

1. Einleitung

1.1. Fragestellung

Im Jahre 1846 plante der Orenburger Generalgouverneur OBRUČEV die Einführung eines speziellen Gesundheitszeugnisses für Baschkiren als Grundvoraussetzung für die Eheschließung. Den Mufti von Orenburg verpflichtete er zu einer rechtstheologischen Untermauerung seines Planes. Das Vorhaben wurde jedoch auf höchster Ebene vom Kriegsrat kassiert, weil es nicht „Mohammedanischem Recht“ entspreche.¹

Es mag irritieren, dass ich einer Arbeit über das ausgehende Zarenreich einen Plan vom Vorabend des Krimkrieges voranstelle, der nicht einmal umgesetzt wurde. Doch zieht man an den einzelnen Fäden, die aus dem Knäuel „Medikalisierung und Russlandmuslime“ herausragen, führen sie immer wieder zu diesem Knoten, und darum erschien es mir sinnvoll, ihn als Einstieg zu verwenden.

OBRUČEVs Projekt bringt allerlei zutage: Erstens diskriminiert es eindeutig die Baschkiren gegenüber anderen Ethnien. Zweitens zeugt die Korrespondenz zwischen Gouverneur und Mufti von einem Subordinationsverhältnis, bei dem das geistliche Oberhaupt der Wolga-Ural-Region nicht viel mehr war als ein Befehlsempfänger. Drittens aber lieferte der Mufti zwar vordergründig die gewünschte Rechtfertigung, versah sie jedoch mit dem Pferdefuß, dass Frauen sich nicht von Männern medizinisch untersuchen lassen dürften - ein Verbot, das viertens wiederum den entscheidenden Impuls zum Frauenstudium in Russland gab. Und fünftens ordnet hier die höchste staatliche Ebene die Anweisung eines Gouverneurs ausdrücklich islamischem Recht unter - umso bemerkenswerter, als NIKOLAJ I. nahezu zeitgleich den Krimkrieg initiierte und fürderhin turksprachige Muslime als potentielle Verbündete des Osmanischen Reiches misstrauisch beäugte.

Sechzig Jahre später hatte sich durch die Reformen ALEXANDERS II. nicht nur das Gebaren des Staates gegenüber seinen Untertanen gewandelt, auch die Medikalisierung im Russischen Reich war fortgeschritten und forderte von den Muslimen, sich dazu irgendwie zu verhalten. Wie sie dies taten, ist ein Untersuchungsgegenstand dieser Arbeit.

Das Gesundheitssystem stützte sich auf die naturwissenschaftliche Medizin, die explizit jedes medizinische System ausschloss, das sich physikalischen und chemischen Gesetzen nicht unterwarf. Bisherige Krankheitskonzepte wie Humoralpathologie, der Böse Blick und böse Geister wurden zu unwissenschaftlichem Aberglauben. Gleichzeitig weitete die neue Medizin ihren Geltungsanspruch nach und nach aus und drängte konkurrierende Konzepte in den Hintergrund.

Die Fragestellung lautet nun, inwieweit ein muslimischer Kranker im ausgehenden Zarenreich von solchen Medikalisierungsprozessen tangiert war - nicht so sehr, wie er selbst sich zwischen den verschiedenen Ansätzen traditionaler und naturwissenschaftlicher Medizin orientierte, denn dazu fehlen valide Quellen. Im Mittelpunkt stehen vielmehr die Orientierungshilfen, die ihm seine eigenen Medien dabei an die Hand gaben: Wo findet die

¹ Polnoe Sobranie Zakonov (kurz: PSZ) 1853 S. 242 f. Nr. 27258: „[...] Исходатайствованное предместником нынешняго Командира Отдельнаго Оренбургскаго Корпуса, Генералом Обручевым, свидетельство брачущихся чрез валиев, что брачущиеся не одержимы сифилисом, как меру, не согласную с законом Магометанским, отменить, не обращая затем и к обнаругованию составленного для Мулл и Ахунов наставления. [...]“ Der Projektverlauf ist dokumentiert in CGIA RB f. 295 op. 2 d. 32 l. 70-75, d. 43 l. 112-114, f. 295 op. 3 d. 295 d. 2615. Dazu auch Azamatov (1999) S. 163 f.

Medikalisierung Akzeptanz und inwieweit stößt sie auf Ablehnung? Wie vermittelten die russlandmuslimischen Zeitungen das neue Wissen aus den europäischen Laboratorien? Wie werden mögliche Konflikte zwischen Glaube und Naturwissenschaften gelöst? Wie werden Reibungsflächen zwischen sanitären Maßnahmen und Religionsgesetzen angegangen?

Soweit ist die Thematik eine Variation der Frage, wie eine traditionale Gesellschaft mit den Herausforderungen der Moderne umgeht, die ihr von außen übergestülpt werden soll, die mit Besserung der Lebensumstände lockt, aber zugleich mit Identitätsverlust droht. Aber ebenso, wie die „traditionale Gesellschaft“ ein Konstrukt ist, das sich zunächst nur hypothetisch postulieren lässt, so sind auch die Impulse, die sie erhielt, widersprüchlich.

Die Spannung zwischen Aneignung und Selbstbehauptung wird auch aus der Medizin selbst gespeist, die der Menschheit zur damaligen Zeit zwei große Ängste bescherte: die Mikrobophobie und die Angst vor der Degeneration. Für die Mikrobophobiker lauerten überall draußen Bakterien, aber von außen, nämlich aus dem Westen, kamen auch die Mittel dagegen, und Rettung versprach nur eine vorbehaltlose Aneignung naturwissenschaftlicher Erkenntnisse; sie zu ignorieren, könnte den Tod bedeuten. Die Degenerationsangst sah den Menschen hingegen von innen her in seiner Lebenskraft bedroht, durch Alkoholismus, Syphilis und Neurasthenie im Schlepptau moderner respektive europäischer Lebensweisen, wovor es nur einen Schutz gab: sich nicht verführen zu lassen. Die Stoßrichtungen beider Ängste sind einander entgegengesetzt: nach innen und nach außen. Sie machen die Medizin zu einem der Schauplätze, wo Modernisierungswille und Angst vor Identitätsverlust miteinander rangen.

Welche Legitimation kann es haben, einmal mehr die Geschichte einer elitären Minderheit nachzuzeichnen und die Perspektive der Kranken selbst als Black Box in den Raum zu stellen? Wäre es nicht Zeit, endlich diese Kranken selbst zu Wort kommen zu lassen, endlich unter die Lupe zu nehmen, was ein tatarischer Bauer oder Handwerker im Krankheitsfall tat? In der Tat lässt diese Arbeit die Patientengeschichte als Desiderat zurück, schon weil Selbstaussagen rar sind. Die russlandmuslimische Vorkriegspressen als Quelle post-sowjetischer Identitätskonsolidierung kann sich über mangelnde Aufmerksamkeit nicht beklagen, aber sie ist nunmal ein wichtiger Akteur der medialen Vergesellschaftung (Kap. 1.3.2). Trotz ihres Ausscheidens nach der Oktoberrevolution lässt sich nicht sagen, wie die radikale Medikalisierung der Sowjetunion ohne ihre Vorarbeit verlaufen wäre.

Der Untersuchungszeitraum umfasst die Jahre 1890- 1917 im Wolga- und Ural-Gebiet. Kasan und Orenburg bilden den Angelpunkt, an dem Neuigkeiten aus Westeuropa als erste bekannt und von wo aus sie weiter nach Mittelasien kommuniziert wurden. Dementsprechend fand eine bewusste Auseinandersetzung mit neuen Ideen und Erkenntnissen aus den europäischen Metropolen hier zuerst statt, wenn auch mit erheblichen Zeitverzögerungen und durch die russischen Medien gefiltert.

Es bietet sich an, ein Bindeglied zwischen naturwissenschaftlicher Medizin und Alltag herauszugreifen. Dieses Verbindungsstück ist die Hygienebewegung, die Medizin als soziale Aufgabe begreift. Dazu gehört einmal die Verbesserung der Lebensbedingungen nach gesundheitlichen Kriterien, die auch die Erforschung sozialer Krankheitsursachen beinhaltet, und zum anderen die Popularisierung medizinischer Grundkenntnisse, um ein Gesundheitsbewusstsein in der Bevölkerung zu verankern.² Erst diese Vorarbeit versetzt die

² Für die Aufklärung siehe Sahmland, Volksaufklärung realitätsnah und praxistauglich (2007), für das 19. Jahrhundert, stark von Foucault inspiriert, Sarasin, Reizbare Maschinen (2001). Wie Fachwissen in die Alltagssprache

Presse in den Stand, vorgekauft medizinisches Fachwissen mundgerecht zu servieren. Damit überbrückt die Hygienebewegung die Kluft zwischen Labor und Alltag und bietet eine viel größere Spiegelfläche, als sich zwischen den Forschungsstätten und der Lebenswelt der potentiellen Patienten herstellen ließe.

Zunächst skizziere ich die medizinischen Konzepte und das medikale Angebot in der Region. Ein Schwerpunkt dabei liegt auf der passiven und aktiven Beteiligung von Muslimen und Musliminnen am Gesundheitswesen. Wenn Frauen ein eigenes Kapitel erhalten und dadurch einmal mehr als Sonderfall des Menschen behandelt werden, spiegelt dies ihre historische Absonderung wieder und entspricht der Sonderrolle, die sie in der Hygieneliteratur zugewiesen bekommen haben. Somit eignen sie sich auch gut als Überleitung zum Hauptteil, der sich mit der medialen Aufbereitung von Medizin und Hygiene befasst.

Ein erster Themenschwerpunkt im Medienteil bildet die Gesundheitserhaltung, oder vielmehr, welche Grundbausteine für die russlandmuslimische Ratgeberliteratur charakteristisch sind. Ein Kapitel befasst sich mit der religiösen Sicht auf die naturwissenschaftliche Medizin und untersucht mögliche epistemologische und ethische Konfliktfelder zwischen beiden. Das Kapitel zum Seuchenschutz greift diese Problematik anhand des Hauptbetätigungsfeldes der öffentlichen Hygiene auf, der anschließend die Neurasthenie als private Krankheit und Sorge um sich gegenübergestellt wird.

Bei der Materialsichtung hat sich gezeigt, dass besonders viele Muslime an Skorbut gelitten haben, dass aber gerade um diese Krankheit in den Medien Stille herrschte, während der Angst vor Seuchen und Degeneration sehr viel Platz eingeräumt wurde. Rückblickend hat sich dadurch mein Fokus von religiösen Konflikten hin zu dieser Diskrepanz verschoben. Obwohl diese Gebiete auf den ersten Blick nicht in direktem Zusammenhang zueinander stehen, erschien es mir aufschlussreich, sie miteinander in Beziehung zu setzen, denn erst das Spannungsfeld zwischen ihnen macht das Eigentümliche der russlandmuslimischen Presse aus, das es herauszuarbeiten gilt.

1.2. Forschungsstand

Diese Arbeit ist an der Schnittstelle zwischen der Regionalgeschichte der Wolga-Ural-Region und der Medizingeschichte anzusiedeln.

In identitätsgeschichtlicher und politischer Hinsicht ist der Wolga-Ural-Raum recht gut erforscht.³ Bei der Medizin und Hygiene ergibt sich eine Diskrepanz zwischen der faktenorientierten (post)sovjjetischen Geschichtsschreibung und der diskursorientierten Forschung im Westen, die sich aber des Wolga-Ural-Raums bislang nicht angenommen hat. Die regionale Geschichtsschreibung ist vor allem in Bezug auf Daten und Fakten ergiebig. Ein Großteil davon speist sich noch aus Werken aus der Zarenzeit, wie zum Beispiel

übersetzt wird, untersucht Andrea Becker anhand „populärmedizinischer Vermittlungstexte“ (2001) mehrerer Jahrhunderte mit dem Schwerpunkt auf der Funktion der Metaphorik.

³ Hier sind bes. Noack, *Muslimischen Nationalismus im Russischen Reich* (2000) und Kemper, *Sufis und Gelehrte* (1998) hervorzuheben. Besondere Schwerpunkte sind die Bildungsproblematik und die Presse, wobei hier „La presse et le mouvement national chez les Musulmans de Russie avant 1920“ von Bennigsen und Lemercier-Quelquejey (1964) nach wie vor grundlegend ist, wenn auch vielfach überdacht und ergänzt. Diljara Usmanovas Schwerpunkt liegt auf dem politischen Engagement von Honoratioren. Zur Kasaner Stadtgeschichte sei auf Lutz Häfner, *Gesellschaft als lokale Veranstaltung* (2004) sowie die Arbeiten des Dreigespanns E. Višlejkova, S. Malyševa, A. und Sal'nikova zur Alltagskultur hingewiesen.

I. I. VESELOVSKIJS Monumentalwerk zu den regionalen Selbstverwaltungsorganen (den Zemstva) und ihrer Gesundheitspolitik, oder aus der UdSSR wie ŠERSTVENNIKOV'S Vorlesungen zur Medizingeschichte der heutigen Republik Baškortostan⁴. Das postsowjetische Buch „Očerki istorii mediciny Tatarstana“ („Quellen der Medizingeschichte Tatarstans“) von ZYJATDINOV und PAVLUCHIN (2005) ist eine faktenreiche Würdigung ohne Quellenkritik. Eine kurze, aber fundierte Bestandaufnahme über Angebot und Nachfrage medizinischer Dienstleistungen unter den Tataren im ausgehenden Zarenreich bietet ein 2012 erschienener Aufsatz von Lilija GABDRAFIKOVA.⁵ Zur Zemstvomedizin des Gouvernements Ufa liegen mehrere neuere Arbeiten vor.⁶ Diesen Werken aus mehr als einem Jahrhundert ist gemein, dass Medikalisierung mit Fortschritt gleichgesetzt wird. Reibungspunkte mit traditionellen medikalen Kulturen, die mehr unter ethnographischen Gesichtspunkten Beachtung finden,⁷ werden kaum problematisiert, und wo doch, werden sie der Mentalität der unaufgeklärten Bevölkerung angelastet.⁸ Inspirationen zu einer kritischen Auseinandersetzung sind also anderweitig zu suchen.

Bei den theoretischen Überlegungen hierzu bin ich daher auf andere Regionen wie Zentralasien angewiesen. Cassandra Marie CAVANAUGH hat eine Geschichte der Kolonialmedizin in Taschkent vorgelegt (2001), wobei ihr Augenmerk auf den Kolonialherren liegt. Auch Sophie HOHMANN (2009) begreift Medikalisierung ganz als Teil des Kolonialismus.⁹ Von ihr stammt auch eine bemerkenswerte Studie über das gegenwärtige Arrangement zwischen naturwissenschaftlicher und traditionaler Medizin in Usbekistan, wobei es sich bei dieser „Tradition“ laut HOHMANN eigentlich um eine Rekonstruktion handelt.¹⁰ Eine solche Retraditionalisierung wie in Usbekistan wäre in Tatarstan zwar wohl nicht in diesem Umfang denkbar und könnte schon gar nicht auf die Vorsowjetzeit projiziert werden. Doch hilft der Ansatz, nicht dem polarisierenden Konstrukt einer ursprünglichen, natürlichen Volksmedizin auf der einen und einer fremd bestimmenden westlichen Medizin auf der anderen Seite aufzusitzen. Martin DINGES (1999) weist in Bezug auf Vermittlungsschwierigkeiten zwischen deutschem Fachpersonal und russischer Einwohnerschaft während der Aufklärung darauf hin, dass es „nicht um die Feststellung nationaler Eigenheiten“ gehen könne, „sondern um die Art, wie beide Seiten mit solchen Konfliktsituationen umgehen“.¹¹

⁴ Den Hinweis auf diese Archivalien CGIA RB fond 4548 verdanke ich Marsil Farchšatov (Ufa).

⁵ Gabdrafikova, Rasprostranenie medicinskih uslug sredi tatar-musul'man vo vtoroj polovine XIX - načale XX veka (2012).

⁶ Rizvanova, Zemskaja medicina Ufimskoj gubernii (2008), Farchšatov, Zdravoočranenie, S. 301-309 in Istorija Baškortostana II (2007). Von Rizvanova existiert außerdem eine Dissertation: Gubernskie vlasti i organy mestnogo samoupravlenija Južnogo Urala v bor'be s epidemijami i epizootijami v konce XIX - načale XX vv. Ufa 2011 (2011), von der mir leider nur ein Abstract vorliegt.

⁷ Als Sammlung dieser Bräuche verstehen sich die mehrbändigen Ausgabe von Tatar miflari (1996-1999) und Baškirkoe narodnoe tvorčestvo (2010) Sprachlich wurden diese Bräuche untersucht von Achmet'janov (1981 und 1989). Xisamitdinova, Die baschkirische Heilmagie und ihre sprachlichen Wurzeln, S. 37-48, Suleymanova, Die Geisterwelt der Baschkiren, S. 5-35, beide in Muslim Culture Bd. I (1996).

⁸ Vgl. z. B. Gabdrafikova (2012) S. 214.

⁹ Hohmann, La médecine moderne au Turkestan russe (2009).

¹⁰ Dies., Les „médecins-tabib“, une nouvelle catégorie d'acteurs thérapeutiques en Ouzbékistan post-soviétique? (2007), National Identity and Invented Tradition: The Rehabilitation of Traditional Medicine in Post Soviet Uzbekistan (2010).

¹¹ Dinges, Kann man medizinische Aufklärung importieren? (1999) S. 234.

Anna AFANASYEVA untersucht die Bekämpfung der Cholera in der kasachischen Steppe mit einem bemerkenswerten Ergebnis: Sie weist auf die Allianz von Homöopathie und kasachischer Volksmedizin hin, die, obwohl beide in den Augen der von ihr sogenannten „orthodoxen“ oder „traditionellen“ Medizin nicht anerkannt waren, mithilfe von Schutzamuletten aus Kupfer beachtliche Erfolge gegen die Cholera zeitigten. Anhand dessen zeichnet sie einen Umschwung des Kasachenbildes zwischen 1830 und 1892 von Abwehr zu Paternalismus nach.¹² In demselben Zeitschriftenband befasst sich Angelika STROBEL mit dem Bemühen der Hygieniker im Zarenreich, sich mithilfe moderner Medien als fortschrittliche Vertreter universeller wissenschaftlicher Erkenntnisse zu präsentieren. Dieses der Hygiene in Osteuropa gewidmete Heft steht insgesamt im Zeichen der Medikalisierungsforschung, die im folgenden Kapitel skizziert werden soll.

1.3. Theorienlandschaft

1.3.1. Namensuche für die Medizin

Welches Wort verkörpert den Unterschied zwischen traditioneller und neuer Medizin, ohne zu werten oder zu polarisieren?

In unserem Sprachgebrauch ist am geläufigsten der Ausdruck „Schulmedizin“, den wir der Polemik gegen sie verdanken, der sich aber auch unter ihren eigenen Vertretern eingebürgert hat.¹³ Weil er als Fremd- und Selbstbezeichnung verwendet wird, eignet er sich meines Erachtens zum neutralen Gebrauch besser als andere zeitgenössische Bezeichnungen wie „rationale“, „objektive“ oder „wissenschaftliche“ Medizin¹⁴, die ihr Ideal als Etikett verwenden: „Objektiv“ und „rational“ fallen aus, da sie anderen medikalen Konzepten diese Qualitäten von vornherein absprechen, ohne den Nachweis zu erbringen, ob sie ihrem eigenen Anspruch immer gerecht würden. Von „wissenschaftlicher Medizin“ lässt sich nach Georges CANGUILHEM kaum noch unbefangen sprechen. Außerdem wäre dies missverständlich, weil in der russlandmuslimischen Presse die klassische griechisch-arabische Medizin häufig als „Wissenschaft der Medizin“ bezeichnet wird. Da ist der Ausdruck „Schulmedizin“ doch prägnanter und ermöglicht eine Abweichung vom eigenen Ideal, ohne dadurch gleich seines Namens verlustig zu gehen. Leider verbietet er sich jedoch wegen seines polemischen Ursprungs und seiner polarisierenden Wirkung.

Bleibt noch die „klinische Medizin“. Die Doppeldeutigkeit der „Klinik“, nämlich zum einen als modernes Krankenhaus (im Unterschied zum Hospital), das die Patienten je nach Krankheit bestimmten Abteilungen zuordnet, und zum anderen als praktische Lehrzeit an Patienten und an der offenen Leiche, die jeder Medizinstudent durchläuft, bringt sowohl die räumliche als auch die arbeitstechnische Abgrenzung zu anderen medizinischen Konzepten zum Ausdruck. So sieht Michel FOUCAULT in der „Geburt der Klinik“ (1963) ideengeschichtlich den Wendepunkt von der alten zur neuen Medizin und macht sie am ärztlichen Blick fest, der im Patienten nicht mehr einen Menschen mit individuellem Krankheits-

¹² Afanasyeva, Quarantines and Copper Amulets: the Struggle against Cholera in the Kazakh Steppe in the Nineteenth Century, S. 489-512 in JfGOE 61 Heft 4 (2013).

¹³ Jütte, Geschichte der Alternativen Medizin (1996) S. 34 ff.

¹⁴ Zeitgenössische Selbstbezeichnung, z. B. bei Loščilov (1901) S. 16 oder auch NART f. 2 op. 5 d. 719 l. 28 (1890): „науч[ой] современной медицины“.

erleben sieht, sondern einen Träger von Symptomen, eine Landschaft aus Gewebestrukturen, in der sich pathogene Veränderungen lokalisieren lassen.

Mir behagt dieser Begriff aus dreierlei Gründen nicht: Zum einen bezeichnet er einen Teilbereich innerhalb der neueren Medizin. Zum anderen passt er nicht recht zur Tätigkeit des Landarztes, der als eine Art Außenposten dieser Medizin etliche Krankheiten in der Ambulanz notversorgte. Zum dritten strebte die Hygienebewegung eine umfassende Neugestaltung der menschlichen Lebensbedingungen an, was eine gänzlich andere Stoßrichtung hat als die klinische Parzellierung des Menschen. Sie gehörte zwar nicht selbst der neueren Medizin an, war aber um Legitimation durch sie bemüht und trug entscheidend zu ihrer Vermittlung und Verbreitung bei. Um die neuere Medizin nicht unnötig von ihren Repräsentanten abzukoppeln, erscheint es mir sinnvoll, für die beiden Aspekte der „klinischen Medizin“ je eigene Begriffe zu wählen: Um den methodischen Ansatz zu betonen, spreche ich von „naturwissenschaftlicher Medizin“. Wenn die Abgrenzung der Ärzte zu anderen Heilkundigen hervorgehoben werden soll, ist von „akademischer Medizin“ die Rede, denn die akademische Provenienz der Ärzte (inklusive Klinik) zieht eine klare Trennlinie zu anderen Heilkundigen. Wie aber bezeichnet man nun diese?

Der Begriff „Volksmedizin“ steht in der Kritik, weil er die Dichotomie „irrationale“ versus „rationale“ Medizin bediene, historisch belastet sei und eine Abwertung beinhalte. Stattdessen wurde „Laienheilkunde“ vorgeschlagen.¹⁵ Dies halte ich für unglücklich, zum einen, weil der Ausdruck „Laie“ der klerikalen Sprache entstammt und ursprünglich Nicht-Theologen bezeichnet, während es hier doch oftmals gerade Geistliche waren, die um medizinische Hilfe ersucht worden sind, und zum anderen, weil es sich dabei durchaus um Sachverständige auf ihrem Gebiet handelt, die bei Teilen der Bevölkerung den Ruf genießen, auf tradiertes Wissen zurückzugreifen und / oder über besondere Fähigkeiten zu verfügen. „Volksmedizin“ lässt sich auch nicht einfach durch „medikale Kultur“ ersetzen,¹⁶ weil beide nicht deckungsgleich sind. Vielmehr ist „medikale Kultur“ ein Oberbegriff, unter den sich jede etablierte Medizin subsumieren lässt. Als behelfsmäßigen Arbeitsbegriff halte ich darum an „Volksmedizin“ fest, wofür auch deren große Affinität zur „Volksfrömmigkeit“ (mit derselben Problematik) spricht, die sich in der Islamwissenschaft als Antonym zum theologisch versierten Gelehrtenislam etabliert hat.¹⁷ Ich grenze sie von der „Laienheilkunde“ als Selbstmedikation ohne besonderes Fachwissen ab. So kann ein Kranker auf Mittel verschiedener Richtungen zurückgreifen, gleichviel, ob homöopathisch, allopathisch, naturheilkundlich oder magisch, ohne dass ihn das Konzept dahinter eingehender beschäftigt. Im Unterschied zur „Laienheilkunde“ ist ein „Laiensystem“ der Rahmen, in dem in einem bestimmten kulturellen Kontext anlässlich einer Krankheit von Kranken und ihren Angehörigen gewöhnlich verfahren wird.

Ein Merkmal der Volksmedizin ist, dass ihr Wissen nur mündlich weitergegeben wird und nicht auf einem schriftlich fixierten theoretischen Konzept beruht. Außerdem ist sie in einer bestimmten Region in einer relativ breiten Bevölkerungsschicht verankert, ohne von einer vorherrschenden medikalen Kultur anerkannt zu werden. Für sämtliche medikale

¹⁵ Loetz (1993) S. 54 f. Ebenfalls ablehnend: Wolff (2005) S. 1457, Eckart & Jütte (2007) S. 334 f.

¹⁶ Vgl. zu „medikale Kultur“ Eckart & Jütte (2007) S. 335 ff.

¹⁷ „Volksfrömmigkeit“, Theologische Realenzyklopädie Bd. 35 (2003 S. 214- 248) S. 214: „Dennoch behält das Gegensatzpaar seine Bedeutung als reine Typen, die in der Wirklichkeit zwar so nicht vorkommen, aber erkenntnisfördernde Bedeutung besitzen. Als Extrema eines Kontinuums mit begrifflich nicht bestimmten Zwischenstufen“ (Karl Hoheisel) möchte auch ich diese Dichotomie verstanden wissen.

Kulturen zusammen, die über einen längeren Zeitraum in einer Region praktiziert worden sind, verwende ich den Begriff „traditionale Medizin“, für medikale Systeme, die in Abgrenzung zur naturwissenschaftlichen Medizin entstanden sind und sich selbst als Alternative dazu verstehen, wie etwa die Homöopathie, „alternative Medizin“.¹⁸

1.3.2. *Medikalisierung und medikale Vergesellschaftung*

Für die Ausweitung der medizinischen Versorgung auf den Großteil der Bevölkerung und die damit einhergehende Monopolstellung der naturwissenschaftlichen Medizin hat sich der Begriff „Medikalisierung“ herausgebildet.¹⁹ Sie ist meist als Unterwerfungsprozess „von oben“ beschrieben worden, der mehrere, in der Forschung unterschiedlich gewichtete Teilaspekte umfasst. Da ist die Erfolgsgeschichte eines Berufsstandes, der sich mithilfe staatlicher Protektion seiner Konkurrenten entledigt, indem er die Ausbildung monopolisiert und andere medikale Kulturen abdrängt. Mit der Obrigkeit im Rücken drängt er seine Dienste der Bevölkerung nötigenfalls gegen deren Widerstand und mit Hilfe von Sanktionen auf. Damit einher geht die Deutungsmacht einer elitären Minderheit über das Gesundheitsverständnis und Krankheitsverhalten der Bevölkerungsmehrheit, die über die Internalisierung von Deutungs- und Verhaltensmustern in Bezug auf Gesundheit bis in Bett und Badezimmer hineinreicht. Neu definierte Normen führten zur Ausgrenzung abweichender Verhaltensweisen und Menschen.²⁰

Medikalisierung beinhaltet also nicht nur eine zunehmende Arztdichte, sondern beschreibt in erster Linie einen „Vermachtungsprozess“²¹, der über die Ausschaltung von Konkurrenz und die Einfügung des Menschen in ein bestimmtes medikales System läuft. Wie das funktionierte, wie Widerstand gebrochen und im Sinne der Medikalisierung Denkweisen und Verhaltensmuster in die Bevölkerung eingepflanzt wurden, wird überwiegend auf „Disziplinierung“ zurückgeführt, die Gerhard OESTREICHS und Michel FOUCAULTS völlig unterschiedliche Ansätze miteinander vereint. OESTREICH erklärt mit seinem Konzept der „Sozialdisziplinierung“ den „Vermachtungsprozess“ des Absolutismus. Ausgehend von der Prämisse, dass Macht nur funktioniere, wenn Menschen bereit oder gezwungen seien zu gehorchen, fragt er danach, wie es gelungen war, so viel Macht zu bündeln, dass ein solches System wie der Absolutismus etabliert werden konnte. Dies führt er auf eine

¹⁸ Vgl. Eckart & Jütte (2007) 297.

¹⁹ Eine abwägende und problembewusste Erläuterung des Konzepts bietet nach wie vor Loetz (1993) S. 43-56, zu seiner Entwicklung Nye, *The evolution of the concept of medicalization in the late twentieth century* (2003). Vgl. auch Eckart & Jütte (2007) S. 312-318.

²⁰ Hier paraphrasiere ich die in Deutschland maßgebende Definition von Frevert (1985) S. 42 unter Einbeziehung von Jean-Pierre Goubert, vgl. Loetz (1993) S. 45 f. Loetz (1994) betont zwar die unterschiedlichen Gewichtungen in Frankreich, Deutschland und Großbritannien (S. 129 ff.), die bezugslos aneinander vorbeischieben (S. 152). Als einigendes Moment hält sie jedoch fest: „Alle erkennen sie den Gegensatz zwischen Herrschenden und Beherrschten. Medikalisierung also, so der Konsens, sei ein ‚von oben‘ aufgezwungener Vorgang, der ‚von unten‘ Widerstand hervorruft“ (ebd. S. 128). Da erst noch herauszuarbeiten ist, wie dies in Russland vonstatten ging, wäre es nicht zielführend, zwischen französischen und deutschen Nuancen Gräben zu ziehen, und so habe ich einen additiven Katalog erstellt, weil sich die Teilaspekte m. E. gegenseitig nicht ausschließen. Als weiterer Aspekt der soziologischen Medikalisierungsforschung sei noch die Pathologisierung menschlicher Urfahrungen wie Geburt und Alter genannt. Vgl. Eckart & Jütte (2007) S. 315. S. 140.

²¹ Diesen Begriff prägt Gerhard Oestreich gegen Max Webers „Versachlichungsprozess“, womit dieser Gehorsam und Machtverhältnisse im modernen Staat begründet, im Gegensatz zur Herrschaft persönlichen Charismas. Vgl. Weber (1980⁵) S. 654-687.

gewisse Denkweise, den Neostozismus, zurück, der vom Machtzentrum aus über Schaltstellen der Macht wie Militär und Beamtenapparat bis in die Bevölkerung emaniert sei. Von diesem hierarchischen Modell unterscheidet sich FOUCAULTS Machtbegriff grundlegend: Bei ihm entfaltet sich die Macht dezentral, impersonal in einem Dispositiv aus Diskurs und Disziplin, das bei ihm nicht mithilfe einer Denkweise, sondern mithilfe von Körpertechnologien implementiert wird.²² Die Medikalisierungsforscher füllen nun OESTREICHS hierarchisches Modell, bei dem sie Medikalisation an die Stelle von Absolutismus setzen, mit FOUCAULTSchen Instrumentarien, die Verhaltensmuster in die Körper und Deutungsweisen in die Köpfe einschreiben.²³

OESTREICHS Beitrag bleibt bis auf die Vokabel „Sozialdisziplinierung“ eher vage.²⁴ Wo diese auf staatliche Maßnahmen (Statistik, Gesetzgebung usw.) reduziert wird, die von oben die Gesundheit der Bevölkerung lenken sollen, scheint es mir zur besseren Abgrenzung von FOUCAULT sinnvoll zu sein, dessen Begriff „Bio-Politik“ zu verwenden.²⁵ FOUCAULTS Disziplinierungsbegriff ist umfassender und zielt auf das Individuum ab: Die Einbindung in die Disziplinargesellschaft geschieht über die Disziplinierung des Körpers, wie sie vor allem in „Überwachen und Strafen“ geschildert wird. Körper stehen unter Beobachtung, sie werden kontrolliert, gezählt, vermessen, parzelliert und getaktet, also räumlich und zeitlich eingeteilt. Diesen sogenannten Körpertechnologien ist der Mensch besonders in Disziplinaranstalten wie Schulen, Kasernen, Gefängnissen, Psychiatrien, Kliniken und Fabriken unterworfen, von dort aus wirken sie auch auf die Menschen außerhalb oder besser gesagt, „innerhalb“: Gefängnis, Psychiatrie und Klinik markieren als „Heterotopien“²⁶ die Ränder der Gesellschaft, die von ihnen wie von Gitterstäben umstellt ist und nicht mehr an ihnen rüttelt, denn sie ist ja bereits diszipliniert. Weil die Menschen diese Ordnung verinnerlicht haben und sich ihr unterwerfen, indem sie innerhalb dieser Ordnung handeln, sind sie im doppelten Wortsinn „Subjekte“, das heißt innerhalb der Gitterstäbe sind sie frei, aber ohne diese ist ihre Freiheit nicht zu denken, es gibt kein Außerhalb. Die Medikalisation, deren Institutionen FOUCAULT zu den Disziplinarräumen rechnet, erweist sich also selbst als zentrales Instrument zur Einfügung des Menschen in die Disziplinargesellschaft, umso mehr, als sich diese Einfügung gerade über den Körper vollzieht, auf den die Medizin zwangsläufig ihren eigenen Zugriff hat.

Neben den Körpertechnologien ergibt sich der medikale Zugriff aus der Diskursivität darüber, was als normal und was als pathologisch anzusehen ist. Diese wird empfindlich gestört, als Georges CANGUILHEM 1943 die Vorstellung widerlegt, dass es sich dabei um wissenschaftliche Kategorien handle. Dabei leugnet er nicht die Wissenschaftlichkeit von Messergebnissen, nur ihre Interpretation in Hinsicht auf das menschliche Leben sei eine wertende Interpretation und somit nicht wissenschaftlich. Die Medizin könne keine reine Wissenschaft sein, weil sich das Leben nicht über Gesetze definiere, weil der Mensch in der

²² Das Konzept vom „Dispositiv der Macht“ wurde von Foucault ursprünglich am Merkantilismus dargestellt und umfasst auch die Institutionen, Gesetze etc. Vgl. ebd. S. 101 f.

²³ Vgl. Breuer (1986), Loetz (1993) S. 46 ff.

²⁴ Loetz (1993) S. 46 f.

²⁵ Bio-Politik definiert Foucault als „die Weise, in der man seit dem 18. Jahrhundert versuchte, die Probleme zu rationalisieren, die der Regierungspraxis durch die Phänomene gestellt wurde, die eine Gesamtheit von als Population konstituierten Lebewesen charakterisieren: Gesundheit, Hygiene, Geburtenziffer, Lebensdauer, Rassen ...“ Zitiert nach Ruoff (2009) S. 84 f.

²⁶ Zugleich brechen diese „Gegenorte“ Alltagsraum und -zeit. Vgl. Ruoff (2009) S. 173 f.

Medizin Objekt und Subjekt zugleich sei und weil sein präwissenschaftliches Bewertungssystem zwangsläufig in die Wissenschaft einfließe.²⁷ Die Dekonstruktion der naturwissenschaftlichen Medizin als positiver Wissenschaft ist ein wichtiger Schritt, um ihrer Unangreifbarkeit Herr zu werden. FOUCAULT geht noch weiter und sieht in ihr einen „epistemologischen Bruch“, der bereits eine irreversible Wirkungsmächtigkeit entfaltet und das Verhältnis des Menschen zu seinem Körper nachhaltig geändert habe.²⁸

FOUCAULT liefert nicht nur das Handwerkszeug für die Erforschung der Medikalisierung, sondern beschäftigte sich selbst eingehend mit ihr, und so ist er in der deutschen Geschichtsschreibung nicht umsonst zuerst und am nachhaltigsten in diesem Bereich rezipiert worden. Die Psychiatriekritik wurde maßgeblich beeinflusst von „Wahnsinn und Gesellschaft“ und „Die Macht der Psychiatrie“. In diesen Schriften zeigt er anhand der Entstehungsgeschichte der modernen Psychiatrie die Mechanismen der Pathologisierung und der Ausgrenzung von Menschen auf, die als Bedrohung für das Selbstbild und die Funktionstüchtigkeit der Menschen außerhalb der Psychiatrie wahrgenommen werden.²⁹

Auch zur Medikalisierungstheorie somatischer Krankheiten hat er mit der „Entstehung der Klinik“ und mit „Les machines à guérir“ maßgebliche Impulse geliefert: Die Genderforschung hat den „ärztlichen Blick“ als männliches Machtinstrument über den weiblichen Körper entdeckt und nicht nur Krankheitsbilder wie Hysterie als kulturelles Konstrukt entlarvt, sondern die Medikalisierung auch als die zweite große männliche Offensive nach der Hexenverfolgung gegen weibliches Heilwissen interpretiert.³⁰ In der Sozialgeschichtsschreibung wurde die Einbindung der Arbeiter in die Krankenversicherung als Mittel der Disziplinierung und die kassenärztliche Kontrolle als Machtinstrument zur „Assimilation“ und „Kolonisierung neuer peripherer Unterschichten“ bewertet.³¹

Es fällt auf, dass in der Medikalisierungsforschung meist Täter-Opfer-Beziehungen im Fokus stehen, die mit dem vordem herrschenden Bild des helfenden Arztes und des leidenden Patienten gemein haben, dass hier wie dort eine Agens-Patiens-Konstellation vorliegt. Selbst dort, wo Patienten als Akteure in Erscheinung traten, wurde dieses Eigenengagement im Disziplinierungskonzept nur mehr als Verinnerlichung von Machtstrukturen gedeutet.³²

²⁷ Canguilhem, Das Normale und das Pathologische (2013).

²⁸ Der Ausdruck „epistemologischer Bruch“ stammt von Gaston Bochelard. Nach seiner und Georges Canguilhems Theorie bewirken Schübe in der Wissenschaft Diskontinuitäten. Ein Bruch entsteht dann, wenn das bisherige Wissen durch neue Erkenntnisse wertlos geworden ist, was Foucault durch die Geburt der Klinik als gegeben ansieht. Vgl. Ruoff (2009) S. 85 ff., bes. S. 86.

²⁹ Foucault lässt sich zwar kaum an einen Satz fesseln, dennoch ein Zitat aus „Wahnsinn und Gesellschaft“ (1997) S. 541: „man löst die Ketten, die den Gebrauch seines freien Willens behinderten, aber um ihn jenes Willens zu entledigen, der in den Willen des Arztes verlagert [...] wird.“

³⁰ Nicht umsonst lautet der Untertitel der „Geburt der Klinik“ „Archäologie des ärztlichen Blicks“. Mit der Hysterie befasst sich ein Kapitel in „Wahnsinn und Gesellschaft“, das bis in die Belletristik hinein inspirierend gewirkt hat, etwa auf Siri Hystveds „What I loved“. Besonders Geburtshäuser und Hebammen haben Blicke der historischen Genderforschung auf sich gezogen, vgl. etwa Seidel, Eine neue „Kultur des Gebärens“ (1998) und Metz-Becker, Der verwaltete Körper (1997). Die dort vorherrschende Opfer-Täter-Dichotomie wird erfrischend zerpfückt bei Loetz (1993) S. 38 f.

³¹ Z. B. Labisch, Die soziale Konstruktion der „Gesundheit“ (1985), S. 61 f. Die Krankenversicherungspflicht ist für ihn eine „staatliche Zwangsversicherung“ (S. 63) und Teil der „Zwangsozialisation“ (S. 76). Damit tut er Bismarcks seinerzeit kontrovers diskutierten, nach Ansicht der Sozialdemokraten unzureichenden Versuch, die soziale Frage zu entschärfen, als Symptom eines einseitigen, linearen Vermachtungsprozesses ab.

³² Ebd. S. 76: „[...] - hier [d. i. durch die Nachfrage, Anm. D. B.] beginnt der aktive Assimilationsprozeß der Arbeiterschaft in die industrielle Lebenswelt.“

Nun hatte FOUCAULT ja vom Blick auf die Macht als Spitze einer Hierarchie abrücken und die Machtmechanismen in ihrer Eigendynamik aufzeigen wollen. Wie kommt es, dass er von der Medikalisierungsforschung meist verwendet worden ist, um Strukturen der Unterwerfung einer passiven Mehrheit durch eine aktive Elite zu beschreiben? Dies liegt nicht allein an OESTREICH oder an dem unbedarften Gebrauch der FOUCAULTSchen Werkzeugkiste, sondern diese Problematik bringt er ein Stück weit selbst mit: Er argumentiert, die Macht entfalte sich in den disziplinierenden Institutionen und nicht personal oder zentralistisch, aber die hierarchische Struktur ist aus den Disziplinarräumen Gefängnis, Psychiatrie usw. nicht wegzudenken, ebenso wenig wie das Machtgefälle zwischen einweisenden Richtern, überwachenden Gefängniswärtern usw. auf der einen und Delinquenten, Psychiatrieeinsassen etc. auf der anderen Seite. Dieses Gefälle ist schon dadurch gegeben, dass der Panoptismus, will sagen der ständige kontrollierende und deutende Blick auf das zu disziplinierende Objekt, nicht reziprok ist.³³ Laut FOUCAULT maßen sich die Ärzte diese Macht aber nicht an, sondern sie erhalten sie zugewiesen - ein Punkt, der bei den meisten Medikalisierungskonzepten so keine Berücksichtigung findet.³⁴

Es nimmt kaum wunder, dass FOUCAULTS kompliziertes Gedankengebäude, das sich im Laufe der Zeit stark veränderte, in der Rezeption stark reduziert wurde, und zwar überwiegend auf die Entschlüsselung zugrunde liegender Machtstrukturen. Entlarvung war lange Zeit die eigentliche Triebfeder der Medikalisierungsforschung.³⁵ Dabei haben damals gängige Schlagworte wie „Imperialismus“ und „Kolonialismus“³⁶ wenig zum Verständnis der Vorgänge beigetragen, sondern nur sich selbst der Beliebigkeit anheimgestellt. Indes hält sich diese Interpretation besonders hartnäckig in der Kolonialgeschichte, einmal natürlich, weil sich hier das „Beweismaterial“ häuft, zum anderen aber, weil es verführerisch einfach ist, die Medikalisierung als Symptom des Kolonialismus zu behandeln. Gerade aber wenn der Umgang einer Kolonialmacht bzw. eines Vielvölkerreiches wie Russland mit einer seiner Minderheiten im Fokus steht, muss eine ergebnisoffene Trennung der Ebenen gewahrt werden.

Mag das Medikalisierungskonzept jedoch an manchen Weggabelungen in eine Sackgasse geführt haben, so hat es doch auch neue Türen aufgestoßen. Immerhin war es erstmals möglich, die scheinbar unangreifbare Deutungsmacht der naturwissenschaftlichen Medizin und die moralische Unantastbarkeit der Gesundheitsvorsorge im Dienste des Menschen zu hinterfragen. Mit dieser Kritik hatten sich Historiker nunmehr auseinanderzusetzen und konnten sich nicht länger mit der Würdigung von Errungenschaften zufriedengeben, was sich ungeheuer belebend auf die Medizingeschichte ausgewirkt und sie aus der Ecke der medizinischen Hofberichterstattung herausgeführt hat.

³³ Als Beispiel führt Foucault die architektonische Ordnung der Disziplinaranstalten unter dem Gesichtspunkt an, dass der Wächter seine Insassen ständig im Blick hat, während sie ihn nicht sehen können. Vgl. Ruoff (2009) S. 159 ff. Das Thema der „Geburt der Klinik“ ist ja gerade die „Archäologie des ärztlichen Blicks“, den der Arzt auf den Patienten hat. In „Wahnsinn und Gesellschaft“ bilden in der modernen Psychiatrie Arzt und Kranker ein Paar, bei dem der Arzt die väterliche Autorität, Ordnung und Moral vertritt (vgl. ebd. S. 532 ff.).

³⁴ Foucault, *Wahnsinn und Gesellschaft* (1995) S. 454 f.: „Wenn die Ärzte heute im Asyl herrschen, so nicht aufgrund eines Eroberungsrechtes oder dank der lebhaften Kraft ihrer Philanthropie oder ihrer Sorge um wissenschaftliche Objektivität, sondern weil die Internierung selbst allmählich einen therapeutischen Wert angenommen hat [...]“

³⁵ Labisch, *Homo Hygienicus* (1992) S. 326: „Das Helfersyndrom ist entlarvt.“

³⁶ So etwa bei Labisch und Goubert, kritisch dazu Loetz (1993) S. 45.

Hier lohnt ein kurzer Blick auf die beiden Strömungen, in deren Sog das Medikalisationkonzept entstanden ist, nämlich zum einen die postmoderne Gesellschaftskritik, zum anderen die neoliberale Kritik der Sozialpolitik.

Angesichts der Katastrophen des 20. Jahrhunderts drängte sich die Frage auf, ob nicht ausgerechnet die Aufklärung, die Heilsbringerin von Freiheit und Vernunft, zu Weltkriegen und Totalitarismus geführt habe. Denn sie hatte mit dem Rationalismus selbst das Handwerkszeug geliefert, mit dem sich der Mensch in das Räderwerk eines unfreien Systems einband, und systemunabhängig dienten die sogenannten universellen Werte dazu, den Menschen per Vernunft von ihrer Alternativlosigkeit zu überzeugen. Bei den postmodernen Versuchen, sich mithilfe der Ratio aus diesen Denkwängen zu befreien, geriet auch die Medizin auf den Prüfstand. Ihr Nutzen für die Menschheit war nicht mehr unantastbar, der humanitäre Anspruch wurde ihr nicht mehr geglaubt.³⁷ Auch war sie als Erfüllungsgehilfin einer unmenschlichen Tötungsindustrie im Dritten Reich ebenso diskreditiert wie durch den Missbrauch der Psychiatrie unter Stalin.³⁸

Diese Aufarbeitungsgeschichte hatte einen unvorhergesehenen Nebeneffekt in der Tagespolitik: In der Debatte um den Sozialstaat konnten Argumente aus der Medikalisationforschung mit dem entsprechenden politischen Willen dazu genutzt werden, die sozialen Sicherungssysteme als Machtmaschinerie zu brandmarken.³⁹

Die politische Zweischneidigkeit des Medikalisationkonzepts erklärt vielleicht auch, warum es in der osteuropäischen Forschung keinen Eingang fand, denn dort war gesellschaftliche Medizin als Errungenschaft unangreifbar.⁴⁰ Beide Seiten des Eisernen Vorhangs vereint jedoch die langjährige Vernachlässigung der *Nachfrage* nach medizinischen Dienstleistungen, sprich das Verhalten der Kranken selbst, und dies beruht im Prinzip auf derselben unausgesprochenen Grundannahme von zwei Parteien: einer handelnden, die nach Veränderung strebt, und einer passiven, die Veränderungen gleichgültig bis skeptisch gegenüber steht. Nur die Wertung der Vorgänge verschiebt sich: die Medikalierer werden nicht mehr als Heilsbringer, sondern als Unterwerfer gesehen, die Minderheit nicht mehr als (möglicherweise widerspenstige) Empfänger von Segnungen, sondern als (widerständige oder gebrochene) Opfer.

³⁷ Zola, *Medicine as an Institution of Social Control*, S. 487-504 in *Sociological Review* 20 (1972). Zola wendet Hannah Arendts Formulierung „Banalität des Bösen“, gemünzt auf die Täter der nationalsozialistischen Tötungsindustrie, auf die Medikalisation an und hält sie gar für gefährlicher als jene, eben „weil sie zu unserem eigenen Wohl getan wird“ (S. 502). Hier ist die Medikalisationkritik pervertiert.

³⁸ Freilich konnte letzteres wissenschaftlich erst nach dem Fall des Eisernen Vorhang aufgearbeitet werden. Zeugnisse von Dissidenten und belletristische Aufarbeitungen hat es allerdings schon früher gegeben, als Grotzke etwa in Michail Bulgakovs „Meister und Margarita“.

³⁹ Diese These wurde besonders im angloamerikanischen Raum verfolgt und findet sich popularisiert in der Debatte um die Krankenversicherung in den USA. Für den deutschen Raum diene als Beispiel der Aufsatzband von Sachße und Tennstedt (1986). Die Fokussierung auf die Disziplinierung führt zu einer einseitigen Perspektive, in der soziale Sicherungssysteme nur als Entmündigungsinstrumentarium untersucht werden und die Vorteile, die sie bringen, gänzlich aus dem Blick geraten - eine Argumentation ganz im Sinne derer, die für Sozialabbau plädieren. Dies kommt nicht zuletzt dadurch einer unausgesprochenen Parteinahme gleich, als das Buch als Beitrag der Historiker zur sozialpolitischen Diskussion vorgestellt wurde (S. 7 f.), die dann tatsächlich umwälzende Umstrukturierungen im bundesrepublikanischen Sozialsystem mit sich brachte.

⁴⁰ Dies gilt v. a. bis zur Perestrojka. So schließt Loetz (1993) die DDR-Geschichtsschreibung wegen deren ideologisch bedingt unhinterfragter Interpretation von Medikalisationvorgängen als Fortschritt aus (S. 21 Anm. 12). In den GUS-Staaten ist nach wie vor ein gewisses Theoriedefizit zu beklagen.