezialisierung ganz unterschiedliche soziale Rollen ausfüllt, die nach europäisch-nordamerikanischen Verständnis weit über seine eigentlichen beruflichen Aufgaben hinausgehen. Während in den Industrieländern eine umfangreiche Spezialisierung zur Herausbildung unterschiedlicher Professionen geführt hat [301], die nur den jeweils ihnen zugewiesenen, sehr partiellen Aspekt der Krankenversorgung ausführen und sich darauf auch meistens reduzieren lassen, übernehmen venezolanische Ärzte diese verschiedenen Rollen und Funktionen – Arzt, Priester, Mediator, Sozialarbeiter, Freund – überwiegend noch selbst und vereinen sie in ihrem Handeln zu einem holistischen Interaktionsprogramm mit den Patienten und deren familiären Umfeld.

Charakteristisches Kennzeichen des ärztlichen Handelns im Zeichen der Holismusmetapher ist die *familienzentrierte Interaktionsordnung*. Damit wird den verschiedenen sozialen Funktionen der

---

naturwissenschaftlichen Paradigma orientierten Therapien aus Gründen der Konkurrenzfähigkeit um beispielsweise Naturheilkunde (Homöopathie) oder Elemente aus chinesischer und indischer Medizin (Akupunktur, Ayurveda) zu erweitern.

[299] Gesa Lindemann würde es so formulieren, daß sich die Sozialwissenschaftler von der Medizin und der Biologie vorschreiben lassen, was ihre Aufgaben und Forschungsgegenstände sind (Lindemann 1993):

[300] Vgl. Kapitel II. 1 – Der ärztliche Habitus

[301] Dies ist natürlich in Venezuela ebenso der Fall.

Familie in Venezuela Rechnung getragen, die vor allem im Krankheitsfall wichtige versorgerische Ressourcen für die Patienten bereitstellt. Darauf ist auch der Arzt in seinem Behandlungsprogramm angewiesen, was ihn für eine (zeit-)intensive Interaktion mit der Familie motiviert. Zugleich antizipieren die venezolanischen Ärzte mit ihrem erweiterten Berufsverständnis die Erwartungen ihrer Klientel, die diese ganzheitlich-familienzentrierte Auffassung vom ärztlichen Handeln trotz hochgradiger medizinischer Spezialisierung als ärztliches Aufgabenfeld voraussetzen. Die Normativität des vielseitigen ärztlichen Rollenrepertoires in Venezuela wird noch betont durch die Interviewpassagen der wenigen Ärzte, die sich davon abgrenzen; indem sie sich auf eine von der Familie der Patienten unabhängige Handlungsautonomie in der Arzt-Patient-Beziehung berufen, schaffen sie sich persönliche und interaktive Freiräume für ihr professionelles Handeln.

Jede der hier untersuchten handlungsleitenden Metaphern repräsentiert ein konstitutives Element ärztlichen Handelns in Venezuela. Möglicherweise ist auch hier - analog zum Habitus-Konzept [302] - eine Unterscheidung in global-standardisierte und in kontextabhängige Metaphern zulässig. Die Autoritäts-, Kontroll – und Entdeckermetapher würden danach eher die standardisierten Leitmodelle ärztlichen Handelns repräsentieren, die allerdings wiederum eine deutliche lokale Färbung aufweisen. Hingegen sind insbesondere die Berührungs- und die Holismusmetapher ein spezifisches Merkmal lokaler Berufsauffassung und Professionskultur in Venezuela, die durch die Einbettung in die Rahmenbedingungen des kulturellen Kontextes besondere Bedeutung erlangen: Die Betonung auf die physische Interaktion in der Arzt-Patient-Beziehung ist Ausdruck einer kulturellen Körperbetonung in Venezuela. Das familienzentrierte Handeln des venezolanischen Arztes korrespondiert mit der herausragenden Bedeutung der Institution Familie in Venezuela. Die in der Medizinsoziologie gebräuchliche Bezeichnung der "Arzt-Patient-Beziehung" stimmt für Venezuela so nicht. Angemessener wäre es, von der ”Arzt-Patient-Familien-Interaktion” zu sprechen.

[302] Vergleiche Kapitel II.1. Der ärztliche Habitus

2.4 Brüche im professionellen Selbstbild und Paradoxien ärztlichen Handelns

Durch das ärztliche Management von Hiv/Aids werden tradierte Paradoxien und Brüche der ärztlichen Profession berührt und sogar verschärft. Dies erfordert spezifische Antworten und Bewältigungsstrategien seitens der venezolanischen Ärzte.

In besonderem Maße trifft eine Markierung und Aktualisierung solcher Brüche durch Aids auf die ambivalente ärztliche *Einstellung zum Tod* zu, die die Schwierigkeit belegt, ihn in das ärztliche Selbstverständnis aufzunehmen. Seitens der venezolanischen Mediziner wird daher eine breite und facettenreiche Bewältigungspalette herangezogen, um den Tod affirmativ zu integrieren. Zwar ist er noch weitgehend als ärztliches Versagen konnotiert, welches eine narzistische Kränkung, des Auftrags, ein ”Lebensretter” zu sein, indiziert. Es sind jedoch deutliche Bestrebungen erkennbar, dieses traditionell negative Bild umzudeuten und für das ärztliche Handeln fruchtbar zu machen. Nicht nur wird der Tod explizit als professionelles Aufgabenfeld des Arztes definiert oder als ärztlicher ”Sparringspartner” mit kreativen und dynamischen Lebensimpulsen ausgestattet; überdies kann er den Ärzten einen tiefen Einblick in Grenzbereiche zwischen Leben und Tod gewähren und erweist sich sogar als geeignet, Selbstprüfungen zu bestehen und eine Bewußtseinserweiterung des Arztes herbeizuführen. Mit diesem weiten Spektrum an Bewältigungsstrategien affirmieren und stabilisieren die venezolanischen Ärzte ihr professionelles Selbstbild und wirken potentiellen Selbstzweifeln entgegen, die durch den Tod von Patienten ausgelöst werden könnten. Kennzeichnend für meine venezolanischen Interviewpartner ist überdies eine deutlich religiöse Einfärbung ihrer Coping-Strategien mit dem Tod, die in der christlich-katholischen Lehre wurzeln.

Hinzu kommt, daß durch Aids die *Dogmatik medizinischer Konzepte* in Frage gestellt wird. Hierauf halten die venezolanischen Ärzte vor allem zwei strategische Anworten bereit: Entweder sie versuchen dennoch eine Passung mit den klassischen medizinischen Konzepten zu konstruieren – zumeist durch Kunstgriffe im Sinne nachträglicher Hiv/Aids-Diagnosen - oder sie fordern eine Erweiterung und Anpassung der medizinischen Dogmatik an die veränderten Gegebenheiten, die mit Aids einhergehen. Bewahren des Status Quo versus eine prinzipielle Veränderung des beruflichen Habitus in der Interaktion mit den Patienten sind demnach die Handlungs- und Bewältigungsoptionen der Ärzte in Venezuela als Antwort auf Aids.

Brüche zeigen sich auch im ärztlichen Umgang mit Aids als einer *nicht heilbaren Krankheit*. Die Bewältigungspalette, die die venezolanischen Ärzte als Reaktion auf die eingeschränkten Behandlungsangebote mit Hiv/Aids bereithalten, ist weit gefächert. Es werden sinnstiftende Interpretationen entwickelt, die die ärztliche Handlungsfähigkeit trotz mangelnder Heilangebote grundsätzlich affirmieren. Dies reicht von der Auslegung, Aids sei eine schicksalhafte Botschaft, die den Ärzten eine Lektion im Umgang mit dem Tod erteilen soll über die selbstkritische

Einsicht, der ”ärztliche Blick” sei eine Art Schutzmechanismus, mit dem die Ärzte sich vom Leid der Patienten abgrenzen bis hin zum Delegieren unangenehmer Tätigkeiten – wie etwa der Notwendigkeit, den Patienten die Todesprognose zu überbringen – an andere medizinische Fachdisziplinen. Um sich zumindest Handlungsoptionen für die Zukunft zu sichern, wird Aids als chronische Krankheit ausgelegt, für die eine medikamentöse Lösung in die Zukunft projiziert wird. Bis der medizinische Fortschritt im Fall von Aids den erhofften Siegeszug gehalten hat, sind die Ärzte allerdings auf eigene Handlungsentwürfe zurückgeworfen. Einige Ärzte arrangieren sich ganz pragmatisch, indem sie von vornherein ihr professionelles Aufgabenfeld an machbaren Lösungen orientieren und eine komplette Heilung nicht vorrangig anvisieren. Häufig unterbreiten die venezolanischen Ärzte ihrer Hiv/Aids-Klientel zusätzliche Caring-Angebote, die über das übliche Maß hinausgehen. Mit dieser Maßnahme soll die medizinische Unterversorgung der Erkrankten kompensiert werden. Allerdings ist gerade das problematisch, wenn der Arzt selbst von Hiv betroffen ist und seine Caring-Kapazitäten dadurch überfordert werden. Das Paradox, sich einerseits dem Leitbild vom ”Lebensretter” verpflichtet zu fühlen und andererseits ihrer Klientel keine Heilangebote unterbreiten zu können, macht für die *”hilflosen Helfer”* (Schmidbauer 1980) eine bewußte Intensivierung des eigenen Frustrationsmanagements notwendig. Das Handeln der Ärzte ist folglich darauf fokussiert, Strategien hervorzubringen, die die Bestätigung des professionellen Selbstbildes fördern.

Die soziale *Stigmatisierung* von Hiv/Aids produziert Paradoxien, deren Gemeinsamkeit in der Überlagerung adäquater ärztlicher Handlungs- und Interaktionslogiken durch die Notwendigkeit, drohende Diskriminierung von den Patienten abzuwenden, liegt. Aufgrund der sozialen Diskriminierung von Hiv/Aids geraten die venezolanischen Ärzte in Loyalitätskonflikte zwischen den Patienteninteressen und den gesellschaftlichen Normen, die sie aber in der Regel zugunsten ihrer Patienten entscheiden; denn sie müssen sich des Vertrauens dieser Patienten in besonderem Maße versichern und sich dessen erst als würdig erweisen. Oftmals unterstützen sie ihre Klientel sogar bei Mogeleien und Notlügen gegenüber den gesellschaftlichen Kontrollinstanzen. Des weiteren sind sie gefordert, ein positves Beispiel gegenüber dem (para-)medizinischen Personal zu geben, das aus Angst vor Ansteckung den Hiv/Aids-Patienten zentrale Aufgabenfelder seiner Profession verweigert. Zwischen die Stühle geraten die im Krankenhaus beschäftigten ärztlichen Akteure zudem beim Management ihrer Bettenkapazitäten. Oftmals werden die von ihnen verwalteten Krankenzimmer zu sozialen Auffangbecken für die von ihren Familien ausgestoßenen Patienten. Das Zugeständnis an die Hiv/Aids-Patienten, sie aufzunehmen, obwohl diese Maßnahme medizinisch nicht indiziert ist, schränkt sie in ihrem ärztlichen Handeln gegenüber Patienten ein, die der ärztlichen Hilfe dringender bedürfen. Überdies sind die Ärzte wie im Beispiel eines Häftlings gefordert, zur Vermeidung von Diskriminierungen ihr professionelles Handeln sehr flexibel und situationsadäquat an die jeweiligen sozialen Gegebenheiten anzupassen. In den ärztlichen Interpretationen, die Patienten würden sich selbst stigmatisieren, nimmt ein individualisierendes Deutungsmuster Gestalt an, das den Betroffenen die Schuld an

ihrer Diskriminierung zuweist. Indem sie das Problem außerhalb ihres Zuständigkeitsgebiets und in der Person der Erkrankten ansiedeln, entlasten sich die Ärzte von der Bürde und dem Gefühl der Überforderung, eine sozial stigmatisierte Krankheit nur unzureichend managen zu können. Insgesamt ist festzustellen, daß sich die venezolanischen Ärzte aufgrund ihrer besonderen Vertrauens-und Garantenstellung zu den Hiv/Aids-Patienten deren Coping-Strategien häufig selbst zueigen machen und damit sympathisieren. Zumindest aber unterstützen sie sie aktiv darin.

Die Frage der *Compliance* zwischen Arzt und Patient kreist um die grundsätzliche Paradoxie, daß Hiv/Aids nicht heilbar ist und die Patienten zugleich für eine (zeit-)intensive und kostspielige Mitarbeit gewonnen werden müssen, deren Ausgang höchst ungewiß ist. Dieser Konflikt taucht bereits in der Diagnoseeröffnung auf, und wird von den Ärzten zumeist als Überbringen der Diagnose im Sinne einer Hoffnungsbotschaft ”gelöst”. Zusätzliche Paradoxien entstehen dadurch, daß die Kosten für antivirale Medikamente in Venezuela von den Patienten selbst aufgebracht werden müssen. Dies schränkt nicht nur die Realisierung des ärztlichen Behandlungsplans drastisch ein, sondern stürzt die Ärzte auch in den Konflikt, welche Informationspolitik über medikamentöse Möglichkeiten sie in solchen Fällen wählen sollen. Überdies wird von einigen Ärzten sogar eine grundsätzliche Inkompatibilität zwischen venezolanischer ”Mentalität”, die Vorschriften negiert, und Compliance angenommen. In allen ärztlichen Deutungen kommt die Schwierigkeit zum Ausdruck, sich der Mitarbeit der Hiv/Aids-Patienten zu versichern, was besondere Anstrengungen der Ärzte erfordert, die in der Regel in diesem Ausmaß bei anderen Krankheiten weniger intensiv notwendig werden.

All diesen Paradoxien gemeinsam ist, daß sie durch Aids aktualisiert und - ähnlich einem Katalysator - gut erkennbar ausleuchtet werden. Durch die Bündelung schwieriger Begleitaspekte von Hiv/Aids wie die Unheilbarkeit, dem oft tödlichen Ausgang und der sozialen Stigmatisierung der Betroffenen werden die Paradoxien ärztlichen Handelns im Umgang mit dieser Krankheit offengelegt. Grundsätzlich zeichnet sich auf Seiten der venezolanischen Ärzte die Tendenz ab, auf Bewältigungsstrategien zurückzugreifen, die im wesentlichen zwei alternative Handlungsoptionen zulassen: Entweder wird das bereits habitualisierte Handlungsrepertoire abgerufen (z.B. Rückzug auf den „ärztlichen Blick“) oder es werden – soweit möglich – neue, situationsadäquate und flexiblere Handlungsprogramme entworfen. Bei den Paradoxien ärztlichen Handelns und den darauf antwortenden Coping-Strategien der ärztlichen Akteure handelt es sich einerseits - wie am Beispiel der Todesdeutungen - um tradierte Brüche des Arztberufs. Andererseits weisen die Brüche und Paradoxien im ärztlichen Habitus, die durch Hiv/Aids freigelegt werden - vor allem aber die facettenreiche Bewältigungspalette, mit der die Ärzte darauf antworten – eine Dominanz kontextabhängiger Elemente auf. Insbesondere auf die religiösen Einfärbungen der ärztlichen Deutungsgestalten in Venezuela trifft dies zu.

2.5 Der ärztliche Habitus zwischen Profession und Lebenswelt

Die Einstellungen und Deutungen der Ärzte zu Hiv/Aids unterscheiden sich in ihren Grundzügen nicht wesentlich von denen der ”Laien” und Hiv/Aids-Betroffenen in Venezuela. Sowohl hinsichtlich der Konzeptualisierung von Aids als Krankheit aus der ”Fremde”, ihren Homosexuellenbildern, ästhetischen Normvorstellungen, der Auslegung, Aids sei eine schuldhaft verursachte Krankheit sowie in Verräumlichungen des Infektionsrisikos, sind Korrelationen der Interviewpartner aus allen drei Bevölkerungsgruppen festzustellen. Das Ergebnis läßt darauf schließen, daß die Deutungsgestalten auf gemeinsamen lebensweltlichen Interpretationen und Habitualisierungen in Caracas und Venezuela basieren.

Die meisten Ärzte übernehmen die Ursprungstheorien von Hiv/Aids, in denen implizit eine Fremdheitskonstruktion enthalten ist. Überdies wird der Hiv/Aids-Verursacher und die Infektionsquelle in anderen Kulturen – überwiegend in den USA – verortet. Auch die Patienten reproduzieren diese Deutung, um sich von Verantwortung und Schuld zu entlasten. Nur wenige Ärzte grenzen sich davon ab, dann aber, um sich als besonders professionell und vorurteilslos darzustellen. Indem sie sich stattdessen auf die Herkunft des Hi-Virus aus einem Labor in den USA berufen, übernehmen aber auch sie die subtilere Variante einer *Konzeptualisierung von Aids als Krankheit aus der ”Fremde”*.

Der ärztliche Umgang mit homosexuellen Patienten ist in Venezuela äußerst konfliktbeladen und problematisch. Nicht nur ist *Homophobie* ein weit verbreitetes Phänomen in der venezolanischen Ärzteschaft, in das bereits die Medizinstudenten einsozialisiert werden. Überdies führt der Versuch, die Homosexuellen in das zweigeschlechtliche Frau-Mann-Koordinatensystem einzuordnen, zu Unordnung im Geschlechtergefüge (vgl. Boeker 1997), die vor allem auf der Sperrigkeit und Widerständigkeit des zu klassifizierenden Objekts basiert. Überwiegend sind die Homosexuellen in Venezuela sowohl seitens der Ärzte als auch seitens ihrer Lebenswelt diskriminierenden Reaktionen ausgesetzt. Während Letztere teilweise mit offener physischer Gewalt den Verstoß gegen Geschlechter- und Sexualitätsnormen sanktioniert, artikulieren sich die Angriffe aus der Ärzte- und Studentenschaft subtiler und kommen über Anspielungen, Witze und Gelächter, manchmal allerdings auch über grobe Beleidigung zum Ausdruck. Mit ansatzweise toleranten Reaktionen seitens der Ärzte können die Homosexuellen in Venezuela nur rechnen, wenn sie ihre Bereitschaft zur Eingliederung in normative Partnerschaftskonzepte im Sinne einer eheähnlichen Gemeinschaft unter Beweis stellen. Ansonsten gilt, daß ein vorurteilsloser ärztlicher Umgang mit dieser Klientel höchstens ein normatives Ideal als gängige Alltagspraxis ist.

Wie der Vergleich der widersprüchlichen ärztlichen Selbstinszenierungen im offiziellen und im inoffiziellen Interview belegt, kommen die aus der Lebenswelt des Arztes entliehenen homophobischen Deutungen quasi durch die Hintertür, während die Ärzte sich in den Interviews zugleich als vorurteilslos und professionell-sachlich inszenieren. Dieser Anspruch, sich

”aufgeklärt” zu geben – zumal gegenüber einer europäischen Forscherin – korrespondiert mit Modernisierungstheorien in verschiedenen Ländern Lateinamerikas, die einen Zusammenhang zwischen Geschlechterrollen und Stand der ”Entwicklung” herstellen (vgl. Bestmann 1997) [303]. Zu den Aspekten eines Modernisierungsprozesses, die für einen Fortschritt als unverzichtbar gelten, gehöre die Akzeptanz einer größeren Vielfalt von Lebensstilen und sexuellen Orientierungen (ebd.). Daher wird gerade unter Ärzten und Wissenschaftlern auf moderne Konzepte aus Europa und den USA Bezug genommen, die man bestrebt ist, in die eigene professionelle Praxis zu übernehmen. Die Brüche in den Deutungen der venezolanischen Ärzte über ihre homosexuellen Patienten sind daher als Indikatoren zu werten, die dieses Gefälle zwischen den an amerikanisch-europäischen Maßstäben orientierten professionellen Habitus-Konzepten einerseits und den lokalen lebensweltlichen Vorstellungen andererseits aufzeigen.

Die ärztlichen Deutungen einer Gleichsetzung von Hiv-Infektion und schuldhaftem Verhalten stützen sich im wesentlichen auf die Unterscheidung in ”schuldige” (Männer, Homosexuelle) und ”unschuldige” (Frauen, Babies) Patienten. Die *Schuld* besteht vor allem darin, daß den Betroffenen eine undisziplinierte und zügellose Sexualität vorgeworfen wird, mit der sie andere in verantwortungsloser Weise mit Hiv infizieren würden. Überdies wird der Charakter der Patienten in eine Assoziationskette gebracht mit einem moralischen Versagen, das sich in der Krankheit Aids konkretisiert.

Aids wird in Venezuela als eine Krankheit konzipiert, die eine Diskrepanz zwischen ästhetischen Normen und den körperlichen Veränderungen während des Krankheitsverlaufs hervorbringt. In der ärztlichen Bewertung dieser Diskrepanz überlagert der Verlust des in Venezuela besonders geschätzten sozialen Kapitals ”Schönheit” sogar die Bedeutung der Gesundheit. Diese Gewichtung zugunsten der lokalen Attraktivitätsvorstellungen korrespondiert mit derjenigen der Hiv/Aids-Betroffenen, die sich durch ihren krankkheitsbedingten ”Verstoß” gegen ästhetische Normen ebenfalls als wert- und nutzlos erleben.

Die Fixierung des Infektionsrisikos an bestimmte Lokalitäten, insbesondere in das Badezimmer und die Toilette, wird einerseits von einigen Ärzten als geschickte Strategie zum Schutz vor Diskriminierung eingesetzt; zugleich drückt sich darin aber eine prinzipielle Deutungsgestalt im Umgang mit Aids aus, die durch die ”Verbannung” einer Ansteckungsgefahr an bestimmte Orte Sicherheit und eine Kontrollmöglichkeit über das Risiko suggeriert. Zusätzlich nehmen darin in

[303] Vereinfacht gesagt, werden unter dem Begriff Modernisierungstheorien Denkmodelle und Theorien zusammengefaßt, die von einem linearen gesellschaftlichen Wandel – sogenannter Fortschritt bzw. Entwicklung – ausgehen. Die Grundidee der Modernisierungstheorien ist die Annahme, traditionelle Agrargesellschaften würden sich zu hochentwickelten, demokratischen, pluralistischen Industriegesellschaften entwickeln (Bestmann 1997: 206). Teilaspekte eines solchen Modernisierungsprozesses seien Rationalisiserung, Säkularisierung, Verstädterung, Demokratisierung, Massenwohlstand und eine gute Infrastruktur. Modernisierungstheoretiker neigen dazu, die Gesellschafts- und Witschaftssysteme der reichen Länder zu idealisieren und als Vorbild für ”Dritte-Welt-Länder” hinzustellen (ebd.).

der venezolanischen Bevölkerung weit verbreitete *Ängste vor homosexueller Verführung* Gestalt an.

Alle aus der Lebenswelt entliehenen Vorstellungen weisen eine auffällige Übereinstimmung mit den bereits im biomedizinischen Aids-Diskurs entworfenen Denkfiguren auf [304]. Bereits dort sind sowohl Fremdheitskonstruktionen, Medikalisierung homosexueller ”Lebensstile” und Promiskuität als Verhalten, das eine Infektion schuldhaft begründet, sowie Verräumlichungen des Infektionsrisikos anzutreffen. Diese Übereinstimmungen in den wissenschaftlichen Konzeptualisierungen und den lebensweltlichen Deutungsgestalten in Venezuela sprechen zum einen für die Gemeinsamkeit der Aids-Bilder in unterschiedlichen Kulturen sowie für die Durchlässigkeit zwischen Professions- und Alltagsdenken und deren Zusammentreffen im ärztlichen Handeln. Wissenschaft, Profession und Laienwelt wären demnach keine voneinander separierten Handlungsbereiche, sondern sind in beide Richtungen durchlässig (vgl. Oevermann 1977) und beeinflussen sich gegenseitig.

Die konstatierten Übereinstimmungen in den wissenschaftlichen, ärztlichen und laienweltlichen Deutungsgestalten über Aids lassen sich also nicht nur damit erklären, daß die Laien-Akteure die aus Wissenschaft und Medizin stammenden Entwürfe in ihre Vorstellungen übernommen oder Variationen dazu entwickelt haben. Ebenso plausibel ist ein Vorstellungstransfer in die umgekehrte Richtung. Lebensweltliche Auslegungen haben danach Eingang in die wissenschaftlichen und medizinischen Aids-Konstruktionen gefunden. Damit erscheint auch der medizinisch-wissenschaftliche Diskurs als einer, in den sich trotz aller Objektivitätsbehauptungen aus der kulturellen Lebenswelt übernommene Deutungsgestalten ”eingeschlichen” haben; und als konstituierende Orientierungs- und Handlungselemente gestalten sie den wissenschaftlichen und ärztlichen Umgang mit Hiv/Aids sogar elementar mit.

3 Bezug auf das Habitus-Konzept und den kulturellen Kontext

3.1 Methoden- und Theoriereflexion

Für die Analyse des kurativen Habitus in Venezuela hat sich die praktizierte Theorien-Triangulation des Bourdieu´schen Habitus-Konzepts mit dem Foucault´schen Analyseinstrumentarium meiner Ansicht nach als fruchtbar und praktikabel erwiesen. Auf diese Weise konnte das übergeordnete Habitus-Konzept im Rahmen einer vertiefenden Analyse einiger der konstituierenden Habitus-Komponenten wie dem "ärztlichen Blick" als ein ärztliches

[304] Vgl. Kapitel II.2.3 – Die biomedizinische Konstruktion von Aids

Handlungselement an markanten Stellen präzisiert werden. Mikroprozesse im ärztlichen Alltagshandeln können dadurch zusätzlich in ihren Machtstrukturen sichtbar gemacht werden und zugleich in einen Kontext eingeordnet werden. Beide theoretische Konzepte haben sich so gegenseitig ergänzt: Mit dem Habitus- Konzept wurde die übergeordnete Gesamtstruktur bereitgestellt, während mit Hilfe des Foucault´schen Theorieinstruments Feinstrukturen und Details ausgeleuchtet wurden.

Diese beiden theoretischen Elemente wurden wiederum erweitert durch die Metaphernanalyse, die als zusätzliches Auswertungsinstrument bei der Analyse der ärztlichen Handlungsstile herangezogen wurde. Der Vorteil der Untersuchung von Metaphern liegt darin, daß sie einerseits eine feinkörnige Analyse ärztlichen Alltagshandelns ermöglichen und zum anderen habitualisierte Deutungs- und Handlungsvorlagen liefern, die kulturelle und soziale Faktoren bereits mit einschließen. Da Metaphern also einen ganzheitlichen Erfahrungsfundus verkörpern, sind sie besonders geeignet für interkulturell ausgerichtete Forschungen wie dieser.

Alle drei Theorieelemente wiederum erwiesen sich als anschlußfähig mit dem Haupt-Auswertungsinstrument, der Grounded Theory. Kategorien, die ich zunächst nach rein deskriptiven Kriterien entwickelte, wurden durch die theoretische Einbindung analytisch zugespitzt und ergänzt durch Elemente aus der Teilnehmenden Beobachtung. Die Fokussierung auf die Arbeit an reinen Textquellen (Interviews), die mir manchmal zu einschränkend erschien und meinen Blick einzuengen drohte, konnte auf diese Weise durch die Erfahrungsdimension eigener Erlebnisse, die ich im Feld machte, erweitert und kontextualisiert werden.

3.2 Ärztliches Handeln in Kontexten: Der kurative Habitus in Venezuela

Die Sozialisation der venezolanischen Ärzte ist als ein Prozeß erkennbar geworden, der durch die Inkorporation lokaler kultureller Wertkonzepte und lebensweltlicher Habitualisierungen sowie eine spätere Übernahme professionsspezifischer Sozialisationselemente geprägt ist. Das Entscheidende an dieser beruflichen Sozialisation ist: Es werden nicht nur professionelle Handlungen gelernt, sondern ganze "Kontexte" (Bateson 1990: 389). Diese Kontexte werden durch Markierungen klassifiziert (ebd.) [305].

Für den kurativen Habitus in Venezuela bedeutet dies eine Gleichzeitigkeit aller fünf Habitus-Komponenten, die im ärztlichen Handeln integriert sind. Obwohl die von mir herausgearbeitete

[305] Im Alltag lassen sich solche Unterscheidungen problemlos wahrnehmen; wir sind es gewohnt, eine Vielzahl von Kontexten zu erkennen und uns entsprechend zu verhalten. Zuschauer im Theater z.B. wissen durch die Eintrittskarten, das Programmheft, den Vorhang, daß es sich bei dem Theaterstück um einen bestimmten Kontext handelt (Bateson 1990). Erst wenn wir genügend Informationen über solche Kontextverschachtelungen haben, können wir uns den Situationen entsprechend verhalten.

Fünf-Komponenten-Struktur möglicherweise eine Grundstruktur des ärztlichen Habitus auch in anderen Kulturen darstellt, so ist sie doch jeweils in lokale Markierungen und Kontextverschachtelungen eingebunden. Wie ein roter Faden erscheinen bestimmte Kontextelemente immer wieder in dieser Untersuchung: Die Betonung der hochgeschätzten Emotionalität („El Calor humano“), die zentrale Bedeutung der venezolanischen Familie, die ein integraler Bestandteil der Arzt-Patient-Beziehung ist, sowie die Signifikanz religiöser und spiritueller Vorstellungen als grundsätzlicher Wertorientierung.

Die aus der kulturellen Lebenswelt übernommenen Habitualisierungen und Deutungen gehen mit den professionellen ärztlichen Habitualisierungen demnach eine enge Verbindung ein, die in eine Handlungseinheit einmündet. Aus diesem Grund erfüllen die überwiegend kontextabhängigen Habitus-Merkmale nicht nur das eines bunten ”Einsprengsels” aus der Lebenswelt, das einen ansonsten an Professionalisierung orientierten Ärztestand noch zusätzlich als Akteure ihrer kulturellen Lebenswelt ausweist; vielmehr bilden sie sogar die konstituierende Basis für den ärztlichen Habitus in Venezuela. Der venezolanische Arzt tritt demnach als Bindeglied zwischen seiner an (inter-)nationalen Berufsstandards orientierten Habitualisierungen und den Habitualisierungen und Deutungsmustern seiner kulturellen Lebenswelt hervor.

Gerade dieses Merkmal der Durchlässigkeit zwischen Profession und Lebenswelt aber weist sowohl *die Medizin als auch den Arztberuf als ein soziales und kulturelles Handlungssystem* aus, das die Wertvorstellungen der kulturellen Lebenswelt reflektiert. Gleiches gilt für die (medizinische) Wissenschaft und den wissenschaftlichen Forschungsprozess. Professionelle und lebensweltliche Habitualisierungen verbinden sich zu einer spezifischen Professionskultur, deren Gültigkeitsanspruch aber – zumindest in dieser Ausprägung - auf den lokalen Kontext begrenzt ist. Dies bedeutet zugleich, daß der ärztliche Habitus - ebenso wie der anderer Professionen - grundsätzlich nur als einer gedacht werden kann, der in spezifische kulturelle Kontexte und soziale Felder eingebettet ist.

Schlußbemerkung

Die Kontextgebundenheit gilt für den Forschungsprozeß, auf den ich mich einließ, natürlich ebenso. Die von mir formulierte Fragestellung nach den Einbindungskriterien der ärztlichen Profession in ein bestimmtes kulturelles Feld ist offenbar eine "typisch europäische" Frage. Meine Interviewpartner, denen ich bei meiner letzten Venezuela-Reise einige Ergebnisse vorstellte, fragten mich in der anschließenden Diskussion immer wieder, ob ich denn den Eindruck gewonnen hätte, daß in Venezuela eine "moderne Medizin" praktiziert werde. Abgesehen davon,

daß ich das nicht beurteilen kann, kündet diese Frage von einem ganz anderen Selbstverständnis als dem meinen.

Daraus folgt, daß eben auch wissenschaftliche Fragestellungen aus einer bestimmten Perspektive und einem spezifischen Kontext heraus entworfen werden (Freytag 1998: 316). Sie spiegeln den Standpunkt wider, von dem aus sie formuliert werden. Dennoch habe ich bewußt meine Untersuchung in den anderen kulturellen Kontext gelegt, da es einfacher ist, auf einer fremden Bühne Strukturen herauszuarbeiten als in der eigenen Umgebung. Der Verfremdungseffekt ist für den Erkenntnisprozeß förderlich. Darüber hinaus war die persönliche Begegnung mit dem Feld, mit meinen Interviewpartnern und mit den Familien, in denen ich leben durfte, eine überaus bereichernde und schöne Erfahrung, für die ich sehr dankbar bin.

Literaturverzeichnis

ACT UP/ New York Women and AIDS Book Group 1990: Women, AIDS and Activism. New York.

Adveniat (ed.) 1997: Venezuela - Das Öl fließt nur für Wenige. Paderborn.

Altman, Dennis 1994: Power and Community. Organizational and Cultural Responses to AIDS. London.

Amodio, Emanuele/ **Ontiveros**, Teresa (eds.) 1995: Historias de Identidad Urbana. Composición de Identidades en los Territóríos Populares Urbanos. Caracas.

Anschütz, Felix 1998: Medizinische Ethik in der ärztlichen Ausbildung. Sankt Augustin.

Anschütz, Felix 1987: Ärztliches Handeln. Grundlagen, Möglichkeiten, Grenzen, Widersprüche. Darmstadt.

Anschütz, Felix 1985: Die körperliche Untersuchung. Mit einer Einführung in die Anamneseerhebung. Berlin.

Arcaya, Alvaro Martínez 1990: La Conjura del SIDA. Caracas.

Arcaya, Alvaro Martínez 1993: SIDA y Justicia. Caracas.

Ariès, Philippe/ **Bejin**, André/ **Foucault**, Michel 1984: Die Masken des Begehrens und die Metamorphosen der Sinnlichkeit. Zur Geschichte der Sexualität im Abendland. Frankfurt.

Arnold, Claudia 1983: Das Arztbild im Corpus hippocraticum. München.

Baier, Rosemarie/ **Roth**, Martin (eds.) 1990: Der gläserne Mensch - eine Sensation. Zur Kulturgeschichte eines Ausstellungsobjekts. Stuttgart. (Katalog zur Ausstellung "Leibesvisitation. Blicke auf den Körper in fünf Jahrhunderten" im Deutschen Hygienemuseum Dresden).

Balestrini Acuna, Miriam 1990: El Discurso Médico Actual - Algunas de sus Premisas Constitutivas. Doctorado en Ciencias Sociales. Caracas.

Balestrini Acuna, Miriam 1996: Las Desigualidades Sociales a traves del Modelo Médico Hegemonial. Unveröffentlichtes Vortragsmanuskript auf dem Internationalen Kongress "Political Aspects of Health" in Montreal 1996.

Balestrini Acuna, Miriam 1990: Imperialismo Cientifico en el Orden de la Curación. Universidad Nacional Experimental Simón Rodríguez. Caracas.

Balestrini Acuna, Miriam 1976: Aspectos Ideológicos de la Educación Médica. Universidad Central de Venezuela. Caracas.

Barley, Nigel 1997: Traumatische Tropen. Notizen aus meiner Lehmhütte. München.

Barley, Nigel 1995: Die Raupenplage. Von einem, der auszog, um Ethnologie zu betreiben. Stuttgart.

Barrosso, Manuel 1995: Autoestima del Venezolano - Democracia ó Marginalidad. Caracas.

Bateson, G. 1990: Ökologie des Geistes. Frankfurt.

Bauch, Jost 1996: Gesundheit als sozialer Code. Von der Vergesellschaftung des Gesundheitswesens zur Medikalisierung der Gesellschaft. Weinheim.

Becker, Howard S./ **Strauss**, A. 1997/ 1961: Boys in white. Student Culture in Medical School. Chicago.

Béjin, André 1982: Die Macht der Sexologen und die sexuelle Demokratie. In: Ariès/ Béjin/ Foucault 1982: Die Masken des Begehrens und die Metamorphosen der Sinnlichkeit. Frankfurt.

Berger, Peter/ **Luckmann**, Thomas 1969: Die gesellschaftliche Konstruktion der Wirklichkeit. Eine Theorie der Wissenssoziologie. Frankfurt.

Bestmann, Anja/ **Schumacher**, Reinhild/ **Wünsch**, Susanne (eds.) 1997: Aids - weltweit und dichtdran. Saarbrücken.

Bleibtreu-Ehrenberg, Gisela 1989: Angst und Vorurteil. AIDS-Ängste als Gegenstand der Vorurteilsforschung. Reinbek.

Bleibtreu-Ehrenberg, Gisela 1981: Homosexualität - Die Geschichte eines Vorurteils. Frankfurt.

Boehm-Ziemann, Edgar 1986: Zum medizinischen Wissen von Laien. Eine Erkundungsstudie. Dissertation Würzburg.

Boeker, Elvira 1993: AIDS-Bilder in der Öffentlichkeit. Eine medizinethnologische Untersuchung zur sozialen Konstruktion einer Krankheit. Unveröffentlichte Magisterarbeit. Hamburg.

Boeker, Elvira 1997: "...und dann schnitt ich die Spitze vom Kondom ab!" - Kulturelle Bilder über AIDS in Venezuela. In: Bestmann, A./ Schumacher, R./ Wünsch, S. (eds.) AIDS - weltweit und dichtdran. Saarbrücken.

Bohn, Cornelia 1990: Habitus und Kontext. Ein kritischer Beitrag zur Sozialtheorie Bourdieus. Opladen.

Bollinger, Heinrich et al 1981: Medizinerwelten. Die Deformation des Arztes als berufliche Qualifikation. München

Bolton, Ralph (ed.) 1989: The AIDS Pandemic - A Global Emergency. New York.

Bolton, Ralph 1995: Tricks, Friends and Lovers - Erotic Encounters in the Field. In: Kulick, Don/ Wilson, Margaret (eds.). Taboo: Sex, Violence and Erotic Subjectivity in Anthropological Fieldwork. London.

Bostroem, Jan P. 1994: Coping, soziale Unterstützung und narzisstechnische Regulation bei HIV-Positiven und AIDS-Kranken. Dissertation Düsseldorf.

Bös, Berthold/ **Wörthmüller**, Angelika (eds.) 1987: Krank heilen - Medizinische Entwicklungshilfe und Verdrängung der traditionellen Heilkunde.Saarbrücken.

Bourdieu, Pierre 1997: Die verborgenen Mechanismen der Macht. Hamburg.

Bourdieu, Pierre 1987: Sozialer Sinn. Kritik der theoretischen Vernunft. Frankfurt.

Bourdieu, Pierre 1983: Die feinen Unterschiede. Kritik der gesellschaftlichen Urteilskraft. Frankfurt.

Brednich, Wilhelm R. 1990: Die Spinne in der Yucca-Palme. Sagenhafte Geschichten von heute. Frankfurt.

Briceno-León, Roberto 1990: La Casa Enferma. Sociología de la Enfermedad de Chagas. Caracas.

Briceno-León, Roberto 1994: Salud y Sociedad. Caracas.

Briceno-León, Roberto (ed.) 1997: Las Ciencias Sociales y la Salud en América Latina y el Caribe. Un Balance. Caracas.

Briceno-León, Roberto/ **Pinto Dias**, J.P. (eds.) 1993: Las Enfermedades Tropicales en la Sociedad Contemporanea. Caracas.

Brodkey, Harold 1996: The wild Darkness. The Story of my Death. London. (dtsch. Die Geschichte meines Todes. Reinbek.)

Bronfman, Mario 1997: La Prevención de VIH/ SIDA en Trabajadores Migrantes en la Frontera México-EUA. In: Briceno-Léon (ed.) Las Ciencias Sociales y la Salud en América Latina y el Caribe. Un Balance. Caracas.

Bromberger, Barbara/ **Mausbach**, Hans/ **Thomann**, Klaus-Dieter 1985: Medizin, Faschismus und Widerstand. Köln.

Brummelhuis, Han ten/ **Herdt**, Gilbert (eds.) 1995: Culture and Sexual Risk - Anthropological Perspectives on AIDS. Amsterdam.

Bruyn, M. de 1992: Women and AIDS in Developing Countries. In: Social Science and Medicine, Vol. 34, No. 3, S. 249-262.

Bruyn, M. de 1993: HIV/ AIDS in Latin American Countries. London.

Bulmer, Martin/ **Warwick**, Donald, P. (eds.) 1993: Social Research in Developing Countries. Surveys and Censuses in the Third World. London.

Caplan, Patricia 1987: The Cultural Construction of Sexuality. London/ New York.

Carrier, J.M. 1989: Sexual Behaviour and Spread of AIDS in Mexico. In: Medical Anthropology No. 10, S. 1169-1182.

Castellano, H.M. 1985: Aproximación a la Salud de la Venezuela del Siglo XXI. Caracas.

Centro Gumilla (ed.) 1985: La Salud en Venezuela. Curso de Formación Sociopolitica No. 5. Caracas.

Centro Gumilla/ Cofavic (eds.) 1995: Los Derechos Humanos en Venezuela. Curso de Formación Sociopolítica No. 33. Caracas.

Churchland, Paul M./ **Hooker**, Clifford 1985: Images of Science. Essays on Realism and Empirism. Chicago/ London.

Clark, David (ed.) 1993: Sociology of Death. Cambridge.

Clatts, Michael C. 1995: Disembodied Acts - On the Perverse Use of Sexual Categories in the Study of High-Risk-Behaviour. In: Brummelhuis et al. Culture and Sexual Risk - Anthropological Perspectives on AIDS. Amsterdam.

Clatts, Michael C./ **Mutchler**, Kevin M. 1989: AIDS and the Dangerous Other - Metaphors of Sex and Deviance in the Representation of Disease. In: Bolton, R. The AIDS Pandemic - A Global Emergency. New York.

Conrad, Peter/ **Schneider**, J.W. 1980: Deviance and Medicalization. St. Louis.

Cova, Claudia 1996: Realidad Social de Venezuela. Curso de Formación Sociopolítica No. 6. Caracas.

Crimp, Douglas (ed.) 1988: AIDS - Cultural Analysis, Cultural Activism. Cambridge.

Cueto, Marcos (ed.) 1996: Salud, Cultura y Sociedad en América Latina. Lima.

Cueto, Marcos 1996: Los Ciclos de la Erradicación - La Fundación Rockefeller y la Salud Pública Latinoamericana. In: Cueto, M. (ed.) Salud, Cultura y Sociedad en América Latina. Lima.

Cueto, Marcos/ **Birn**, Anne-Emmanuelle 1996: Syllabus del Curso - Historia Social de la Salud Pública en América Latina. In: Cueto, M. (ed.) Salud, Cultura y Sociedad en América Latina. Lima.

Curiel, Carole L. 1990: El Discurso de la Fidelidad. Construccion social del Espacio cómo Símbolo del Poder regio. Caracas.

DED (Deutscher Entwicklungsdienst) 1992: AIDS - DED-Brief Nr. 1/ 92. Berlin.

DelVecchio Good, Mary Joe 1985: Discourses on Physicians Competence. In: Hahn/ Gaines (eds.) Physicians of Western Medicine. Dordrecht.

Deppert, Wolfgang (ed.) 1992: Wissenschaftstheorien in der Medizin - Ein Symposium. Berlin.

Derrida, Jaques 1997: Deconstruction in a Nutshell. A Conversation with Jaques Derrida. New/ Fordham.

Desidamos No. 2, 3 u. 4/ 1994: Revista de la Fundación para Estudio e Investigación de la Mujer. Buenos Aires.

Dewe, Bernd et al. (eds.) 1992: Erziehen als Profession. Zur Logik professionellen Handelns in pädagogischen Feldern. Opladen.

Diesfeld, Hans-Jochen 1989: Gesundheitsproblematik in der Dritten Welt. Darmstadt.

Dornheim, Jutta 1983: Kranksein im dörflichen Alltag. Soziokulturelle Aspekte des Umgangs mit Krebs. Dissertation Tübingen.

Dornheim, Jutta 1990: Verweisungszusammenhänge als kulturelle und soziohistorische Prämissen von Krankheitsdiskursen. In: Rosenbrock, R./ Salmen, A. (eds.). AIDS- Prävention. Berlin.

Dornheim, Jutta 1991: Probleme der intersubjektiven Verständigung über Krankheitserleben. In: Curare 14, S. 61-70.

Douglas, Mary 1992: The Self as Risk Taker. A Cultural Theory of Contagion in Relation to AIDS. In: Risk and Blame - Essays in Cultural Theory. London.

Douglas, Mary 1988: Reinheit und Gefährdung. Eine Studie zu Vorstellungen von Verunreinigung und Tabu. Frankfurt.

Douglas, Mary 1974: Ritual, Tabu und Körpersymbolik - Sozialanthropologische Studien in Industriegesellschaft und Stammeskultur. Frankfurt.

Dreyfus, Hubert L./ **Rabinow**, Paul 1994: Michel Foucault. Jenseits von Strukturalismus und Hermeneutik. Weinheim.

Duden, Barbara 1987: Geschichte unter der Haut. Ein Eisenacher Arzt und seine Patientinnen um 1730. Stuttgart.

Duden, Barbara 1991: Der Frauenleib als öffentlicher Ort. Vom Mißbrauch des Begriffs Leben. Hamburg/ Zürich.

Duerr, Hans-Peter 1993: Der Mythos vom Zivilisationsprozeß. Frankfurt.

Duplá, F. Javier 1991: La Educación en Venezuela. Curso de Formación Sociopolítica No. 25. Caracas.

Eberhard, Theo 1983: Kult und Kultur - Volksreligiosität und kulturelle Identität am Beispiel des Maria-Lionza-Kultes in Venezuela. München.

Eirmbter, Willy H./ **Hahn**, Alois/ **Jacob**, Rüdiger 1993: AIDS und die gesellschaftlichen Folgen. Frankfurt/ New York.

Elson, Diane (ed.) 1991: Male Bias in the Development Process. Manchester.

Emerson, Robert M./ **Fretz**, Rachel J./ **Show**, Linda L. 1995: Writing Ethnographic Fieldnotes. Chicago.

Erdheim, Mario 1984: Die gesellschaftliche Produktion von Unbewußtheit. Eine Einführung in den ethnopsychoanalytischen Prozess. Frankfurt.

Erdheim, Mario 1994: Psychoanalyse und Unbewußtheit in der Kultur. Aufsätze 1980-1987. Frankfurt.

Farmer, Paul 1990: AIDS and Accusation - Haiti, Haitians and the Geography of Blame. Boston.

Farmer, Paul 1994: AIDS-Talk and the Constitution of Cultural Models. In: Social Science and Medicine 38, S. 801-809.

Fausto-Sterling, Anne 1988: Gefangene des Geschlechts? Was biologische Theorien über Mann und Frau sagen. München.

Fee, Elizabeth/ **Fox**, Daniel M. (eds.) 1988: AIDS - The Burdens of History. Berkeley.

Fehlinger, Hans 1921: Die Fortpflanzung der Natur- und Kulturvölker. Bonn.

Finkler, Katja 1991: Physicians at Work. Biomedical Practice and Patient Response in Mexico. San Francisco/ Oxford.

Fischer, Hans (ed.) 1985: Feldforschungen. Berichte zur Einführung in Probleme und Methoden. Berlin.

Fischer, Heinz-Dietrich (ed.) 1990: Medizinpublizistik - Prämissen, Praktiken, Probleme. Frankfurt.

Fischer-Homberger, Esther 1979: Krankheit Frau. Bern.

Fischer-Homberger, Esther 1983: Neue Materialien zur "Krankheit Frau" (19. und 20. Jahrhundert). In: Pusch, Luise (ed.) Feminismus - Inspektion der Herrenkultur. Ein Handbuch. Frankfurt.

Fitzpatrick, Ray/ **Hinton**, John et al. 1984: The Experience of Illness. London/ New York.

Fleck, Ludwig (1935) 1980: Entstehung und Entwicklung einer wissenschaftlichen Tatsache. Einführung in die Lehre vom Denkstil und Denkkollektiv. Frankfurt.

Flick, Uwe 1995: Qualitative Forschung. Theorie, Methoden, Anwendung in Psychologie und Sozialwissenschaften. Reinbek.

Flick, Uwe et al. 1991: Handbuch Qualitativer Sozialforschung. Grundlagen, Konzepte, Methoden und Anwendungen. München.

Foster, David W./ **Reis**, Roberto (eds.) 1996: Bodies and Biases. Sexualities in Hispanic Cultures and Literature. Minneapolis.

Foster, David W. 1994: Cultural Diversity in Latin American Literature. Albuquerque.

Foucault, Michel 1994: Überwachen und Strafen. Die Geburt des Gefängnisses. Frankfurt.

Foucault, Michel 1992: Bio-Macht. Duisburg.

Foucault, Michel 1996: Wahnsinn und Gesellschaft. Eine Geschichte des Wahns im Zeitalter der Vernunft. Frankfurt.

Foucault, Michel 1973/ 93: Die Geburt der Klinik - Eine Archäologie des ärztlichen Blicks. München.

Foucault, Michel 1977: Sexualität und Wahrheit. Bd.1. Der Wille zum Wissen. Frankfurt.

Foucault, Michel 1987: Von der Subversion des Wissens. Frankfurt.

Foucault, Michel 1991: Die Ordnung des Diskurses. Frankfurt.

Frank, Marion 1995: AIDS-Education through Theatre. Bayreuth.

Freidson, Eliot 1995: Profession of Medicine. A Study of the Sociology of applied Knowledge. Chicago.

Freidson, Eliot 1979: Der Ärztestand. Berufs- und wissenschaftssoziologische Durchleuchtung einer Profession. Stuttgart.

Freytag, Mirjam 1998: Die "Moritzburger" in Vietnam. Lebenswege nach einem Schul- und Ausbildungsaufenthalt in der DDR. Vermitteln in interkulturellen Beziehungen. Dissertation Tübingen.

Friebertshäuser, Barbara 1992: Übergangsphase Studienbeginn. Eine Feldstudie über Riten der Initiation in eine studentische Fachkultur. Weinheim.

Fuchs, Thomas 1992: Die Mechanisierung des Herzens. Harvey und Descartes - Der vitale und der mechanische Aspekt des Kreislaufs. Frankfurt.

Gadamer, Hans-Georg 1993: Über die Verborgenheit der Gesundheit. Aufsätze und Vorträge. Frankfurt. (Wahrheit und Methode in der Hermeneutik.)

Gaines, Atwood D./ **Young**, Allan 1987: The Social Origins of Biomedical Knowledge. Medical Anthropology Quarterly.

Gaines, Atwood D. 1987: Culture and Medical Knowledge in France and America. In: Gaines, A./ Young, A. (eds.) The Social Origins of Biomedical Knowledge. Medical Anthropology Quarterly.

Gallagher, Catherine/ **Laqueur**, Thomas (eds.) 1987: The Making of the modern Body - Sexuality and Society in the nineteenth Century. Berkeley/ L.A.

Gallo, Robert C./ **Montagnier**, Luc 1987: The Chronology of AIDS Research. New York/ Paris.

Gandolfo, Elvio et al. 1990: Nuestra Època Sexual - Lo Público de lo Privado. Caracas.

Garfinkel, Harold 1967: Studies in Ethnomethodology. Prentice-Hall.

Gastaldo, Denise 1997: Is Health Education good for You? In: Petersen, A./ Bunton, R. – Foucault, Health and Medicine. London.

Geertz, Clifford 1987: Dichte Beschreibung. Beiträge zum Verstehen kultureller Systeme. Frankfurt.

Gennep, Arnold van 1986: Übergangsriten (Les rites de passage). Frankfurt (franz. 1909)

GEO Wissen 1991: Ärzte - Technik - Patienten. Heft 4. Hamburg.

Gerhardt, Uta (ed.) 1985: Stress and Stigma. Explanation in the Sociology of Crime and Illness. Frankfurt.

Geyer-Kordesch, Johanna/ **Kuhn**, Annette (eds.) 1986: Frauenkörper, Medizin, Sexualität. Düsseldorf.

Gildemeister, Regine 1992: Die soziale Konstruktion von Geschlechtlichkeit. In: Wetterer, A. (ed.) – Profession und Geschlecht. Über die Marginalität von Frauen in hochqualifizierten Berufen. Frankfurt.

Gilman, Sander L. 1994: Disease and Representation. Images of Illness from Madness to AIDS. Ithaca.

Gilman, Sander L. 1992: Rasse, Sexualität und Seuche. Stereotype aus der Innenwelt der westlichen Kultur. Reinbek.

Göckenjan, Gerd 1985: Kurieren und Staat machen. Gesundheit und Medizin in der Bürgerlichen Welt. Frankfurt.

Goffman, Erving 1993: Rahmenanalyse. Ein Versuch über die Organisation von Alltagserfahrungen. Frankfurt.

Goffman, Erving 1967: Stigma. Über Techniken der Bewältigung beschädigter Identität. Frankfurt.

Goffman, Erving 1983: Wir alle spielen Theater. Die Selbstdarstellung im Alltag. München.

Gomez, Zandra P. 1996: En Cuerpo y Alma - Visiones del Progreso y de la Felicidad. Dissertation Berlin.

Gónzalez, E.A. Ordosgoitti 1991: Diez Ensayos de Cultura Venezolana. Caracas.

Gónzalez A., Lissette 1996: La Politica Social en Venezuela. Curso de Formación Sociopolítica No. 35. Caracas.

Gónzalez Oropeza, P. Hermann 1993: La Iglesia en la Venezuela Hispanica. Curso de Formación Sociopolítica No. 32. Caracas.

Good, Byron J. / **DelVecchio Good**, Mary Joe/ 1993: "Learning Medicine". The Constructing of Medical Knowledge at Harvard Medical School. In: Lindenbaum, S./ Lock, M. (eds.) Knowledge, Power and Practice. The Anthropology of Medicine and Everyday Life. Berkeley/ Los Angeles.

Grmek, Mirko 1990: The History of AIDS. Emergence and Origin of a modern Pandemic. Princeton.

Graterol, Martin 1996: Paradigmas y Creación de Conocimientos en Naciones Neocoloniales. Caracas.

Greverus, Ina Maria 1978: Kultur und Alltagswelt. Eine Einführung in Fragen der Kulturanthropologie. München.

Greverus, Ina Maria 1982: Die Sehnsucht des Ethnologen nach dem Feld. In: Nixdorff/ Hausschild (eds.). Europäische Ethnologie. Berlin.

Grohmann, Peter 1996: Macarao y su Gente - Movimiento Popular y Autogestión en los Barrios de Caracas. Caracas.

Grosz, Elizabeth 1994: Volatile Bodies - Toward a corporeal Feminism. Bloomington.

Guest, Charles 1989: Review Essay - AIDS and its metaphors. In: Social Science and Medicine, Vol. 29, No. 11, S. 1305-1306.

Guibert, Herve 1994: Mitleidsprotokoll. Reinbek.

Haas, Walburga 1996: Der gesunde und kranke Körper als soziokulturelles Gebilde. In: Wolf, Angelika/ Stürzer, Michael (eds.) - Die gesellschaftliche Konstruktion von Befindlichkeit. Berlin.

Hagemann-White, Carol 1992: Machtstreben und Männlichkeit. Extrafunktionale Qualifikationen im Hochschullehrerberuf. In: Wetterer, A. (ed.) – Profession und Geschlecht. Über die Marginalität von Frauen in hochqualifizierten Berufen. Frankfurt.

Hahn, Alois 1991: Paradoxien in der Kommunikation über AIDS. In: Gumbrecht, H./ Pfeiffer, K. (eds.). Paradoxien, Dissonanzen, Zusammenbrüche. Frankfurt.

Hahn, Alois/ **Eirmbter**, Willy H./ **Jacob**, Rüdiger 1996: Krankheitsvorstellungen in Deutschland. Das Beispiel AIDS. Opladen.

Hahn, R./ **Gaines**, A. 1985 (eds.): Physians of Western Medicine - Anthropological Approaches to Theory and Practice. Dordrecht.

Haller, Dieter 1991: Machismo und Homosexualität - Zur Geschlechtsrollenkonzeption des Mannes in Andalusien. Dissertation Heidelberg.

Hanke, Andreas M. 1990: Beziehungen zwischen Kenntnissen, Einstellungen und Vorstellungen zu aktuellen medizinischen Fragen bei Laien. Dissertation München.

Hanna, Kathi E. (ed.) 1991: Biomedical Politics. Washington.

Hannerz, Ulf 1987: The World in Creolization. In: *Africa* 57, Nr. 4, S. 546-559.

Hannerz, Ulf 1992: Cultural Complexity. Studies in the Social Organization of Meaning. New York.

Hannerz, Ulf 1995: "Kultur" in einer vernetzten Welt. Zur Revision eines ethnologischen Begriffes. In: Kaschuba (ed.). Kulturen - Identitäten - Diskurse. Perspektiven Europäischer Ethnologie. Berlin.

Hammer, Annerose 1996: Aids im südlichen Afrika. In: Wolf/ Stürzer (eds.) – Die gesellschaftliche Konstruktion von Befindlichkeit. Berlin.

Haraway, Donna 1993: The Biopolitics of Postmodern Bodies - Determinations of Self in Immune System Discourse. In: Lindenbaum, S./ Lock, M. (eds.) Knowledge, Power and Practice - The Anthropology of Medicine and Everyday Life. Berkeley/ Los Angeles.

Harding, Sandra 1990: Feministische Wissenschaftstheorie. Zum Verhältnis von Wissenschaft und sozialem Geschlecht. Hamburg.

Hasenfratz, Hans-Peter 1998: Leben mit den Toten. Freiburg.

Haug, Frigga (ed.) 1991: Sexualisierung der Körper. Hamburg.

Hemmerlein, Georg M. 1997: Krankheitsverarbeitung bei HIV-Infizierten. Ergebnisse einer empirischen Langzeitstudie. Hamburg.

Hemrich, Günter/ **Schneider**, Bettina 1997: HIV/ AIDS as a cross-sectoral Issue for Technical Cooperation. Focus on Agriculture and Rural Development. GTZ-Publikation. Darmstadt.

Henley, Nancy M. 1989: Körperstrategien. Geschlecht, Macht und nonverbale Kommunikation. Frankfurt.

Herdt, Gilbert/ **Lindenbaum**, Shirley 1992: The Time of AIDS. Social Analysis, Theory and Method. London.

Herzlich, Claudine/ **Pierret**, Janine 1987: Le Phénomène SIDA. Discours autours d´une Maladie. In: Hirsch, E. (ed.) 1987. Le SIDA. Rumeur et Faits. Paris.

Herzlich, Claudine./ **Pierret**, Janine 1991: Kranke gestern, Kranke heute. Die Gesellschaft und das Leiden. München.

Herzlich, C./ **Pierret**, J. 1989: The Construction of a Social Phenomenon - AIDS in the French Press. In: Social Science and Medicine, Vol. 29, No. 11, S. 1235-1242.

Hilger, H.H. 1990: Der Arztberuf im Wandel der Zeit. Stuttgart/ New York.

Hirschauer, Stefan 1993: Die soziale Konstruktion der Zweigeschlechtlichkeit. Frankfurt.

Hobart, Mark (ed.) 1993: An Anthropological Critique of Development - The Growth of Ignorance. London/ New York.

Hoffmann-Riem, Christa 1980: Die Sozialforschung einer interpretativen Soziologie: Der Datengewinn. In: Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie, Band 32, S. 339-372.

Horn, Klaus/ **Beier**, Christel/ **Wolf**, Michael (eds.) 1983: Krankheit, Konflikt und soziale Kontrolle. Eine empirische Untersuchung subjektiver Sinnstrukturen. Darmstadt.

Hornung, Rainer et al. 1994: AIDS im Bewußtsein der Bevölkerung. Stigmatisierungs- und Diskriminierungstendenzen gegenüber Menschen mit HIV und AIDS. Bern.

Hörbst, Viola 1996: Krankheit und Kranksein im Kulturvergleich. Kulturgebundene Syndrome. In: Wolf, Angelika/ Stürzer, Michael (eds.) - Die gesellschaftliche Konstruktion von Befindlichkeit. Berlin.

Huerkamp, Claudia 1985: Der Aufstieg der Ärzte im 19. Jahrhundert. Vom gelehrten Stand zum professionellen Experten: Das Beispiel Preußen. Göttingen.

Huntington, R. Metcalf 1979: Celebrations of Death - The Anthropology of Mortuary Ritual. Cambridge.

Jeggle, Utz 1986: Der Kopf des Körpers - Eine volkskundliche Anatomie. Berlin.

Jeggle, Utz (ed.) 1984: Feldforschung - Qualitative Methoden in der Kulturanalyse. Tübingen.

Jeggle, Utz 1984: Verständigungsschwierigkeiten im Feld. In: Jeggle (ed.) Feldforschung. Qualitative Methoden in der Kulturanalyse. Tübingen.

Jones, Kelvyn/ **Monn**, Graham 1987: Health, Disease and Society - An Introduction to Medical Geography. London/ New York.

Kamper, Dietmar/ **Wulf**, Christoph 1989: Transfigurationen des Körpers. Spuren der Gewalt in der Geschichte. Berlin.

Kamper, Dietmar/ **Wulf**, Christoph (eds) 1982: Die Wiederkehr des Körpers. Frankfurt.

Kamper, D./ **Wulf**, C. (eds.) 1984: Der andere Körper. Berlin.

Kamper, Dietmar/ **Rittner**, Volker (eds.) 1976: Zur Geschichte des Körpers. München.

Kaschuba, Wolfgang 1995: Kulturen - Identitäten - Diskurse. Perspektiven Europäischer Ethnologie. Berlin.

Kaupen-Haas, Heidrun/ **Rothmaler**, Christiane (eds.) 1995: Der Doppelcharakter Der Prävention. Frankfurt.

Kearl, Michael C. 1989: Endings. A Sociology of Death and Dying. New York/ Oxford.

Keller, Evelyn Fox 1992: Secrets of Life - Secrets of Death. New York/ London.

Keller, Evelyn Fox 1998: Das Leben neu denken. Metaphern der Biologie im 20. Jahrhundert. München.

Keller, Evelyn, Fox 1998: Liebe, Macht und Erkenntnis. Männliche oder weibliche Wissenschaft. Frankfurt.

Keller, Evelyn Fox (ed.) 1996: Feminism and Science. Oxford.

Kiefl, Walter 1991: Sozialwissenschaftliche AIDS-Forschung - Anstöße für ein multimethodisches Paradigma. Berlin.

Kirmayer, Laurence J. 1988: Mind and Body as Metaphors - Hidden Values in Biomedicine. In. Lock, M./ Gordon, D. (eds.) Biomedicine examined. Dordrecht.

Kirp, David/ **Bayer**, Ronald (eds.) 1994: Strategien gegen AIDS. Ein internationaler Politikvergleich. Berlin.

Kleinman, Arthur 1980: Patients and Healers in the Context of Culture. Oxford.

Kliksberg, Bernardo (ed.) 1994: El Desarollo Humano en Venezuela. Pobreza, Deuda social y Equidad. Caracas.

Klingenberg, Siri 1994: Wirklichkeitskonstruktionen professioneller Betreuer im Kontext HIV und AIDS. Münster.

Klingmüller, Bernhard 1990: "Stigma" als Perspektive. Entstehungshintergrund, strukturierte Analyse und Programmatik von Goffmans "Stigma". Dissertation Berlin.

Knorr-Cetina, Karin 1994: Theoretical Constructivism. IXth International Congress of Sociology. Bielefeld.

Knorr-Cetina, Karin 1988: Das naturwissenschaftliche Labor als Ort der "Verdichtung" von Gesellschaft. In: Zeitschrift für Soziologie, Heft 2, S. 85-101.

Knorr-Cetina, Karin 1984: Die Fabrikation von Erkenntnis - Zur Anthropologie der Naturwissenschaft. Frankfurt.

Knorr-Cetina, Karin 1981: The Manufacture of Knowledge. An Essay on the Constructivist and Contextual Nature of Science. Oxford.

Knorr-Cetina, K./ **Mulkay**, Michael (eds.) 1983: Science observed - Perspectives on the Social Study of Science. Beverly Hills.

Koch, Egmont R./ **Meichsner**, Irene 1989: Böses Blut. Die Geschichte eines Medizinskandals. Hamburg.

Koch, Friedrich 1986: Sexuelle Denunziation - Die Sexualität in der politischen Auseinandersetzung. Frankfurt.

Koenig, Barbara A. 1988: The Technological Imperative in Medical Practice - The Social Creation of a "Routine" Treatment. In: Lock, M./ Gordon, D. (eds.) Biomedicine examined. Dordrecht.

Krais, Beate 1989: Soziales Feld, Macht und kulturelle Praxis. In: Eder, Klaus (ed.) – Klassenlage, Lebensstil und kulturelle Praxis. Theoretische und empirische Auseinandersetzung mit Pierre Bourdieus Klassentheorie. Frankfurt.

Krüll, Marianne (ed.) 1990: Wege aus der männlichen Wissenschaft - Perspektiven feministischer Erkenntnistheorie. Pfaffenweiler.

Labisch, Alfons/ **Spree**, Reinhard (eds.) 1989: Medizinische Deutungsmacht im sozialen Wandel des 19. Und frühen 20. Jahrhunderts. Bonn.

Lachmund, Jens 1992: Die Erfindung des ärztlichen Gehörs. Zur historischen Soziologie der stethoskopischen Untersuchung. In: Zeitschrift für Soziologie, Heft 4, S. 235-251.

Lachmund, Jens/ **Stollberg**, Gunnar (eds.) 1992: The Social Construction of Illness. Illness and Medical Knowledge in Past and Present. Stuttgart.

Lachmund, Jens 1997: Der abgehorchte Körper. Zur historischen Soziologie der medizinischen Untersuchung. Opladen.

Lakoff, George/ **Johnson**, Mark 1980: Metaphors we live by. Chicago.

Lakoff, George/ **Turner**, Mark 1989: More than cool Reason - A Field Guide to Poetic Metaphor. Chicago.

Lakoff, George 1987: Women, Fire and Dangerous Things. What Categories reveal about the Mind. Chicago.

Lambert, D.C. 1994: L´Impact Èconomique de l´Épidemie de SIDA dans la Zone Amérique Latine et Caraibes. In: SIDAlerte, No. 32, S. 13-16.

Lamnek, Siegfried 1988: Qualitative Sozialforschung. Methdologie, Band 1. München.

Lamnek, Siegfried 1989: Qualitative Sozialforschung. Methoden und Techniken, Band 2. München.

Landweer, Hilge/ **Rumpf**, Mechthild (eds.) 1993: Kritik der Kategorie "Geschlecht". In: Feministische Studien Nr. 2. Weinheim.

Lanz, Rigoberto 1988: Razón y Dominación. Trabajo de Ascenso Titular Faces. Universidad Central de Venezuela. Caracas.

Lanz, Rigoberto 1986: El Discurso de la Autoridad en el Espacio Médico. Universidad Central de Venezuela. Caracas.

Laplantine, Francois 1986: Anthropologie de la Maladie - Étude Ethnologique des Systèmes de Représentations Ètiologiques et Thérapeutiques dans la Société Occidentale Contemporaine. Paris.

Laqueuer, Thomas 1994: Making Sex. Body and Gender from the Greeks to Freud. Boston.

Laqueur, Thomas 1992: Auf den Leib geschrieben - Die Inszenierung der Geschlechter von der Antike bis Freud. Frankfurt/ New York.

Latour, Bruno/ **Woolgar**, Steve 1979: Laboratory life - The Social Construction of Scientific Facts. Beverly Hills.

Lella, Joseph W./ **Pawluch**, Dorothy 1988: Medical Students and the Cadaver in Social and Cultural Context. In: Lock, M./ Gordon, D. (eds.) Biomedicine examined. Dordrecht.

Leslie, Charles 1990: Scientific Racism - Reflections on Peer Review, Science and Ideology. In: Social Science and Medicine Vol. 31, No. 8, S. 891-912.

Levine, Daniel H. 1992: Popular Voices in Latin American Catholicism. Princeton.

Levine, Daniel H. 1981: Religion and Politics in Latin America - The Catholic Church in Venezuela and Colombia. Princeton.

Lewin, Ellen/ **Leap**, William L. (eds.) 1996: Out in the Field - Reflections of Lesbian and Gay Anthropologists. Urbana/ Chicago.

Liguori, Ana/ **Block**, Miguel 1992: El SIDA en los estratos socioeconómicos de Mexico. Cuernavaca/ Ciudad de Mexico.

Lindemann, Gesa 1993: Wider die Verdrängung des Leibes aus der Geschlechtskonstruktion. In: Landweer/ Rumpf (eds.) – Feministische Studien Nr.2. Weinheim.

Lindenbaum, Shirley/ **Lock**, Margaret (eds.) 1993: Knowledge, Power and Practice. The Anthropology of Medicine and Everyday Life. Berkeley/ Los Angeles.

Lock, Margaret 2000: Death in Japan. Seminarvortag im Rahmen der Internationalen Frauenuniversität in Hannover.

Lock, Margaret/ **Kaufert**, Patricia (eds.) 1998: Pragmatic Women and Body Politics. Cambridge.

Lock, Margaret/ **Gordon**, Deborah 1988: Biomedicine Examined. Dordrecht et al.

Lock, M./ **Gordon**, D. 1988: Relationships between Society, Culture and Biomedicine - Introduction to the Essays. In: dies. (eds.) Biomedicine examined. Dordrecht.

Lucht, Petra 1997: Frauen- und Geschlechterforschung für die Physik. In: Koryphäe. Medium für feministische Naturwissenschaft und Technik, Nr.21, S. 28.32.

Luhmann, Niklas 1990: Risiko und Gefahr. St. Gallen.

Lupton, Deborah 1995: Medicine as Culture. Illness, Disease and the Body in Western Society. London.

Machein, Henning 1997: Mythen sterben langsam. Aids in Mali. In: Bestmann et al. Aids. Weltweit und dichtdran. Saarbrücken.

Maier, Annette 1996: Dark, distinct and excellently female? - Die Sexualität der Frauen in ausgewählten Werken der modernen Chicana-Literatur. Frankfurt.

Maletzke, Gerhard 1996: Interkulturelle Kommunikation - Zur Interaktion zwischen Menschen verschiedener Kulturen. Opladen.

Marotzki, Wilfried 1988: Zum Verhältnis von Lernprozeß und Subjekthypothese. Lerntheoretische Überlegungen am Beispiel Gregory Bateson. In: Zeitschrift für Pädagogik, 34. Jg.; Nr. 3, S. 331-346.

Martin, Emily 1994: Flexible Bodies. Tracking Immunity in American Culture - From the Times of Polio to the Age of Aids. Boston.

Martin, Emily 1989: Die Frau im Körper. Weibliches Bewußtsein, Gynäkologie und Reproduktion des Lebens. Frankfurt.

Mato, Daniel (ed.) 1994: Teoría y Política de la Construccion de Identidades y Diferencias en América Latina y el Caribe. Caracas.

Matthes, J. 1984: Über die Arbeit mit lebensgeschichtlichen Erzählungen in einer nicht-westlichen Kultur. In: Kohli/ Robert (eds.) Biographie und soziale Wirklichkeit. Stuttgart.

Matthes, J. 1985: Zur transkulturellen Relativität erzählanalytischer Verfahren in der empirischen Sozialforschung. In: Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie, Jg. 37, S. 310-326.

Maturana, Humberto R./ **Varela**, Francisco 1988: Der Baum der Erkenntnis - Die biologischen Wurzeln des menschlichen Erkennens. Frankfurt.

Mauss, Marcel 1989: Soziologie und Anthropologie. 2 Bde. Frankfurt.

McEwan, Peter (ed.) 1991: Anthropology rediscovers Sexuality. Sonderheft von Social Science and Medicine, Vol. 33, No. 8. Oxford et al.

McEwan, Peter (ed.) 1991: Social Science Perspectives on HIV in the United States. Sonderheft von Social Science and Medicine, Vol. 33, No.1. Oxford et al.

McGuire, Edward et al. 1992: Sexual Behavior, Knowledge and Attitudes about Risk among College Freshmen. In: American Journal of Preventive Medicine, Vol. 8, No. 4, S. 226-234.

Meade, Michael 1993: Die Männer und das Wasser des Lebens. Wege zur wahren Männlichkeit. München.

Memmi, Albert 1994: Der Kolonisator und der Kolonisierte. Zwei Porträts. Hamburg.

Merchant, Carolyn 1994: Der Tod der Natur. München

Mishler, Elliot G. 1984: The Discourse of Medicine - The Dialectic of Medical Interviews. Boston.

Montero, Maritza 1994: Altercentrismo y Construcción de Identidades negativas. In: Mato, D (ed.) - Teoría y Política de la Construcción de Identidades y Diferencias en América Latina y el Caribe. Caracas.

Moore, Henrietta L. 1990: Mensch und Frau sein. Perspektiven einer feministischen Anthropologie. Gütersloh.

Moser, Caroline 1993: Gender Planning and Development. Theory, Practice and Training. New York.

Muller, Jessica H./ **Koenig**, Barbara A. 1988: On the Boundary of Life and Death - The Definition of Dying by Medical Residents. In: Lock, M./ Gordon, D. (eds.) Biomedicine examined. Dordrecht.

Müller, Siegfried et al. 1995: Fremde und Andere in Deutschland. Nachdenken über das Einverleiben, Einebnen, Ausgrenzen. Opladen.

Nestvogel, Renate 1991: Sozialisation und Sozialisationsforschung in interkultureller Perspektive. In: Dies. (ed.) - Interkulturelles Lernen und verdeckte Dominanz. Hinterfragung "unseres" Verhältnisses zur "Dritten Welt". Frankfurt.

Neubert, Hans-Joachim 1989: Public Relations gegen AIDS - Die Optimierung der Öffentlichkeitsarbeit zur Eindämmung der Immunschwächekrankheit AIDS. Dissertation Hamburg.

Norriega, Guillermo 1994: Sexo entre varones. Poder y resistencia en el campo sexual. Ciudad de Mexico.

Oevermann, Ulrich 1977: Sprache und soziale Herkunft. Ein Beitrag zur Analyse schichtenspezifischer Sozialisationsprozesse und ihrer Bedeutung für den Schulerfolg. Frankfurt.

Olmedo, Alejandro M. 1993: El Aro y la Trama. Episteme, Modernidad y Pueblo. Caracas/ Valencia.

Olmedo, Alejandro M. 1995: La Familia Popular Venezolana. Curso de Formación Sociopolitica No. 15. Caracas.

O´Neill, John 1990: Die fünf Körper. Medikalisierte Gesellschaft und Vergesellschaftung des Leibes. München.

Oppenheimer, Gerald M 1988: In the Eye of the Storm. The Epidemic Construction of Aids. In: Fee, E./ Fox, D.M. (eds.) - AIDS. The Burdens of History. Berkeley.

Orland, Barbara/ **Scheich**, Elvira (eds.) 1995: Das Geschlecht der Natur. Frankfurt.

Ortiz, Ernesto 2000: Dr. Gregorio Hernández. Cartas y documentos. Caracas.

Ostner, Ilona/ **Lichtblau**, Klaus (eds.) 1992: Feministische Vernunftkritik. Ansätze und Traditionen. Frankfurt.

Ots, Thomas 1991: Phenomenology of the Body. In: Pfleiderer B./ Bibeau G. (eds.) Anthropologies of Medicine. Curare Sonderband. Wiesbaden.

Palm, Kerstin 1998: Feministische Naturwissenschaftsforschung in der Biologie. Vortrag auf dem Kongress für Frauen in Naturwissenschaft und Technik. Mainz.

Parker, Richard G. 1995: The Social and Cultural Construction of Sexual Risk, or How to Have (Sex) Research in an Epidemic. In: Brummelhuis et al. Culture and Sexual Risk. Amsterdam.

Payer, Lynn 1993: Andere Länder, andere Leiden. Ärzte und Patienten in England, Frankreich, den USA und hierzulande. Frankfurt.

Peard, Julyan 1996: Medicina Tropical en el Brasil del Siglo XIX. La ”Escuela Tropicalista Bahiana” 1860 – 1890. In: Cueto, Marcus (ed.) – Salud, Cultura y Sociedad en América Latina. Lima.

Petersen, Alan/ **Bunton**, Robin (eds.) 1997: Foucault, Health and Medicine. London.

Pfleiderer, Beatrix/ **Greifeld**, Katarina/ **Bichmann**, Wolfgang (eds.) 1995: Ritual und Heilung - Eine Einführung in die Ethnomedizin. Berlin.

Pfleiderer, Beatrix/ **Bichmann**, Wolfgang (eds.) 1993: Krankheit und Kultur. Eine Einführung in die Ethnomedizin. Berlin.

Pfleiderer, Beatrix/ **Bibeau**, Gilles (eds.) 1991: Anthropologies of Medicine. Curare Sonderband. Wiesbaden.

Pfeiffer, Erna 1998: Territorium Frau. Körpererfahrung als Erkenntnisprozeß in Texten zeitgenössischer lateinamerikanischer Autorinnen. Frankfurt.

Pieper, Marianne 1993: ”Seit Geburt körperbehindert...”. Behinderung als kontinuierliche lebensgeschichtliche Erfahrung aus der Sicht Betroffener und deren Familien. Weinheim.

Pollak-Eltz, Angelina 1974: The black Family in Venezuela. In: Wiener Beiträge zur Kulturgeschichte und Linguistik Nr. 18. Wien.

Pollak-Eltz, Angelina 1982: Folk-Medicine in Venezuela. Wien.

Pollak, Michael 1990: Homosexuelle Lebenswelten im Zeichen von AIDS. Soziologie der Epidemie in Frankreich. Berlin.

Pollak, Michael/ **Pierret**, Janine 1992: AIDS - A Problem for Sociological Research. In: Current Sociology, Vol. 40, No. 3.

Portele, Gerhard 1981: Entfremdung bei Wissenschaftlern - Soziale Vorstellungen von Wissenschaftlern über "Wissenschaft" und Moral. Frankfurt.

Portele, Gerhard 1989: Autonomie, Macht, Liebe. Konsequenzen der Selbstreferentialität. Frankfurt.

Preda, Alexandru 1994: Natural Histories. On the Rhetorical Construction of AIDS in Biomedical Discourse. Unveröffentlichtes Manuskript. Bielefeld.

Preda, Alexandru 1997: "Known to occur among the following...". The Acquired Immunodeficiency Syndrome and the Rhetorical Practice of "Risk". Dissertation Bielefeld.

Psychologie Heute Special 1992: Frauen Schönheit. Heft 4. Weinheim.

Pytlik, Anna 1997: Träume im Tropenlicht - Forscherinnen auf Reisen. Reutlingen.

Rastetter, Daniela 1994: Sexualität und Herrschaft in Organisationen. Eine geschlechtervergleichende Analyse. Opladen.

Raven, Uwe 1989: Professionelle Sozialisation und Moralentwicklung. Zum Berufsethos von Medizinern. Wiesbaden.

Riewenherm, Sabine 1994: Wenn Pflanzen zu sehr lieben. In: Tagungsband des Vereins ”Frauen in Naturwissenschaft und Technik”. Karlsruhe.

Rodríguez, Albor 1996: De eso no se habla. La Huella del SIDA en Venezuela. Caracas.

Rohr, Elisabeth 1995: Die fremde Frau - Der weibliche Blick auf eine fremde Kultur. In: AG Fachfrauen (ed.). Fachfrauen - Frauen im Fach. Frankfurt.

Rosenbrock, Rolf/ **Salmen**, Andreas (eds.) 1990: AIDS-Prävention. Ergebnisse sozialwissenschaftlicher AIDS-Forschung. Berlin.

Roth, Klaus (ed.) 1996: Mit der Differenz leben. Europäische Ethnologie und Interkulturelle Kommunikation. Münster et al.

Ruffié, Jacques/ **Sournia**, Jean C. 1987: Die Seuchen in der Geschichte der Menschheit. Stuttgart.

Sackstätter, Susanne 1984: "Wir sind doch alles Weiber". Gespräche unter Frauen und weibliche Lebensbedingungen. In: Jeggle (ed.) Feldforschung. Tübingen.

Sánchez, Rodrigo N. 1995: La Mirada Penetrante. Reflexiones y Prácticas del Discurso Antropolólico. Cuardernos de Postgrado No. 10. Caracas.

Santis, José V. de 1993: La Condenación - ó Jeremías aún no ha muerto de SIDA. Caracas.

Santis, José V. de 1988: Jeremías el Replicante. Caracas.

Scambler, Graham 1984: Perceiving and Coping with Stigmatizing Illness. In: Fitzpatrick et al. The Experience of Illnes. London/ New York.

Schachtner, Christina 1999: Ärztliche Praxis. Die gestaltende Kraft der Metapher. Frankfurt.

Schaeffer-Hegel, Barbara/ **Watson-Franke**, Barbara (eds.) 1988: Männer Mythos Wissenschaft. Grundlagentexte zur feministischen Wissenschaftskritik. Pfaffenweiler.

Schatzki, Theodore R./ **Natter**, Wolfgang (eds.) 1996: The social and the political Body. New York.

Scheich, Elvira (ed.) 1996: Vermittelte Weiblichkeit. Feministische Wissenschafts- und Gesellschaftstheorie. Hamburg.

Scheper-Hughes, Nancy 1992: AIDS and Human Rights in Cuba - A second Look. Unveröffentlichtes Vortragsmanuskript. Berkeley.

Scherer, Patricia 1996: Diagnose HIV+ - Trauma oder Chance? HIV und AIDS als "Voodoo-Formeln" der Moderne. Dissertation München.

Schiebinger, Londa 1987: Skeletons in the Closet - The first Illustrations of the female Skeleton in eithteenth-Century Anatomy. In: Gallagher/ Laqueur (eds.) The Making of the modern Body. Berkeley/ L.A.

Schlenker, Jan 1996: Wissen, Einstellungen und Verhalten von Medizinstudenten bezüglich HIV-Infektion und AIDS. Dissertation Berlin.

Schmersahl, Katrin 1998: Medizin und Geschlecht. Zur Konstruktion der Kategorie Geschlecht im medizinischen Diskurs des 19. Jahrhunderts. Opladen.

Schmidbauer, Wolfgang 1980: Die hilflosen Helfer. Über die seelische Problematik der helfenden Berufe. Reinbek.

Schmidt, Kerstin 1996: Die Mutation einer Wahrnehmung. Foucaults Archäologie des ärztlichen Blicks. In: Wolf, Angelika/ Stürzer, Michael (eds.) - Die gesellschaftliche Konstruktion von Befindlichkeit. Berlin.

Schmidt, Renate B. 1994: Sexualität in Biologiebüchern. Die Destabilisierung des Status quo durch AIDS. Frankfurt.

Schoepf, R. 1998: Inscribing Bio Politics. In: Lock, M./ Kaufert P. (eds.) - Pragmatic Women and Body Politics. Cambridge.

Schulz, Dagmar 1992: Akkulturationsprozesse und die Entwicklung kultureller Zwischenwelten. In: Wetterer, A. (ed.) – Profession und Geschlecht. Über die Marginalität von Frauen in hochqualifizierten Berufen. Frankfurt.

Schütz, Alfred/ **Luckmann**, Thomas 1975: Strukturen der Lebenswelt. Neuwied/ Darmstadt.

Schütze, Fritz 1992: Sozialarbeit als ”bescheidene” Profession. In: Dewe, B. (ed.) – Erziehen als Profession. Zur Logik professionellen Handlens in pädagogischen Feldern. Opladen.

Schwefel, Detlef (ed.) 1987: Soziale Wirkungen von Projekten in der Dritten Welt. Baden-Baden.

Schwibbe, Gudrun 1989: Laientheorien zum Krankheitsbild "Krebs". Eine volksmedizinische Untersuchung. Dissertation Göttingen.

Serrano, R.H./ **Colmenarez**, A.P. (eds.) 1984: Sexualidad, Cultura y Antropología. VI. Simposium Internacional de Sexología. Caracas.

Serrano, R.H./ **Colmenarez**, A.P. (eds.) 1995: X. Simposium Internacional de Educación Sexual (Simposium Internacional de Sexología). Caracas.

Shilts, Randy 1987: AIDS and the Band played on. San Francisco.

Sich, Dorothea/ **Diesfeld**, Hans-Jochen et al. (eds.) 1993: Medizin und Kultur. Frankfurt.

Sigusch, Volkmar 1987: AIDS als Risiko. Über den gesellschaftlichen Umgang mit einer Krankheit. Hamburg.

Sigusch, Volkmar/ **Gremliza**, Hermann (eds.) 1986: Operation AIDS. Sonderheft

"Sexualität" von Konkret. Hamburg.

Silverman, David 1994: Interpreting Qualitative Data - Methods for Analysing Talk, Text and Interaction. London.

Small, Neil 1993: Dying in a Public Place - AIDS Deaths. In: Clark, David (ed.) 1993, Sociology of Death. Cambridge.

Spiegel Special Nr. 4/ 1997: Lust am Leib. Die Entdeckung des Körpers. Hamburg.

Sontag, Susan 1989: AIDS und seine Metaphern. München/ Wien.

Sontag, Susan 1981: Krankheit als Metapher. Frankfurt.

Sormani, Laura 1998: Semiotik und Hermeneutik im interkulturellen Rahmen. Frankfurt.

Spark, Matthew 1996: Displacing the Field in Fieldwork. In: Duncan, Nancy. Body Space. London.

Sperber, Dan 1989: Das Wissen des Ethnologen. Frankfurt.

Staiano, Kathryn V. 1986: Interpreting Signs of Illness. A Case Study in medical Semiotics. Berlin et al.

Stark, Jürgen 1996: No Sex - Die neue Prüderie in Deutschland. Moralapostel und Lustfeinde auf dem Vormarsch. Reinbek.

Starobinski, Jean 1991: Kleine Geschichte des Körpergefühls. Frankfurt.

Starr, Paul 1982: The Social Transformation of American Medicine. New York.

St.Christian, Douglass 1989: AIDS - An Illness with Meaning. Ontario.

Strauss, Anselm/ **Corbin**, Juliet 1996: Grounded Theory - Grundlagen Qualitativer Sozialforschung. Weinheim.

Strauss, Anselm L. 1994: Grundlagen qualitativer Sozialforschung. München.

Strauss, Anselm/ **Fagerhaugh**, Shizuko et al. (eds.) 1985: Social Organization of Medical Work. Chicago/ London.

Suleiman/ Susan Rubin (ed.) 1986: The Female Body in Western Culture. Cambridge et al.

Sutter, Tilmann 1997: Beobachtung verstehen - Verstehen beobachten. Perspektiven einer konstruktivistischen Hermeneutik. Opladen.

Tassew, Admassu 1995: Reporting a Pandemic. A comparative Study of AIDS News Coverage in African and European prestige Dailies. Göteborg.

Taylor, C.L. 1992: HIV Prevention - A Dramaturgical Analysis and Practical Guide to Creating Safer Sex Interventions. In: Medical Anthropology 14, S. 243-284.

Thürmer-Rohr, Christina 1987: Vagabundinnen. Feministische Essays. Berlin.

Torrealba, J.O./ **Hellal**, E.P. (eds.) 1996: Pensamiento Alternativo en Salud. Cuadernos de Postgrado No. 12. Caracas.

Torres, Freddzia/ **Rancel**, Maria P. 1988: El Discurso del SIDA. Analisis del Discurso Social. Caracas.

Traweek, Sharon 1988: Beamtimes and Lifetimes. The World of High Energy Physicists. Cambridge/ London.

Treichler, Paula A. 1988: AIDS, Homophobia and Biomedical Discourse. An Epidemic of Significance. In: Crimp, Douglas (ed.) AIDS - Cultural Analysis, Cultural Activism. Cambridge.

Treichler, Paula A. 1988: AIDS, Gender and Biomedical Discourse - Current Contests for Meaning. In: Fee, Elizabeth/ Fox, Daniel M. (eds.). AIDS - The Burdens of History. Berkeley.

Treichler, Paula A. 1992: AIDS, HIV and the Cultural Construction of Reality. In: Herdt, Gilbert/ Lindenbaum, Shirley (eds.) The Time of AIDS. London.

Treichler, Paula A. 1993: AIDS Narratives on Television - Whose Story? In: Murphy, Timothy F./ Poirier, Suzanne. Writing AIDS - Gay Literature, Language and Analysis. New York.

Trexler, Richard C. 1995: Sex and Conquest - Gendered Violence, political Order and the European Conquests of the Americas. Ithaca.

Turner, Bryan S. 1997: Medical Power and Social Knowledge. London.

Turner, Bryan S. 1989/69: The Body and Society. Oxford.

Turner, Stephen 1994: The Social Theory of Practices. Tradition, Tacit Knowledge and Presuppositions. Chicago.

Tuschinsky, Christine 1995: Aids und Ethnologie: Welche Aufgabenfelder stellen sich aus medizinethnologischer Perspektive? In: Curare 18 (1995) 2, S. 505-513.

Uexküll, Thure von / **Wesiack**, Wolfgang 1988: Theorie der Humanmedizin. Grundlagen ärztlichen Denkens und Handelns. München et al.

Ullrich, Detlev 1984: Barriopolitik in Caracas. Eine sozialempirische Untersuchung am Beispiel der Erwachsenenbildung und der Stadtteilarbeit. Saarbrücken.

Van der Geest, Sjaak/ **Reynolds Whyte**, Susan 1988: The Context of Medicines in Developping Countries - Studies in Pharmaceutical Anthropology. Dordrecht.

Van Fraassen, Bas C. 1980: The Scientific Image. Oxford.

Verres, Rolf 1986: Krebs und Angst. Subjektive Theorien von Laien über Entstehung, Vorsorge, Früherkennung, Behandlung und die psychologischen Folgen von Krebserkrankungen. Berlin.

Villegas, Gloria 1993: Factores Psicosociales associados al SIDA a traves de una Historia de Vida. Caracas.

Vogt, Clea 1996: Das Beziehungserleben von Ärzten bei der Behandlung von Patienten mit AIDS, Krebs oder Stoffwechselerkrankungen. Eine empirisch-methodologische Studie zur Arzt-Patient-Beziehung. Dissertation München.

Volinn, Ilse J. 1989: Issues of Definitions and their Implications - AIDS and Leprosy. In: Social Science and Medicine, Vol. 29, No. 10, S. 1157-1162.

Waldschmidt, Anne 1999: Selbstbestimmung als Konstruktion. Alltagstheorien behinderter Frauen und Männer. Opladen.

Weidmann, Reiner 1996: Rituale im Krankenhaus. Berlin.

Wetterer, Angelika 1992: Profession und Geschlecht. Über die Marginalität von Frauen in hochqualifizierten Berufen. Frankfurt.

Whitehead, T.L./ **Conaway**, M.E. (eds.) 1986: Self, Sex and Gender in Cross-Cultural Fieldwork. Urbana.

Wiesner, Heike 1997: Der Tanz um die Eizelle – Striptease oder Damenwahl!? In: Koryphäe – Medium für feministische Naturwissenschaft und Technik. S. 44-46.

Wirsing, Rolf et al. 1997: Children, Medicines and Culture. New York/ London.

Woesler de Panafieu, Christina 1989: Feministische Kritik am wissenschaftlichen Androzentrismus. In: Beer, Ursula (ed.) Klasse Geschlecht. Bielefeld.

Wolf, Angelika/ **Stürzer**, Michael (eds.) 1996: Die gesellschaftliche Konstruktion von Befindlichkeit - Ein Sammelband zur Medizinethnologie. Berlin.

Wolf, Angelika 1996: Essensmetaphern im Kontext von Aids und Hexerei in Malawi. In: Wolf, Angelika/ Stürzer, Michael (eds.) - Die gesellschaftliche Konstruktion von Befindlichkeit. Berlin.

Wolf, Naomi 1991: Der Mythos von der Schönheit. Hamburg.

Wolpe, P. Root 1990: The Holistic Heresy - Strategies of Ideological Challenge in the Medical Profession. In: Social Science and Medicine, Vol. 31, No. 8, S. 913-923.

Wright, Peter/ **Treacher**, A. 1982: The Problem of Medical Knowledge - Examining the Social Construction of Medicine. Edinburgh.

Young, Katherine 1997: Presence in the Flesh. The Body in Medicine. Cambridge.

Zapata, Roberto 1996: Valores del Venezolano. Caracas.

Anhang

1) Leitfaden zur Durchführung der Ärzte-Interviews

1. Berufswahl: Wie kam es dazu, daß Sie sich für den Arztberuf entschieden haben? Was hat dabei den Ausschlag gegeben?

2. Ausbildungsverlauf: Wie verlief Ihre Ausbildung? Wie haben Sie Ihr Studium erlebt? Was haben Sie nach dem Studium gemacht?

3. Hiv/Aids: Seit wann sind Sie im Hiv/Aids-Bereich tätig. Wie fing das an? Erinnern Sie sich noch daran? Erzählen Sie mir davon.

4. Der erste Patient mit Hiv: Wie haben Sie auf den ersten Fall in Ihrer Praxis reagiert? Fühlten Sie sich darauf vorbereitet? Erinnern Sie sich noch, was Sie vorher über die Krankheit gehört hatten?

5. Sprechstundenverlauf: Wie kann ich mir eine Sprechstunde bei Ihnen vorstellen? Wie verläuft die?

6. Arzt-Patient-Beziehung: Worüber unterhalten Sie sich mit Ihren Patienten? Was erzählen die Ihnen? Was ist Ihnen wichtig im Umgang mit den Patienten? Worauf legen Sie da besonderen Wert?

6. Erfolgserlebnisse im Beruf: Wann fühlen Sie sich als Arzt erfolgreich? In welchen Situationen machen Sie Erfahrungen von Mißerfolg?

7. Umgang mit dem Tod: Was empfinden Sie, wenn einer Ihrer Patienten stirbt? Wie gehen Sie damit um?

8. Stigmatisierung von Aids: Hat es Auswirkungen auf Ihren Kontakt zu den Patienten, daß Aids eine stigmatisierte Krankheit ist? Wie äußert sich das? Erzählen Sie mir ein Beispiel.

9. Heilangebote bei Aids: Wie ist das für Sie persönlich, daß Aids nicht heilbar ist? Wie gehen Sie damit um?

10. Religiosität: Welche Einstellung haben Sie zur Religion? Für wie wichtig halten Sie sie in ihrer Arbeit?

11. Berufliches Selbstbild: Wie würden Sie sich selbst beschreiben in Ihrer beruflichen Tätigkeit? Was für ein Bild haben Sie von sich selbst in Ihrer Tätigkeit als Arzt?

12. Abschlußfrage: Wenn Sie alle Gesprächsthemen bedenken, die wir besprochen haben, was fehlt Ihnen da noch? Gibt es etwas wichtiges, was Sie mir abschließend noch mitteilen möchten?

2) Fokusgruppeninterview mit einer Gruppe Medizinstudenten und ihrer Professorin

1. Berufswahl: Wieso habt ihr euch für ein Medizinstudium entschieden? Was hat den Ausschlag dafür gegeben?

2. Evaluation des bisherigen Studiums: Wie beurteilt ihr euer bisheriges Studium? Was hat euch im Positiven oder Negativen besonders beeindruckt? Wie würde euer Resumé aussehen?

3. Berufsziel: Was möchtet ihr nach eurem Studium machen? Welche Vorlieben gibt es da?

4. Hiv/Aids: Ich weiß ja, daß ihr euch darauf vorbereitet, an Schulen zu gehen, um die Schüler über Aids und Präventionsmöglichkeiten aufzuklären. Wie kam es dazu? Was verbindet ihr damit? Was motiviert euch dazu? Was wünscht ihr euch?

5. Vermittlungstätigkeit in der Präventionsarbeit: Wie stellt ihr euch die Durchführung der Talleres (Seminare) vor? Worauf kommt es da eurer Meinung nach an? Welche Probleme könnten dabei auftauchen? Wie würdet ihr damit umgehen, wenn Probleme auftauchen?

3) Auflistung der Interviews

Die Namen der Ortsangaben beziehen sich alle auf Krankenhäuser in Caracas, Arztpraxen sind als "Praxis" aufgeführt. AS = Aids-Stiftung
Abkürzungen der Hospitäler: UCV = Universitätskrankenhaus der "Universidad Central de Venezuela"; HN = Hospital de los Ninios (Kinderkrankenhaus); HV = Hospital Vargas; MH = Militärhospital; PC = Perez Carrenio; CC = Clinicas Caracas; ; EL = El Llanito

1) Dr. A:	Internist	CC u. AS	5.8.95 u. 12.10.95
2) Dr.B	Infektologe	UCV	16.8.95 u. 28.8.95
3) Dr.C	Internist	EL	8.9.95
4) Dr.D	Immunologe u. Internist	Praxis	2.3.96

5) Dr.E	Internist	Praxis	5.11.95
6) Dra.F	Immunologin u. Tropenmedizinerin	UCV u. MH	3.1.96 u. 12.2.97
7) Dr.G	Internist u. Chirurg	Praxis/ CC	13.10.95
8) Dra.H	Immunologin u. Kinderärztin	HN	15.3.97
9) Dr.J	Internist	EL	10.2.96
10) Dr.K	Infektologe	HV	4.3.97
11) Dra.L	Internistin	PC	3.4.96
12) Dra.M	Infektologin	HN	15.3.96
13) Dr.N	Internist	CC	18.11.95
14) Dr.O	Immunologe u. Chirurg	HV	16.2.97
15) Dra.P	Infektologin u. Immunologin	PC u. Praxis	19.9.95 u. 14.2.96
16) Dr.R	Infektologe u. Immunologe	EL u. AS	23.8.95 u. 17.3.97
17) Dr.S	Internist	HV	16.12.95
18) Dr.T	Tropenmediziner	UCV	18.3.97
19) Dra.U	Internistin und Infektologin	PC u. Praxis	19.9.95 u. 14.2.96
21) Dr.W	Internist u. Immunologe	UCV	24.11.95
22) Dr.Z	Infektologe	EL	15.10.95
Padre B	katholischer Priester	bei einem Ausflug	18.10.95

Fokusgruppeninterview mit einer Gruppe Medizinstudenten und ihrer Professorin am 4.3.97 im Tropeninstitut (”Escuela de Medicina Tropical”) der UCV (”Universidad Central de Venezuela”)

Hiv/Aids-Betroffene:

H, männlich	HV	25.8.95
K, weiblich	UCV	9.9.95
S, männlich	PC	2.12.95
D, männlich	UCV	14.4.97

Laieninterview mit B, einer Frau aus dem Barrio ”La Pastora” 27.5.97