Inszenierte Medizin

Ärztliche Kommunikation, Gesundheitsinformation und das Sprechen über Krankheit in Medizinsendungen und Talkshows

Johanna Lalouschek

Radolfzell: Verlag für Gesprächsforschung 2005

ISBN 3 - 936656 - 21 - 5

http://www.verlag-gespraechsforschung.de

Alle Rechte vorbehalten.
© Verlag für Gesprächsforschung, Dr. Martin Hartung, Radolfzell 2005

Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtgesetzes ist ohne Zustimmung des Verlages unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigung, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Inhaltsverzeichnis

0. Einleitung ... 9

0.1. Sprechen über Krankheit im Fernsehen: Ausgangspunkt der Arbeit ... 9

0.2. Grundannahmen und Fragestellungen ... 9

0.3. Leseleitfaden ... 12

0.4. Danksagungen ... 12

1. Moderne Medizin: Medizinpluralismus und Konzepte von Krankheit und Gesundheit ... 14

1.1. Welche Medizin(en)? – Versuch einer Begriffsbestimmung ... 15

1.2. Medizinkonzepte, Menschenbild und Krankheitsbegriffe ... 16

1.2.1. Biomedizin ... 17
1.2.2. Psychosomatische Medizin ... 20
1.2.3. Salutogenese vs. Pathogenese ... 23
1.2.4. Alternative Medizinformen: TCM, Ayurveda und Homöopathie ... 24

1.3. Differenzen und Differenzierungen ... 31

1.3.1. Befund und Befinden ... 31
1.3.2. Deutung und Diagnose ... 32
1.3.3. Behandlung und Heilung ... 34

1.4. Medizinpluralismus und Integrationsweisen ... 36

1.4.1. Die Dominanz der Biomedizin oder "die Medizin des weißen Mannes" ... 37
1.4.2. Streitpunkt: Die Messbarkeit von Heilung ... 38
1.4.3. Der Aufstieg der alternativen Medizinformen ... 39
1.4.4. Integration und Inkorporation ... 41

1.5. Medizin und Kultur ... 43

1.5.1. Kulturspezifische Symptome: Die soziokulturelle Konstruktion von Krankheit ... 43
1.5.2. Normalitätskonzepte und Risikofaktoren ... 47
1.5.3. Krankheit und Tod als Versagen ... 50
1.5.4. Gesundheit zwischen Wellness und Moral ... 51
1.5.5. Der zivilisierte aufsässige Körper ... 53

2. Diskurs, Kultur und Kritische Diskursanalyse 56

2.1. Die Methode der Kritischen Diskursanalyse 56

2.2. Diskurs als sprachliche und soziale Praxis 59
2.2.1. Soziale Praxis und Bedeutungspotenziale 59
2.2.2. Kontext und Diskursproduktion 61
2.2.3. Diskursordnungen 63
2.2.4. Die Dialektik von Diskurs 65

2.3. Diskurs als Ausdruck sozialer Machtrelationen 66
2.3.1. Medizinpluralismus: "Anything goes"? 66
2.3.2. Die diskursive Produktion von Macht 68

2.4. Gesellschaftliche Veränderung – Veränderung von Diskursen .. 70
2.4.1. Trend: Informalisierung 70
2.4.2. Trend: Demokratisierung 71
2.4.3. Trend: Therapeutisierung 73
2.4.4. Trend: Hybridisierung 73

2.5. Diskurs und der moderne Kulturbegriff 74
2.5.1. Widerspenstige Kulturen und Cultural Studies 74
2.5.2. Diskurs und Kultur: Zur Anschlussfähigkeit der Begriffe 76

2.6. Analyseschwerpunkte und Analysemethodik der Arbeit 78
2.6.1. Grundfragen der Untersuchung 78
2.6.2. Diskursinhalte und sprachliche Realisierungsformen 79
2.6.3. Interaktive Organisation von Gesprächen und Diskurskontrolle 80
2.6.4. Soziale Kategorisierungen und Interaktionsrollen 81
2.6.5. Interaktive Prozessierungsmechanismen und die Produktion von Bedeutung 82

3. Medizinische Konzepte und ärztliche Gesprächsführung: Die diskursive Praxis der Medizin 83

3.1. Die diskursive Vielfalt des Medizinsystems 83
3.1.1. Medizinformen und Diskursordnungen 84
3.1.2. Medizinische Diskurse: Dominanz, Inkorporation, Abgrenzung 88
3.1.3. Das Potenzial medizinischer Diskursvielfalt 91

3.2. Die diskursive Praxis der Medizin 92
3.2.1. Grundfragen medizinischer Kommunikation 92
3.2.2. Medizinische Diskurspraxis als institutionelle Diskurspraxis 93

3.3. Ärztliche Gesprächsführung in der Biomedizin 95
3.3.1. Die Anamnese in der Schulmedizin 96
3.3.2. Die Eröffnungsphase: Orientierung der ÄrztInnen 97
3.3.3. Die sprachliche Realisierung des Anamneseschemas 98
3.3.4. Die Anamnese als Frage-Antwort-Sequenz 99

3.3.5. Die Beschwerdendarstellung:
Biomedizinischer Diskurs und Lebenswelt..... 101
3.3.6. Das Dilemma der Interaktionsfunktion..... 104
3.3.7. Zur Kategorisierung des biomedizinischen Diskurses 106

3.4. Ärztliche Gesprächsführung in der ganzheitlichen Medizin..... 106
3.4.1. Die Anamnese in der psychosomatischen Medizin 107
3.4.2. Die Eröffnungsphase: Gemeinsame Orientierung 108
3.4.3. Die Beschwerdendarstellung:
Von offenen und geschlossenen Fragen 109
3.4.4. Die vertiefte Beschwerdenexploration 111
3.4.5. Psychosomatischer Diskurs und Interaktionskontrolle..... 113
3.4.6. Die Simulation der ganzheitlichen Haltung 114
3.4.7. Die diskursive Praxis der homöopathischen Medizin..... 115
3.4.8. Zur Kategorisierung des ganzheitlichen medizinischen Diskurses .. 121

**4. Mediale Inszenierung und inszenierte Kommunikation:
Die diskursive Praxis des Mediums Fernsehen 122**

**4.1. Fernsehen und die Inszenierung von Information und
Unterhaltung 122**
4.1.1. Fernsehen als Informations- und Unterhaltungsfluss 122
4.1.2. Fernsehen als identitäts- und beziehungsstiftendes Medium 124
4.1.3. Medial vermittelte Realität und Welterfahrung 125
4.1.4. Fernsehdiskurs und die Darstellung des Normalen 126
4.1.5. Die Boulevardisierung von Information: Infotainment 127
4.1.6. Die Emotionalisierung von Unterhaltung: Emotainment 129

4.2. Kommunikation im Fernsehen 130
4.2.1. Fernsehkommunikation als inszenierte Kommunikation..... 131
4.2.2. Die Vermischung von Genres und Diskursen..... 132

**4.3. Talkshows – Ein Genre zwischen Plauderseuche
und Subversion 133**
4.3.1. Aufstieg und Niedergang der Talkshows 133
4.3.2. Talkshows und die schwierige Frage der Sinnstiftung..... 135

4.4. Die Spezifika des medialen Diskurses..... 138
4.4.1. Die Inszenierung von *talk*: Bisherige Untersuchungen 138
4.4.2. Die Dramaturgie von *talk* und *show*..... 139
4.4.3. Die Inszenierung von persönlichen Erzählungen..... 141
4.4.4. Die Simulation von Nähe und Verstehen..... 143
4.4.5. "Instant-Therapie" oder der Import von Diskursen..... 145
4.4.6. Die Inszenierung von Spannung und Betroffenheit 146
4.4.7. Das interaktive Repertoire von ModeratorInnen und Gästen..... 148
4.4.8. Die Inszenierung von Abweichung und Normalität 149
4.4.9. Die Simulation von Offenheit und Toleranz 153

4.5. Von der Vergänglichkeit der Medienforschung 153

5. Öffentliche Kommunikation über Krankheit und Gesundheit: Die diskursive Praxis medial vermittelter Gesundheitsförderung 156

5.1. Prinzipien und Ziele öffentlicher Gesundheitsinformation (Public Health) 156

5.1.1. Moderne Gesundheitsförderung 156
5.1.2. Ziele öffentlicher Gesundheitsinformation..... 158
5.1.3. *telemedicine* vs. *telehealth* 158
5.1.4. Gesundheitskommunikation vs. medizinische Kommunikation..... 159
5.1.5. Medial vermittelte Erfahrung und mediale Strategien moderner Gesundheitskommunikation 161
5.1.6. Die Wirksamkeit öffentlicher Gesundheitsinformation 163

5.2. Formen von Gesundheitsinformation im Fernsehen..... 166

5.2.1. Inszenierung und Boulevardisierung von Gesundheitsinformation .. 166
5.2.2. Medizinische Informationssendungen 168
5.2.3. Gesundheits- und Krankheitskonzepte in Medizinsendungen: Bisherige Untersuchungen 170
5.2.4. Die mediale Dominanz der Schulmedizin 171
5.2.5. Unterhaltungssendungen mit Gesundheitsinformation 172
5.2.6. Gesundheitserziehung im Unterhaltungsformat: *entertainment- education* 173
5.2.6.1. Familienserien 173
5.2.6.2. Krankenhaus- und Ärzteserien 174
5.2.6.3. "Medizinischer Rat und die ganze Wahrheit" in der Medizinshow 175
5.2.7. Die Grenzen unterhaltsamer Gesundheitsinformation im Fernsehen..... 178

5.3. Medialer Gesundheitsdiskurs in Medizintalk und Talkshow 180

5.3.1. Medizintalk und Talkshow: Das Datenmaterial der Untersuchung... 181
5.3.2. Der Import von Diskursen in Medizintalk und Talkshow 183
5.3.3. Medizinsendungen und Experten-Laien-Kommunikation 184
5.3.4. Das interaktive Repertoire von ModeratorInnen und Gästen..... 190
5.3.5. Medialer Gesundheitsdiskurs im Talkformat: Kategorien und Forschungsfragestellungen 193

6. Von Befund und Therapie, Schicksal und Erlösung: Das Sprechen über Krankheit in Medizintalks und Talkshows..... 196

6.1. Schwerpunkte und Struktur der linguistischen Analyse 197

6.1.1. Die Rahmenbedingungen medialer Gesundheitskommunikation 197
6.1.2. Die drei Diskurse 197
6.1.2.1. Charakteristika des medizinischen Diskurses 197
6.1.2.2. Charakteristika des Diskurses der öffentlichen Gesundheitsinformation ... 198
6.1.2.3. Charakteristika des medialen Diskurses 199
6.1.2.4. Die gegenseitige Durchdringung von Diskursen 200
6.1.3. Sprachliche Verfahren der Relevantsetzung 201
6.1.4. Untersuchungsfragestellungen 202
6.1.5. Aufbau der linguistischen Analyse der Sendungen 203

6.2. Medizintalk: Die Etablierung des schulmedizinischen Diskurses 204

6.2.1. "Spannungskopfschmerz und Migräne" – eine chronische Erkrankung 204

6.2.1.1. Die Begrüßung – die Etablierung der para-sozialen Beziehung 205
6.2.1.2. Die Einführung des Themas – die Verquickung von Diskursen 205
6.2.1.3. Der Übergang zum *talk* – die Simulation von Unterhaltung 206
6.2.1.4. Die Vorstellungsrunde – die Betroffenen als schulmedizinische Fälle..... 207

6.2.2. "Prostatakrebs" – eine lebensbedrohliche Erkrankung 209

6.2.2.1. Die Einführung des Themas – die Inszenierung von Ernsthaftigkeit..... 209
6.2.2.2. Die Vorstellungsrunde – die Repräsentation der Heilbarkeit 210

6.2.3. "Prämenstruelles Syndrom" – eine Befindlichkeitsstörung 212

6.2.3.1. Die Einführung des Themas – die Herstellung von gesellschaftlicher Relevanz 213
6.2.3.2. Die Vorstellungsrunde – die Herstellung von biomedizinischer Relevanz . 214

6.3. Talkshow: Die Etablierung des dramatisierten lebensweltlichen Diskurses 215

6.3.1. "Rheuma, das stille Leiden" – eine chronische Erkrankung..... 216

6.3.1.1. Die Einführung des Themas – die Bindung an den Alltag..... 216
6.3.1.2. Die Vorstellungsrunde – Krankheitserleben als Information 217

6.3.2. "Ich bin schwanger" – ein Körperzustand mit Krankheitspotenzial .. 218

6.3.2.1. Die Einführung des Themas – die Herstellung emotionaler Bereitschaft... 218
6.3.2.2. Die Vorstellungsrunde – stellvertretende Thematisierung des Besonderen 219

6.3.3. "Sanfte Medizin: Kopfschmerzen" – chronische Erkrankung und Alternativmedizin 221

6.3.3.1. Die Einführung des Themas – die szenische Darstellung von Krankheitserleben..... 221
6.3.3.2. Die Vorstellungsrunde – die Stilisierung alternativer Heilmethoden 222

6.3.4. "Prostatakrebs" – eine lebensbedrohliche Erkrankung 223

6.3.4.1. Die Einführung des Themas – das Tabu als Unterhaltung 224
6.3.4.2. Die Vorstellungsrunde – die Dramatisierung der Bedrohung..... 224

6.4. Fazit 1: Etablierung und Vermischung von Diskursen..... 226

6.5. Fazit 2: Inkorporation, Verkettung oder Patchwork..... 227

6.6. Medizintalk: Die Betroffenen und die Funktionalisierung von Krankheitserfahrung 228

6.6.1. Die Betroffenen als GarantInnen für den Diskurs der Lebenswelt ... 228

6.6.2. Die mediale Inszenierung eines ärztlichen Gesprächs 229

6.6.2.1. Die Rollenzuweisung als medizinischer Fall 229
6.6.2.2. Die Rollenzuweisung als Patientin 229
6.6.2.3. Der Import sprachlichen Verfahren der Schulmedizin..... 230
6.6.2.4. Die kooperative Rollenübernahme durch die Betroffene 231
6.6.2.5. Ein Beispiel für Diskurs-Patchwork..... 232
6.6.2.6. Die Instrumentalisierung des lebensweltlichen Diskurses 233
6.6.2.7. Die Abblockung des lebensweltlichen Diskurses 235
6.6.2.8. Gesprächsimport und die Re-Inszenierung von Macht und Gefügigkeit.... 236
6.6.2.9. Fazit: Die Etablierung einer Norm des Sprechens über Krankheit..... 237

6.6.3. Der Kampf um die eigene Geschichte 238
6.6.3.1. Die Relevanzen des lebensweltlichen Diskurses 238
6.6.3.2. Der Moderator: Die Etablierung des schulmedizinischen Diskurses der Gesundheitsinformation 239
6.6.3.3. Der Betroffene: Die Etablierung des lebensweltlichen Diskurses 240
6.6.3.4. Das Wechselspiel der Diskurse 241
6.6.3.5. Die interaktive Disziplinierung des Betroffenen 242
6.6.3.6. Betroffene ohne Betroffenheit, Krankheit ohne Erleben 243
6.6.3.7. Die Relevantsetzung des Krankheitserlebens 243
6.6.3.8. Disziplinierung über Gesundheitsmoral 244
6.6.3.9. Die Visualisierung der beiden Diskurse 246
6.6.3.10. Fazit: Diskurshegemonie und Rollenspektrum 247

6.7. Talkshow: Die Betroffenen und die Inszenierung von Schicksal 247

6.7.1. Die Dramatisierung von Krankheitserleben 248
6.7.1.1. Medizinisch-symptomatischer vs. dramatisierter lebensweltlicher Diskurs 248
6.7.1.2. Die Inszenierung von "langsamem Begreifen" 249
6.7.1.3. Die Durchsetzung des lebensweltlichen Diskurses 250
6.7.1.4. Fazit: Diskurswechsel – Rollenwechsel 252
6.7.2. Von Schicksal und Erlösung 253
6.7.2.1. Die Dramaturgie 253
6.7.2.2. Das gemeinsame Erzählen der Krankheitsgeschichte 253
6.7.2.3. Der dramatisierte lebensweltliche Diskurs: Schicksal statt Krankheit 254
6.7.2.4. Die erlösende Wende: Chinesische Medizin 256
6.7.2.5. Alternative Methoden im dramatisierten lebensweltlichen Diskurs 257
6.7.2.6. Talkshow und Medizinkritik 258
6.7.2.7. Fazit: Das zweifelhafte Produkt des dramatisierten Gesundheitsdiskurses 259

6.8. Fazit 3: Krankheitsdarstellungen und Diskursspektrum 259

6.9. Medizintalk: Die Gespräche mit den medizinischen ExpertInnen 261

6.9.1. Die ExpertInnen als GarantInnen für den Diskurs der Medizin 261
6.9.2. Das medizinische Diskursspektrum des ärztlichen Moderators 262
6.9.3. Die Funktion der medizinischen ExpertInnen im Medizintalk 262
6.9.4. Der Import des kollegialen Fachgesprächs 263
6.9.4.1. Die initiale Rollenzuweisung 263
6.9.4.2. Die Inszenierung eines ärztlichen Fachgesprächs 263
6.9.4.3. Die Trennung von Biomedizin und Lebenswelt 264
6.9.4.4. Die Instrumentalisierung des Experten 266
6.9.4.5. Fazit: Die Re-Inszenierung schulmedizinischer Diskurspraxis 267
6.9.5. Die Inszenierung von Ernst und diagnostischer Sicherheit 268
6.9.5.1. Die Etablierung des wissenschaftlich-technischen Diskurses 268
6.9.5.2. Fazit: Krebsfrüherkennung und das Dilemma der Schulmedizin 269
6.9.6. Die Inszenierung schulmedizinischer Offenheit für alternative Methoden 270
6.9.6.1. Krankheitstyp und moderner Medizindiskurs 270
6.9.6.2. Inkorporation und hybrider Medizindiskurs 270
6.9.6.3. Selbstbehandlung und die subtile Hierarchisierung der Methoden 272
6.9.6.4. Akupunktur statt Medizinkritik 274
6.9.6.5. Fazit: Der aufgeklärte schulmedizinische Diskurs als hybrider Diskurs 277

6.10. Talkshow: Die Gespräche mit den ExpertInnen 278
6.10.1. Die Funktion der medizinischen ExpertInnen in der Talkshow 278
6.10.2. Die Inszenierung unterhaltender Medizin 278
6.10.2.1. Die Inszenierung des verständlichen Expertendiskurses 279
6.10.2.2. Die Inszenierung von Patientenorientiertheit 280
6.10.2.3. Die Personalisierung der Gesundheitsinformation 280
6.10.2.4. Die Etablierung des patientenzentrierten medizinischen Diskurses 281
6.10.2.5. Die Etablierung von unterhaltsamer Gesundheitsinformation 282
6.10.2.6. Der Moderator als inszenierter Laie 284
6.10.2.7. Fazit: Der Wechsel zwischen Entertainment und Information 285

6.11. Fazit 4: Das Aufeinandertreffen von medizinischen Diskursen 286
6.11.1.1. Die Inkorporation des alternativmedizinischen Diskurses 286
6.11.1.2. Die Kommodifikation des ganzheitlich-medizinischen Diskurses 287
6.11.1.3. Der schulmedizin-kritische Diskurs ohne Gegner 288

7. Die Lust am Bizarren: Die medienspezifische Konstruktion soziokultureller Bedeutung von Krankheit 289

7.1. Brustkrebs: Das öffentliche Tabu 290
7.1.1. Die Zielsetzungen der Sendung 290
7.1.2. Die Einführung eines "heiklen Themas" 291
7.1.3. Vom ersten Ertasten zur Diagnose: "ich wollt s nicht haben" 293
7.1.4. Operationstechniken und Heilungschancen: "dann würde man auch zu einer Ablatio raten" 296
7.1.5. Die Nachbehandlung: "ich habe für mich alleine gekämpft" 298
7.1.6. Die Brustprothese: "wie ein schöner, normaler Mensch" 302
7.1.7. Fazit der Analyse 303

7.2. Ess-Störungen: Das Dilemma der Normalität 305
7.2.1. Die Talkshow: "Ich will eine bessere Figur" 305
7.2.2. Der Anfang: Von der Diät zur Magersucht 307
7.2.3. Das Kalorienzählen als kulturelle Praktik von Frauen 308
7.2.4. Ess-Sucht als persönliches Versagen 310
7.2.5. Der Höhepunkt: "achtundvierzig Kilo nur noch" 312
7.2.6. Die Wende: Von der Magersucht zur Bulimie 313
7.2.7. Das Ende: Der Teufelskreis des normalen Essens 316
7.2.8. Fazit der Analyse 317

7.3. Das Chronische Erschöpfungssyndrom: Die Diagnose des Bizarren 318
7.3.1. Moderne Leiden – Leiden an der Moderne 318
7.3.2. Das Beschwerdenbild des CFS 319
7.3.3. Die Bedeutung einer somatischen Diagnose 320
7.3.4. CFS als psychosomatisches und kulturspezifisches Syndrom 321
7.3.4.1. Die psychosomatische Symptomgestaltung 321
7.3.4.2. CFS als Angststörung 322
7.3.4.3. Die kulturgebundene Symptomgestaltung 323
7.3.4.4. "Nimmermüde – immer müde": CFS und der fehlende Gegenpol 325
7.3.5. Die mediale Berichterstattung über "moderne Leiden" 327

7.3.6. "Einladung zur Hypochondrisierung": CFS im Medizintalk 327
7.3.6.1. Die Einleitung: Einladung zur Selbstdiagnose 328
7.3.6.2. Mangelnde soziale Akzeptanz und die Suche nach der Diagnose 329
7.3.6.3. Der ängstigende psychosomatische Aspekt 331
7.3.7. "Von Moral und Leid": CFS in der Talkshow 332
7.3.7.1. Die Einleitung: Der moralisierende Zeigefinger 333
7.3.7.2. Das persönliche Leiden 334
7.3.8. Fazit der Analyse 335

8. Ergebnisse und Veränderungen 337

8.1. Ergebnisse der Untersuchung 337
8.1.1. Die Rahmenbedingungen medialer Gesundheitskommunikation 337
8.1.2. Die Sendungsformate Medizintalk und Talkshow 337
8.1.3. Medizintalk und die Dominanz des schulmedizinischen Diskurses . 338
8.1.4. Talkshow und die Dominanz des Diskurses der emotionalisierten Unterhaltung 340
8.1.5. Diskurs-Patchwork und Diskurs-Inkorporation 342
8.1.6. Die interaktive Produktion von Bedeutung und die Reproduktion der normativen Ordnung 344
8.1.7. Keine Gefahr für die Schulmedizin 344

***8.2.* Vorschläge für Veränderungen 345**

8.3. Plädoyer für *keine* Veränderungsvorschläge 346

8.4. Ein wahrscheinlicher Blick in die Zukunft: "weitere Informationen finden Sie im Internet auf www – Punkt …" 347

9. Literaturverzeichnis und Anhang 349

9.1. Literaturverzeichnis 349

9.2. Anhang 370
9.2.1. Überblick über die analysierten Sendungen (mit Kapitelverweisen) 370
9.2.2. Transkriptionsnotation 371

0. Einleitung

So hatte er beschlossen,
nur die Hälfte seines Geistes den Dingen zu widmen,
die er glaubte (oder zu glauben glaubte),
um die andre Hälfte frei zu haben, für den Fall,
dass sich das Gegenteil als richtig erweisen sollte.

Umberto Eco (Die Insel des vorigen Tages)

0.1. Sprechen über Krankheit im Fernsehen: Ausgangspunkt der Arbeit

Ausgangspunkt der vorliegenden Arbeit war mein leidenschaftliches Interesse für Film und Fernsehen und alle Formen der öffentlichen (Selbst)Inszenierung. So fiel Mitte der 90er-Jahre meine Aufmerksamkeit auch auf die nachmittäglichen Talkshows, die damals ihren Höhepunkt erlebten, als es für "ganz normale" Menschen so attraktiv wurde, sich öffentlich mit privaten Themen in Szene zu setzen. In einigen dieser Talkshows wurden Themen wie Krankheiten, alternative Medizinformen und Lebenshilfe immer wichtiger und 1996 wurde auch der erste Medizintalk "*Gesundheit!*" im ZDF produziert und ausgestrahlt. Dies erlaubte es mir, meine ersten Forschungsideen mit meinen damals schon bestehenden Arbeiten zur medizinischen Kommunikation so zu verbinden, so dass diese umfangreiche Studie über die mediale Inszenierung von medizinischer Information, Krankheitsdarstellungen und ärztlicher Kommunikation entstehen konnte.

Derart aktuelle mediale Formate wie eben Talkshows und ebenso aktuelle gesellschaftliche Themen wie z.B. die Diskussion um alternative Medizinformen sind natürlich in steter Veränderung begriffen, ein Zustand, der sich mit einer zeitlich ausführlichen und gründlichen wissenschaftlichen Beforschung nur bedingt verträgt. In Anlehnung an den Ausspruch des Medienkritikers McLuhans "wenn etwas funktioniert, ist es überholt" (McLuhan 1964) könnte man sagen, "wenn etwas fertig beforscht ist, ist es überholt". Mit diesem Problem der "tendenziellen Überholtheit" hat also auch diese Arbeit zu kämpfen, vor allem bei der Darstellung der Sendungsformate und der gesellschaftlich relevanten Diskussionsstränge. Allerdings zeigt die Überprüfung der gewonnen Ergebnisse an neu entwickelten Formaten, dass jene doch von allgemeiner und übergeordneter Gültigkeit zur Inszenierung von Medizin im Fernsehen sind. So werde ich, wo erforderlich, auf relevante Veränderungsprozesse hinweisen.

0.2. Grundannahmen und Fragestellungen

Informationen über Medizin und Gesundheitsthemen in Form von Ratgebersendungen, Dokumentationen, Studiogesprächen oder Talkshows mit Lebenshilfeanspruch sind fixer Bestandteil jedes Fernsehsenders. Da Gesundheit heutzutage einen eigenständigen Wert von hoher individueller und sozialer Bedeutung darstellt und gesundheitsförderliche Verhaltensweisen und Lebensstile wesentliche Bestandteile der Lebensgestaltung geworden sind, erfreuen sich derartige Sendungen bei den FernsehkonsumentInnen großer Aufmerksamkeit und Beliebtheit.

FLIEGE (ARD) – THEMA MIGRÄNE: DIE NEUEN SANFTEN HEILMETHODEN

MO: Und wissen Sie, wann am meisten Leute Fliege kucken? - Wann am meisten Menschen in Deutschland um 16 Uhr Erstes Programm kucken? – Na, wenn wir etwas für Menschen tun! Und das ist natürlich bei Medizin am schnellsten. Wenn wir Ratschläge geben, - wenn wir Menschen erzählen lassen, wie sie heil geworden sind. - Und dann: gibt es tausende von Anrufen, - es gibt tausende von Briefen, meine Damen und Herrn! - Und wenn wir durchforsten, was wollen denn die Menschen,

> wenn sie uns schreiben, - dann merk ich immer, sie wollen gar nicht so sehr - Hilfe in völlig exotischen Krankheiten, sondern in den all-täglichen! - Also: ist die meiste Rückmeldungszahl in Briefen, wo sie sagen, gib uns doch einen Tipp, wie wir mit unsrem Kopfschmerz fertig werden. Das sind die meisten Briefe, und wir sagen, das müssen wir ernst nehmen, da müss ma noch mal ran, da haben wir vielleicht noch nicht genu:g - geforscht, noch nicht genug Tipps verteilt, und deswegen - machen wir heute weiter mit sanfter Medizin und Migräne.

Hauptuntersuchungsmaterial der Arbeit bilden zwei konzeptuell ähnlich gestaltete Sendungsformate, und zwar der Medizintalk "*Gesundheit!*" des ZDF und Talkshows deutschsprachiger Sender zu Krankheits- und Gesundheitsthemen. In diesen Sendungen werden Gesundheitsinformationen über einen gemeinsamen interaktiven Prozess zwischen ModeratorInnen, Betroffenen und medizinischen ExpertInnen für die ZuschauerInnen aufbereitet und vermittelt. Im Medizintalk ist der Moderator selbst auch Arzt von Beruf.

Der *Schwerpunkt der Untersuchung* liegt nicht so sehr auf der Verständlichkeit und Motivationskraft von Experten-Aussagen zu Krankheits- und Gesundheitsthemen, sondern darauf, dass sich in diesen Sendungen ein komplexes interaktives Geschehen zwischen den unterschiedlichen RollenträgerInnen – ModeratorInnen, Betroffenen und ExpertInnen – zu sozial relevanten Themen abspielt und die Inszenierung dieses Geschehens eingesetzt wird, um Informationen über Krankheit und Gesundheit an ein zusehendes Publikum zu vermitteln. Da dieses interaktive Geschehen sich in einem öffentlichen, medial vermittelten Kontext abspielt, muss ihm eine sozial regulative Kraft zugeschrieben werden. Diese Wirkung speist sich aus der großen gesellschaftlichen Bedeutung von Gesundheit und körperlichem Aussehen, aus der großen sozialpolitischen Relevanz des schulmedizinischen Systems bei steigendem Interesse an alternativen Heilpraktiken und der Wichtigkeit des Mediums Fernsehen als Quelle für Information und Unterhaltung.

Das Spannungsfeld, in dem sich der interaktive Prozess, der in den Sendungen stattfindet, bewegt, wird von drei unterschiedlichen Rahmenbedingungen gebildet: Erstens handelt es sich um die *Rahmenbedingungen der gängigen Schulmedizin*, die sowohl bestimmte Formen des Sprechens mit Kranken (ärztliche Kommunikation) als auch des Sprechens über Krankheiten (Gesundheitsinformation) sozial etabliert und etabliert hat, zweitens um die *Rahmenbedingungen der öffentlicher Gesundheitsinformation*, die zum Ziel hat, verständliches medizinisches Wissens zu vermitteln und in der Bevölkerung zu gesundheitsförderlichem Handeln zu motivieren, und drittens um die *Rahmenbedingungen der medialen Inszenierung*, in der Kommunikation inszeniert wird, um Information und/oder Unterhaltung an ZuschauerInnen zu vermitteln und in der Krankheits- und Gesundheitsthemen unter den Aspekten einer unterhaltsamen und Aufmerksamkeit bindenden Berichterstattung auswählt und produziert werden. Diese Rahmenbedingungen prägen das Thema Gesundheitskommunikation im Fernsehen und formulieren auch die untersuchungsleitenden Fragestellungen.

Erstens: Die Zusammenhänge zwischen unterschiedlichen medizinischen Konzepten, den Normen- und Wertesystemen, auf die sie sich beziehen und ihren weit reichenden sozialen Implikationen, die sie haben, sind äußerst komplex – ebenso wie die zwischen Körper und Kultur. So werden bei der Darstellung von Krankheits- und Gesundheitsthemen nicht nur faktische wissenschaftliche Informationen vermittelt, sondern auch soziokulturell relevante Konzepte und Normen von Krankheitsentstehung und -behandlung, also vom "Wissen" über Erkrankungen und Beschwerden, von angemessenem oder abweichendem Verhalten und von kranken und gesunden Körperzuständen und Lebensstilen. Eine der Fragestellungen der vorliegenden Arbeit ist deshalb, welches Spektrum an medizinischen, psychologischen, sozialen und kulturellen Bedeutungen und Werthaltungen wird in diesen Sendungen über die interaktiven Prozesse der Teil-

nehmerInnen produziert und an die ZuschauerInnen vermittelt, welche Betrachtungsweisen zu Krankheiten, ihrer Entstehung, Behandlung und individuellen Bedeutung eröffnen oder verschließen sich. Besonders interessant sind hierbei natürlich alle Formen der indirekten und sublimen interaktiven Produktion von Bedeutung.

Zweitens: Bei Kommunikation im Fernsehen handelt es sich um inszenierte Kommunikation, also um Kommunikation, die für den Konsum durch ZuschauerInnen hergestellt wird und die in mehr oder weniger großem Ausmaß dem medialen Unterhaltungsauftrag untersteht. Dies wirft die Frage auf, wie sich die spezifischen medialen Produktionsbedingungen auf die Darstellung und Aufbereitung von Gesundheitsinformation auswirken, welche systematischen Verzerrungen wirksam werden, und ob und wie Krankheit und Leid, aber auch die Betroffenen und die ExpertInnen, die in den Sendungen auftreten, für Unterhaltungszwecke eingesetzt und funktionalisiert werden. Die konzeptionellen Unterschiede der ähnlichen Sendungsformate Medizintalk und Talkshow erlauben hierbei interessante Vergleiche und Kontrastierungen.

Und *drittens* geht es auch um die Frage, wie sich das gesellschaftlich mächtige System der Medizin im gesellschaftlich mächtigen Medium Fernsehen selbst präsentiert, d.h., welche der kulturell präsenten Medizin- und Heilformen (Biomedizin bzw. Schulmedizin, psychosomatische Medizin, gesamtheitliche "alternative" Heilformen etc.) in den Sendungen in welcher Form relevant gesetzt werden. Spezielles Augenmerk liegt darauf, wie – gerade im Medizintalk – bestimmte Bestandteile ärztlicher Gespräche in den Sendungen dazu eingesetzt werden, um Symptome, krankheitsbezogene Zusammenhänge und angemessene therapeutische Umgangsweisen mit den Betroffenen interaktiv darzustellen und zu bearbeiten, aber wie sie im interaktiven Prozess auch eingesetzt werden können, um bestimmte Bedeutungen auszuschließen. Diese Ergebnisse lassen auch Rückschlüsse darauf zu, welche Rollenverteilungen und Machtverhältnisse im Gesundheitsbereich dadurch festgeschrieben werden, ob und wie das bestehende Gesundheitssystem gestützt wird und eventuell notwendige Veränderungen und Neuorientierungen gestärkt oder verhindert werden.

Als linguistische Untersuchung basiert die Arbeit auf dem Diskurskonzept der Kritischen Diskursanalyse, das besagt, dass jede sprachliche Handlung in Zusammenhang mit bestimmten, in der Gesellschaft vorhandenen Diskursen steht, die eine bestimmte, gesellschaftlich dominante oder alternative normative Ordnung repräsentieren. Jede sprachliche Handlung referiert als aktuelle sprachliche Realisierung auf einen bestehenden Diskurs und auf das mit ihm einhergehende Wissens- und Bedeutungssystem. Die Bedeutungen werden über die sprachliche Realisierung manifest und wirken ihrerseits formend auf die Wissens- und Bedeutungssysteme der anderen zurück.

Dabei ist jedoch speziell in der vorliegenden Untersuchung davon auszugehen, dass sich in den Fernsehsendungen die Diskurse der genannten Rahmenbedingungen, also medialer Diskurs, Diskurs der öffentlichen Gesundheitsförderung und medizinischer Diskurs stark durchdringen, überlagern bzw. sich bedingen. Auch wenn in den theoretischen und methodischen Vorüberlegungen die einzelnen Diskurse und Diskursordnungen herausgearbeitet werden, liegt der Schwerpunkt der linguistischen Analyse darin herauszuarbeiten, welche Aspekte der jeweiligen Diskurse in den einzelnen Äußerungen oder interaktiven Sequenzen je nach Situation und pragmatischer Funktion jeweils relevant gesetzt werden, wie die jeweilige sprachliche Realisierung dazu erfolgt, welche Funktionen damit verbunden sind bzw. welche soziokulturellen Bedeutungen etabliert und welche Wirkungen dadurch erzeugt werden.

Die Frage, welche Diskurse und Diskursaspekte wie etabliert werden, ist deshalb bedeutsam, da über die jeweiligen sprachlichen Realisierungen die zugrunde liegenden Konzepte und das zugrunde liegende Bezugssystem relevant gesetzt wird, was wiederum dieses Bezugssystem legitimiert und stabilisiert. Gerade im öffentlichen medialen

Kontext erlangen etablierte Diskurse *Normalitätsstatus*. Dies ist eine grundlegend wichtige Beobachtung im Zusammenhang mit den Fragen, wie die Diskurse zweier gesellschaftlich mächtiger Systeme, also Medien und Medizin, miteinander interagieren und wieweit Fernsehen dazu beitragen kann, bestehende gesellschaftliche Verhältnisse zu stärken und zu unterstützen.

Und so kann die linguistische Analyse der sprachlichen Praxis in den Medizinsendungen und Talkshows aufzeigen, in welche Richtung die sozial regulative Kraft der Sendungen wirkt, d.h. beispielsweise, welche medizinischen Diskurse innerhalb des medialen Diskurses der Gesundheitsinformation relevant gesetzt werden, welche "offizielle" und öffentliche Form des Sprechens über Krankheits- und Gesundheitsthemen etabliert wird – intendiert oder nicht, oder mit anderen Worten, welche Medizin medial inszeniert wird bzw. wie Medizin sich selbst inszeniert.

0.3. Leseleitfaden

Die Arbeit beginnt mit einer Darstellung der aktuellen Medizinformen der westlichen Welt, der zugehörigen unterschiedlichen medizinischen Diskurse und ihrer soziokulturellen Bedeutungen (Kapitel 1). Diese Überlegungen werden in den beiden folgenden Kapiteln diskurstheoretisch untermauert (Kapitel 2) und an konkreten Beispielen aus ärztlicher Kommunikation veranschaulicht (Kapitel 3). Daran anschließend erfolgt die Darstellung der Rahmenbedingungen medial inszenierter Kommunikation und medial vermittelter Information (Kapitel 4). Abgerundet werden diese Überlegungen durch die Darstellung der Prinzipien und Herausforderungen öffentlicher, speziell medial vermittelter Gesundheitsinformation (Kapitel 5). Alle diese Überlegungen bilden die Basis für umfangreiche vergleichende linguistische Analysen von Gesundheitsinformationssendungen und Talkshows (Kapitel 6) sowie für einige ausgewählte Fallstudien (Kapitel 7). Den Abschluss bilden einige Überlegungen zur Verbesserung bestehender Sendungen, vor allem aber zur Zukunft von Gesundheitsprogrammen im Fernsehen (Kapitel 8).

Zur gezielteren Orientierung beginnt jedes Kapitel mit einer ausführlichen Kapitelvorschau. Die einzelnen Kapitel sind inhaltlich so gestaltet, dass theoretische oder methodische Überlegungen und praktische linguistische Analysen themenspezifisch "vor Ort" erfolgen, und sie jeweils inhaltlich abgeschlossene Einheiten zum jeweiligen Thema bilden. Ich habe versucht, die dadurch notwendigerweise auftretenden und manchmal erforderlichen Redundanzen so knapp wie möglich zu halten und durch Kapitelverweise zu unterstützen.

0.4. Danksagungen

Als ich mich vor einigen Jahren für diese Arbeit entschied, konnte ich nicht ahnen, dass dies der Ausgangspunkt einer so langen, so weiten und zum Teil so umwegreichen Reise werden würde, allerdings lernte ich den tiefen Sinn des Sprichwortes "*a good traveller has no fixed plans and is not attent to arriving*". Während dieser langen Zeit traf und benötigte ich viele BegleiterInnen, an die alle hier mein Dank geht, auch wenn ich nur einige persönlich herausgreifen kann.

Mein Dank geht zuerst an die Institutionen, die mir diese "Reise" finanziell und zeitlich ermöglicht haben: An die deutsche Alexander-von-Humboldt-Stiftung für das einjährige Stipendium an der Universität Bielefeld, an den österreichischen Fonds zur Förderung wissenschaftlicher Forschung (FWF) für das zweijährige Charlotte-Bühler-Habilitationsstipendium und an das Institut für Sprachwissenschaft der Universität Wien für die dazu erforderlichen Freistellungen und Unterstützungen.

Bedanken möchte ich mich bei Ruth Wodak und Wolfgang. U. Dressler für ihre langjährige, fachliche und persönliche Unterstützung und große Wertschätzung meiner Arbeit – ein einmaliges "containing environment" im bestem Winnicott'schem Sinne, um die werden zu können, die ich bin; bei Elisabeth Gülich für ihre einzigartige, großzügige und unermüdliche Bereitschaft zu Förderung und wissenschaftlichem Austausch, und besonders dafür, dass sie stets felsenfest davon überzeugt war, dass ich genau die Richtige wäre für etwas, was es bloß jetzt nur noch nicht gäbe; bei Florian Menz für die vielen Jahre der Freundschaft und der Forschungs- und Publikationstätigkeit, von den ersten gemeinsamen "learning-by-doing"-Schritten im (Mienen)Feld der empirischen Datenerhebung bis heute, und dafür, dass er es stoisch hinnimmt, dass L vor M kommt, im Alphabet; und natürlich und vor allem bei Gisela Brünner für die herausfordernden und inspirierenden "Lehr-Lern-Prozesse", die wir seit so vielen Jahren nicht nur in der Wissenschaft miteinander durchlaufen.

Für fruchtbare inhaltliche Diskussionen und vielfältige wissenschaftliche Anregungen danke ich der ForscherInnengruppe "Konversationsanalyse" der Fakultät für Linguistik und Literaturwissenschaft an der Universität Bielefeld 1998/99 (damals Ulrich Dausendschön-Gay, Martina Drescher, Ingrid Furchner, Elisabeth Gülich, Heiko Hausendorf, Ulrich Krafft, Nico Tsapos), Barbara Sandig und ihren Studentinnen der Universität des Saarlandes, dem Arbeitskreis Angewandte Gesprächsforschung sowie Helmut Gruber und Martin Reisigl vom Institut für Sprachwissenschaft in Wien für Anregung und Diskussion. Ganz besonders danke ich Martin Hartung für die Möglichkeit, die Arbeit als Buch online im Verlag für Gesprächsforschung zu publizieren, weil sie damit in so einfacher und eleganter Weise über die disziplinären Grenzen hinaus zugänglich gemacht werden kann.

Für die Geschenke der besonderen Art, die nur das Leben gibt, die meine Reise ermöglichten und die mich am Ende "die Erde wieder rund sehen" ließen, geht mein Dank an meine Kinder Max und Marie, an meinen früheren Lebensgefährten Manfred Kammerhofer, an meine Mutter Luise Lalouschek, meinen Bruder Wolfgang Lalouschek, an meine Lehrerinnen und Wegbegleiterinnen Kristina Brode, Johana Fricke, Adelaide Kubicek, Elisabeth Lindner, Claudia Macke, Andrea Mechler, Aglaja Przyborski, Kitty Schmidt-Löw-Beer, Susanne Sirringhaus, Waltraud Stork, Karin Wetschanow und all die anderen vielen "guten Geister", deren Wege sich so schön oder so unerwartet mit dem meinen gekreuzt haben und ebenso unerwartet sich manchmal auch wieder trennen mussten.

Johanna Lalouschek, 2005

1. Moderne Medizin: Medizinpluralismus und Konzepte von Krankheit und Gesundheit

Einen Gedanken, den jeder für einfach hält,
in sieben andere spalten wie das Prisma das Sonnenlicht,
wovon einer immer schöner ist, als der andere,
und dann einmal eine Menge anderer sammeln und Sonnenweiße hervorbringen,
wo andere nichts als bunte Verwirrung sehen.

Georg Christoph Lichtenberg

Vorschau

In folgendem Kapitel geht es um die Darstellung der Vielfalt der Medizinformen in der heutigen westlichen Welt. Stoßrichtung dieser Darstellung ist folgender komplexer Zusammenhang: Medizinische Systeme sind als soziokulturell bedingte Wissensgebäude zu betrachten, die Krankheitserfahrung in einer Kultur interpretieren und Normen für Körperwahrnehmung und Gesundheitsverhalten festsetzen. So hängt es vom jeweiligen Medizinkonzept ab, welche Körperzustände als gesund und normal oder als krank und abweichend definiert werden, und welche Präskriptionen als angemessener therapeutischer Umgang mit einer Erkrankung existieren. Diese Zuschreibungen prägen das gesamte medizinische Handlungssystem: Krankheitsfeststellung, Rolle der Kranken und der ÄrztInnen bzw. HeilerInnen, aber auch Ausbildung und Gestaltung der medizinischen Institutionen einer Gesellschaft.

Im ersten Abschnitt werden die Konzepte von Biomedizin (Schulmedizin), Psychosomatischer Medizin und Alternativen Medizinformen, im Speziellen der Traditionellen Chinesischen Medizin, des Ayurveda und der Homöopathie jeweils im Hinblick auf ihre kulturelle bzw. philosophische Eingebundenheit, ihr Menschenbild und ihre zentralen Leitkonzepte in Bezug auf Krankheit, Gesundheit und Heilung ausführlich beschrieben.

Im zweiten Abschnitt werden an zentralen Begriffspaaren wie Befund/Befinden, Krankheit/Kranksein, Diagnose/Deutung etc. grundlegende konzeptuelle Unterschiede und ihre Konsequenzen aufgezeigt.

Im dritten Abschnitt gehe ich auf die aktuelle gesellschaftliche Relevanz der unterschiedlichen Medizinformen ein, auf Veränderungsprozesse und Interpretationsversuche, warum wann welche Medizinformen "im Trend liegen" und in Anspruch genommen werden und diskutiere dort bestehende Formen der Integration, Inkorporation und Abgrenzung.

Der vierte Abschnitt ist dem Thema "Medizin und Kultur" gewidmet. Hier geht es darum, wie sich medizinische und kulturelle Aspekte in einer Gesellschaft gegenseitig formen und wie Medizinsysteme die aktuellen soziokulturellen Konstruktionen von Krankheit, Normalität und Körpervorstellungen beeinflussen und prägen. Veranschaulicht wird dies anhand von Themen wie den kulturspezifischen Syndromen, den aktuellen Gesundheitsnormen, dem Risikodiskurs der Gesundheitsaufklärung und der sich verändernden Bedeutung von Körper und Körperkultur.

Als *Voraussetzung für die linguistische Analyse* stellt sich heraus, dass sich die unterschiedlichen Medizinformen anhand ihrer Konzepte und Leitideen stringent voneinander abgrenzen lassen. So bildet dieses Kapitel auch die Basis für Kapitel 3 - "Die diskursive Praxis der Medizin", in dem dargestellt wird, wie die jeweiligen medizinischen Konzepte auch spezifische sprachliche Praktiken ausbilden, die sich als unterschiedliche medizinische Diskurse beschreiben lassen.

1.1. Welche Medizin(en)? – Versuch einer Begriffsbestimmung

Das moderne Medizinsystem der westlichen Welt besteht aus einer Vielfalt von medizinischen oder medizinnahen Formen, die in unterschiedlicher Wertigkeit zum Teil nebeneinander existieren, miteinander konkurrieren, einander ausschließen oder ergänzen. Je nach Wissenssystem, auf das sie sich beziehen, verfolgen die einzelnen Medizinformen unterschiedliche Konzepte zu Krankheit, Gesundheit und Körper und verfügen über unterschiedliche Verfahren bei Diagnose, Therapie und Heilung. Damit haben sie auch jeweils unterschiedliche soziale und kulturelle Implikationen in Bezug auf die Selbstverantwortung des Menschen gegenüber seinem Körper, der Körper-Seele-Geist-Entität und der Umwelt oder in Bezug auf die Rollengestaltung und Aufgaben der ÄrztInnen bzw. HeilerInnen und der Kranken. Bei dieser Betrachtungsweise handelt es sich um eine ethnographische Perspektive: Medizinische Systeme fungieren als soziokulturell bedingte Gedankengebäude von Wissen und Verstehen, die Kriterien liefern, um die Krankheitserfahrung in einer Kultur zu interpretieren und Normen für Körperwahrnehmung und Gesundheitsverhalten festzusetzen. Gemeinsam prägen diese Medizinformen das bestehende Gesundheitssystem, sowohl in seiner Vielfalt wie in seiner Unvereinbarkeit.

Im Kulturkreis der heutigen westlichen Welt gibt es also nicht DIE Medizin, sondern unterschiedliche medizinische oder medizinnahe Formen, die zu einem "pluralen Geflecht medizinischen Wissens und medizinischer Praktiken" beitragen (Stollberg 2002). Als dominante Medizinform gilt die akademische oder *Schulmedizin*, auch *Biomedizin* genannt, da sie die Naturwissenschaften zur Referenz nutzt und primär an biologischen Prozessen und organischen Pathologien orientiert ist. Daneben gibt es eine breite Palette so genannter alternativer oder ganzheitlicher Medizinformen wie die *psychosomatische* und die *anthropologische Medizin*, die sich als Erweiterung der Biomedizin um den psychischen, sozialen und systemischen Bereich verstehen sowie weitere Formen der alternativen *Heilkunde* wie Homöopathie, Osteopathie, Naturheilverfahren und Volksmedizin, die alle den Menschen in seiner leibseelischen Einheit in den Mittelpunkt stellen.[1] Diese schon bestehende Vielfalt wurde im Lauf der letzten Jahre um eine ganze Reihe nicht-westlicher Medizinformen bereichert. Dabei handelt es sich z.B. um die Traditionelle Chinesische Medizin und den indischen Ayurveda und daraus stammende Behandlungsmethoden wie Akupunktur, Yoga oder Ölbehandlungen. Diese Vielfalt wird flankiert von einer Ansammlung weiterer Heilpraktiken mit oft hohem spirituellem Hintergrund, z.B. Techniken der Energie- und Körperarbeit wie das japanische Reiki, das hawaiianische Lomi Lomi oder das philippinische Pranaheilen. Diese Energiearbeit gibt es – wenn auch nicht als solche benannt – in Form der westlichen Bioresonanztherapie. Neuerdings werden auch Selbsthilfevereinigungen, die im Gesundheitssystem zunehmend Gewicht erlangen, dem komplementärmedizinischen Bereich zugerechnet (Kelleher 1994, Powell 1994, Saks 2004). Und schließlich gibt es zusätzlich einen fast unüberschaubaren Bereich verschiedenster Techniken und Verfahren, von Bachblüten über Aroma- und Edelsteintherapie bis hin zu schamanischen Praktiken und Geistheilung, die in unterschiedlicher Weise der esoterischen oder magischen Heilkunde oder – aus schulmedizinischer Sicht – dem *paramedizinischen Bereich* zugerechnet werden.

Diese kurze Aufzählung zeigt schon, dass es für diese nicht naturwissenschaftlichen Medizinformen eine Vielfalt von Bezeichnungen gibt: Alternativmedizin, Volksmedi-

[1] Die Literatur zu den nicht-schulmedizinischen Medizinformen ist mittlerweile fast unüberschaubar geworden. Soweit nicht anders vermerkt, beziehe ich mich in der folgenden Darstellung auf Cant & Sharma (2000) zu alternativen Gesundheitssystemen, Stollberg (2002) zur heterodoxen Medizin, Gray (1998), Jütte (1996) und Fulder (1996) zu alternativen Medizinformen, Nagel (1998) zur komplementären Medizin und von Weltzien (1999) und Dost (1998) zur ganzheitlichen Heilkunde.

zin, unkonventionelle Heilweisen, Komplementärmedizin oder ganzheitliche Medizin bzw. Heilkunde, aber auch Außenseitermedizin (vgl. Jütte 1996, 11 und seine ausführliche historische Darstellung der Begriffsentwicklung und Begriffsvermischungen). Wie der Medizinsoziologe Gunnar Stollberg (2002) ausführt, ist diese Begrifflichkeit immer kontrastiv zum vorherrschenden Konzept der Biomedizin gebildet. Die Konzepte werden *alternativ* genannt, weil sie Aspekte der Biomedizin kritisieren, ihr Glaubens- und Wissenssystem herausfordern, auf Änderungen des medizinischen Systems zielen und medizinische Handlungsalternativen eröffnen (Jütte 1996). Dabei handelt es sich bei vielen der so genannten alternativen Methoden um in ihrem Kulturkreis genuine Methoden. In der angelsächsischen Literatur wird der Begriff *komplementäre Medizin* bevorzugt (Fulder 1996), da die Biomedizin um Aspekte und Techniken *ergänzt* und nicht ersetzt werden soll. Aus der ethnologischen Medizin stammt ein weiterer Begriff, nämlich *traditionelle Medizin* als Gegenstück zur Biomedizin. Damit ist nach Pfleiderer, Greifeld & Bichmann (1995) weniger das traditionell-konservative Element einer regionalen Medizinform gemeint sondern ihre Verbundenheit mit Geschichte und Kultur einer bestimmten Gruppe. Bezeichnungen wie z.B. *die* traditionelle chinesische, indianische oder afrikanische Medizin sind nach Ansicht der AutorInnen jedoch irreführend, da dadurch homogene medizinische Systeme suggeriert werden, die es so nicht gibt. Traditionelle Medizinsysteme fügen sich aus sehr vielen, sehr unterschiedlichen, sich gegenseitig beeinflussenden regionalen oder überregionalen "Medizinen" zusammen. Im mittlerweile gebräuchlichen Terminus Traditionelle Chinesische Medizin – als TCM eingeführt – hat sich diese Nomenklatur inzwischen allerdings schon eingebürgert.

Schließlich findet sich noch die Bezeichnungen *unkonventionelle Medizin* (Nagel 1998) und *unorthodoxe Medizin* (Stollberg 2002), die einen Gegensatz zur Biomedizin als konventioneller, etablierter, sozusagen "orthodoxer" Wissenschaft eröffnen sollen. Das Problem dieser Begriffsbildung ist, dass eine mangelnde Bindung an Konventionen oder "Ideologien" impliziert wird, die so nicht stimmt, da es sich auch bei den unorthodoxen Techniken um Medizinkonzepte handelt, denen ein bestimmtes Welt- und Menschenbild zugrunde liegt und einer daraus abgeleiteten Krankheits- und Therapielehre. Um diesen Aspekt der vorhandenen Lehrgebäude sichtbar zu machen, schlägt Stollberg (2002) in Anlehnung an Bourdieu die Bezeichnung *heterodoxe Medizin* vor. Auch wenn ich gerade die Lehrgebäude unterschiedlicher Medizinformen herausarbeiten möchte, werde ich dennoch die allgemein gebräuchliche Bezeichnung alternative Medizin dieser akademischen Bezeichnung vorziehen.

1.2. Medizinkonzepte, Menschenbild und Krankheitsbegriffe

Medizinische Konzepte, gleich welcher Provenienz, sind nach Stollberg (2002) als Gedankengebäude zu verstehen, die einen durchgängigen Begründungszusammenhang zwischen einer bestimmten Krankheitslehre und dem daraus herzuleitenden Therapieprogramm beinhalten. Das heißt, die Definitionen und Zuschreibungen von körperlichen Zuständen als gesund und normal oder abweichend und pathologisch sind nicht unabhängig von dem medizinischen Konzept zu betrachten, das dieser Definition zugrunde liegt. Das Gleiche gilt für die Vorstellungen oder Präskriptionen des "richtigen" therapeutischen oder sozialen Umgangs mit Erkrankungen oder körperlichen Zuständen. Die unterschiedlichen Zuschreibungen referieren auf unterschiedliche Bedeutungssysteme und Bezugsgrössen und prägen das jeweilige spezifische medizinische Handlungssystem: Ablauf und Zielrichtung der Feststellung von Krankheit (Diagnose), Therapie und andere Behandlungsmethoden, Umgang mit den Kranken, aber auch Ausbildung und Rollenbild der ÄrztInnen bzw. HeilerInnen und Gestaltung der medizinischen Institutionen einer Gesellschaft. Von der gesellschaftlichen Relevanz oder gar Dominanz einer

Medizinform hängt auch das Ausmaß seiner sozial normativen Bedeutung und Wirkung ab. Vorausgreifend sei erwähnt, dass die jeweiligen medizinischen Konzepte auch spezifische sprachliche und nicht-sprachliche Praktiken ausbilden, die sich als unterschiedliche *medizinische Diskurse* beschreiben lassen (siehe Kap. 3 zur diskursiven Praxis der Medizinformen). In diesem Darstellungszusammenhang ist Biomedizin übrigens genauso zu untersuchen wie jedes andere Medizinsystem (Pfleiderer, Greifeld & Bichmann 1995).

Wie sehen nun die unterschiedlichen Konzepte von Biomedizin, Psychosomatischer Medizin und einiger anderer alternativer Medizinformen in Bezug auf ihre soziokulturelle Eingebundenheit und ihre zentralen Definitionen von Krankheit, Gesundheit und Heilung aus?

1.2.1. Biomedizin

Der traditionellen Schulmedizin liegt ein *naturwissenschaftliches, kausal-analytisches Denkmodell* zugrunde. Sie ist an einer biomedizinischen Beschreibung und Erfassung von Krankheitssymptomen ausgerichtet. Aus diesem Grunde werde ich sie im Weiteren als Biomedizin bezeichnen, um ihren konzeptuellen Charakter zu betonen und den Begriff Schulmedizin dort verwenden, wo ihre Verankerung als Handlungsnorm im akademischen und gesellschaftlichen Bereich angesprochen ist. Die Biomedizin muss als Produkt der westlichen Kultur und ihrer philosophischen Traditionen betrachtet werden (Kathan 1999): Als Folge der cartesianischen Trennung von Geist und Körper wurde der Mensch als geschaffene Natur verstanden, die Funktionsweise des Körpers als Körpermaschine wurde den Naturgesetzen unterstellt. Im 20. Jahrhundert wurde die Analogie "Mensch-Maschine" durch die Beschreibung des Körpers als "Informationssystem" weitgehend abgelöst. Im Rahmen der gentechnologischen und neuroimmunologischen Sicht auf den Körper sind Begriffe wie "Botenstoffe" und "Informationsträger" mittlerweile gang und gäbe (Stürzer & Wolf 1996, Martin 2000). Mit der Idee des Menschen als Körpermaschine, führt der Medizinsoziologe Nikolaus Heim (1999, 85) aus, "konnte die moderne Medizin ihr Handeln auf Naturgesetze stützen und damit Phänomene entzaubern, die bis dahin als Wunder oder Manifestationen göttlicher, übernatürlicher oder zufälliger Kräfte angesehen wurden". Als Projekt der Moderne ist Biomedizin durch Fortschrittsglauben und Betonung von Vernunft, Wissenschaft, Technologie und dem Glauben an eine einzige objektive Wahrheit gekennzeichnet (Gray 1998, Saks 1998). Sie steht geradezu prototypisch für eine Expertenautonomie, die sich von der Grundlagenforschung bis zur Anwendung ihre Maßstäbe und Definitionsmuster selbst setzt, quasi eine "autonome Experten-Konstruktion von Wirklichkeit" (Busch 1999, 105).

Das Positive an diesem Denkmodell ist, dass es der Medizin als einer Naturwissenschaft gelungen ist, mit dem virologischen bzw. bakteriologischen Erklärungsmodell von Tumor- oder Infektionserkrankungen und einem biochemischen Erklärungsmodell von psychiatrischen Erkrankungen neue und innovative Kräfte für das Verstehen und Therapieren von Krankheitsursachen freizusetzen (Heim 1999). Es führte zu einer Systematisierung von Krankheiten, was Ordnung, Überschaubarkeit und damit eine gewisse Sicherheit im verunsichernden Krankheitsgeschehen versprach. Das Negative daran ist, dass durch diese naturwissenschaftliche, objektivierende Sicht auf Krankheit die "erkrankte Person" abhanden gekommen ist.

Denn *Krankheit* stellt sich im biomedizinischen Modell als eine Störung einer Organfunktion bzw. als eine pathologisch veränderte Organstruktur dar und definiert sich über das Vorhandensein typischer pathologischer Merkmale. Der kranke Mensch ist Träger eines krankhaften Prozesses und wird in Folge zum Objekt einer Behandlung. Diese Krankheitskonzeption ermöglicht es, Krankheit unabhängig von der individuell erkrank-

ten Person erfassbar, diskutierbar und behandelbar zu machen (Heim & Willi 1986, Postert 1996). Der Körper wird in Organe, Körperteile oder physiologische Abläufe geteilt und derart fragmentiert wahrgenommen. Dies manifestiert sich nicht zuletzt in der bekannten Auffächerung und Spezialisierung der Fachgebiete wie interne Medizin, Neurologie, Augenheilkunde, Gynäkologie etc., also quasi "eine Spezialdisziplin für jedes Organ". Nur eine solche Konzeptionalisierung vermag zu erklären, dass es z.B. individuenunabhängige Definitionskriterien für Krankheiten in medizinischen Klassifikationssystemen gibt und dass klinische Studien verkünden können, dass ein bestimmtes Medikament für alle Betroffenen in gleichem Maße wirksam sei.

Die *Diagnose* von Krankheiten erfolgt in der Biomedizin über die Erfassung typischer pathologischer Merkmale. Messwerte stehen im Mittelpunkt, mit objektiven Daten wie EKG, Röntgenbild und Laborwerten lassen sich organische Veränderungen erkennen und behandeln. Ziel ist die kausale Analyse. Der kranke Körper wird getrennt betrachtet vom sozialen Umfeld, von Lebensgeschichte, Werthaltungen und emotionalem Status der Kranken. Die *Therapie* zielt auf die Behebung der Funktionsstörung bzw. zumindest auf die Kontrolle der Symptomausbreitung und -verstärkung, etwa bei chronischen Erkrankungen.

Schon hier wird deutlich, dass eine biomedizinische Haltung auch eine Werthaltung ist, eine ethische Haltung, die nicht nur die medizinischen Wissensbestände prägt sondern auch alle davon abgeleiteten Formen des praktischen ärztlichen Handelns und Denkens.

Krankheit und Gesundheit sind in biomedizinischer Konzeption einander ausschließende Werte. In medizinischen Lehrbüchern wird *Gesundheit*, wenn überhaupt, *ex negativo* als das "Fehlen von Krankheitszeichen" definiert.[2] Damit steht Gesundheit für eine idealtypische, statistisch vorgegebene Norm und damit für das "Normale", das "Entsprechende", Krankheit definiert sich als Abweichung von einer statistisch definierten Norm und als körperliches Versagen.

Bei Personen, die über Schmerzen oder Beschwerden klagen, aber keine pathologischen Befunde aufweisen, stößt der biomedizinische Weg an seine Grenzen. Wie will man therapieren, wenn sich nicht nachweisen lässt, dass eine Erkrankung besteht und diese Personen "aus medizinischer Sicht" gesund sind. Umgekehrt können abweichende Befunde vorliegen, ohne dass sich die Betroffenen krank fühlen oder je manifest krank werden. Auch kann es durch die Anwendung unterschiedlicher Technologien zu unterschiedlichen Beurteilungen kommen und die Wahrscheinlichkeit, dass jemand eine Krankheitsdiagnose bekommt, ist umso höher, je intensiver und technisch aufwendiger er untersucht wird. Dies bedeutet jedoch nicht unbedingt, dass diese letztliche Diagnose und das ursprüngliche Krankheitsgefühl irgendetwas miteinander zu tun haben müssen. Das Problem ist, dass die "ahistorische Reduktion auf seine Körperlichkeit" (Heim 1999) den Menschen nicht erschöpfend umfassen kann. Besonders die immer wichtiger werdende Präventionsmedizin stößt mit einem naturwissenschaftlichen, quantifizierenden und reduktionistischen Menschenbild und dem Ziel, Krankheiten zu vermeiden und nicht Gesundheit zu erhalten, bei der Gesundheitsvorsorge rasch an ihre Grenzen (vgl. dazu den von ihr geprägten Begriff "Risikofaktor" und die entsprechenden Ausführungen in 1.5.2.).

In ihrer konzeptionellen Unabhängigkeit vom erkrankten Individuum erweist sich die Biomedizin allerdings trotzdem nicht als geschlechtsneutrale, objektive, sondern als *androzentrische Medizinform*. So nimmt die klinische Forschung erst seit Kurzem zur Kenntnis, dass es physiologische Unterschiede zwischen Männern und Frauen gibt: Kli-

[2] Gesundheit wird generell wesentlicher seltener definiert als Krankheit, wahrscheinlich weil Gesundheit als der unmarkierte "Normalzustand" betrachtet wird (vgl. Atkin & Wallack 1990, "Gesundheit als Fantasie").

nische Testreihen von Medikamenten und Heilverfahren werden und wurden vor allem oft ausschließlich an männlichen Probanden vorgenommen. Inzwischen hat sich herausgestellt, dass Krankheiten sich geschlechtsabhängig unterschiedlich entwickeln und dass der weibliche Organismus Medikamente nicht nur hormonbedingt anders verarbeitet als der männliche (Minker 1997), sondern auch physiologisch: Bedingt durch eine geschlechtsabhängig unterschiedliche Verdauungsgeschwindigkeit passieren Schmerzmittel z.B. Magen und Darm von Frauen wesentlich langsamer, "wirken" also länger, und werden in der weiblichen Leber auch langsamer abgebaut (Legato 2002). Paradox wird die Situation bei Psychopharmaka: Auch wenn diese in der Praxis doppelt so häufig an Frauen wie an Männer verschrieben werden, bleiben die meisten klinischen Studien zu ihrer Dosierung auf männliche Probanden beschränkt. Jedenfalls galt bis vor Kurzem die Frau für die klinische Forschung lediglich als "kleinwüchsiger Mann" (Legato 1997).

Die häufige Verschreibung von Psychopharmaka an Frauen hat vermutlich soziokulturelle Hintergründe, die eine weitere männerzentrierte Haltung deutlich werden lassen: Immer noch diagnostizieren ÄrztInnen Leiden von Frauen eher als Ausdruck emotionaler Labilität denn als Ausdruck einer schweren Erkrankung (Maschewsky-Schneider 1997, Ussher 1989). Dabei zeigt sich in allen Untersuchungen, dass Frauen Krankheiten körperlich anders erleben als Männer, d.h. andere Symptome entwickeln, Schmerzen intensiver spüren und häufiger unter "übertragenen Schmerzen" leiden, also unter Schmerzen in einem vom eigentlichen Organ entfernten Körperbereich (Legato 2002). In einer linguistisch-kardiologischen Studie (Menz, Lalouschek, Stöllberger & Vodopiutz 2002, Menz & Lalouschek 2005) zeigten sich auch geschlechtsspezifische Unterschiede in der Darstellung von Krankheiten und Symptomen: Die linguistische Analyse von Gesprächen mit PatientInnen mit akutem Brustschmerz ergab, dass Männer zu konkreten, symptomatischen, organbezogenen Schmerzbeschreibungen tendieren und sich bevorzugt als ursachen- und lösungsinteressiert darstellen, Frauen hingegen globale, psychosozial eingebundene Beschwerdenbeschreibungen vorziehen und sich eher als Leid ertragend und Lösung delegierend präsentieren. Dieser Komplex von physiologischen, psychologischen und soziokulturell bedingten Unterschieden kann den in der Kardiologie inzwischen bekannten Befund erklären, dass Herzinfarkte bei Frauen häufig nicht oder fehl diagnostiziert werden und sie eine schlechtere, weniger rasche und energische Behandlung erfahren als bei Männern (Ayanian & Epstein 1991, Hochleitner 1996, 1999). Auf Grund dieser neuen Erkenntnisse wird die Forderung zur Ausbildung von ÄrztInnen im Sinne einer "geschlechtersensiblen" Behandlungsweise wird laut (vgl. ausführlich zum Stand der Forschung ganz aktuell Neises, Dietz & Spranz-Fogasy 2005 sowie Minker 1997, Legato 2002, Verbundprojekt zur gesundheitlichen Situation von Frauen in Deutschland 2002, sowie die weiteren Ausführungen zu kulturspezifischen Syndromen Kap. 1.5.1.).

Anzumerken ist, dass es nicht *die* Biomedizin als einzelne, homogene Einheit in Europa, USA und anderen Ländern gibt, sondern dass sie als *Pluralität von Biomedizinen* gesehen werden muss, die soziokulturell unterschiedlich situiert und beeinflusst sind. So kann sich z.B. die Behandlung von chronischen Schmerzen oder Krebs in den USA ebenso wesentlich von der in Europa unterscheiden (Lupton 2000, 54) wie die medizinische Wahrnehmung und Behandlung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen in Frankreich und England von der in Deutschland (Payer 1988).

Die konsequente Weiterführung der Medizin als naturwissenschaftlicher Methode ist die *Medizin als Technik- und Biowissenschaft* (Heim 1999). Mit den rasanten Fortschritten in der Computer- und Bildverfahrenstechnik nimmt das medizinisch-technische Handlungsspektrum zu. Es kommt quasi zu einer Emanzipation vom Physiologisch-Körperlichen:

> Ob Organtransplantationen oder künstliche Implantate, neuronale Prozessoren im Gehirn oder Mikrochips im Gewebe – der Körper wird umgebaut und eingespeist in technische, ökonomische und institutionelle Kreisläufe. Artifizielles und Biologisches, Lebendiges und Totes durchdringen sich und schaffen einen außerkörperlichen, metarealen Raum (Heim 1999, 85).

In diesem Bereich bewegen sich auch die eigentlichen brisanten Streitpunkte der Ethikdiskussion in der modernen Medizin (vgl. Schlosser 1998, Kahlke & Reiter-Theil 1995, Schmacke 1997) mit Themen wie Genforschung, künstlicher Befruchtung, pränataler Diagnostik, Organtransplantation und Intensivmedizin – ganz abgesehen von der damit einhergehenden Kostenexplosion im Gesundheitswesen. Hier fördert die moderne Medizintechnologie Schöpfungs-, Allmachts- und Kontrollfantasien, und mit der fortschreitenden Technisierung wächst auch die Gefahr, die humanistischen Aspekte ärztlichen Tuns gänzlich zu verlieren.

1.2.2. Psychosomatische Medizin

Im westlichen Medizinsystem gibt es eine im Prinzip wissenschaftlich anerkannte, dennoch nicht integrierte gesamtheitliche Medizinform, die Psychosomatische Medizin (Uexküll & Wesiak 1990, Bräutigam, Christian & von Rad 1997). Dieses medizinische Konzept sieht die Erkrankung eines Menschen immer durch körperliche, psychische *und* soziale Anteile bedingt – in jeweils unterschiedlichem Ausmaß. So stehen Krankheit und Zeitpunkt ihres Ausbruchs stets in Zusammenhang mit der Person, ihren Lebensumständen, ihrer Geschichte, ihrer Psychodynamik und ihren körperlichen Prädispositionen. *Krankheit* wird demgemäß als Störung komplexer Regulationsvorgänge zwischen körperlichen, psychischen und sozialen Prozessen aufgefasst und als ungelöste Problemsituation oder deren Folgen definiert. Mit diesem "bio-psycho-sozialen" Ansatz soll die cartesianische Trennung in der Biomedizin überwunden werden und Körper und Seele wieder als systemisch interagierende Einheit verstanden werden.

Die frühe Psychosomatik fußt auf der Psychoanalyse Freudscher Prägung und ihrer lebensgeschichtlichen und introspektiven Perspektive. Bewusste und unbewusste Konflikte sowie biographische Lebenskrisen werden als psychogene Krankheitsursachen entdeckt. Dies prägte vor allem die *medizinische Anthropologie* Viktor v. Weizsäckers (Rattner & Danzer 1997): In persönlichen Krisen auftretende Erkrankungen haben ihren biographischen Sinn, der sich nicht in der Geschichte der Krankheit sondern in der Lebensgeschichte der Erkrankten eröffnet. Im Patientengespräch geht es darum, die Sinnbedeutung der Krankheit zu entfalten, um gemeinsam die Lebensgeschichte und die individuelle Funktion der Krankheit zu verstehen. Der von v. Weizsäcker geprägte *Gestaltkreis* als Denkfigur ermöglicht es, die Einheit von Soma und Psyche begrifflich zu fassen: Seelisches und Körperliches ist als eine kreisförmig miteinander verbundene und sich bedingende Einheit zu verstehen; der Körper kann die Seele und die Seele den Körper erläutern und sie können einander wechselseitig darstellen (Heim 1999, Bräutigam, Christian & von Rad 1997).

Eine neue theoretische Dimension eröffnete sich durch die systemische *Theorie der Humanmedizin* von Uexküll und Wesiak (Uexküll & Wesiak 1990, Adler et al. 1990), die ihre Kritik gleichermaßen gegen ein einseitiges biomedizinisches Körpermodell wie gegen ein einseitiges psychoanalytisches Krankheitsmodell richteten, denn "eine fast seelenlose Körpermedizin sei mit Hilfe einer weitgehend körperlosen Seelenmedizin" nicht korrigierbar (Bräutigam, Christian & von Rad 1997, 73). Nach Uexküll und Wesiak hat ein psychosomatischer Denkansatz die Aufgabe, ein Modell für den Körper zu entwickeln, das dem Modell der Seele entspricht, und ÄrztInnen die Möglichkeit gibt, Vorgänge, die sich auf der physiologischen und der sozialen Ebene zutragen, in Verbin-

dung zu bringen. Uexkülls und Wesiaks Modell ist an Systemtheorie und moderner Semiotik ausgerichtet. Die Vorgänge im Menschen werden auf verschiedenen Systemebenen mit je unterschiedlichen Zeichensystemen festgemacht: Auf der physiologischen Ebene kommunizieren Zellen und Organe mit chemischen und elektrischen "Zeichen", auf der nächsten Ebene wirken die endokrinen, immunologischen und nervalen Zeichensysteme, darüber befinden sich die Informationsübermittler Sinnesorganeindrücke und Gefühle. Mit Hilfe dieser Zeichen und seines Bewusstseins baut das Subjekt "seine Welt" auf. Jede dieser Ebenen ist in Maßen eigenständig. Dabei werden somato-psychische "Aufwärts-Effekte" und psycho-somatische "Abwärts-Effekte" sichtbar, zudem wird ein sich gegenseitig beeinflussender Regelkreis zwischen beiden Bewegungen angenommen.

Die psychosomatische Medizin geht grundlegend davon aus, dass jedes Individuum in der Lage ist, in bestimmten Lebenssituationen seinen seelischen Schmerz zu somatisieren (McDougall 1998, 69), wobei es Personengruppen gibt, die dafür besondere affektive oder soziale Dispositionen aufweisen. So reagieren z.B. Personen mit einer erhöhten Sensibilität in der Wahrnehmungs- und Erlebnissphäre (traditionellerweise als "Nervosität" bezeichnet) auch sensibel auf psychophysisch und emotional unangemessene Belastungen, das vegetative Nervensystem fungiert als Resonanzboden für das jeweils gestörte seelische Befinden (vgl. Bräutigam, Christian & von Rad 1997, 383). Die Allgemeinbeschwerden haben dann Signalcharakter für die persönliche Lage und für die gesamte äußere Situation einer Person. Damit aus solchen Allgemeinbeschwerden aber Symptombildungen werden, müssen in der gegenwärtigen Lebenssituation Belastungen und damit persönliche Konflikte hinzutreten. Die Psychoanalytikerin Joyce McDougall betont, dass alle Menschen die Tendenz haben, innere Spannungen durch ein *acting-out* abzuführen, wenn sie besonders starken Belastungen ausgesetzt sind, also z.B. mehr zu essen oder zu rauchen als gewöhnlich, wobei jene, die systematisch Handeln zur Abwehr seelischer Konflikte und Ängste einsetzen, eine höhere Anfälligkeit für psychosomatische Erkrankungen riskieren (McDougall 1998, 109).

In der *modernen Psychosomatik* hat sich also ein multifaktorielles und integratives Denken und Forschen durchgesetzt: Körperliches und Seelisches, Anlage- und Umwelteinflüsse, faktische Gegebenheiten der äußeren Umwelt ebenso wie die subjektive Verarbeitung, physiologische, psychologische und soziologische Parameter treten in eine Wechselwirkung und in ein Ergänzungsverhältnis. Allerdings handelt es sich bei diesen als "Faktoren" beschriebenen Einflüssen um sehr heterogene Gegebenheiten, die hier ineinander greifen. So wurden auch zu stark simplifizierende Ursache-Wirkungs-Modelle wie etwa das von Krankheitspersönlichkeiten ("Krebspersönlichkeit") mittlerweile wieder aufgegeben.

Mit dieser umfassenden Sichtweise wird *Krankheit* nicht von vorneherein als Defizit im Kontrast zu Gesundheit definiert, sondern als Leistung im Sinne eines Lösungsversuchs einer schwierigen Situation, als ein "bei einem bestimmten Menschen zu einer bestimmten Zeit notwendiger und sinnvoller Ausdruck seiner ihm jetzt möglichen Weltbezüge" (Helmich et al. 1991, 5). *Gesundheit* ist dementsprechend ein Gefühl der Kohärenz des Individuums mit seiner Umwelt, also ein Gefühl sozialen Integriertseins und das Erleben der Voraussagbarkeit bzw. Beeinflussbarkeit der Entwicklung und der Umstände, das Wohlbefinden auslöst. Vergleichbar definiert die WHO Gesundheit als einen (idealisierten) Zustand kompletten körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens, nicht lediglich als Abwesenheit von Krankheit oder Schwäche (Ahmed & Coelgo 1973, zit. in McHorney 200, 334).

Mit diesem Krankheitsverständnis kann das schon genannte Paradoxon aufgelöst werde, dass ein Mensch Symptome "ohne medizinische Befunde" haben kann, also ohne den Nachweis anatomischer Läsionen oder physiologischer Funktionsstörungen.

Krankheit und Leiden bedeuten einen Zusammenbruch der biologischen Anpassung, der sich auf vielen verschiedenen Ebenen der biologischen Organisation abspielen kann, von der psychologischen bis zur immunologischen; er kann zahlreiche Formen annehmen und auf ganz unterschiedlichen Wegen zur gleichen Erkrankung führen (Bräutigam, Christian & von Rad 1997). Dies bedeutet auch, dass die Diagnose eines psychosomatischen Zusammenhangs *positiv* zu stellen ist, also dass ein psychosomatischer Zusammenhang nicht aus dem Fehlen eines organischen Befundes abgeleitet werden kann und nicht daraus, dass für einen körperlichen Befund kein ausreichender somatischer Entstehungszusammenhang gefunden werden kann – ein übrigens weit verbreitetes Missverständnis der Schulmedizin.[3]

Die bio-psycho-soziale Bedingtheit einer Erkrankung erfordert als Grundlage für eine *Diagnose* eine umfassende Erhebung von biologischen bzw. physiologischen Daten, von psychosozialen Daten zu Lebensumständen sowie von "subjektiven Daten" wie z.B. der individuellen Bewertung des Krankheitsgeschehens (Helmich et al. 1991). Diese Daten sind nicht bloßes Augment sondern von eigenständiger diagnostischer Bedeutung, denn Ziel eines psychosomatischen ärztlichen Gesprächs ist es, die körperlichen Symptome in einen verstehbaren Sinnzusammenhang mit der äußeren und inneren Lebensgeschichte des Patienten zu bringen (Bräutigam, Christian & von Rad 1997, 84). Deshalb ist – wie in vielen gesamtheitlich orientierten medizinischen Ansätzen – in der psychosomatischen Medizin das Gespräch mit den PatientInnen ein zentraler Bestandteil der medizinischen Behandlung und Betreuung. Bei der *Behandlung* psychosomatisch Kranker kommt neben der medikamentösen Versorgung schließlich die gesamte Breite psychotherapeutischer Verfahren zur Anwendung.

Hier stellt sich ein Grundproblem des psychosomatischen Ansatzes im Kontext eines naturwissenschaftlich geprägten, somatophilen Gesundheitssystems: Die seelischen Aspekte einer Krankheit zu beachten bedeutet für den Kranken ein hohes Maß an *Selbstverantwortung* aufzubringen; in der Kommunikation muss dem Erkenntniswillen des Arztes auch die Bereitschaft zur Selbsterkenntnis des Patienten zur Seite treten. Körperliches Kranksein bedeutet demgegenüber Entlastung: Viele Kranke fühlen sich erleichtert, wenn sich eine organische Ursache ihrer Beschwerden deuten lässt, obwohl das nicht selten dann eine schwerere Krankheitsform bedeutet. Ein gezielter Eingriff ist zu erwarten, für den die ÄrztInnen zuständig sind, das eigene Erleben und Verhalten ist nicht in Frage gestellt, kein "du musst dein Leben ändern" (Bräutigam, Christian & von Rad 1997, 20).

Leider musste sich die Psychosomatik über all die Jahre als Spezialfach konstituieren, um ihre eigenen Gesichtspunkte gegenüber anderen Fachgebieten behaupten zu können und wird von der Biomedizin und auch in der medizinischen Ausbildung nach wie vor gerne als Spezialfach behandelt und ausgegrenzt. Dies spricht gegen den integrativen Anspruch der Psychosomatik. Eine tatsächliche Integration in das medizinische Handlungssystem würde das Fach Psychosomatik überflüssig machen: Ärztliches Tun wäre dann eben auch psychosomatisch, wäre patientenorientiert und ganzheitlich. Vor einem ähnlichen Problem steht übrigens die Medizinische Ethik, die sich in der Ausbildung nicht als eigenes Fach wie Arbeitsmedizin oder Kinderheilkunde placiert sehen möchte, um genau dieser biomedizinisch geprägten Fragmentierung entgegenzuwirken, denn ärztliche Ethik ist eine Qualität ärztlichen Handelns, die fächerübergreifend "immer ist" oder nicht (vgl. Kahlke & Reiter-Theil 1995, Lalouschek 2000).

[3] Diese ist beim Fehlen klinischer Befunde allzu rasch und allzu gerne mit der Verlegenheitsdiagnose "dann ist es eben psychosomatisch" zur Hand, wodurch die Psychosomatik in die Nähe von Hypochondrie und psychischer Labilität gerückt wird.

1.2.3. Salutogenese vs. Pathogenese

Die jüngere Psychosomatik wird immer stärker vom dem gesundheitszentrierten Konzept der *Salutogenese* geprägt, das mittlerweile zu den einflussreichsten Theoriemodellen zur Erhaltung von Gesundheit zählt.[4] Salutogenese richtet die Frage von den destruktiven, Krankheit erzeugenden Faktoren zu den konstruktiven, Gesundheit herstellenden Faktoren, also von der Frage "Was macht krank?" zur Frage "Was hält oder macht gesund?"

Der Begriff der Salutogenese wurde vom amerikanischen Medizinsoziologen Aaron Antonovsky (1987) geprägt, der sich der Frage widmete, wieso einzelne Menschen trotz widriger Lebensumstände gesund bleiben oder trotz Einfluss klassischer Risikofaktoren nicht an erwartbaren Krankheiten wie Herzinfarkt, Diabetes oder Krebs erkranken. Unzufrieden mit den zu einfachen Urache-Wirkungskonzepten aus der frühen Stress- und Copingforschung entwickelte er das umfassende Konzept des *Kohärenzgefühls* (*sense of coherence*). Dieses beschreibt die Grundeinstellung einer Person gegenüber unvorhergesehen und potenziell belastenden Ereignissen: Wenn ein Mensch ein überdauerndes Vertrauen in seine Möglichkeiten zur Bewältigung von Ereignissen und in eine angemessene Unterstützung von außen hat, kommt es zu einem Gefühl der Übereinstimmung, also der Kohärenz zwischen dem Belastungsausmaß von Ereignissen und den persönlichen Ressourcen zu ihrer Bewältigung. Dieses Kohärenzgefühl ist eine Persönlichkeitskonstante, die sich aus drei Anteilen zusammensetzt, nämlich Überschaubarkeit, Handhabbarkeit und Sinnhaftigkeit. Überschaubarkeit (*comprehensibility*) bezeichnet die Erwartung, Ereignisse und deren Entwicklungen erklären und überschauen zu können, Handhabbarkeit (*manageability*) meint das Vertrauen, Lebensaufgaben meistern zu können und Sinnhaftigkeit (*meaningfulness*) schließlich heißt, künftige Ereignisse als sinnvolle Aufgaben und Herausforderungen zu sehen, für die es sich lohnt, sich tatkräftig, motiviert und emotional zu engagieren. Antonovsky betont, dass sein Konzept des Kohärenzgefühls keine bestimmte Copingstrategie und keine einzelne, stabile Persönlichkeitseigenschaft wie z.B. Optimismus meint, sondern gerade die Fähigkeit, flexibel auf belastende Ereignisse zu reagieren. So manifestiert sich ein starkes Kohärenzgefühl in hoher Anpassungsfähigkeit, vor allem auch hinsichtlich der Anerkennung eigener Grenzen, die einer persönlichen Aneignung von Lebensereignissen gesetzt sind. Menschen mit einem stark ausgeprägten Kohärenzgefühl zeichnen sich durch eine erhöhte Widerstandskraft gegenüber Stressoren aus und werden dadurch weniger krank. Wie verwandte Studien aus der jüngsten Stressforschung zeigen, scheint die Dimension der Sinnhaftigkeit der zentrale und eigentlich salutogene Faktor zu sein (Lamprecht & Sack 1997, 25).[5]

Grundlage der Theorie des Kohärenzgefühls sind systemtheoretische Überlegungen. Antonovsky geht erstens davon aus, dass Gesundheit ein labiler Zustand ist, der aktiv erhalten werden muss. Diese Auffassung steht im Gegensatz zu dem konventionellen pathogenetischen Postulat, dass ein gesunder Organismus sich in "normaler" geordneter Homöostase befindet, die durch eine Krankheit aus dem Gleichgewicht gebracht wird. Der zweite Ausgangspunkt ist daher, dass *Gesundheit und Krankheit* keine dichotom geschiedenen Zustände sind, die sich immer voneinander abgrenzen lassen, sondern

---

[4] Ich folge hier der Darstellung von Antonovsky (1987), Lamprecht & Sack (1997), Franke (1997) und Franke & Broda (1993).

[5] Hier ließen sich Querverbindungen zum Konzept des *flows* von Csikszentmihalyi (1998) ziehen, der dieses Gefühl der vollkommenen, fließenden Hingabe an eine gleichermaßen sinnhafte, befriedigende, kreative Tätigkeit als Basis für das Empfinden von Glück beschreibt, sowie zur Psychoimmunologie, die Zusammenhänge zwischen positiven psychischen Befindlichkeiten und Stärkung des Immunsystem aufdeckt. So meint Antonovsky selbst, dass auch Phänomene wie Phantasie, Wille, Spiel und Liebe in Hinblick auf Förderung von Gesundheit untersucht werden könnten (Antonovsky 1987).

zwei Endpunkte eines Kontinuums, zwischen denen sich relatives Gesundsein oder Kranksein bewegt. Je ausgeprägter das Kohärenzgefühl ist, desto mehr entwickelt sich ein Mensch auf diesem Kontinuum aktiv in Richtung "Gesundheitspol".

Konsequenzen einer salutogenetischen Sichtweise für die *Gesundheitsförderung* sind, dass Gesundheit kein produzierbarer Artikel ist, kein Gut, von dem gezehrt wird, bis es aufgebraucht ist, sondern ein Zustand, der fortwährend und aktiv zu erwerben ist. Diese Sichtweise fördert die Betrachtung der gesunden und entwicklungsfähigen Seiten der zu behandelnden Person, um deren Selbstheilungskräfte zu stärken. Salutogene Prinzipien sind also Ressourcen der Krankheitsbewältigung, der Krankheitsvorbeugung und – noch allgemeiner – der kreativen Fähigkeiten in der Auseinandersetzung mit der Lebenswelt. Eine salutogene Gesundheitsförderung wird dann zur Unterstützung der "Gesundheitsarbeit", die sich von den von außen eingreifenden Maßnahmen der "Kunstheilung" – also Ausschaltung, pharmakologische Lenkung und Substitution – grundlegend unterscheidet (Lamprecht & Sack 1997, 31). Sie fördert dann die körperlichen, seelischen und sozialen Ressourcen und bekommt damit eine gleichermaßen individuelle wie soziale und damit politische Dimension (Franke 1997).

Am Beispiel des immer wieder gern zitierten *Risikofaktors Stress* zeigt gerade das salutogene Modell relevante Differenzierungen: So hat die jüngste Stressforschung gezeigt, dass nicht der Stressor entscheidend ist für das Ausmaß seiner potenziell schädigenden oder förderlichen Wirkung, sondern der Umgang mit dem Stressor. In einem pathogenetischen Modell besteht die Konsequenz darin, möglichst viele Stressoren auszuschalten. Im salutogenetischen Modell dagegen geht es nicht um die Menge der Stressoren, auch nicht um deren inhaltliche Bewandtnis, sondern primär darum, wie jemand mit den Stressoren umgeht. Der mit einem Stressor konfrontierte Organismus gerät immer in einen Zustand der Anspannung; krankmachender Stress entsteht jedoch nur, wenn die Spannung trotz aller Bemühungen nicht gelöst werden kann. Das salutogenetische Modell erlaubt es also viel eher, die positiven Aspekte der Stressoren zu sehen, also z.B. den Charakter des Anreizes und der Herausforderung (Franke 1997).

1.2.4. Alternative Medizinformen: TCM, Ayurveda und Homöopathie

Aus der Vielfalt der alternativen Heilmethoden möchte ich die bekanntesten und zur Zeit gebräuchlichsten herausgreifen: Die Traditionelle Chinesische Medizin (TCM) und den indischen Ayurveda als Beispiele für zwei Ansätze fernöstlicher Medizinformen sowie die Homöopathie als Beispiel für eine alternative Behandlungsmethode westlicher Tradition. Dies ist insbesondere interessant, da einzelne Methoden und therapeutische Mittel wie Akupunktur, Yoga und die berühmten "weißen Kügelchen" schon längst zum Allgemeinwissen gehören und von den PatientInnen oft schon standardmäßig als Behandlungsalternativen eingefordert werden, über die unterschiedlichen zugrunde liegenden philosophischen Traditionen, die dieses medizinische Handeln bestimmen, aber oft wenig bekannt ist.

Traditionelle Chinesische Medizin

Der Ansatz der Traditionellen Chinesischen Medizin (TCM)[6] ist naturphilosophisch, nicht naturwissenschaftlich, basierend auf der Idee des Tao. Als Standardwerk gilt auch heute noch das von mehreren Autoren verfasste "Kanonische Buch der inneren Phänomene des gelben Kaisers".

[6] Ich folge hier den Darstellungen in Heise (1996), Jütte (1996), Dost (1998) und Queck (2004).

Tao bedeutet Einheit der Natur, in der sich das Spannungsfeld des Yin und Yang befindet. Yin und Yang sind polare und doch ergänzende, harmonische Prinzipien oder Kräfte, Yin ist die weibliche, empfangende Kraft, Yang die männliche, befruchtende. Sie sind gegensätzliche Pole, dennoch in steter Wandlung begriffen, und in dem einen ist ein Teil des anderen schon enthalten. So repräsentieren sie die Polarität und die Relativität des Seins: Yin – Yang, sein – tun, einatmen – ausatmen, Nacht – Tag, Substanz – Dynamik, aber auch chronisch – akut. Diese Sichtweise steht im Gegensatz zur dualistischen der westlichen Moderne, die Körper von Geist, männlich von weiblich und Subjekt von Objekt trennt; nicht die Teilaspekte sind interessant, sondern das Zusammenspiel. Alle dynamischen Prozesse, alle rhythmischen Abläufe, alle Ströme von Energie sind Folge dieser *Polarität*. Die gesamte Welt ist auf dieser Wechselwirkung der sich ergänzenden Yin-Yang-Kräfte aufgebaut, die die Lebensenergie "Qi" hervorbringen. Diese Energie wohnt allen Lebewesen und allen Lebensäußerungen inne, auch die Funktion von Organen und Organsystemen sind Ausdruck dieser Lebensenergie. Die Lebensvorgänge sind nicht linear-kausal, sondern in Kreisläufen dynamisch geregelt, miteinander rückgekoppelt und befinden sich im Idealfall in einem harmonischem Gleichgewicht. Es ist zu beachten, dass der Begriff Qi nicht dem westlichen Verständnis von Energie entspricht, sondern als Pulsieren, als Bioenergie zu verstehen ist. Deshalb sieht die TCM Organe nicht getrennt von Gefühlen, den Geist nicht getrennt von körperlichen Vorgängen und den Menschen nicht getrennt von seiner Umwelt.

Im Verständnis der TCM ist der menschliche Organismus eine Einheit, in dem das Qi in gewissen "Leitbahnen", den so genannten Meridianen, strömt. Das Gleichgewicht zwischen Yin und Yang im Menschen bedeutet Harmonie und damit *Gesundheit*. Zu viel Yin (Ruhe) erschöpft die Widerstandskraft, zu viel Yang (Aktivität) erschöpft ebenfalls. Das Verharren in einem Pol, das Zuviel des einen und das Zuwenig des anderen erzeugt *Krankheit und Leiden* auf allen Ebenen. Ist die Balance zwischen Yin und Yang gestört, kann das Qi nicht mehr ungestört durch die Körperbahnen fließen. Auf dieser Konzeption basiert die Methode der *Akupunktur*: Mit Hilfe der "Nadelung" von Akupunkturpunkten, die jeweils eng entlang der symmetrisch über die Körperoberfläche verlaufenden zwölf Meridianen verteilt sind, gelingt es, die krankmachenden und schmerzenden Qi-Blockaden zu beseitigen oder eventuelle Qi-Schwächen auszugleichen und das harmonische Fließen des Qi wiederherzustellen. Vergleichbar funktioniert die *Moxibustion*, die punktuelle Stimulation durch Wärme mit Moxakraut, meist Beifuß. Und in ähnlicher Weise ist die Funktionsweise von *Qi-Gong* zu verstehen, bei dem Körperübungen zur Regulation des Lebensenergieflusses ausgeführt werden. Aus diesem Grund ist die TCM besonders zur Behandlung von chronischen Erkrankungen des Bewegungsapparates, chronischen Schmerzen und Reizungs- und Spannungszuständen wie Migräne, Reizdarm, Magenschleimhautentzündung, Bluthochdruck, Herzrhythmusstörungen und Schlafstörungen geeignet.

Die Traditionelle Chinesische Medizin beruht zudem auf der *Lehre der fünf Elemente* bzw. deren Wandlungen: Traditionell bestehen alle Erscheinungen der Welt aus der Verwandlung der Elemente Holz, Feuer, Wasser, Metall und Erde. Alle diese Elemente beziehen sich aufeinander und verwandeln sich ineinander. Die Elemente und deren Wandlungsformen dienen als Grundlage für die Diagnose von Erkrankungen, ihre Entstehung und die Behandlung, da alle Organe bzw. Organsysteme, alle Gefühlszustände und alle therapeutischen und diätetischen Mittel bestimmten Elementen zugeordnet sind und so in Wirkung zueinander gebracht werden können. Klagt ein Patient z.B. über Herzbeschwerden und stellt sich in der Befragung heraus, dass er oft und anhaltend wütend ist, so wird sich der Behandler der Leber zuwenden: Die Leber ist dem Element Holz zugeordnet, sie ernährt mit ihrer Energie das Element Feuer, dem das Herz zugeordnet ist. Anhaltende Wut verstärkt das Element Holz und damit das Element Feuer

und belastet das Herz. Dieser diagnostische Zugang hängt auch damit zusammen, dass die TCM unter Organen nicht einzelne, anatomisch greifbare Organe, sondern Organsysteme und Funktionskreise versteht.

In der *Behandlung* geht es also darum, die energetische Entgleisung verstehen, also z.B. die Krankheit auslösenden Faktoren einer Patientin kennen lernen, ihr soziales und emotionales Umfeld und ihre Ernährungsgewohnheiten. Die sichtbare Störung, das auffällige Symptom wird nur als Teil des Ganzen, als Spitze des Eisberges gewissermaßen, beurteilt. Ziel ist deshalb nicht die Behandlung des Symptoms, sondern die Lokalisierung und Ausschaltung der Ursache.

Wichtig, und das gilt für alle ganzheitlichen Heilmethoden, ist das frühe Erkennen von Krankheitsfaktoren, bevor sich die Störung als Krankheit manifestieren kann. Da schon leichte Befindlichkeitsstörungen, die in der Biomedizin als zu geringfügig kaum Beachtung finden, in ganzheitlicher Sicht als Zeichen von Störung des Ausgleichs bewertet werden, können sich anbahnende Krankheitsprozesse schon an einem sehr frühen Zeitpunkt erkannt und durch eine ausgeglichene Lebensweise reguliert werden. Manifester Bluthochdruck, Herzinfarkt oder andere krankhafte Organveränderungen, die biomedizinisch als "genuine Krankheiten" gelten, sind ja nur der dramatische und endgültig manifestierte Höhepunkt eines schon lange stattfindenden Krankheitsprozesses. Hier erlangen ganzheitliche Medizinformen ihre besondere Bedeutung für die Gesundheitsvorsorge, die ja auch in den Gesundheitssystemen der westlichen Ländern immer bedeutsamer wird. Natürlich ist auch hier zuerst ein gesellschaftlicher Lernprozess erforderlich, denn ab wann darf man in einer Gesellschaft Befindlichkeitsstörungen als erste Krankheitsanzeichen ernst nehmen, wer fühlt sich nicht öfters müde, schlapp und hat ab und zu Kopfschmerzen oder Verspannungen, und ab wann werden Befindlichkeitsstörungen auch vom medizinischen System ernst genommen und nicht als Labilität oder als Hypochondrie abgetan (vgl. 1.5.1.)?

Die *Diagnose* erfolgt in der TCM über die genaue Beobachtung der Kranken: Puls, Zunge, Geruch, Gesichtsfarbe, Schleim und "Energieflüsse" werden untersucht. Am wichtigsten ist jedoch die ausführliche persönliche Befragung. Die *Behandlung* setzt sich aus Akupunktur, Moxibustion, Massagen, Qi-Gong, Diätetik und Chinesischer Arzneimitteltherapie zusammen. Diese Arzneimittel setzen sich aus einer großen Vielzahl von Kräutern und Substanzen tierischen, mineralischen und metallischen Ursprungs zusammen, die für die Behandlung individuell gemischt werden. In der VR China ist die traditionelle Kräuterheilkunde übrigens weitaus populärer als die Akupunktur (Stollberg 2002, Heise 1996).

Im Gegensatz zur westlichen Medizin wird aber nicht nur das Leiden behandelt, sondern die PatientInnen müssen aktiv an ihrer Gesundheit arbeiten: Sie werden von den ÄrztInnen gefragt, was sie zu ihrer Gesundheit beitragen wollen und müssen entsprechend ihren Lebensstil verändern. Da Krankheit eine Störung der Einheit bedeutet, ist Krankheit im taoistischen Verständnis im wesentlichen ein deutliches Signal zur Umkehr. *Heilung* bedeutet also Umkehr (Dost 1998, 381). Nach chinesischer Tradition haben sich Ärzte zuerst um die Erhaltung der Gesundheit und nicht um die Behandlung von Krankheit zu kümmern. Traditionellerweise wird ein chinesischer Arzt nur solange bezahlt, solange der Patient gesund ist.

Ayurveda

Der Ayurveda stammt aus Indien und Tibet und gilt als die älteste, schriftlich festgehaltene Heilkunde der Menschheit. Ayurveda bedeutet "Wissen vom Leben" (Sanskrit *ayus*: langes Leben, *veda*: Wissen), ist elementarer Teil der vedischen Schriften und gilt als Grundlage aller naturheilkundlicher, ganzheitlicher Verfahren. Durch die hinduisti-

sche Kultur verbreitete sich Ayurveda bis in den ostasiatischen Raum und beeinflusste auch die Traditionelle Chinesische Medizin. Im Westen regte sie die Entwicklung der alten griechischen Heilkunde unter Hippokrates an, ebenso wie die Heiltraditionen der Römer, Kelten, Slawen und Germanen. Im Mittelalter und in der Renaissance kamen zahlreiche ayurvedische Heilkräuter nach Europa, die von bekannten Heilerinnen wie Hildegard von Bingen verwendet wurden. Ayurveda umfasst Fachrichtungen wie Chirurgie, Innere Medizin, Gynäkologie und Toxikologie, dazu Psychologie, Kräuterheilkunde, Ernährungslehre, Körperarbeit, und Spiritualität.

Die ayurvedische Medizin geht davon aus, dass der Mensch aus den *fünf Elementen* Feuer, Wasser, Erde, Luft, Raum bzw. Äther besteht.[7] Jedes Element steht für bestimmte Stoffe und Funktionen des Körpers und des Geistes. Der Mensch selbst wird als Einheit aus Körper, Sinnesorganen, Geist und Seele beschrieben. Gesundheit besteht, wenn sich alle fünf Elemente, das Bewusstsein und die Körperfunktionen in Harmonie befinden. Wichtige Grundlage dafür ist die Balance der so genannten *doshas*, die grundlegenden Steuerungs- und Regulationssysteme des Körpers, auch Bioenergien oder Lebenskräfte genannt.

Der Ayurveda kennt drei Doshas, und zwar *vata*, das Bewegungsprinzip, *pitta*, das Stoffwechselprinzip und *kapha*, das Struktur gebende Prinzip. Alle drei leiten sich aus den fünf Elementen ab, bestimmen alle leibseelischen Funktionen und haben ganzheitliche, "vernetzte" psychophysische Eigenschaften. So ist *vata* z.B. aus den Elementen Raum und Luft zusammengesetzt. Es repräsentiert das Prinzip der Bewegung, des Flusses und regelt das Wachstum und die Aktivitäten des Geistes und der Sinnesorgane. Es gilt als beweglich, trocken, flink oder kalt. Seine Funktionen betreffen Atmung, Ausscheidung, Hirnfunktionen, Schmerz und Aktivität. *Pitta* ist aus dem Element Feuer abgeleitet, verkörpert das Stoffwechselprinzip und reguliert Körperwärme, Hunger- und Durstgefühle, aber auch den Intellekt. *Kapha* verkörpert mit den Elementen Erde und Wasser das Prinzip der Körperstruktur, also des Aufbaus und der Stabilität. Die drei Doshas sind Bewegung, Energie und Struktur des Menschen und sind in jedem Menschen in einem individuellen "Mischungsverhältnis" angelegt. Diese Sichtweise unterscheidet sich besonders deutlich von einer biomedizinischen Konzeption, die eher ein für jeden menschlichen Organismus generell geltendes und vor allem messbares "Standard-Mischungsverhältnis" voraussetzen würde.

Krankheiten werden durch ins Ungleichgewicht geratene Doshas verursacht. Auch im Ayurveda haben erste Störungsanzeichen schon Signalwirkung. Werden diese Zeichen nicht beachtet, manifestiert sich eine Krankheit, zuerst mit akuten Symptomen, die schließlich chronisch werden können. Deshalb ist es Ziel jeder ayurvedischen Therapie, die individuelle leibseelische Homöostase und Harmonie wieder herzustellen, und zwar vor allem durch Erleichterung und Normalisierung des Stoffwechsels. Die *Diagnose* erfolgt ähnlich wie bei der TCM durch genaue Untersuchung, Ermittlung des "Dosha-Typs" und eingehende Befragung zu den aktuellen und früheren Lebensumständen. Die *Therapie* ist eingebunden in die Einsicht in die leibseelischen Zusammenhänge durch Hinwendung zu naturgemäßeren Lebensweisen, durch Neuordnung des Lebens und durch Anregung des Selbstheilungsstrebens des menschlichen Körpers. Diese Aufzählung macht deutlich, dass Ayurveda alle Aspekte des menschlichen Lebens berücksichtigt, also Bewusstsein, Körper, Lebensweise und Umwelt, und zwar sowohl in ihrem Gesundheit erhaltenden wie Krankheit auslösenden Potenzial. Die *Heilmittel* der ayurvedischen Medizin sind entsprechend vielfältig: Je nach Krankheitsauslöser reichen sie vom Einsatz von Kunst und Musik über Meditation und Tiefenentspannung bis zu Atem- und Körperübungen und einer Vielzahl von ausgleichenden oder ausleitenden Be-

[7] Ich folge hier den Darstellungen in Frawley (1999), Jütte (1996), von Weltzien (1999), Chopra (1998) und Queck (2004).

handlungen wie Ölmassage, Stirnguss, Dampfbäder oder Einläufe usw. Die Ernährung selbst hat zentralen Stellenwert, da über den Stoffwechsel die verschiedenen Organe unmittelbar beeinflusst werden können. Oberstes Prinzip ist, das Wohlbefinden herzustellen und die Anwendung auf die individuelle Natur der Kranken abzustimmen. Der Ayurveda geht davon aus, dass der Körper in der Lage ist, seine verlorene Balance selbst wieder herzustellen, er bedarf dazu jedoch einer gewissen Stimulation. Krankheit selbst wird prinzipiell als Lernaufgabe und spirituelle Chance begriffen.

Die besonderen Erfolge des Ayurveda zeigen sich im Bereich der Stärkung des Immunsystems, in der Rekonvaleszenz und Rehabilitation von Krebserkrankungen, bei der Behandlung von Krankheiten des Binde- und Stützgewebes (rheumatischen Erkrankungen), des Nervengewebes (Lähmungen, Schlaganfall) und bei Herz-Kreislauferkrankungen (Dost 1998, 255). Vor allem aber spielt *Vorbeugung* eine entscheidende Rolle, denn der Grundsatz der ayurvedischen Medizin ist, Gesundheit zu fördern und Krankheiten zu vermeiden.

Die ayurvedische Heilkunde ist eingebunden in das umfassende hinduistische Naturverständnis: Körper und Geist sind Teil eines kosmischen Ganzen, sind ein dynamischer Prozess, der in Form eines offenen Fließgleichgewichts in einem ständigen Austausch mit der Umwelt steht. Ayurveda steht im Dienst der Idee des Gleichgewichts. Wenn die Natur aus dem Gleichgewicht gerät, so ist das Ganze durch Störungen seiner Teile gefährdet. Um gesund zu sein, müssen alle Wesen mit der Natur durch offene und ausgeglichene Kanäle kommunizieren. Der Wert des Wandels, also Dynamik, muss sich im Gleichgewicht mit dem Nicht-Wandel, mit Stabilität befinden. Speziell die Wechselbeziehungen zwischen Nahrung, Verhalten, Biorhythmen, Umwelt und menschlichem Denken, die alle im Hinblick auf Ganzheit betrachtet werden, sind im Ayurveda detailliert beschrieben.

Ausgehend von der Lehre, dass es in jedem Menschen einen Bereich vollkommener Gesundheit gibt, der in der stillsten Ebene seines Bewusstseins liegt, ist eigentliches Ziel des Ayurveda die Schulung des Bewusstseins über den Vorgang des *Transzendierens*. Damit ist die Erfahrung von anderen Bewusstseinsformen als der drei klassischen Bewusstseinszustände Wachen, Schlafen und Träumen gemeint, die v.a. über meditative Techniken erreichbar ist. Transzendentales Bewusstsein ist "der stille Zustand der Selbst-Bewusstheit, in dem die Gehirnaktivität völlig kohärent und anstrengungslos mit dem Körper koordiniert ist und so das reine Fließen bewirkt" (Chopra 1998, 217). So kann eine psychophysiologische Wiederherstellung mit dem Selbst erreicht werden, Verbindung mit den innersten Bedürfnissen aufgenommen und in Fluss mit den höheren Bewusstseinszuständen gebracht werden. Der ayurvedische Arzt Deepek Chopra nennt dies die "stärkste Therapie" des Ayurveda zur Erfahrung von tatsächlicher Selbst-Erfüllung, innerem Frieden, Glück und damit "vollkommener Gesundheit" – für den einzelnen Menschen ebenso wie für die Menschheit insgesamt.[8] So verbindet der Ayurveda rationale und psychische mit spirituellen Therapieformen. Dieser Ansatz ist übrigens nicht zu verwechseln mit der eindimensionalen, oberflächlichen Idee der New-Age-Bewegung, dass unser Geist *allein* alle körperlichen Krankheiten verursacht und heilt, auch wenn sie sich auf diese spirituellen Ansätze beruft (Wilber 1992).

Bei ganzheitlich arbeitenden westlichen MedizinerInnen gilt Ayurveda als die allgemeinverbindliche Gesundheitslehre für alle Bereiche und Aspekte des menschlichen Lebens, die bisher gefehlt hat. Dies liegt in ihren philosophisch wie lebenspraktisch orientierten Prämissen, nämlich der Vorbeugung und der Stärkung der Selbstheilungs-

[8] Ein, vor allem in der westlichen Welt weit verbreitetes Missverständnis ist, dass der Vorgang des Transzendierens den Menschen "aus der Wirklichkeit hinaustrage" oder dass "das Selbst transzendiert" werde. Diese Fehlannahmen beruhen auf einem naturwissenschaftlich reduktionistischen Menschenbild.

kräfte des leibseelischen Organismus. Im Ayurveda ist Gesundheit – nach dem altindischen Begriff *swatha* gleichbedeutend mit "im Selbst gegründet sein" – nämlich ein Zustand, für den jeder selbst sorgen muss: durch körperlich-geistige Hygiene, durch richtige Ernährung und durch eine entsprechende Lebensweise (Chopra 1998).

Diese auf Individualisierung, Homöostase und Energieflüsse ausgerichteten nichtinvasiven Behandlungstechniken haben diesen und anderen alternativen Medizinformen die Bezeichnung "sanfte Medizin" eingetragen. Die zunehmende Rezeption der chinesischen und indischen Heilmethoden hat dazu geführt, dass diese Gesundheitslehren von der WHO offiziell unterstützt und gefördert und auch aufgrund der viel niedrigeren Kosten als die High-Tech-Medizin empfohlen werden. Dies macht sie wegen der abzusehenden Unfinanzierbarkeit des schulmedizinischen Gesundheitssystems nicht nur für Europa sondern z.B. auch für Entwicklungsgebiete interessant.

Homöopathie

Die Prinzipien des systemischen, vernetzten Denkens, der Regulation, der Wiederherstellung des Gleichgewichts und der individuellen Abstimmung der Behandlung charakterisieren auch die *westlichen alternativen Heilformen*, sie finden sich z.B. sowohl in der Natur- und Pflanzenheilkunde (Phytotherapie), in der Osteopathie oder in der Homöopathie. Die relevanten Unterschiede bestehen in der Wahl und Anwendung der Heilmittel und Heilverfahren.

Das alte Heilsystem Homöopathie steht in beinahe allen westlichen Ländern an erster Stelle der in Anspruch genommenen alternativen Medizinformen[9]. Ihr Begründer, der deutsche Arzt Samuel Hahnemann (1755-1843) ging davon aus, dass den Menschen nicht eine Vielzahl von lokalen Krankheiten plagen, sondern dass allen Krankheiten eine "Verstimmung der Lebenskraft" zugrunde liegt, außer natürlich bei Erkrankungen durch äußere Einflüsse wie Verletzungen etc. *Krankheit* wird als gesamtheitliche Störung des Regulationssystems eines Menschen betrachtet und als Ausdruck des Kampfes seiner Abwehrkräfte gegen diesen disharmonischen Zustand. Behandelt wird demgemäß nicht die Krankheit, sondern der kranke Mensch in seinem Lebensumfeld und in seiner Einheit von Körper, Seele und Geist. Ziel der homöopathischen *Behandlung* ist es, ganz ähnlich wie bei den schon beschriebenen ganzheitlichen Heilformen, diese körpereigenen Selbstheilungskräfte anzuregen und regulativ zu begleiten. Bei der *Diagnose* konzentriert sich das homöopathische Gespräch auf die detaillierte Beschreibung der Symptome, aktuelle wie vorangegangene. Dabei werden im Gegensatz zur Schulmedizin nicht typische, sondern individuelle, ungewöhnliche und auffallende Symptome gesucht sowie deren Modalität, d.h., deren genaue Beschwerdenqualität und die individuellen Umstände, unter denen sie sich verstärken, verschlechtern, verbessern oder verändern.

Das besondere der Homöopathie ist ihre Behandlungsmethode, von der sich auch ihr Name ableitet: altgriechisch *homoios* bedeutet ähnlich, *pathos* Leiden. Die Behandlung der Beschwerden, auch *Similefindung* genannt**,** erfolgt durch Wirkstoffe, die bei einem gesunden Menschen die gleichen Symptome wie beim erkrankten. Bei diesem bringt die Gabe des Mittels in hoch verdünnter Form, das so genannte *Simile*, die Symptome zum Verschwinden. Dies ist die Grundlage des homöopathischen Prinzips *similia similibus curentur*, also Ähnliches vermöge Ähnliches zu heilen. Weist die erkrankte Person die gleichen Symptome auf wie sie in einem Arzneimittelbild angegeben sind, dann gibt es zwischen dem verabreichten Mittel und dem/der Erkrankten eine Ähnlichkeit auf der Ebene des beeinträchtigten Organs, also z.B. gleiche Schmerzen, auf der Ebene der Symptome und auf der Ebene der Persönlichkeit, also der des Mittels und der des/der

9 Ich folge hier den Darstellungen in Jütte (1996), Meyer (1999) und Queck (2004).

Betroffenen (Meyer 1999). In so genannten Repertorien (Symptomregistern) sind die bei der Einnahme von Substanzen auftretenden Beschwerden festgehalten.

Langjähriger Diskussions- und Kritikpunkt über Wirkungsweise bzw. Wirksamkeit von Homöopathie ist die Herstellungsweise der Wirkstoffe, die *Potenzierung*. Dieses Verfahren wurde von Hahnemann ausgehend von Selbstversuchen mit Chinarinde selbst entwickelt: Die verwendeten Substanzen pflanzlichen, tierischen, mineralischen oder metallischen Ursprungs werden zu einem Auszug verarbeitet, der die Urtinktur ergibt. Sie wird durch stufenweises Verdünnen mit Wasser und Alkohol und Verschütteln (Potenzieren) immer mehr von ihren materiellen Teilen befreit. Durch minutenlanges Schütteln mit schlagenden Bewegungen soll die "Information" der Substanz aus ihrer materiellen Hülle herausgelöst werden. Bloßes Verdünnen alleine zeigt nicht dieselbe Wirkung. Je häufiger die Tropfen verdünnt und potenziert werden und je weniger Reste in der Verdünnung enthalten sind, desto größer ist die Heilkraft der Substanz. Die Wirksamkeit solcher Arzneimittel wird mittlerweile durch die Informationsspeicherfähigkeit von Wasser zu erklären versucht. Die Urtinktur kann jedoch auch mit Milchzucker in einem Mörser zerrieben und zu Tabletten gepresst werden oder mit Rohrzucker zu kleinen Kügelchen (*Globuli*) verarbeitet werden. Dieser Herstellungsprozess führt dazu, dass der Wirkung der Mittel immer wieder lediglich ein Placebo-Effekt zugeschrieben wird, auch wenn Vergleichsstudien der Homöopathie immer größere Wirksamkeit bescheinigen (vgl. ausführlich Jütte 1996, 179ff und Endler 1998).

Diese homöopathischen Mittel werden über die Mundschleimhaut aufgenommen. Meist kommt es zu einer so genannten "Erstverschlechterung", einer Verstärkung der Symptome. Sie ist Zeichen dafür, dass der Körper auf das Mittel anspricht und der Selbstheilungsprozess in Gang gekommen ist. Besondere Erfolge verzeichnet die homöopathische Behandlung bei akuten Erkrankungen wie Erkältungen, Erkrankungen des Verdauungssystems etc., aber auch bei chronischen Erkrankungen, Allergien, Abwehrschwäche und so genannten psychosomatischen Beschwerden und schließlich bei der Unterstützung schulmedizinischer Verfahren.

Der Unterschied zwischen der Homöopathie und der Biomedizin (Allopathie) ist in der Regel der, dass homöopathische ÄrztInnen Arzneimittel verabreichen, die dem gesamten individuellen Typus eines/r Erkrankten entsprechen, während klinische ÄrztInnen Mittel verschreiben, die den Typus des Symptoms bekämpfen. Da die homöopathische Sichtweise auf Krankheit davon ausgeht, dass der krankmachende Impuls der Regulationsmechanismen immer von Innen nach Außen geht, d.h. von den lebenswichtigen zu den weniger lebenswichtigen Organen, sollen die verabreichten Substanzen zu den Wurzeln der Beschwerden vordringen, um eine vollständige Heilung zu bewirken, wohingegen die schulmedizinischen Mittel vor allem die Symptome unterdrücken. Die Unterdrückung von Symptomen birgt nach homöopathischer Sicht aber die Gefahr, dass der krankmachende Impuls quasi "zurückgeleitet" wird und sich die Krankheit zu Beschwerden an anderen Organen zurückzieht. Aus diesem Grund kennt die Homöopathie die künstliche Arzneimittelkrankheit. Diese wird als chronische Erkrankung klassifiziert und entsteht durch die regelmäßige Einnahme von Arzneien, die das körpereigene Regulationssystem systematisch ins Ungleichgewicht bringen können und dann das Selbstheilungspotenzial nachhaltig stören (Queck 2004).

Anthroposophische Medizin

Abschließend möchte ich noch zeigen, dass sich auch stark spirituell geprägte Medizinformen nicht auf den fernöstlichen Bereich beschränken, sondern es durchaus auch westliche Formen gibt. Ein Beispiel ist die anthroposophischen Medizin, die Anfang des 20. Jahrhunderts von Rudolf Steiner, einem österreichischen Natur- und Geisteswissen-

schaftler, gemeinsam mit Ita Wegmann, einer niederländischen Ärztin, entwickelt wurde.[10] Die anthroposophische Medizin versteht sich explizit als eine Erweiterung der naturwissenschaftlich begründeten Schulmedizin, d.h. als Erweiterung der Ebene des Körpers um die Ebenen Seele, Geist und Umwelt. *Krankheit* entsteht demgemäß durch den fehlenden Einklang zwischen diesen Ebenen. Fehlender Einklang bedeutet auch, fehlendes Ausschöpfen, fehlendes (Aus)Leben aller Ebenen, die einem als Mensch zur Verfügung stehen.

Damit stellt die anthroposophische Medizin die geistige und seelische Selbstentfaltung in den Mittelpunkt. Indem der Mensch sich bildet und fortentwickelt, transzendiert sich sein naturales Wesen. Wenn dies durch innere oder äußere Beschränkungen nicht gelingt, wird es durch körperliche und/oder seelische Krankheiten deformiert. Diesem Anspruch versucht sie, durch spezifische ärztliche und pflegerische Grundhaltungen und Praktiken gerecht zu werden: Zur *Diagnose* werden schulmedizinische Methoden und intensive Gespräche herangezogen, die *Behandlung* umfasst die Gabe von schulmedizinischen Medikamenten, vor allem aber anthroposophischen Arzneien aus pflanzlichen, tierischen und mineralischen Wirkstoffen (besonders bekannt ist die Heilpflanze Mistel in der Krebstherapie), dazu kommen diätetische Maßnahmen auf bio-dynamischer Grundlage, künstlerische Arbeit wie Singen, Malen, Eurythmie und Gesprächstherapie. Die unmittelbare Bindung an schulmedizinisch tätige ÄrztInnen und Institutionen hat übrigens den Vorteil, dass die entsprechenden Leistungen von den gesetzlichen Krankenkassen getragen werden.

1.3. Differenzen und Differenzierungen

Zur Verdeutlichung möchte ich im Folgenden die grundlegenden konzeptuellen Unterschiede zwischen biologischen und ganzheitlichen Medizinkonzepten anhand zentraler Begriffspaare wie Befund – Befinden, Krankheit – Kranksein und Behandlung – Heilung veranschaulichen.

1.3.1. Befund und Befinden

Die naturwissenschaftliche Medizin ist an den physiologischen *Befunden* interessiert, also an den Daten der technischen Messungen, angefangen bei EKG, Blutdruckwerten und CTG (Computertomographie) über Laborwerte des Blutes bis hin zu histologischen Untersuchungen und genetischen Analysen. Diese Befunde werden zu den statistisch erhobenen Normalwerten in Beziehung gesetzt. Anhand des Ausmaßes der Übereinstimmungen oder Abweichungen wird eine Diagnose gestellt und eine zumeist medikamentöse Therapie eingeleitet. Das subjektive Empfinden der Kranken, einer der Eckpfeiler ganzheitlicher und alternativer Medizinformen, spielt in der Biomedizin eine marginale Größe. So erfreut es schulmedizinische Ärzte und Ärztinnen, wenn Kranke ihre Befunde mitbringen, nicht aber, wenn sie über ihr *Befinden* berichten wollen (Lalouschek 2005).

Das subjektive Befinden bezieht sich, wie schon ausgeführt, auf das Krankheitserleben, also auf die individuelle und soziokulturelle Bedeutung einer Erkrankung, ihr Entstehen, ihr Erleben und ihre Verarbeitung. Es bezieht sich aber auch ganz konkret und aktuell auf den Moment der Behandlung, also auf die soziale und emotionale Qualität des Kontaktes mit dem Arzt und der Ärztin, die erwiesenermaßen den Behandlungs- und Heilungsverlauf grundlegend mitbestimmt.

[10] Ich folge hier den Darstellungen in Dost (1998), Heim (1999) und Queck (2004).

Befund und Befinden repräsentieren die zwei unterschiedlichen Aspekte von Krankheit: zum einen die objektive *Krankheit* und ihre Symptomatik, zum anderen das *Kranksein*, das subjektive Ausmaß des Leidens an der Krankheit. Aufschlussreich ist hier die im Englischen mögliche begriffliche Unterscheidung zwischen *disease, illness* und *sickness* (Kleinman 1988): *disease* nennt die biologische oder psychologische Krankheit, die körperliche oder psychologische Fehlfunktion, *illness* steht für die Krankheitserfahrung und die soziale Reaktion auf die Erkrankung, also das Geflecht aus Perzeption, Bezeichnung, Erklärung und Bewertung; *disease* und *illness* machen die Krankheit (*sickness*) in allen ihren Aspekten aus:

> Neither disease nor illness is a thing, an entity; instead, they are different ways of explaining sickness, different social constructions of reality (Kleinman 1988, 38).

So ist Krebs z.B. nicht nur eine physiologische Erkrankung, ein medizinisch-wissenschaftliches Phänomen, sondern zugleich ein Leiden, ein mit individueller, sozialer und kultureller Bedeutung befrachtetes Phänomen (vgl. Kap. 7.1 zum Thema Brustkrebs). Das heißt, Biomedizin erklärt die Krankheit, aber sie versteht nicht das Kranksein. Nach Pfleiderer, Greifeld & Bichmann (1995, 18) hängt das damit zusammen, dass aus der biomedizinischen Perspektive die Begriffe Krankheit und Kranksein, also *illness* und *disease* zusammenfallen. Dies führt uns zur Frage der medizinischen Diagnose.

1.3.2. Deutung und Diagnose

In jeder Medizinform ist die Diagnose der Erkrankung zentrales Moment der Krankheitsinterpretation und der daraus abgeleiteten Behandlung. Wie Arthur Kleinman (1988) ausführt, sind Symptome Ausdruck von Leiden (*idioms of distress*) und ÄrztInnen bzw. HeilerInnen übersetzen diese Krankheitsidiome in unterschiedlicher Weise in Krankheitszeichen – abhängig von soziokulturellem Kontext und Medizinform. Insofern ist die Arbeit von ÄrztInnen durch und durch semiotisch (Hörbst 1996) und jede Medizinform ist auch ein deutendes Verfahren. Wie noch zu zeigen sein wird, spielt beim Diagnoseprozess das ärztliche Gespräch deshalb eine so große Rolle, weil dort die *Übersetzungsverfahren* der Patientenbeschwerden in die Symptome, die vom medizinischen System und den ÄrztInnen wahrnehmbar und behandelbar sind, stattfinden und die jeweiligen Krankheitsinterpretationen geleistet werden. Über die Diagnostik verfügt die gesellschaftlich dominante Medizinform auch über ein relevantes soziales Machtinstrument: Sie definiert, was krank ist und was gesund, und sie legt fest, was als abweichend gilt und was als normal (vgl. 1.5.2.).

Gemeinsame Grundannahme aller alternativen Medizinformen ist, dass der Körper zugleich Objekt *und* expressives Mittel ist und damit Krankheitsprozesse in analoger Weise auch als Ausdruck zugrunde liegender, systemischer Aspekte betrachte werden müssen (Scott 1998). Symptome werden nicht primär bekämpft sondern als Information genommen, um zu erkennen, was Kranken fehlt und welches Defizit ihnen diese Symptome bescherten. Dabei bilden die physiologischen Befunde natürlich das formale Ausgangsdatum. So sind die alternativen Medizinformen sowohl mit dem physiologischen Prozess der Behandlung befasst als auch mit dem menschlichen Erleben, das physisch, mental, emotional und spirituell angesichts von Krankheit möglich ist. In diesem Sinne ist Krankheit immer auch Wegweiser zu fehlenden Lebens- und Entwicklungsthemen ("Schattenthemen") und Chance für inneres Wachstum (Dahlke 1997). Diese Form der *Deutung* von Krankheit und die entsprechende Behandlung gibt den Kranken die Möglichkeit, ihr Krankheits- und Heilungserlebnis dazu zu benützen, die körperlichen Symptome in einen verstehbaren Sinnzusammenhang mit der inneren und äußeren Lebensgeschichte zu bringen. Sie öffnet ihnen Wege, sich in Bezug auf ihren Körper,

ihr Selbst und ihre soziale Umgebung neu zu orientieren und Verantwortung für das eigene Sein und Wohlbefinden zu übernehmen, also bewusster zu werden und bewusster zu leben.

Auch die Biomedizin als deutendes Verfahren zu bezeichnen mutet auf den ersten Blick vielleicht sonderbar an, da Deutung immer mit der Idee der Interpretation, Subjektivität und damit Unsicherheit einhergeht, die Biomedizin sich aber üblicherweise durch Objektivität und *Ein*deutigkeit charakterisiert. Dennoch macht auch die Biomedizin nichts anderes als verbalisierte und/oder körperlich manifeste Symptome des Leidens im Rahmen ihres Konzeptes als Ausdruck eben *physiologischer* Störungen zu deuten, mit dem Ziel, sie so rasch und gezielt wie möglich zu beseitigen, um einen bestimmten Normalzustand wieder herzustellen. Denn nur wenn ein Leidenszustand als körperliche Krankheit diagnostiziert wird, wird garantiert, dass das Leiden im Rahmen des biomedizinischen Systems lokalisiert wird, dass die Beschwerden als Symptome und die Kranken als PatientInnen professionell wahrgenommen werden und dass das Leiden einer Behandlung zugeführt werden kann.

Das naturwissenschaftliche Deutungsmuster von Krankheit führt dazu, dass auch PatientInnen – im schulmedizinischen System "aufgewachsen" – daran gewöhnt sind, ihre Krankheiten als rein körperlich begrenztes Geschehen zu betrachten, auf das sie selbst nur bedingt Einfluss nehmen können. Sie übergeben die Verantwortung für die Behandlung an die ÄrztInnen und damit vergeben beide die Chance, aus Symptomen zu lernen.

Dies sei am Beispiel des *chronischen Schmerzes* erläutert: Schmerz an sich ist ein Warnzeichen des Körpers und der Seele. Wenn er nicht an diesem sehr frühen, akuten Zeitpunkt als Signal für eine gesamtheitliche Befindensstörung wahrgenommen und gedeutet wird und auf den "richtigen Ebenen" (Wilber 1992) behandelt wird, also der somatischen *und* der psychischen, kann er rasch chronifizieren – im Sinne eines wiederholten und sich verstärkenden Hinweises auf ein Befindensproblem, das aber nie gelöst wird. Im Laufe dieser Chronifizierung (und oftmals auch Verschiebung in andere Körperregionen) verliert der Schmerz dann seinen ursprünglichen Bedeutungsgehalt für die Betroffenen und die ÄrztInnen, er verliert seine Schutzfunktion und die Behandlung setzt, z.B. in Form einer Operation, auf einer unangemessenen, weil verschobenen Ebene an. Dies ist mit ein Hauptgrund für die jahrelangen "Krankenhauskarrieren" und "Therapie- und Operationsodysseen" von chronischen SchmerzpatientInnen (vgl. Kütemeyer 1998) und die entsprechende finanzielle Belastung des Gesundheitswesens.

Ein weiteres Problem, das sich bei biomedizinischen Krankheitsdeutungen stellt ist, dass Personen, die "*ohne Befund*" bleiben, im Rahmen dieses Modells nicht behandelbar sind, auch wenn sie sich krank fühlen. Dies betrifft in Allgemeinpraxen immerhin 30% der PatientInnen (Wedlich 2000). Lieb & Pein (1996) nennen dies die "kranken Gesunden", die sich subjektiv krank fühlen, von ÄrztInnen und Umwelt aber als simulierend oder hypochondrisch zurückgewiesen werden. Auch hier liegt die "Lösung" sehr oft in einer Verstärkung, Generalisierung und Chronifizierung der Beschwerden und mehrjährigen Suche nach einer "richtigen" Diagnose. Da die gegenwärtige Medizin praktisch unbegrenzte Untersuchungsmöglichkeiten anbietet, die endlos wiederholt werden können, lässt sich eine solche Suche jahrelang fortführen (Bräutigam, Christian & von Rad 1997, 383). Und so ist auch hier eine Odyssee durch internistische, neurologische, chirurgische und dermatologische Kliniken und Praxen vorprogrammiert ebenso wie eine sekundäre Verselbständigung einzelner Symptome ("sekundäre Chronifizierung").

Bevor Menschen behandelt werden, muss ihre Befindlichkeit also eine soziale Form erhalten haben, in der sie zum Gegenstand von Behandlung gemacht werden kann. Und die sozial legitimierte Form der westlichen Kultur ist nun einmal die schulmedizinische Diagnose – mit der Schulmedizin als der dominanten Medizinform. In einer biomedizinisch dominierten Gesellschaft wirkt eine klare organische Diagnose individuell wie

sozial entlastend, sie kann das fremde körperlichen Geschehen benennen, sie entbindet von persönlicher Schuld oder Versagen und sie vermittelt Hoffnung auf Heilbarkeit durch entsprechende medizinische Maßnahmen (Hydén & Sachs 1998). PatientInnen, die die relevanten Kriterien nicht erfüllen, kommen nicht in den Genuss der professionellen medizinischen Wahrnehmung, sie erfahren keine soziale Rehabilitation als "legitim Kranke" in Familie und sozialem Umfeld und sie bekommen vor allem versicherungstechnische und finanzielle Probleme, da auch die Versicherungsleistungen von Krankenkassen wie Behandlungsersatz und Krankschreibung von diesen biomedizinischen Diagnosen abhängig gemacht werden. Die Suche nach einer medizinischen Diagnose ist für Kranke also nicht nur dem Wunsch nach Wiederherstellung der Gesundheit geschuldet, sondern auch von grundlegender Bedeutung, sowohl als psychosoziale Entlastung wie als versicherungstechnische Notwendigkeit.[11]

1.3.3. Behandlung und Heilung

In vergleichbarer Weise wie Befund und Befinden oder Krankheit und Kranksein unterscheiden sich auch die Begriffe von Behandlung und Heilung je nach Medizinkonzept.[12] *Biomedizin* sieht Krankheit, Körperfunktionen und damit auch die ärztliche Behandlung primär funktional: Behandlung bedeutet, wie schon mehrfach erwähnt, die Beseitigung der organischen Störung und der Krankheitssymptome. Sie erfolgt zumeist lokal und von außen durch Medikamente oder chirurgische Maßnahmen, von den ÄrztInnen aufgrund ihres Fachwissens entschieden und verschrieben. Heilung hat über eine somatische Definition keinerlei darüber hinausgehende Dimension: Sie ist eingetreten, wenn die diagnostizierten Beschwerden abgeklungen sind und die Befunde wieder der als "gesund" geltenden Norm entsprechen. Dagegen meint der amerikanische Transpsychologe Ken Wilber, wenn eine Erkrankung wie z.B. Krebs den ganzen Menschen erfasst, dann muss auch die Behandlung den ganzen Menschen erfassen und muss ganzheitlich erfolgen, damit Heilung auf allen Ebenen – der körperlichen, der emotionalen, der mentalen und der spirituellen – geschehen kann. Körperliche Gesundheit alleine deute keinesfalls auf "wahre Gesundheit hin, auf Gesundheit oder Genesung der Seele (Wilber 1992, 195)".

In *gesamtheitlichen Medizinformen* erfolgt die Behandlung dementsprechend unter Einbeziehung der körperlichen, sozialen, psychischen und spirituellen Aspekte. Heilung bedeutet hier wieder heil, wieder ganz zu werden. Da gesamtheitliche Medizin prozessorientiert ist, wird Heilung nicht nur als der Endpunkt der Behandlung definiert, sondern Heilung beginnt quasi mit dem Beginn der Behandlung oder auch schon mit dem Beginn der Wahrnehmung der Krankheitszeichen als körperliche Signale, also wenn Kranke anfangen, sich auf dem Kontinuum zwischen Krankheit und Gesundheit in Richtung Gesundheitspol zu bewegen – im Sinne des schon zitierten taoistischen "Heilung ist Umkehr" (Dost 1998, 381). An dieser Stelle ist zu betonen, dass diese hohen und komplexen Anforderungen an Diagnose und Behandlung ebenso komplexe Ansprüche an Wissen und Persönlichkeit der ganzheitlich tätigen ÄrztInnen und HeilerInnen stellen und es liegt geradezu auf der Hand, dass dies nicht von allen erfüllt werden kann. Damit unterscheiden sie sich zwar nicht so sehr von allen anderen Berufsgruppen, aber da es sich bei Gesundheit und Alternativmedizin um gesellschaftlich brisante und

[11] Am Beispiel des Chronischen Erschöpfungssyndroms werden diese Zusammenhänge ausführlich und anschaulich dargestellt (Kap. 7.3.)

[12] Im Gegensatz zum Deutschen gibt es im Englischen eine viel eindeutigere semantische Differenzierungen zwischen *cure* (Behandlung allgemein, Behandlungsprozess) und *healing* (Heilung), zusätzlich zu *treatment* (bestimmte Behandlung).

natürlich auch um ökonomisch relevante Themen handelt, ist die soziale Wahrnehmung besonders fein und der Ruf nach Kontrolle von "Quacksalberei" besonders laut.

Gemeinsam ist den meisten ganzheitlichen Behandlungsverfahren, dass sie die von der Biomedizin zum Teil völlig missachteten *Selbstheilungsmechanismen* des Körpers als Prinzip nutzen, stimulieren und stärken, gemäß dem hippokratischen Postulat: "Die natürliche Heilkraft in jedem von uns ist die stärkste Kraft bei der Genesung". Und nur die erfahrenen MedizinerInnen wissen, dass es manchmal die beste Therapie sein kann, nichts zu tun und so den Heilungsprozess zu unterstützen. Dieses bewusste Nichtstun als ärztliches Handeln wird nach dem schweizer Arzt Eugen Bleuler *Udenustherapie* bzw. *Oudenotherapie* genannt (vgl. Sponsel 2002). In der naturwissenschaftlich geprägten Schulmedizin besteht nach wie vor eine deutliche Skepsis gegenüber subtilen Wechselwirkungen psychosomatischer Natur, weil die Zusammenhänge zwischen Ursache und Wirkung üblicherweise zeitlich auseinander liegen oder nicht eindeutig linear fassbar sind. Allerdings weisen die Forschungsergebnisse einer neuen wissenschaftlichen Disziplin, der *Psychoneuroimmunnologie* (PNI) (z.B. Schedlowski & Tewes 1996) ganz deutlich auf komplexe Wechselwirkungen zwischen dem psychischen, hormonellen und immunologischen System hin. So sind sowohl am Krankheits- wie am Heilungsgeschehen eine Fülle von biologischen und nichtbiologischen Faktoren beteiligt, speziell der Einfluss des zentralen Nervensystems auf das Immunsystem scheint enorm zu sein. So genannte "Spontanremissionen", also spontane Heilungen von Erkrankungen aufgrund der Aktivierung des Selbstheilungspotenzials des Körpers, können zunehmend über psychoimmunologische Prozesse erklärt werden (Hirshberg & Barasch 1997). Solche Spontanheilungen werden natürlich bevorzugt bei schweren oder fortgeschrittenen Erkrankungen wie Krebs wahrgenommen und dabei gerne als "Wunder" tituliert, von der Medizin werden sie eher unter den Tisch gekehrt, da sie sich mit ihrem Heilungsanspruch nicht vertragen. Dabei wird übersehen, dass es unzähligen Fälle von Spontanheilungen bei geringeren Krankheiten und Beschwerden gibt, die einfach nicht auffallen. Die Forderung an die Medizin, die sich daraus ergibt, ist nach Heim (1999), dass sie unter Rückgriff auf Modelle der System-, Chaos- und Informationstheorie ein neues Körpermodell entwerfen muss, dass mehr ist als Anatomie, Physiologie, Biochemie oder sogar Psychosomatik und Molekularbiologie. Ironisch meint dazu der Psychosomatiker Thure von Uexküll, dass "die Mediziner immer noch an die Physik glauben, während die Physiker schon längst wieder an Gott glauben" (zit. in Dost 1998).

Die amerikanische Ärztin Jeanne Achterberg (1999) hat sich mit den *rituellen Aspekten von Heilen und Heilung* beschäftigt. Rituale sind konventionalisierten Verhaltensmaßstäben gleichzusetzen, die in Krisenzeiten wie schweren Erkrankungen oder in anderen emotional relevanten oder belastenden Lebenssituationen dazu dienen, Menschen wie "Wegweiser" durch diese schwierigen Zeiten zu geleiten. Ablauf und Symbolik eines Heilungsrituals erzeugen Vertrauen und Hoffnung darauf, dass der Übergang zum Heilsein, zur Harmonie oder zu einer Erlösung vom Leiden gelingen wird. Vielfache Wiederholungen und eine Geregeltheit des Ablaufes wirken durch ihre Struktur beruhigend, was Achterberg übrigens vermuten lässt, dass Rituale generell eine sehr ursprüngliche Form der Stressbewältigung sind.

Behandlungs- und Heilungsrituale werden üblicherweise mit "exotischen" medizinischen Praktiken und Begriffen wie Heilerinnen, Medizinmännern und SchamanInnen verbunden. Mit entsprechend geschärftem Blick, so Rüdiger Dahlke, "findet man in modernen Kliniken eine verblüffende Fülle von Zauber, der jedem Medizinmann Ehre machen würde (Dahlke 1997, 43)". So ist ein Krankenhausaufenthalt geprägt durch bestimmtes vorgeschriebenes Verhalten, bestimmte vorgeschriebene Abläufe und durch Kleiderordnungen für Kranke und medizinisches Personal. Neben ihren weißen Mänteln tragen ÄrztInnen Statussymbole wie Stethoskope und Piepser, treffen umständliche,

dabei nachweislich unnütze Vorkehrungen für Injektionen, sprechen einen für die Kranken unverständlichen Jargon und sind bekannt für eine für die Kranken unleserliche Handschrift, die "magischerweise" von ApothekerInnen in Heilmittel umgewandelt werden. Die Medizinsoziologin Deborah Lupton (1994, 127) betont, dass für die meisten Kranken, die die Schulmedizin in Anspruch nehmen, die Symbole und Rituale der medizinischen Behandlung so mysteriös sind wie die der alternativen Medizin, denn die wissenschaftliche Basis einer Diagnose oder einer Medikation wird von den wenigsten PatientInnen verstanden. Meistens ist es für sie einfach eine Frage des Schicksals oder des Vertrauens in den Arzt oder die Ärztin, denn die ärztlichen Symbole und ihre Worte besitzen große Macht, und nicht umsonst wird von der "Droge Arzt" (Balint 1964) und den "Göttern in Weiß" gesprochen.

So amüsant diese Beobachtungsweisen sind, gibt es einen grundlegenden und wichtigen Unterschied zu schamanischen Ritualen: Schulmedizinischen ÄrztInnen ist es üblicherweise nicht bewusst, dass sie auch in rituellem Sinne handeln und ihre Handlungen rituelle Bedeutung und rituelle Wirkung haben. Die Rituale des heutigen Medizinsystems dienen eher hierarchischen Zwecken und der Stabilisierung von Machtverhältnissen – wie z.B. der übliche Ablauf einer Visite und die Anordnung, dass PatientInnen dabei im Bett zu liegen hätten – und dienen nicht dazu, PatientInnen auf ihrem Heilungsweg durch unsicheres Terrain zu geleiten. Es wäre wichtig, bei ÄrztInnen den Bewusstwerdungsprozess einzuleiten, dass ihr Handeln auf einer psychologischen oder spirituellen Ebene wirkt, v.a., da sie aufgrund der übergreifenden Medikalisierung der Gesellschaft zunehmend bei den meisten wichtigen Übergangszeiten des Lebens wie Geburt, Schwangerschaft, Menopause, Alter und Tod "als ZeremonienmeisterInnen" zugegen sind (vgl. 1.5.).[13]

1.4. Medizinpluralismus und Integrationsweisen

Das Mit-, Neben- und Gegeneinander von medizinischen Konzepten in einem medizinischen System wird als "medizinischer Pluralismus" bezeichnet und als Teil der Kultur betrachtet (Kleinman 1988). Medizinethnologische Studien zeigen, dass Kranke üblicherweise die in ihrem Umfeld zur Verfügung stehenden VertreterInnen der unterschiedlichen vorhandenen medizinischen Richtungen sukzessive oder auch gleichzeitig so lange aufsuchen, bis sie sich geheilt fühlen. Normalerweise werden zuerst die Therapieinstanzen der eigenen Kultur in Anspruch genommen und erst bei Misserfolg anschließend oder auch gleichzeitig Zuflucht zu alternativen Heilinstanzen gesucht (Pfleiderer, Greifeld & Bichmann 1995, 47). Dies gilt, wie sich zeigen wird, nicht nur für außereuropäische Kulturen. Dabei ist zu betonen, dass dieses Nebeneinander unterschiedlicher Medizinformen nicht unbedingt Gleichberechtigung oder Gleichwertigkeit der Konzepte und deren Methoden bedeutet, wie der Begriff Pluralismus vielleicht suggerieren könnte, und dass die Vielfältigkeit nur scheinbar Wahlfreiheit ermöglicht.

Im Folgenden möchte ich daher die aktuell bestehenden Formen von Nebeneinander, Miteinander oder auch Vermischung von Medizinformen darstellen und den Ursachen für das steigende Interesse an alternativen medizinischen Methoden in der westlichen Welt nachgehen. Um diese Prozesse nachvollziehen zu können ist es notwendig, sich vorerst einige der Gründe für die gesellschaftliche Dominanz der Biomedizin zu verdeutlichen.

[13] Zur schamanischen Funktion von ÄrztInnen vgl. ausführlich Lenzen (1991a), Schmacke (1999) und Buckman & Sabbagh (1995).

1.4.1. Die Dominanz der Biomedizin oder "die Medizin des weißen Mannes"

Historisch betrachtet ergibt sich die heutige Dominanz des biomedizinischen Systems aus der mechanistischen Zuwendung zum menschlichen Körper und seinen Funktionen – symbolisiert in den anatomischen Untersuchungen und Beschreibungen (Kathan 1999) –, in einer Gesellschaft, die sich insgesamt durch eine Präferenz für ein dualistisches naturwissenschaftliches Weltbild auszeichnet. Unterstützt wurde die Erlangung der Vormachtstellung gegenüber anderen, traditionellerweise bestehenden Heilmethoden durch eine patriarchale Gesellschaftsordnung, die seit dem 17./18. Jh. sukzessive zum *Ausschluss der Frauen und Heilerinnen* führte und damit zum Ausschluss der ganzheitlichen Konzepte und tradierten Wissensbestände aus der Heilkunde und aus den Expertensystemen. Als wissenschaftliche Disziplin legitimiert wurde das biomedizinische Paradigma zu *dem* medizinischen Paradigma schlechthin und prägt seitdem Medizinstudium, medizinische und pflegerische Ausbildung, pharmazeutische Industrie, Standesvertretung und Gesundheitssystem und damit auch die Art und Weise, wie Krankheit und Gesundheit in unserer Gesellschaft gesehen wird. Wie diese und die bisherigen Überlegungen deutlich machen, gewährt die hegemoniale Vormachtstellung der Biomedizin die sozialpolitische Kontrolle über das gesamte Gesundheitssystem, über relevante Lebensbereiche der Menschen, über relevante gesellschaftliche Positionen und natürlich über relevante ökonomische Ressourcen.

Die Dominanz der Biomedizin wird jedoch auch von der Gesellschaft und ihren Idealen gefördert und stabilisiert. Der Vorteil eines naturwissenschaftlichen Konzepts zu Ursachen und Entstehung von Krankheit liegt darin, dass es verlässlich und allgemeingültig erscheint und einfache und direkte therapeutische Lösungen in Form von Medikation oder chirurgischen Maßnahmen anbietet. So verspricht die Medizin als technische Wissenschaft eine Sicherheit, die der Unsicherheit entgegenstehen soll, die immer mit ärztlichen Urteilen verbunden ist, und sie verspricht eine Ordnung im bedrohlichen Erleben von körperlicher Krankheit und Versagen. Dies findet hohe Akzeptanz in einer Gesellschaft, die den Glauben an das Schicksal durch moderne Ideale von Sicherheit und Rationalität zu Erhaltung von Ordnung ersetzt hat (Lupton 2000, 52). Bei den biomedizinischen therapeutischen Lösungen handelt es sich nicht nur um einfache Lösungen, sondern auch um externe Lösungen, die vom wesentlich aufwändigeren und komplizierteren Weg der Reflexion, des Verstehen und der Übernahme von Selbstverantwortung zu entbinden versprechen.

Der Fortschritt in der technischen und biochemischen Entwicklung und die Faszination der Menschen an technischem Fortschritt und Know-how haben den Eindruck verstärkt, Gesundheit wäre ausschließlich mit Hilfe technischer und pharmakologischer Mittel machbar und Krankheit und Leid wären endgültig besiegbar. Dieses Sicherheitsbedürfnis und die Technikfaszination haben jedoch zu groben Fehleinschätzungen geführt, z.B. bei der Übertragung der Errungenschaften der Intensivmedizin auf die Vorstellung und Erwartung der Möglichkeiten, Krankheiten zu heilen und Leben beliebig zu verlängern (Lamprecht & Johnson 1997).

Aus all diesen Gründen liegt es auf der Hand, dass der Biomedizin und ihren VertreterInnen an der Aufrechterhaltung ihrer Vormachstellung gelegen ist, beispielsweise auch über die Abqualifikation alternativmedizinischer Praktiken und Formen. Nicht umsonst nennt der Transpersonalpsychologe Ken Wilber (1992, 257) die westliche Schulmedizin die "Medizin des weißen Mannes", womit er im nordamerikanischen Kontext auf die aggressive und vernichtende Kolonialisierung des Ursprünglichen hinweist, auf das ausschließliche Streben nach hegemonialer Vormachtstellung und auf das männlich dominierte, patriarchal autoritäre Moment.

1.4.2. Streitpunkt: Die Messbarkeit von Heilung

Ein zentraler Streitpunkt in dieser Diskussion ist das Problem der Messbarkeit der Wirksamkeit therapeutischer Maßnahmen. Was die Biomedizin so überzeugend macht ist ihre Wirksamkeit, die an ihrer Naturwissenschaftlichkeit zu liegen scheint. Laborwerte lassen sich zwar scheinbar objektiv und eindeutig vergleichen, Messungen sind jedoch nicht wertfrei und objektiv, sondern an den Rahmen gebunden, dem sie entstammen. So ist es in der biomedizinischen Forschung möglich, eine individuenunabhängige, "randomisierte" Kontrolluntersuchung durchzuführen, der die Vorstellung zugrunde liegt, dass Ursachen von Krankheiten und Wirkung von Medikamenten allgemeingültig seien. Am Anfang einer psychosomatisch basierten Forschung, die sich als Erfahrungswissenschaft versteht, steht hingegen die Beobachtung an einzelnen Kranken, das Gespräch über ihr Erleben, ihre Lebensgeschichte und ihre soziale Situation. Die biomedizinische Erklärung von Wirksamkeit scheint einen objektiven Maßstab zu bieten, an dem medizinisches Wissen jeglicher Provenienz geprüft werden kann. Die Erfordernis, dass auch alternative Medizinformen im Rahmen eines biomedizinischen Modells ihre Wirksamkeit erweisen sollen, wirft grundlegende methodische und erkenntnistheoretische Probleme auf (Scott 1998, Wolf & Stürzer 1996): Lässt sich die Wirksamkeit einer "alternativen" Behandlung oder von "alternativem" medizinischem Wissen biomedizinisch erklären, so werden aus dem Wissen jene Elemente isoliert, die aus biomedizinischer Sicht die Wirksamkeit konstituieren und werden zum eigentlichen Kern der Behandlung erklärt. Der Rest der Behandlung gilt als kulturelles Beiwerk. Dies gilt z.B. für die Methode der Akupunktur, die jedoch nur *ein*, und nicht einmal der zentrale Bestandteil des Gesamtsystems der Traditionellen Chinesischen Medizin ist. Das durch den biomedizinischen Blick neu konstituierte Wissen, der so genannte Kern, passt dann – mehr oder weniger – in den Wissenscode der Biomedizin und wird ein Teil von ihm. Das Problem ist jedoch, wenn die Aufmerksamkeit lediglich auf die Wirksamkeit der Behandlung gelegt wird, also auf das "Produkt", so verliert man leicht den "Prozess" aus dem Auge, also warum Personen behandelt werden, und vor allem, was die Kriterien der Wirksamkeit einer Behandlung sind (vgl. Stürzer & Wolf 1996). Wenn Wirksamkeit aus biomedizinischer Sicht *nicht* zu messen ist, so erscheint sie als Ausdruck bestimmter soziokultureller Notwendigkeiten oder psychologischer Phänomene, wie z.B. als Placeboeffekt. Die VertreterInnen der Alternativmedizin halten dagegen, dass der Prozess des Wieder-Heil-Werdens vor allem aber ein individueller Prozess ist mit allgemeinen wie einzigartigen Aspekten und in diesem Sinne nicht objektiv messbar sein kann.

Der Medizinsoziologe Ross Gray (1998) plädiert deshalb dafür, dass alternative Therapien in anderen Formen evaluiert werden müssten als biomedizinische und nicht nur aus der Sicht und mittels der Kriterien, die die Biomedizin anlegt. Unbestritten bleibt dabei, dass Messung an sich wichtig ist, da es ja z.B. für die Anerkennung durch die Krankenkassen notwendig ist, die Validität einer bestimmten Behandlungsweise nachzuweisen. Wichtig sind deshalb aber Diskussionen, wie und was erhoben wird, wie die Ergebnisse interpretiert werden, und was ausgeblendet wird bzw. werden muss, wenn die Wahrheit als quantifizierbar und experimentell nachweisbar konzeptualisiert wird. In Anlehnung an die Arbeiten von Arthur Kleinmann schlägt Gray vor, dass der Heilungserfolg jeweils unterschiedlich zu Krankheit als physiologisches Moment (*disease*) und Kranksein inklusive der sozialen und psychologischen Aspekte (*illness*) in Bezug gesetzt werden müsste (vgl. die Ausführung zu den Begriffen in 1.5.1.) und auf einer wohl bestimmten Bandbreite an naturwissenschaftlichen und psychosozialen sowie quantitativen und qualitativen Dimensionen basieren sollte. So sollte bei alternativen Therapien – ohne den körperlichen Aspekt zu vernachlässigen – das Wohlbefinden der Kranken erfasst werden, es sollten Fragen von Lebensqualität und Kosten-Effektivität

wichtig werden und der unmittelbarere Heilungseffekt sollte nur als *ein* Kriterium aus einer Vielzahl von möglichen Daten Berücksichtigung finden (vgl. dazu auch Bräutigam, Christian & von Rad 1997).

1.4.3. Der Aufstieg der alternativen Medizinformen

Der technische Fortschritt der Biomedizin, der unbestreitbare Errungenschaften in der Diagnostik und Behandlung von Krankheiten brachte, hat auch seine Schattenseiten: Die Versprechen und Erwartungen, alle modernen Krankheiten heilen zu können, haben sich nicht erfüllt und die therapeutischen Lösungen halten mit den immer feineren Diagnosekompetenzen immer weniger Schritt. So konnte die Biomedizin bei schweren Akuterkrankungen wie Herzinfarkt und Schlaganfall, bei operativen Techniken und in der Intensivmedizin gute Erfolge verzeichnen, nicht aber in den Bereichen der unspezifischen Befindlichkeitsstörungen und der chronischen Erkrankungen; hier kann sie Krankheitszustände oft nur lindern oder Verschlechterungen hinauszögern. Die größten Defizite weist sie in der begleitenden Betreuung und der sozialen und emotionalen Qualität der Beziehung zu den PatientInnen auf: Die somatische Orientierung und Technikfixierung hat die modernen ÄrztInnen weit von ihren Kranken entfernt.

Aber auch die gesellschaftliche Akzeptanz der Biomedizin hat sich verändert: In der "späten Moderne" (Giddens 1991) ist eine Verschiebung weg vom absoluten Glauben in Wissenschaft, rationale Vernunft und Technologie zu beobachten und eine Dekonstruktion linearer Fortschrittsmodelle. Gray (1998) nennt dies die "postmoderne Perspektive", die Wahrheit nicht als absoluten Wert sieht, sondern sie als relativ definiert, in Abhängigkeit von Machtverhältnissen, und sie als soziales Phänomen erkennt.[14] Konsequenz ist eine auf breiter gesellschaftlicher Basis angesiedelte kritische Auseinandersetzung mit der Medikalisierung des Gesundheitswesens, mit den Schädigungen durch invasive Diagnostik und therapeutische Maßnahmen der Biomedizin, also Schädigungen, die durch die ärztlichen Einwirkungen überhaupt erst entstanden sind, mit der großen Abhängigkeit von Technik und Chemie, die produziert wird, mit ganz neuen ethischen Fragestellungen, die durch die immer verfeinerteren technischen Möglichkeiten aufgeworfen werden, z.B. in den Bereichen Pränataldiagnostik, Genanalyse und lebensverlängernde Maßnahmen, und schließlich auch die Auseinandersetzung mit der mangelnden Kommunikationsfähigkeit und Gesprächsbereitschaft der ÄrztInnen, Stichwort "stumme Medizin". Insofern hat das verstärkte Interesse an alternativen Praktiken eine signifikante *Selbsthilfe-Dimension* (Saks 1994, 85).

Einer der Hauptpunkte, der zu einer Abwendung von der Biomedizin geführt hat, ist das steigende Bedürfnis nach einer "*sprechender Medizin*", also nach einem Zuwachs an emotionaler, sozialer, persönlicher Zuwendung durch die behandelnden ÄrztInnen. PatientInnen erwarten nicht mehr nur rationale Erklärungen für Beschwerden und Behandlungschancen sondern auch eine Offenheit für ihre eigenen Erklärungsmuster (Buckman & Sabbagh 1995) und eine "informierte" und "geteilte" Weise der medizinischen Entscheidungsfindung statt einer paternalistisch "verabreichten" (Stollberg 2002). Diese Bedürfnisse werden bei Behandlungen im Rahmen von alternativen Medizinformen in unterschiedlicher Weise befriedigt und so erlangen diese ihre Überzeugungskraft nicht primär durch herausragende therapeutische Erfolge, sondern durch Versprechen, dort etwas zu leisten, wo die Biomedizin Mängel aufweist. Dazu gehören persönliche Zuwendung, Anleitung zu gesundheitsfördernden Lebensformen, Verzicht auf risikoreiche Eingriffe und geringe Kosten (Jütte 1996). In Großbritannien hat sich z.B. der Gebrauch

[14] Auf diese Position werde ich in Kap. 2.3. beim Thema Diskurse als Ausdruck sozialer Machtrelationen ausführlich eingehen.

alternativer Medizinformen zwischen 1986 und 1991 verdoppelt (Fulder 1996). Insgesamt nehmen ca. 25% der Kranken alternativmedizinische Praktiken in Anspruch (Cant & Sharma 2000, Saks 1994).

Zu der medizinkritischen Haltung gesellt sich ein steigendes Gesundheits- und Körperbewusstsein. Gesundheit und der menschliche Körper sind zu zentralen Begriffen für die Konstruktion des Selbst geworden und darüber hinausgehend für soziale und moralische Kategorisierungen (Turner 1996, und ausführlich 1.5.4.). Damit einher geht eine hohe Akzeptanz für alle Bereiche, die mit "Natur" und "Natürlichkeit" zu tun haben. Natur wird mit Begriffen wie Tugend, Moral, Reinheit und Erneuerung assoziiert und mit Eigenschaften wie sicher, sanft und wohltuend in Verbindung gebracht (Lupton 1994, 126). Dies führt zu einer erhöhten, manchmal idealisierten, manchmal ideologisch gefärbten Präferenz von nicht-chemischen, nicht invasiven, so genannten "natürlichen" oder "sanften" Medizin- und Behandlungsformen.

Schließlich gesellt sich zu den gesellschaftlichen Veränderungen eine steigende Affinität zu meditativen und spirituellen Praktiken, ausgelöst durch eine einseitig materiell-orientierte Lebensweise, die Überbetonung rational-analytischer Fähigkeiten und die Suche nach einer neuen Werteordnung. Diese Bedingungen haben bei vielen Menschen das Bedürfnis nach der Erfahrung neuer und erweiteter Dimensionen des Bewusstseins entstehen lassen, nach vertiefter Selbstexploration und Persönlichkeitsentfaltung, nach einem gesteigerten Vermögen zur Selbstregulation, Entspannung und Stresskompensation (Dost 1998, 46). Dies zeigt sich auch in dem raschen Zuwachs an professioneller Gesundheits- und Lebensberatung (Schmacke 1997). In einer Untersuchung über die Inanspruchnahme von GeistheilerInnen (Obrecht 1999) gaben 76% der schwer oder unheilbar erkrankten KlientInnen an, dass sie es als besondere Befreiung und damit als andere Qualität der Heilung erfuhren, dass der Tod bei Geistheilern auf Grund ihres spirituellen Weltbilds keine tabuisierte Zone darstelle – im Gegensatz zur Schulmedizin, in der der Tod quasi das Einbekenntnis des großen Scheiterns bedeutet.

Unterstützt werden die genannten Entwicklungen durch einen konsumorientierten Zugang zur Gesundheitsvorsorge (Cant & Sharma 2000), also die Tendenz von Kranken, Medizin als Dienstleistung zu betrachten, unterschiedliche Medizinformen als Vielfalt von Wahlmöglichkeiten und sich selbst als ihre KonsumentInnen. Allerdings ist es so, dass die Möglichkeit der Wahl der medizinischen Methoden viele überfordert, so dass vor allem zu Beginn einer Erkrankung das Bedürfnis nach Sicherheit und Gewohntem die Vorzüge der freien Wahl häufig überwiegt – ganz abgesehen von den finanziellen Aspekten (Cant & Sharma 2000).

Die allgemeine Faszination an den neuen Heilmethoden führt zu dem Problem der überhöhten und ungerechtfertigten Erwartungen: So müssen sich die alternativen Heilmethoden oft gegen solche Erwartungen verteidigen, aber vielleicht auch gegen selbstverschuldete überhöhte Leistungsversprechen, z.B. dass mit Akupunktur "alles" heilbar wäre. Diese überhöhten Heilserwartungen führen nicht nur zu Enttäuschung bei Hilfesuchenden, sondern tragen auch zu ihrer Abwertung durch die Schulmedizin als Wundermedizin und Quacksalberei bei. Bei dieser Kritik wird allerdings übersehen, dass auch die Schulmedizin mit überhöhten Heilsversprechen operiert bzw. operiert hat oder solche Allmachtswünsche an sie herangetragen werden.

An dieser Stelle stellt sich die Frage, warum sowohl in den einschlägigen Publikationen als auch in der Akzeptanz und im Wissen der Bevölkerung "exotische" alternative Medizinformen wie Homöopathie oder Chinesische Medizin im Vordergrund stehen und die Psychosomatische Medizin nicht vorrangig als eine alternative Variante wahrgenommen wird. Gründe dafür könnten sein, dass sie zu wenig unterscheidbar ist von der Biomedizin, sie zu wenig eigenständige Insignien wie Akupunkturnadeln oder homöopathische Kügelchen vorweisen kann, dass sie zu wenig romantische Idealisie-

rungsangebote bereithält oder sie sich zu wissenschaftlich-psychotherapeutisch darstellt. Aufgrund der biomedizinischen Abwertung und Ausgrenzung wird sie vielleicht auch zu stark mit psychischer Labilität und psychologischer Störung konnotiert – im Gegensatz zu anderen alternativen Formen. Dazu sind mir allerdings keine Untersuchungen bekannt.

Auch ÄrztInnen, vor allem AllgemeinpraktikerInnen wenden sich in ihrer beruflichen Weiterbildung vermehrt alternativen Praktiken wie Akupunktur, Massagetechniken, Naturheilverfahren oder psychologischer Gesprächsführung zu. Einerseits sind auch sie mit der sozialen und emotionalen Qualität ihrer Profession zunehmend unzufrieden, andererseits haben sie erkannt, dass alternative Techniken nicht nur populär sind, sondern durchaus hilfreich bei der Behandlung von chronischen Erkrankungen und Allgemeinbeschwerden und dass der zugrunde liegende gesamtheitliche Behandlungsansatz die emotionalen und sozialen Bedürfnisse der PatientInnen – und damit schließlich auch die ihren – erfüllen helfen kann.

1.4.4. Integration und Inkorporation

Der Medizinsoziologe Stollberg (2002) prägt in Anlehnung an Robertson (1995) den Begriff der Glo*k*alisierung als Synthese aus *Globalisierung* und *Lokalisierung*, und bezeichnet damit das Aufeinandertreffen globaler und lokaler Kulturen, das sich in ständiger Veränderung befindet. Dieses Aufeinandertreffen und die unterschiedlichen Inkorporationen von Globalem in Lokales und umgekehrt als Charakteristikum moderner Gesellschaften trifft auch auf das medizinische System als Teil des Gesellschaftssystems zu. Die der Biomedizin fremden Anteile der Traditionellen Chinesischen Medizin etwa oder der Naturheilkunde müssen dem System angeglichen werden. Dies geschieht z.B. durch die Isolation einzelner Bestandteile wie etwa die Praktik der Akupunktur oder die Verschreibung einzelner Kräuter und deren anschließender Übernahme. So wird das biomedizinisches Wissen und seine Praktiken durch alte, naturheilkundliche oder homöopathische und neue, z.B. chinesische ergänzt (Stollberg 2002). Ähnliche Prozesse gibt es umgekehrt auch bei den alternativen Heilmethoden, die in ihren Ursprungsländern nicht in "Reinform" vorkommen, ebenso wie es im Westen nicht die Reinform einer praktizierten Schulmedizin gibt. So gibt es in China keine "reine" traditionelle Medizin und in Indien keinen "reinen" Ayurveda. Ayurveda im heutigen Indien gilt als hybrides modernisiertes System, das biomedizinische Techniken inkorporiert hat. Ebenso stellt die westeuropäische Rezeption von TCM und Ayurveda keine simple Fortexistenz "traditioneller Elemente" dar, sondern es handelt sich um hybridisierende Neukonstruktionen (Stollberg 2002). Die Art, wie dieser Prozess verläuft, wird von Stollberg (2002) und Fairclough (1992) deshalb als *Hybridisierung* und von Karpf (1988) als *Inkorporation* bezeichnet, er kann bei neu eindringenden medizinischen Konzepten zuerst aber auch parallel verlaufen.[15]

Wie schon erwähnt, verstehen sich alternative Praktiken selbst sehr oft weniger als Konkurrenz denn als *Ergänzung zur Schulmedizin*, und zwar vor allem, wenn es nicht um medizinische Notfälle und operative Eingriffe geht, sondern um Krankheiten und Beschwerden, bei denen die biomedizinische Behandlung an Grenzen stößt, also v.a. bei allgemeinen Befindlichkeitsstörungen und chronischen Erkrankungen wie Migräne, chronischem Kopfschmerz und chronischen Schmerzen generell, aber auch bei Magen-

[15] Auf diese begrifflichen Unterschiede und die sozialen und diskursiven Prozesse werde ich ausführlich in Kap. 2.4. beim Thema der gesellschaftlichen Veränderung von Diskursen eingehen, in Kap. 3.1. beim Thema der Hegemonie und Transformation der medizinischen Diskurse sowie in Kap. 6. bei der Feinanalyse der Sendungen (besonders Kap. 6.11.).

Darm-Beschwerden, Hautkrankheiten und Allergien oder in der Palliativmedizin. Auf der anderen Seite wird vor allem von der chinesischen Medizin die westliche Biomedizin aufgrund ihrer überlegenen diagnostischen Fähigkeiten geschätzt. In den letzten Jahren entstanden in Europa und den USA zahlreiche Ausbildungsstätten für TCM für ausgebildete SchulmedizinerInnen, die z.B. die Akupunktur als Bereicherung ihres Behandlungsrepertoires betrachten. In einer Titelgeschichte nennt der Spiegel diese Tendenz "die Globalisierung der Medizin" (Spiegel 18/2000), also eine weltumspannende Mischung der Praktiken.

Für das kranke Individuum bedeutet Integration in diesem medizinischen Pluralismus folgende *Doppellösung*, die aus nicht-europäischen Kulturen seit der Einführung der "westlichen" Medizin bekannt ist (Pfleiderer, Greifeld & Bichmann 1995, 172): Um Krankheit und Leiden einen Sinn gebenden Platz in seiner individuellen Biographie geben zu können, und um dem persönlichen Transzendieren eine Chance, muss es sich auf einen doppelten Pfad begeben. Zum einen braucht es die "Reparatur" und es begibt sich auf die Ebene der *res externa* der reinen Körperabläufe. Innerhalb deren Gesetzmäßigkeiten holt es sich in der Biomedizin die Körperreparatur ein. Auf einem anderen Pfad, also mit einer oder mehreren alternativen Methoden, versucht es, sich mit dem Sinn dieser Krankheit für sein jetziges Leben auseinanderzusetzen, der Ebene der *res interna*. So wird das Erklärungsmodell für die Krankheit viel weiter und Zusammenhänge mit Einstellungen, Beziehungen und Lebensbezügen treten ins Bewusstsein. In der schon erwähnten Untersuchung über GeistheilerInnen in Österreich (Obrecht 1999) bestätigte sich dieses Bild: Es zeigte sich, dass KlientInnen von GeistheilerInnen die traditionelle Medizin nicht grundlegend ablehnen, sondern nach einer Ergänzung zur schulmedizinischen Behandlung suchen. Allerdings zeigte sich auch, dass rund 80 % der PatientInnen, die GeistheilerInnen aufsuchen, weiterhin unter schulmedizinischer Behandlung stehen, aber nur 1 % der behandelnden ÄrztInnen von ihren PatientInnen davon in Kenntnis gesetzt werden.

So wird der Ruf nach einer Alternativmedizin im Sinne einer Alternative zur modernen Medizin generell weder für möglich noch für sinnvoll gehalten. Vielmehr sei an Alternativen *in* der Medizin (von Engelhardt 1999, 175) zu denken, an sozialpsychologische Ergänzungen und an anthropologisch-kosmische Erweiterungen im Umgang mit Gesundheit und Krankheit. In diesem Sinn spricht auch die moderne Psychosomatik davon, dass es keine Spezialdisziplin Psychosomatik geben sollte, sondern dass die Reflexion der Wechselbeziehungen zwischen seelischen, körperlichen und sozialen Bedingungen wie Folgen von Krankheit zur Routine im besten Sinne werden müsste (Adler & Wulf 1994). Der Sozialmediziner Schmacke (1997, 215) zitiert eine Umfrage, in der sich zeigt, dass die Vorstellungen in der Bevölkerung von einer zukunftsträchtigen Medizin viel differenzierter sind als angenommen. Den Alternativen und Naturheilverfahren wird für die Bewältigung vieler aktueller Gesundheitsprobleme mehr zugetraut als der Schulmedizin, ohne dass die Wirksamkeit der alternativen Methoden unbedingt wissenschaftlich abgesichert ist und ohne dass die "Apparatemedizin" völlig abgelehnt wird. Gewünscht wird eine *Integration* der Medizinformen.

Eine interessante mögliche Perspektive zeigt der Onkologe Gerd Nagel (1998). Er geht davon aus, dass PatientInnen sich oft selbst aktiv gegen die Krebserkrankung zur Wehr setzen wollen und nach – wie er es nennt – *unkonventionellen* Hilfsmitteln suchen, die ihren eigenen Vorstellungen von der Entstehung ihrer Krankheit entsprechen. Er plädiert für eine *offene Medizin* (Nagel 1998), die in der Therapie nicht nur den ärztlichen Standpunkt sondern auch die subjektiven Krankheitskonzepte von PatientInnen, ihre persönlichen Erlebniswelten und den Wunsch nach Selbsthilfe respektiert und mit ein bezieht. Dazu gäbe es innerhalb der Schulmedizin selbst genügend Alternativen z.B. aus der Naturheilkunde, die den PatientInnen sozusagen "alternativ" zu Alternativen

außerhalb der Schulmedizin angeboten werden könnten. Grundvoraussetzung dieser offenen, humanistischen Medizin ist, das Bedürfnis der PatientInnen anzunehmen und in Gesprächen zu klären, woher dieses Bedürfnis nach anderen Heilmethoden jeweils kommt, welche zugrunde liegenden Bedürfnisse eigentlich erfüllt werden sollen. So ergeben sich oft anstatt einer Fixierung auf Alternativmethoden ganz neue therapeutische Perspektiven. Es zeigt sich nämlich, dass es gerade KrebspatientInnen viel weniger darum geht, schulmedizinische Therapien zu meiden, sondern dass sie auf der Suche nach Hoffnung fördernden Therapien sind oder einen Ausgleich zur nur krankheitsbezogenen Schulmedizin suchen, der ihre verbliebene Gesundheit fördert. Schließlich kann der Wunsch nach alternativen Methoden auch *Metapher* sein (Nagel 1998, 18) für einen nicht direkt äußerbaren Wunsch nach Zuwendung, emotionaler Unterstützung und Angstreduktion. So zeigt sich, dass die Veränderung der Perspektive und die Öffnung schon die Lösung enthalten kann. Die Grenze setzt das Paradigma selbst und seine institutionellen und soziopolitischen Manifestationen.

1.5. Medizin und Kultur

Im Anschluss an die Darstellung der "pluralen Medizinformen" und ihrer Begriffssysteme möchte ich nun aufzeigen, wie sich medizinische und kulturelle Aspekte gegenseitig bedingen, wie Medizinsysteme auf die gesellschaftliche Wahrnehmung von Krankheit und Gesundheit Einfluss nehmen und die aktuellen soziokulturellen Konstruktionen von Krankheit, Normalität und Körpervorstellungen formen.

Die Medizin, d.h. also alle Medizinformen einer Gesellschaft oder Kultur, ist als eines der *gesellschaftlichen Handlungs- und Funktionssysteme* zu verstehen (Stollberg 2002), das in seiner Entwicklung von den bestehenden soziokulturellen Bedingungen beeinflusst wird und – in dialektischer Weise – diese selbst wieder beeinflusst. Medizin ist auch ein *kulturelles Definitionssystem* in Sinne eines Systems symbolischer Bedeutungen, die auf dem Zusammenwirken sozialer Institutionen und Formen zwischenmenschlicher Beziehungen fußen. So stehen Konzepte von Krankheit und Gesundheit als Erscheinungen des menschlichen Lebens sowohl in einem Zusammenhang mit der medizinischen Praxis wie mit der soziokulturellen Wirklichkeit: Sie sind Beschreibung, Norm und Kulturgeschichte. Kranksein, die Antworten auf Kranksein, die Individuen, die Krankheit fühlen und behandeln, und die medizinischen Institutionen stehen in systematischen Beziehungen zueinander (Kleinman 1988).

1.5.1. Kulturspezifische Symptome: Die soziokulturelle Konstruktion von Krankheit

Medizinisch-kulturelle Systeme haben – wie schon dargestellt – verschiedene Erklärungen oder Deutungen für die Phänomene, die wir mit unseren Sinnesorganen wahrnehmen können. Es gibt Erklärungen von ÄrztInnen der Organmedizin, Erklärungen von HeilpraktikerInnen, von chinesischen ÄrztInnen, von SchamanInnen und Erklärungen von HeilerInnen, die sich in unterschiedlichem Maß überschneiden können. Die sozial- und kulturwissenschaftlich immer interessanter werdende *Ethnomedizin* (Pfleiderer, Greifeld & Bichmann 1995, Wolf & Stürzer 1996, Lux 2003) lässt die kulturellen Aspekte der "eigenen Medizin" besonders deutlich werden, nachdem sie "fremde" medizinische Systeme betrachtet und den so geschärften Blick auf das "Eigene" werfen kann. So haben ihre Arbeiten ganz wesentlich dazu beigetragen, den Status der westlichen Biomedizin als die unmarkierte und objektive, weil naturwissenschaftlich basierte Normalform kritisch zu hinterfragen und den Reichtum anderer Konzeptionen zu verdeutlichen.

Ein *Beispiel* möge dies illustrieren: Die Völker im Nigerdelta gehen davon aus, dass Gemeinschaft und Welt ein System von Beziehungen sind. Ähnlich des Webens eines Webers stellen die Menschen durch ihre sichtbaren und unsichtbaren Handlungen – Handlung involviert hier alle Aktivitäten des einzelnen Menschen, die körperlichen, geistigen und emotionalen – ein Gewebe her. Dies Gewebe kann man in der Festigkeit und Haltbarkeit als gesund oder ungesund und in der Farbenkombination als harmonisch oder disharmonisch charakterisieren. Die Pracht seiner Farben sowie seine Konsistenz und Tragfähigkeit hängen von der Natur der einzelnen Handlungen ab. Disharmonien zwischen den einzelnen Handlungen, die innerhalb der Gemeinschaft und in der Beziehung der Gemeinschaft zur sichtbaren und unsichtbaren Natur stattfinden, führen zu Ungleichgewicht und nachfolgender Krankheit bzw. geistigem und/oder körperlichem Unwohlgefühl. Der Eingeweihte, der dieses Gewebe sehen, lesen und deuten sowie die Handlungen des Einzelnen erkennen kann, ist Heiler oder Heilerin par excellence (zit. aus Pfleiderer, Greifeld & Bichmann 1995).

Was als krank oder gesund gilt, ist also nicht naturwissenschaftliches Faktum, sondern erschließt sich erst im Lichte der Wertbegriffe und der Wertstruktur der jeweiligen Gesellschaft. Die Variabilität von Beschwerden und Heilmethoden ist je nach Gesellschaft, Volkszugehörigkeit oder Mentalitäten beträchtlich. Wie Lynn Payer (1988) in ihrer vergleichenden Darstellung *kulturspezifischer Leiden* zeigt, klagen Franzosen subjektiv in erster Linie über ihre Leber (*crise de foie*), die Deutschen über das Herz. Entsprechend diagnostizieren deutsche ÄrztInnen häufig Herzinsuffizienz und verschreiben sechs- bis siebenmal häufiger Herzmedikamente als ÄrztInnen in England oder Frankreich. Auch körperliche Symptome sind sozial unterschiedlich akzeptabel: So kann ein Engländer legitim über Kopfschmerzen klagen, nicht aber dass sich sein Penis in den Körper zurückzieht, was in Malaysia und Südchina ein vollständig akzeptables Symptom namens *Koro* darstellen würde (Showalter 1997, 17). Derartige Unterschiede lassen sich nicht nur auf geographischer sondern auch auf geschlechtspezifischer Ebene verfolgen: Aus der psychosomatischen Frauenforschung (Minker 1997, Maschewsky-Schneider 1996, Kolip 2000) ist bekannt, dass Kopfweh und Migräne, Magenschmerzen, Blutdruckschwankungen und Depressivität als typische "Frauenleiden nach altbekanntem Schwächemuster" gelten und sowohl entsprechend häufig in weiblichen Beschwerdeschilderungen vorkommen wie bei Frauen diagnostiziert werden. Ähnliches gilt auch für Essstörungen wie Anorexie und Bulimie, also Magersucht und Ess-Brechsucht: 95% der Essgestörten sind Mädchen und Frauen (Garrett 1998, Gordon 2000). Umgekehrt gelten Herz- und Kreislauferkrankungen wie Schlaganfall und Herzinfarkt als typische "Männerkrankheiten" (Sabo & Gordon 1995), so dass die entsprechenden Symptome bei Frauen häufig fehl diagnostiziert werden, ähnlich wie Depression bei Männern (vgl. die Ausführungen in Kap. 1.2.1.). Es scheint also eine geschlechtsrollenabhängige Symptomwahl und Symptomzuschreibung zu existieren (s.u.).

Ein spezielles Beispiel für die soziokulturelle Konstruktion von Krankheit sind die *kulturspezifischen Syndrome* (Hörbst 1996, Shorter 1994, Lux 2003): Darunter ist eine Konstellation von Symptomen zu verstehen, die im Rahmen einer bestimmten Kultur als Dysfunktion oder Krankheit kategorisiert wird und für die auch Vorbeuge- und Therapiemaßnahmen vorgesehen sind. Charakteristisch für ein kulturspezifisches Syndrom ist, dass es nicht unabhängig von seinem spezifischen kulturellen oder subkulturellen Kontext verstanden werden kann. So gelten z.B. die schon genannten Essstörungen *Anorexie* und *Bulimie* als typische kulturgebundene Syndrome der westlichen Welt, die – abgesehen von allen anderen Aspekten – nur in einem sozialen Kontext des Nahrungsüberflusses überhaupt als Krankheiten mit eigenständiger Bedeutung kategorisierbar sind. Weitere aktuelle "moderne Leiden" (Shorter 1994) sind z.B. das *Chronische Erschöpfungssyndrom* (CFS), das *Sick-Building-Syndrome* (SBS) oder die *multiple chemi-*

sche Überempfindlichkeitsstörung (MCS) (vgl. auch 7.3. zum Thema CFS sowie Shorter 1992, Lalouschek 2002d). Als prominente kulturspezifische psychologische Störung gilt heutzutage vor allem die *Multiple Persönlichkeitsstörung* (von Braun & Dietze 1999). Zwei weitere, ausschließlich Frauen betreffende kulturspezifische Syndrome in der westlichen Welt sind das *Prämenstruelle Syndrom* (PMS) und das *Klimakterium* (Lorber 1997, Minker 1997). Gerade die beiden Letztgenannten machen deutlich, dass es sich bei kulturspezifischen Syndromen auch um "normale", also physiologisch bedingte Befindens- oder Körperzustände handeln kann, die aus bestimmten soziokulturellen Gründen pathologisiert ("verkrankisiert", vgl. Pfleiderer, Greifeld & Bichmann 1995, Kolip 2000) werden.

Ein bekanntes kulturgebundenes Syndrom aus dem mittel- und südamerikanischen Raum ist *Susto*, das mit "Schrecken, der zu Seelenverlust führt" übersetzt wird. Dabei handelt es sich um eine Mischung aus Depression, Schwäche und körperlichen Schmerzsymptomen im Anschluss an eine traumatische Begebenheit vor dem soziokulturellen Modell der Mehr-Seelen-Existenz. Das schon genannte *Koro* aus dem asiatischen Raum kennzeichnet einen Panikanfall, bei dem die Betroffenen befürchten, ihr Penis könne sich in den Unterleib zurückziehen. Die Ausbildung dieses Syndroms wird mit der Hochwertung der männlichen Potenz in China und Indien in Zusammenhang gebracht. Bei den Innuit gibt es das Syndrom *Pibloktoq*, hierbei handelt es sich um ein mehrstündiges Koma nach kurzen, extrem aggressiven Anfällen.

Charakteristika von kulturspezifischen Syndromen sind nach Hörbst (1996) folgende: Ihre Ätiologie symbolisiert zentrale Bedeutungen und Verhaltensnormen dieser Kultur, ihre Diagnose muss auf der kulturspezifischen Technologie oder Ideologie fußen und eine erfolgreiche Behandlung kann nur bei TeilnehmerInnen dieser Kultur erfolgen. So besteht der soziokulturelle Symbolisierungsgehalt eines Chronischen Erschöpfungssyndroms beispielsweise darin, dass hoch leistungsorientierte Personen plötzlich völlig leistungsunfähig werden, und dies in einer Gesellschaft, in der Leistungsfähigkeit, Flexibilität, Geschwindigkeit und Erfolg die zentralen Werte darstellen. Die Diagnose als "legitime" Krankheit kann von biomedizinisch orientierten ÄrztInnen zwar nur im Rahmen einer Ausschlussdiagnose erfolgen, da CFS sich klinisch nicht nachweisen lässt; dennoch gibt es exakte Diagnosekriterien, die in der internationalen Klassifikation von Krankheiten ICD-10 (*International Classification of Diseases*) der WHO festgehalten sind. Immer wieder interessant ist, dass Betroffene (als TeilnehmerInnen einer biomedizinischen Kultur) üblicherweise auf einer somatischen Diagnose bestehen und alle Hinweise auf psychologische Ursachen strikt von sich weisen (vgl. Zenker 1996 sowie ausführlich Kap. 7.3.).

Kulturspezifische Syndrome haben oft auch eine *historische Komponente*: So wurden Beschwerdenbilder, die dem CFS mit schweren Erschöpfungserscheinungen und multiplen Schmerzen vergleichbar sind, seit dem Ende des 19. Jahrhunderts abwechselnd als "nervöse Erschöpfung", "Neurasthenie", "hysterische Lähmung", "spinale Anämie" oder "psychogener Schmerz" diagnostiziert (Shorter 1992), wobei interessant ist, dass bei den frühen Formen von Erschöpfung die Produktion von hysterischen Anfällen und Krämpfen ein diagnostisches Hauptsymptom darstellte, das später vom Symptom Müdigkeit abgelöst wurde. So hat jede Gesellschaft und Kultur nicht nur unterschiedliche, sondern auch historisch sich verändernde Vorstellungen von Krankheit.

Wie kann es nun zur individuellen Ausbildung von kulturgebundenen Symptomen kommen und welche Ausdrucksfunktion muss ihnen zugeschrieben werden? Was die westliche Kultur betrifft, so hält sie für ihre Individuen ein starkes somatophiles soziokulturelles Angebot bereit (Bräutigam, Christian & von Rad 1997): Leid, Gefühle und andere Körpersignale können über somatische Krankheiten ausgedrückt werden. Dies hängt mit der biomedizinischen Prägung der Gesellschaft zusammen: Der gesamte me-

dizinische Apparat ist mehr auf ein körperliches Krankheitsangebot ausgerichtet als auf ein seelisches, mit der Konsequenz, dass Körpersignale und erlebtes Leid als krankmachend erlebt und präferiert über körperliche Krankheit ausgedrückt werden, um sie als Lösung einer medizinischen Behandlung zuzuführen. Diese Ausdrucksweise wird von ÄrztInnen als somatisches Leiden behandelt und von den anderen Individuen und dem Umfeld auch als ein solches wahrgenommen. Unmittelbare Vorteile erfährt das kranke Individuum durch den so genannten sekundären Krankheitsgewinn, also soziale Entlastung über die Krankenrolle und die Erfüllung von Versorgungswünschen (Helmich et al. 1991). Wie Hydén & Sachs (1998) ausführen, hat die Form, Leid als Krankheit auszudrücken andere Formen in unserer Kultur überlagert.

Was die Wahl von bestimmten kulturgebundenen Symptomen betrifft, so spricht der bekannte Medizinhistoriker Edward Shorter von einem *symptom pool* (Shorter 1992, 285), also von einem Vorrat an legitimen und präsentierbaren Krankheitssymptomen, der Individuen zu einem gewissen Zeitpunkt zur Verfügung steht und der ihre *Symptomwahl* beeinflusst. Bei den eingangs genannten, von Frauen "bevorzugten" Beschwerdebildern wie Migräne, Magenschmerzen, Blutdruckschwankungen und Depressivität handelt es sich z.B. um speziell für Frauen legitime und sozial akzeptierte Formen, unterdrückte Wut und Aggressivität auszudrücken. Dies trifft besonders Frauen, die sich durch Sozialisation und Lebensumstände in Positionen befinden, durch die sie stark eingeschränkt werden ("Hausfrauensyndrom", Minker 1997). Was die ebenfalls genannten Essstörungen betrifft, so wird der Hauptgrund dafür in dem gleichermaßen einengenden wie mehrfach überfordernden Rollenbild gesehen, das die Gesellschaft Frauen zur Verfügung stellt. Die Symptomatiken, entweder gar keine Nahrung mehr zu sich zu nehmen oder im Übermaß zu essen und wieder zu erbrechen, ermöglichen es, das Faktum des individuellen Leidens zu manifestieren und zugleich es zu symbolisieren: So können Frauen durch Nahrungsentzug, der zudem ausschließlich ihrer eigenen Kontrolle unterliegt, ihren Körper und damit auch ihr Selbst der Situation entziehen, und so können Frauen durch Essen und Erbrechen das Übermaß der widerstreitenden Anforderungen zwischen Selbstkontrolle und Verfügbarkeit aufzeigen (von Braun 1996, Bordo 1989, Hepworth 1999). Diese soziokulturelle Perspektive erklärt übrigens auch das epidemische Auftreten dieser Syndrome, die als heilender Aspekt in die Behandlung Eingang finden sollte (Garrett 1998). Die amerikanische Kulturwissenschaftlerin Elaine Showalter (1997) bezeichnet "moderne Leiden" wie Anorexie, chronische Erschöpfung und die multiple Persönlichkeitsstörung dementsprechend auch als moderne Hysterien, über die in Form von bildhafter, sozialer Kommunikation kulturell zugängliche und statthafte Ausdrucksformen des Leidens nachgeahmt werden.

Das Ansteigen der Beschwerdenbilder und deren *Epidemisierung* wird dann durch folgende Eigendynamik bewirkt: ÄrztInnen werden auf bestimmte Phänomene aufmerksam, stellen diese bei Untersuchungen immer häufiger fest und geben damit ein neues medizinisches Paradigma vor, wodurch sich bestimmte Gruppen von Kranken eher bestätigt fühlen, diese paradigmatisch "relevanten" Symptome zu präsentieren (Shorter 1992, 288). So nennt Showalter drei Ingredienzien für eine hysterische Epidemie: enthusiastische Ärzte und Theoretiker, unglückliche, verletzliche PatientInnen und ein geeignetes kulturelles Umfeld (Showalter 1997, 31), unterstützt durch die Massenmedien. Wird ein neues Syndrom diagnostiziert, werden prototypische PatientInnen von ÄrztInnen z.B. in Fachzeitschriften vorgestellt. In der Ratgeber- und Selbsthilfeliteratur werden ebenfalls echte oder kompilierte Prototypen verwendet, um einer Erkrankung ein persönliches Gesicht zu geben. Die Medien verbreiten Informationen über den jeweiligen Prototyp und ermutigen damit PatientInnen, an die Öffentlichkeit zu treten.

Leidende Einzelpersonen reagieren auf diese Prototypen, indem sie ihre Symptome und Probleme in einem Prototyp wieder zu erkennen meinen.[16]

Bevor Menschen behandelt werden, muss ihre körperliche Befindlichkeit also eine *soziale Form* erhalten haben, in der sie zum Gegenstand von Behandlung gemacht werden kann. Erst in dieser sozial legitimierten Form nimmt Krankheit Gestalt an und erst hier entscheidet sich, ob und wie sie behandelt wird (Stürzer & Wolf 1996). Eine lokale Therapie nach naturwissenschaftlichen Prinzipien ist natürlich problematisch: Eine z.B. medikamentöse Behandlung von Bluthochdruck oder Kopfschmerzen kann kurzfristige Linderung der Beschwerden bringen, birgt aber die Gefahr der Symptomverschiebung, des Wiederauftretens und schließlich der Chronifizierung, da das eigentliche Befindensproblem, das eigentliche Leid nicht mitbehandelt wird. Dies ist vermutlich mit ein Grund, warum Frauen, wie schon erwähnt, doppelt bis dreimal soviel Psychopharmaka wie Männer und fast 100% der Migränemittel verordnet bekommen (Minker 1997). Als produktiver, aber für Heilende und Heilsuchende ungleich aufwendiger, erweist sich hier eine Kombination von lokaler und gesamtheitlicher Therapie mit dem Ziel der Erkenntnis und situativen Veränderung des Individuums.

Krankheit und Krankheitserleben erweist sich also als gleichermaßen medizinisch wie kulturell bestimmt. Das Konzept der kulturspezifischen Syndrome wurde bisher gerne für fremdkulturelle Krankheitsgeschehen benützt. Wie die bisherigen Ausführungen zeigen, gibt es aber keine kulturfreien, sozusagen universellen Krankheitskonzeptionen. Die naturwissenschaftlichen Krankheitsvorstellungen, die bislang als kulturfrei bedacht wurden, erweisen sich als ebenso kulturell gebunden wie andere (vgl. auch Hörbst 1996).

1.5.2. Normalitätskonzepte und Risikofaktoren

Mit der Definition von körperlichen Zuständen als krank oder gesund gehen automatisch Prozesse der Festsetzung von *normal* und *abweichend* oder *stigmatisierend* einher, die sozial hoch produktiv und regulativ wirken. So gibt es einerseits so etwas wie "normale" Krankheiten wie Magengeschwüre oder Bluthochdruck, die sozial legitimiert werden, wenn sie aufgrund von bakteriellen Infektionen durch Heliobacter verursacht sind oder durch sozial anerkannte Verhaltensweisen wie erhöhte Leistungs- und Erfolgsbereitschaft. Diese Krankheiten werden aber zu potenziell stigmatisierenden Beschwerden, wenn sie sich als Leidensausdruck einer ängstlichen Persönlichkeit herausstellen. Dies ist der somatophilen Kultur geschuldet. Dazu gibt es Krankheiten wie Aids oder Krebs, die aufgrund von Ansteckungsgefahr oder ihrer Nähe zu gesellschaftlich heiklen Themen wie Tod per se als stigmatisierend gekennzeichnet sind.

Auch Gesundheits- und "nicht kranke" Körperzustände fallen unter die Festsetzung von abweichend oder normal und auch hier interagieren unterschiedliche medizinische und kulturelle Normen: Die aktuelle kulturelle Norm eines gesunden Körpers bezieht sich z.B. auf ein ästhetisch motiviertes Ideal eines überschlanken Körpers, die medizinische Norm auf das statistisch motivierte Ideal eines BMI (*body-mass-index*; kg/m2), die nicht deckungsgleich sind. So werden kulturell schon geringe Abweichungen vom schlanken Körper als Übergewicht wahrgenommen, die medizinisch noch im Normalbereich liegen. Der "Normalzustand" eines gesunden Körpers hängt also von der jeweiligen Bezugsgröße ab – sei dies organische Funktionalität, subjektives Gesundheitsemp-

[16] Ein aktueller derartiger Prozess der Epidemisierung eines kulturspezifischen Syndroms lässt sich zur Zeit besonders deutlich am Anstieg der Diagnose "Aufmerksamkeitsdefizitsyndroms" (ADS) für so genannte hyperaktive Kinder verfolgen (und die – überspitzt formuliert - medikamentöse "Ruhigstellung" einer ganzen Generation).

finden oder eine ästhetische Ideal-Norm (Lenzen 1991a, 23) –, die Bezugsgröße ist wiederum abhängig von dem Modell, das auch für die Konzeptualisierung der Größen Krankheit und Gesundheit verantwortlich ist. Da zur Zeit das biomedizinische Modell im Gesundheitswesen dominant ist, sind auch dessen Definitionen und Implikationen die sozial dominanten. Lupton (1996, 7) spricht in diesem Zusammenhang auch vom *normalizing gaze* der Medizin und Gesundheitserziehung (vgl. auch Foucault 1988).

Die medizinischen und soziokulturellen Wechselwirkungen lassen sich am Beispiel der berühmten *Cholesterindebatte* aufzeigen (vgl. ausführlich Lenzen 1991a und Schmacke 1997): Mitte der 80er Jahre wurde ein erhöhter Cholesterinspiegel des Blutes als Hauptrisikofaktor für Herz-Kreislauferkrankungen festgemacht. Daraufhin wurde von einer Expertenkommission des "National Institute of Health" der USA der Normwert der Cholesterinkonzentration von 250 auf 200mg/dl für Personen über 30 Jahre gesenkt (der statistische Normalwert liegt für 40 bis 59 Jahre alte Männer aber bei 242±49mg/dl). Bei verschärfter Auslegung der Normalwerte gibt es praktisch keine "nicht Gefährdeten" dieser Altersgruppe mehr. Mit dieser Entscheidung wurden "mit einem Handschlag Hunderttausende bisher Gesunde zu PatientInnen umdefiniert (Schmacke 1997, 53)". Zugleich wurde der Risikofaktor Cholesterin praktisch zu *dem* Symbol für Gesundheitsbewusstsein: Den Cholesterinspiegel regelmäßig zu kontrollieren und ihn durch Ernährungsumstellung, körperliche Bewegung und gegebenenfalls Medikamente unter das angegebene Normmaß zu senken wurde zu einer der Hauptaufgaben der Präventivmedizin, der Gesundheitsförderung und der Gruppe der gesundheitsbewussten Bevölkerung. Ein erhöhter Cholesterinspiegel stand in geradezu stigmatisierender Weise für mangelnde Gesundheitsbereitschaft und Ignoranz. Die Ärmsten waren diejenigen, denen die Senkung trotz Verhaltenskontrolle nicht gelingen wollte, glücklich hingegen alle, die wenigstens eine genetische Belastung vorweisen konnten, die sie der persönlichen Schuld entbinden konnte.

Mittlerweile spricht vieles dafür, führt der Mediziner Schmacke (1997) aus, dass die isolierte Herausstellung eines – auch noch mit fragewürdigen Mitteln – erhöhten Cholesterinspiegels als eines entscheidenden Risikofaktors für die Entwicklung arteriosklerotischer Gefäßveränderungen einer der großen Irrtümer der neueren Präventivmedizin gewesen sein könnte. Es wurde nicht untersucht, wie viele Menschen durch die Cholesterinwelle der letzten Jahrzehnte neurotisiert und dadurch erst überhaupt in ihrer Lebensqualität beeinträchtigt worden sind. Andererseits erlaubte es die Überstrapazierung des Cholesterin-Themas vielen Menschen, die Illusion zu pflegen, durch punktuelles Verändern der Ernährungsbedingungen zentralen Einfluss auf das Risiko von Herz-Kreislauf-Erkrankungen nehmen zu können, ohne die Komplexität der eigenen Lebenslage näher in Betracht ziehen zu müssen.

Am Beispiel der Cholesterindebatte wird deutlich, dass die medizinische Definition von *Risikofaktoren* dazu führt, dass bislang "normales" Verhalten oder "normale" Körperzustände zu anormalen Zuständen hin verändert werden, wodurch immer mehr Menschen *per definitionem* zu "Kranken" werden und damit einer medizinischen Behandlung zugeführt werden müss(t)en. Der Medizinhistoriker Lenzen (1991a) nennt dies die "Erfindung von Krankheiten", ein Prozess, der die Kontrolle der Gesundheitsinstitutionen über die Menschen, ihre Körper und ihr Alltagsverhalten zunehmend vergrößert. Dieser Prozess kann gesellschaftlich aber nur wirksam werden, wenn er auch auf fruchtbaren Boden fällt wie z.B. ein gesteigertes Gesundheitsverhalten in der Bevölkerung. In einem medizinischen Konzept, das auf dem Erkennen von Risikofaktoren basiert, ist das Krankheitserleben von PatientInnen nicht mehr die notwendige Grundlage für eine Behandlung. Entscheidend ist, was potenziell krank macht bzw. krank machen könnte. Die Betreffenden müssen erst von der Medizin aufgeklärt werden, um sich überhaupt als "Risikopersönlichkeiten" zu erkennen. Ein Risiko ist jedoch nie geheilt,

bestenfalls minimiert und weitere Risiken sind immer such- und findbar (Postert 1996). Diese Sichtweise der Risikofaktoren kann auch zu einer prinzipiellen Verunsicherung und Ängstigung von Individuen führen, da sie selbst die Kontrolle über die Gültigkeit ihres Wissens über ihren Körper verlieren (Lupton 2000, 56). Zugleich nährt das Wissen um Risikofaktoren die Illusion von Sicherheit und Kontrolle.

Ein grundlegendes Problem der biomedizinischen "*Risikoideologie*" ist, dass die allgemeine Sicherheit, die sie verspricht, im jeweils individuellen Falle nicht verlässlich ist. Dies liegt daran, dass sie nicht an einzelnen, tatsächlich eingetretenen Krankheiten orientiert ist, sondern am Konzept der Wahrscheinlichkeit. Wie Lenzen (1991a) betont, gilt aber das, was für ein Kollektiv gilt, nicht auch für jedes Mitglied des Kollektivs. Und darum ist der Rat, "nicht zu rauchen und auf sein Gewicht und seinen Blutdruck zu achten, zwar nicht falsch, aber auch nicht richtig, weil er im Einzelfall Patienten Lebensbeschränkungen unterwirft, die völlig unnötig sind" (Lenzen 1991a, 19). Aus diesem Grund kann die Biomedizin bekanntermaßen auch nicht erklären, warum manche Menschen trotz so genannter Risikofaktoren nicht an bestimmten Leiden erkranken, während andere, obwohl sie sich gesund ernähren und regelmäßig bewegen, eine der typischen Volkskrankheiten Bluthochdruck, Diabetes oder Herzinfarkt bekommen (Lupton 1996). Paradox wird der Risikobegriff, wenn es sich um ein genetisches, also vererbtes Risiko handelt, mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit ab einem gewissen Alter an Brustkrebs oder Herz-Kreislauf-Problemen zu erkranken, und eine Therapie – wenn überhaupt – das mögliche Risiko nur reduzieren kann. Dies ist eine besonders fragwürdige Form der Gesundheitsvorsorge und "Herstellung von Lebensqualität". Problematisch wird es auch für die biomedizinische Prävention, wenn sich herausstellt, dass Persönlichkeitsanteile Risikofaktoren darstellen können. So erweist eine aktuelle groß angelegte amerikanische Longitudinalstudie an jungen Erwachsenen die Persönlichkeitseigenschaft "Feindseligkeit gegenüber den anderen", die mit Misstrauen, Wut und offener oder verdeckter Aggressivität einhergeht als prädisponierenden Risikofaktor um an Arteriosklerose und damit an Herzinfarkt zu erkranken (Iribarren et al. 2000). Es liegt auf der Hand, dass es vom einem biomedizinischen Konzept der Gesundheitsvorsorge aus einfacher und vor allem sicherer, verlässlicher und kontrollierbarer scheint, einer Person ausgewogene Ernährung und Bewegung zu verordnen als das christliche Prinzip "Liebe deinen Nächsten wie dich selbst". Ein letzter Punkt ist, dass auch die Kriterien für Risikofaktoren regelmäßigen Veränderungen und Relativierungen unterliegen und jede Woche auf den Gesundheitsseiten von Zeitschriften und Internet neue Varianten zu lesen sind. So findet sich am 25.5.2000 in der Online-Ausgabe des Nachrichtenmagazins *Focus* z.B. die Nachricht, dass nun auch regelmäßiges Joggen das Risiko für Zwölffingerdarmgeschwüre verringere, "das Bakterium Heliobacter pylori sei damit *nicht der einzige Risikofaktor* für ein solches Geschwür, sagen die Wissenschafter (Hervorh. JL) ".

Über die Definition von Risikofaktoren und die "Verkrankisierung" großer Personengruppen weitet sich das medizinische System auf fast alle Lebensbereiche aus und medikalisiert die Gesellschaft. Dies bringt uns wieder zur Frage der Biomedizin als sozialer Machtinstitution. Nach Pfleiderer, Greifeld & Biemann (1995) bedeutet Medikalisierung auch den Versuch des Medizinsystems, einen Markt zu schaffen und für seine Dienste VerbraucherInnen zu gewährleisten. Hier arbeitet die Biomedizin Hand in Hand mit der pharmazeutischen Industrie, die an dem gewaltigen ökonomischen Potenzial, das die Produktion und der Vertrieb von Medikamenten birgt, interessiert ist. Diesen Prozess bezeichnet Lenzen (1991a) als die *Entdifferenzierung von Krankheit und Gesundheit*, die der Medizin legitimen Zugang zu allen Menschen und allen Lebensbereichen gewährt, da sie praktisch alle zu potenziellen PatientInnen macht. Diese Sichtweisen sind angelehnt an die Arbeiten von Michel Foucault (1988), für den der menschli-

che Körper einen idealen Ort der medizinischen Ausübung von Macht und Kontrolle bietet.

Kelleher, Gabe & Williams (1994, 12) sehen in diesem Prozess auch den Ausdruck dafür, dass der Verlust von Religion ÄrztInnen immer stärker in die Rolle weltlichter PriesterInnen drängt. Die ärztlichen Ratschläge sich nicht mehr nur auf die Behandlung von Krankheiten beschränkt sondern auch auf die Bewertung von richtiger und falscher Lebensführung. Damit nimmt die Medizin Einfluss auf die Konstitution und Gestaltung relevanter soziokultureller Bereiche. Über das medizinische Handeln vermitteln die ÄrztInnen den Menschen ein *spirituelles Gut*, das weit darüber hinausgeht, sie lediglich gesund zu machen. Der große Unterschied zwischen ärztlicher und priesterlicher beratender Tätigkeit besteht nach Lenzen (1991a, 182) darin, dass die ärztliche Tätigkeit kein *memento mori* enthält, d.h. sie erinnert nicht an die Todestatsache, ganz im Gegenteil: "Die Medizin suggeriert uns ein Leben lang, dass, wenn man nur ihr vertraue, wenn man rechtzeitig zur Vorsorge gehe, wenn man 'compliant' sei, sie den Tod besiegen könne (Lenzen 1991a, 182)". Dazu kommt, dass die Ausrichtung auf die Vermeidung von Risikofaktoren – ja, der Begriff "Risiko" selbst – viel eher dafür geeignet ist, eine ängstliche Wahrnehmung von Körperzuständen zu bewirken und Schuldgefühle zu erzeugen, sich nicht richtig verhalten zu haben, als das Selbstheilungspotenzial und eine gute Beziehung zum eigenen Körper zu stärken, d.h. dass die ÄrztInnen viel stärker in die Rolle von RichterInnen geraten als von "spirituellen Coaches".

Diese Prozesse betreffen allerdings nicht nur die Schulmedizin. Wie die Medizinsoziologin Deborah Lupton (2000) ausführt, gibt es auch in den alternativen Medizinformen die Tendenz, erkrankten Personen Schuld an mangelnder Selbstregulation zuzuweisen. Dies kann dann so weit führen, dass z.B. Frauen, die an Brustkrebs erkranken, ihre Biographie und ihre Persönlichkeit krampfhaft nach Indikatoren für diese "Schuld" absuchen – sich also vielleicht zu wenig abgegrenzt zu haben, zu wenig oft nein gesagt zu haben, ihre "männlichen Anteile" zu wenig gelebt zu haben (Wilber 1992) –, auch aus der Angst heraus, ohne entsprechende "intrapsychische Befunde" einem Wiederaufflammen der Krankheit Tür und Tor zu öffnen. So kann die Alternativmedizin sogar die Lebens- und Persönlichkeitsbereiche "pathogenisieren", die selbst von der Biomedizin bis dahin unangetastet blieben (Lupton 2000, 60). Dieser Aspekt der persönlichen Schuld wird uns bei der modernen Gesundheitsideologie wieder begegnen (1.5.4.).

1.5.3. Krankheit und Tod als Versagen

Im Zusammenhang mit Krankheit und Gesundheit im medizinischen und soziokulturellen Kontext ist es notwendig, die Themen Tod und Sterben zu beleuchten. Wie der Medizinhistoriker Lenzen (1991a) ausführt, ist in der westlichen Kultur die Fähigkeit verloren gegangen, die Menschen im Leben auf ihren Tod vorzubereiten. Leben wird nicht mehr in seiner eigentlich zyklischen Struktur wahrgenommen, sondern linear als kontinuierlicher Aufstieg und "durch die Verdrängung der Todestatsache und die Verkindlichung der Kultur werden die Menschen als nicht Alternde, in gewisser Weise als Alterslose konzipiert" (Lenzen 1991a, 180). Aber nur durch das bewusste Fortschreiten im Leben, durch das bewusste Älterwerden, das Erleben des sich verändernden Körpers und schließlich des Alterns können sich Menschen ihrer Sterblichkeit bewusst werden – und dadurch auch zu leben verstehen.

Krankheit lässt die Grundstruktur des menschlichen Lebens, seine Fragilität, seine Abhängigkeit von der biologischen Natur besonders deutlich und sichtbar werden und enthüllt die eigentliche Natur des Menschen als begrenzt und sterblich, Nur in ihrer anthropologischen Bedeutung erinnern Krankheit und Gesundheit an die Zyklizität und Endlichkeit des Lebens, die von jeder Medizinform akzeptiert werden muss ebenso wie

von den einzelnen Menschen und der Gesellschaft. In einem auf prinzipielle Heilbarkeit ausgerichteten Medizinkonzept und in einer auf Jugendlichkeit und Leistungsfähigkeit getrimmten Gesellschaft symbolisieren unheilbare Krankheiten und Tod in geradezu moralischer Weise persönliches oder medizinisches Versagen.

Nirgendwo wird das *Dilemma der Biomedizin* so deutlich wie in der Konfrontation mit dem Sterben. Sie suggeriert den Menschen, bei regelmäßiger Vorsorge, Befolgung medizinischer Vorschriften und weiterem technischen Fortschritt sei der Tod besiegbar. Sterblichkeit wird geradezu in eine Anzahl von spezifischen Krankheiten "dekonstruiert", von denen jede für sich genommen im Prinzip durch die Entwicklung entsprechender medizinischer oder wissenschaftlicher "Überlebensstrategien" vermeidbar wäre (Williams 1998, 441). Und so begegnen viele ÄrztInnen dem Tod deshalb mit einer Art Verlegenheit, so "als ob sie sich entschuldigen müssten für ein Versagen" (Lenzen 1991a, 193). Deutlich wird das in der Bezeichnung "Pflegefall", die weniger das Sich-Kümmern und die Unterstützung meint als die Aufgabe des Kranken durch die Medizin (Schmacke 1997, 159). Die Lösung dieses Dilemmas kann letztlich nur darin bestehen, die Tatsache des Todes (wieder) in die Medizin und in das Leben zu integrieren, Sterbebegleitung als ärztliche Aufgabe anzunehmen und das Eingeständnis der Grenzen der Therapie nicht mit einer Niederlage im Kampf gegen die Krankheit gleichzusetzen.

1.5.4. Gesundheit zwischen Wellness und Moral

Abschließend möchte ich noch auf die aktuellen Gesundheitsvorstellungen eingehen. Gesundheit ist in der gegenwärtigen westlichen Gesellschaft ins Zentrum der Aufmerksamkeit gerückt, sie ist zu einem zentralen Begriff für die Konstruktion des Selbst geworden und darüber hinaus zu einer moralischen und sozialen Kategorie (Lupton 1996, Turner 1996). Mittlerweile wird nicht nur davon ausgegangen, dass jeder das Potenzial hat, gesund zu sein, und Gesundheit wird nicht mehr lediglich als ein Zustand der Abwesenheit von Krankheit gesehen, sondern als ein höherer Seinszustand des Glücks und der Harmonie zwischen Geist, Körper, Gesellschaft und Umwelt (Sennett 1995). Diese an sich ganzheitliche anmutende Konzeption von Gesundheit symbolisiert sich jedoch lediglich in dem eindeutigen Zeichen eines schlanken, jugendlichen, trainierten Körpers. Zudem hat sich ein ökonomisch einträglicher Markt entwickelt: Fitnessgeräte, Gesundheitsratgeber und Selbsthilfeliteratur, Bio- und Diätprodukte etc. Aus der Sicht der öffentlichen Gesundheitsförderung wird Gesundheit zu einer Ware und die Öffentlichkeit zu KonsumentInnen, die davon überzeugt werden müssen, dass sie das Fehlen dieser Form von kompletter und erfüllender Gesundheit als Mangel erleiden und dass sie zu deren Erlangung etwas zu bezahlen haben, sei es den Konsum von Nikotin, Salz oder Fett aufzugeben oder einen Teil der Freizeit dem körperlichen Training zu widmen (Lupton 1996). Kritisch bemerkt Lupton, dass diese Gesundheitskonzeption, die sich stark an den Prinzipien der Konsumgesellschaft orientiert, ein Individuum formt und bevorzugt, das selbst regulierend, gesundheitsbewusst, rational und zivilisiert ist und einen beherrschten, dem eigenen Willen unterworfenen Körper besitzt.

Das "Recht auf Gesundheit" (WHO) wird zu einer Pflicht zur Gesundheit, die einen Höhepunkt im Begriff *Healthismus* (Kühn 1993), also in der Health-Promotion-Bewegung in den USA gefunden hat. Diese Bewegung ist vom biomedizinischen Prinzip der Risikofaktoren der so genannten Zivilisationskrankheiten geprägt. Über Kampagnen in Schule, Arbeitsplatz, Medien und öffentlichen Räumen werden die einzelnen BürgerInnen aufgefordert, das individuelle Verhalten zu ändern: Nicht rauchen, Alkohol meiden, joggen oder andere Formen regelmäßiger Bewegung, gesünder essen, vor allem mit Beobachtung des eigenen Cholesterinwertes und des Gewichtes, verantwortungsbewusstes Sexualverhalten praktizieren, Sicherheitsgurte anlegen und Schutzhelme tra-

gen, Entspannungstechniken zur Stressbekämpfung einüben und – last not least – regelmäßige Arztbesuche mit diagnostischem Screening durchführen. Dies sind die Botschaften, die täglich in immer neuer Weise auf die Bevölkerung in Form eines *imperative of health* (Lupton 1996) hereinprasseln: Das Leben wird zu einer Serie von Verhaltensvorschriften, die zu befolgen sind, alles wird unter dem Aspekt betrachtet, wie gesund oder ungesund es ist, wobei aber die wissenschaftlichen Standards immer wieder verändert und revidiert werden können. *Healthism* meint das ewige Kreisen um die eigene Gesundheit und die Suche nach einer Risiko mindernden Lebensweise. Entlarvend fasst der Wissenschaftsjournalist Detlef Vetten (2001) in einem Artikel über die laufend wechselnden Fitness- und Ernährungsvorschriften die neuesten "Bahn brechenden" Erkenntnisse deshalb auch als "Friss die Hälfte und bewege dich!" zusammen.

Dieser verkürzte Gesundheitsförderungsansatz vermittelt die Illusion, der Mensch als autonomes Wesen muss sich nur genügend anstrengen, um die Haupttodesursachen der Neuzeit auszubooten. Kritisch meint der Psychologe Heiko Ernst (1997) dazu, dass dieses Streben nach vollkommener Gesundheit automatisch zu gesteigerter Selbstbeobachtung und Selbstaufmerksamkeit führe, mit der Gefahr der kollektiven Hypochondrie, die bedinge, dass sich immer mehr Menschen krank und unwohl fühlten, obwohl sie objektiv (noch) gesund wären.

Diejenigen, die sich diesen Normen nicht unterwerfen und bewusst ihre Gesundheit riskieren (*risk takers*), werden als irrational, sich selbst täuschend und unverantwortlich verurteilt (Lupton 1996). Eine gesundheitlich riskante Lebensführung wird damit zu einer moralischen Kategorie (Lalouschek 1999b), ähnlich wie die Medizin zu einer moralischen Bewertungsinstanz zu Lebensführung und Krankheit wird. So zeigte sich in Talkshows zum Thema Essverhalten und Essstörungen, dass Personen, die zu ihrem Übergewicht standen anstatt abzunehmen, d.h., die sich der gängigen Norm nicht anpassen wollten, von anderen Gästen moralisch verurteilt, abqualifiziert und u.U. sogar stigmatisiert wurden. Personen, die angaben, unter ihrem Übergewicht zu leiden, die also die gängige Norm als solche zumindest anerkannten, auch wenn sie sie nicht erfüllen konnten, wurden mit Applaus belohnt.[17] Der Aspekt der *persönlichen Schuld* an der Entstehung von Krankheiten durch sündhaftes Verhalten, Übertretung von Normen und Verletzung von Tabus hat in der westlichen Gesellschaft interessanterweise ja eine lange Tradition (Brandt & Rozin 1997); die neuen Normen und Tabus haben bloß die Namen geändert und heißen jetzt "Cholesterin", "Joggen" und "Nikotin". Die moralische Verurteilung und Stigmatisierung von Personen oder Gruppen, die als "ungesund" oder "risikogefährdet" identifiziert werden, ermöglicht es, eigene Ängste vor Kontrollverlust, verbotenen Wünschen, Krankheit und Tod auf sie zu projizieren (Lupton 1996, 75).

Seit einigen Jahren wird der Begriff Gesundheit durch das Konzept der *Wellness* ersetzt: Das subjektive Wohlbefinden, das die Folge aller Gesundheitsbemühungen sein soll, wird als neues Ziel propagiert. Techniken und Entspannungsmethoden aus dem weiten Bereich der alternativen Medizinformen und der Naturheilkunde gewinnen hier eine besondere Bedeutung – allerdings in einem konsumorientierten Sinne. So berichtet das Frauenmagazin "Mona Lisa" (ZDF), dass Ayurveda, die älteste medizinische Heilkunde, vor allem bei Frauen immer beliebter werde, jedoch "zumeist befreit von ihrem philosophischen und spirituellen Hintergrund im Sinne des westlichen Wohlfühlbedürfnisses" (Mona Lisa, 30.1.2000). Verschiedene Heilmethoden sind also dazu da um konsumiert zu werden, egal ob Diät, Massage oder meditative Entspannung und egal welcher Provenienz. Selten geht es um die vertiefte Auseinandersetzung. So schreibt das Stadtmagazin "New York": "Die Reichen und Berühmten New Yorks strömen in die

[17] Zur Funktion von Talkshows als "öffentlicher Instanz" vgl. Rapping (1995) und ausführlich Kap. 4.3.2.

Praxen der Schamanen und Geistheiler, so schnell sie ihre Autos nur dahin tragen können" (zitiert in Spiegel 18/2000, 157).

Als Konsequenz des Wellness-Konzepts und des Aufstiegs der Alternativmedizin lässt sich aktuell also eine gegenläufige Tendenz weg vom puritanischen *Healthismus* hin zu einer gesamtheitlichen, "sanften" Gesundheitsbewegung beobachten, die zum Ziel hat, das Lustprinzip, das in den Forderungen nach übermäßiger Selbstdisziplin verloren gegangen ist, wieder einzuführen, da Genuss, Freude und Vergnügen ebenso zu Gesundheit beitragen. So beschreibt eines der jüngeren populärwissenschaftlichen Bücher über Gesundheitsvorsorge (Dahlke, Preiml & Mühlbauer 2000) fünf Säulen der Gesundheit als Grundlage für "Körperintelligenz", also für Fitness und das richtige Zusammenspiel von Geist, Seele und Körper. In Anlehnung an Hippokrates und Kneipp stehen diese fünf Säulen für regelmäßige, nicht überanstrengte Bewegung, für richtige, dennoch lustvolle Ernährung, regelmäßige Entspannung, für die individuelle und gesunde Gestaltung der persönlichen Umwelt im Beruf wie im Heim und schließlich für Bewusstsein oder Bewusstheit über sich selbst, um sich z.B. über die eigenen Bedürfnisse klar zu werden oder z.B. auch die eigenen Befindlichkeitsstörungen und Krankheiten zu verstehen und sie nicht nur zu bekämpfen. Dieses Konzept, das in weiten Strecken an die Prinzipien gesamtheitlicher Heilformen erinnert, ist ein viel moderneres als die Forderung nach Disziplin und Vermeidung von Gesundheitsrisiken und wird weiter zur Akzeptanz alternativer Medizinformen beitragen. Unterstützt wird der Trend durch eine moderne Körperkonzeption, die mit der zunehmenden Bedeutung des körperlichen Immunsystems zusammenhängt (Martin 2000) und in der sich der Körper nicht mehr als Maschine darstellt sondern als komplexes, fließendes, nicht-lineares System in andauernder Bewegung, das in einem empfindlichen Gleichgewicht mit seiner Umwelt existiert.

Deutlich lassen sich diese aktuellen Tendenzen und die entsprechenden Normveränderungen beim Thema Diät und Ernährung beobachten. In den letzten 10 Jahren gingen die Vorschriften weg von den unpersönlichen starren Diätplänen, den rigiden Kalorientabellen, den Gebots- und Verbotsvorschriften und den ängstigenden Risikobegriffen. Die Wichtigkeit der individuellen Bedürfnisse und des Bewusstseins darüber trat in den Vordergrund, denn "wichtig ist immer, dass *Bedarf und Bedürfnisse* eines Menschen auf einen Nenner gebracht werden (Ernährungsratgeber Deutsche Krebshilfe 1999, 56; Hervorh. JL)". Diese Tendenz geht übrigens so weit, allzu großes Gesundheitsbewusstsein und allzu diszipliniertes, allzu kontrolliertes Gesundheitsverhalten als wenig gesundheitsförderlich in Frage zu stellen. So wird aufgrund der starken Zunahme von Essstörungen wie Magersucht und Ess-Brech-Sucht geradezu schon standardmäßig vor der Durchführung von so genannten "Blitz- oder Crash-Diäten" oder der Einnahme von Schlankheitspräparaten deutlich gewarnt und das Vorbild der überschlanken weiblichen Models der Modeindustrie kritisch hinterfragt. Es ist zu hoffen, dass dieses Thema nicht nur dadurch endlich gesellschaftliche Relevanz erhält, weil – wie immer wieder betont wird – auch zunehmend Männer von Essstörungen betroffen sind.

1.5.5. Der zivilisierte aufsässige Körper

Die soziokulturelle Relevanz von Gesundheit und die stark wechselnden Tendenzen lassen sich nur im Zusammenhang mit der gesellschaftlichen Bedeutung des Körpers und den aktuellen soziokulturellen Körperkonzeptionen verstehen. Der Soziologe Anthony Giddens sieht die große Bedeutung von Gesundheit und Körperkultur in unmittelbarem Zusammenhang mit einer zentralen Aufgabe von Individuen in spätmodernen Gesellschaften, nämlich der reflexiven Gestaltung des *Selbst als Projekt des Lebens* ("self-identity becomes a reflexively organised endeavour", Giddens (1991, 5)). Gene-

rell werden die Ursachen dafür in der übermäßigen Komplexität und den besonderen Anforderungen an Individuen in modernen Gesellschaften geortet (vgl. z.B. Turner 1996, Woodward 1997), da die Moderne keine geschlossene Lebensform mehr repräsentiert, die das Script des Lebens klar konturiert, in geregelte biographische Abläufe gliedert und die einzelnen Lebensbereiche konsistent integriert. All dies wird zur Leistung der Person. Dieser Prozess der *Individualisierung* (Fend 1991, 10) führt zu einem "normativen Code" des persönlich zu verantwortenden Lebens. Die Entfaltung der eigenen Person bildet den Bezugspunkt der Lebensorganisation und der Sinn des Lebens wird durch die Qualität subjektiver Prozesse definiert.

Die Grenzen zunehmender Individualisierung zeigen sich in subjektiven Krisenerscheinungen wie Entwurzelung, Sinnverlust und Einsamkeit. Der Soziologe Gerhardt Schulze (1993) sieht darin Grenzprobleme an der Schwelle zu übermäßiger Kompliziertheit sowohl des eigenen Lebensentwurfes als auch der Interaktion mit anderen, bedingt durch den Verlust traditioneller Werte und definierter Übergangsriten zwischen den Lebensphasen, durch komplexe und widersprüchliche Rollenstrukturen, diskrepante Formen wirtschaftlichen Wohlstandes und gesellschaftspolitische Veränderung und Instabilität. Als weitere Konsequenz der fehlenden Transitionsriten sieht der Kulturforscher Lenzen (1991b, 45), "dass die Menschen in unserer Kultur gleichsam mental in der ersten Lebensphase verharren, der des Kindes. (...) Jugendlichkeit, wenn nicht Kindlichkeit ist zum Signet einer ganzen Kultur geworden". Das vermag zu erklären, warum eines der Ideale der heutigen Gesellschaft Jugendlichkeit ist, und zwar mit der positiven Ausprägung, lernbereit, experimentierfreudig und flexibel zu bleiben, allerdings auch mit der negativen Ausprägung, nicht altern zu dürfen. Da Krankheit als Bedrohung der körperlichen Integrität gesehen wird, treffen sich die Heilsversprechungen der technizistischen Schulmedizin mit der Wichtigkeit des "gesunden", vor allem "ewigen" Körpers. Im Zuge dieser Zurückgeworfenheit auf die Gestaltung und Formung des eigenen Selbst wird der menschliche Körper zum Symbol der Repräsentation des Selbst und oft einziges, semiotisch hochpotentes Mittel der Selbstdarstellung (Coupland & Coupland 1997, Hall 1997).

Zentrale Leitsätze spätmoderner Körperkultur sind folgende: das moderne Individuum ist für sein Aussehen selbst verantwortlich; der Körper ist das Symbol für Jugendlichkeit und Unsterblichkeit; altern und gesundheitlich riskante Lebensführung ist Ausdruck moralischer Schwäche (vgl. Giddens 1991, Shilling 1993 und Armstrong 1993). Diese Leitsätze erheben den *zivilisierten und kontrollierten Körper* zum allgemeinen Ideal und seine entsprechende Gestaltung zu einer zentralen Lebensaufgabe. Der zivilisierte Körper eines Menschen ist auch Spiegelbild seines bewussten, disziplinierten und leistungswilligen inneren Selbsts. So wird die äußere Erscheinung eines Individuums einer steten "normalisierenden Überwachung" durch sich selbst und die anderen unterworfen. Gesteigert wird dies dadurch, dass sich Personen in immer größerem Ausmaß *Schönheitsoperationen* unterziehen, da die einzig wahre körperliche Schönheit von plastischen Chirurgen erzeugt wird (Baudrillard 1986/1989, 32; zit. nach Tseëlon 1995, 80). So wird plastische Chirurgie sogar so etwas wie ein Statussymbol, das Erfolg, Unternehmergeist und den Willen zur Kontrolle des Körpers symbolisiert.

Um Gesundheits- oder Vorsorgeinformationen wirksamer zu machen und die Motivation zur Veränderung eines "ungesunden" Lebensstiles zu steigern, wird in Kampagnen zur Gesundheitsförderung oft ein Kontrast zwischen dem zivilisierten Körper und dem grotesken Körper hergestellt (Lupton 1996, 120). Der groteske Körper wird als ein völlig aus der Kontrolle geratener überzeichnet, mit hängendem Bauch, tiefen Falten, hilflos und körperlich behindert oder gefangen in der Sucht, der eine entsprechende moralische Botschaft mit sich trägt. Männer und Frauen sind nicht in gleicher Weise von diesen Körperkulturnormen betroffen. Gerade was Altern aber auch Schlankheit betrifft,

sind Frauen hier einem "doppelten Standard" unterworfen: "while both sexes dread ageing, it is the woman who is expected to prevent it (...) and she is also penalised when she fails: she simply becomes invisible" (Tseëlon 1995, 82). Während Frauen, die ja schon prinzipiell vorrangig über ihre äußere Erscheinung wahrgenommen wurden und noch werden, Gesundheit eher auf diese, also ihre Körperformen, ihre Ernährung und ihr Gewicht beziehen, haben Männer eine stärker instrumentelle Sichtweise ihres Körpers und sehen Gesundheit eher im Sinne von körperlicher Leistungsfähigkeit, Fitness und sportlicher Betätigung (vgl. Lupton 1996).

Der wechselnde Trend im Gesundheitsverhalten kann durch die Idee des *aufsässigen Körpers* (*recalcitrant body*, Williams 1998) überdacht werden: Der disziplinierte, kontrollierte und sozial legitimierte Körper ist auch ein "aufsässiger" Körper, der neben den kulturell bedingten Grenzen auch Momente der Überschreitung (*transgression*) fordert. Grund dafür ist, dass die Körperlichkeit des Menschen mit Wünschen, Freuden, Schmerz und einem Potenzial zur Ekstase verbunden ist. In Anlehnung an Georges Bataille beschreibt Williams Menschen als *creatures of excess*: Menschen beziehen ein großes Maß an Freude aus Expansion, Verschwendung, Übermaß, aber auch aus Opfer und Zerstörung. Erotik und Sexualität sind die deutlichsten Hinweise auf dieses Bedürfnis nach körperlichen Exzessen, da ein Teil der erotischen Faszination auch in der Möglichkeit liegt, zumindest für kurze Momente die körperlichen Grenzen sprengen zu können (Williams 1998, 438).

Dieser aufsässig wünschende Körper muss begrenzt und kontrolliert werden, sucht aber immer Formen, die Freuden zu leben. Und so kommt es zu den unterschiedlichen und entgegen gesetzten Gesundheitskonzeptionen: Es gibt die disziplinierende und kontrollierende Form des puritanischen *Healthismus* und als direkte Opposition dazu das Konzept "gesund ist, was Spaß macht". Dazwischen finden sich holistische Gesundheitskonzeptionen, die auf den Ausgleich zwischen Körper, Seele und Geist ausgerichtet sind und moderate Modelle, die Wohlbefinden, Zufriedenheit und Freude in den Mittelpunkt stellen. Dieses moderate, Lust betonende Modell wurde von der Lebensmittelindustrie z.B. schon in den so genannten und boomenden *light*-Produkten aufgegriffen, die Genuss ohne Reue versprechen – was die Qualität der Transgression allerdings etwas nivelliert, wie Williams (1998) sarkastisch bemerkt.

Insgesamt befindet sich moderne Gesundheitsförderung in symbiotischer und sich gegenseitig unterstützender Koexistenz mit den Prinzipien der Konsumgesellschaft. Diese Situation zwingt die Individuen in eine Art *double-bind* zwischen Askese und Konsum, zwischen Kontrolle und Lässigkeit. Die Lösung besteht für die Menschen darin, dass sie in unterschiedlicher Weise Gesundheitsvorschriften aufnehmen und auch wieder fallen lassen, "in a continuing cycle of control and release" (Lupton 1996, 142). Aus diesem Grund schlägt Deborah Lupton vor, von einem Kontinuum von gesellschaftlich vorhandenen Konzepten zur Gesundheit und Gesundheitserhaltung auszugehen, entlang dessen sich Formen des Widerstands oder Alternativen entwickeln, von ganz bewussten, radikalen Gegenbewegungen bis hin Verhaltensweisen, die durch unbewusste emotionale Impulse und Wünsche gesteuert werden, die gar nicht unbedingt als Gegenbewegung erkannt werden müssen.

Um die Frage zu beantworten, wie diese unterschiedlichen Konzepte von Krankheit und Gesundheit sich gesellschaftlich und individuell sprachlich realisieren und welche sprachlichen Praktiken und Diskurse die unterschiedlichen Medizinformen ausbilden, die dann Eingang in die unterschiedlichen Gesundheitsinformationssendungen des Fernsehens finden, werde ich zunächst auf den Diskursbegriff eingehen.

2. Diskurs, Kultur und Kritische Diskursanalyse

Woher kann ich wissen
was ich denke,
bevor ich gehört habe,
was ich sage?

R. K. Merton

Vorschau

Dieses Kapitel dient der Darstellung des theoretischen und methodischen Rahmens der Arbeit. Fokus der Untersuchung ist, dass die unterschiedlichen Medizinformen je spezifische Konzepte zu Krankheit und Heilung ausbilden, damit auch je spezifische soziale Praktiken der Behandlungsverfahren, die sich in spezifischen diskursiven bzw. sprachlichen Praktiken manifestieren. Vergleichbares gilt für die diskursiven Praktiken im Fernsehen und in der öffentlichen Gesundheitsförderung, die drei Eckpunkte der Arbeit. Die Kritische Diskursanalyse stellt ein Methoden- und Interpretationsmodell zur Verfügung, um diese diskursiven Praktiken beschreiben zu können.

Im *ersten Abschnitt* stelle ich zuerst die Ziele der Wiener Schule der Kritischen Diskursanalyse und die *Critical Discourse Analysis* dar, in deren methodischem Rahmen sich die Arbeit bewegt, anschließend erläutere ich den komplexen und vielschichtigen Diskursbegriff, der dieser Form der Kritischen Diskursanalyse zugrunde liegt. Dabei gehe ich vor allem auf den Zusammenhang zwischen gesellschaftlichen Veränderungen und der Veränderung von Diskursen und auf die entsprechenden Begrifflichkeiten und Kategorien (Hybridisierung, Demokratisierung, Globalisierung) ein. Diese Ausführungen dienen als Basis für die anschließende Analyse und Darstellung der Vielfalt der medizinischen Diskurse (Kap. 3.), des medialen Diskurses (Kap. 4.) und des Diskurses der öffentlichen Gesundheitsförderung (Kap. 5.) sowie für die linguistische Analyse der diskursiven Praktiken in Medizinsendungen und Talkshows (Kap. 6. und 7.). Anschließend stelle ich diesen Diskursbegriff in Bezug zum aktuellen und durchaus verwandten Kulturbegriff der *Cultural Studies*. Dies ist notwendig, da ich die unterschiedlichen medizinischen Praktiken und ihre Vermischung mit medialen Praktiken als Teil der kulturellen Vielfalt unserer gegenwärtigen Gesellschaft betrachte.

Im *zweiten Abschnitt* erfolgt eine Darstellung des linguistischen Analyseinventars der Forschungsarbeit: Dazu gehören erstens die Mittel der Gesprächsorganisation, und zwar in ihrem Wechsel als sprachliche und zugleich soziale Praxis, zweitens die Mittel der sozialen Kategorisierungen zur Identitäts- und Rollenkonstitution und drittens die interaktiven Prozessierungsmechanismen, also sprachliche Verfahren, mit denen Inhalte und Bedeutungsgehalte der anderen InteraktantInnen weitergeführt, verändert oder ausgeschlossen werden. Dies soll die diskursanalytische Beschreibung des Mit- und Nebeneinander und die Vermischung, Verzerrung oder Veränderung der in den Sendungen realisierten Diskurse ermöglichen.

2.1. Die Methode der Kritischen Diskursanalyse

Jede der im vorigen Kapitel dargestellten Medizinformen verfolgt nicht nur ein je spezifisches Konzept zu Krankheit, Gesundheit und Heilung, sondern bildet auch eine je spezifische soziale Praxis aus, also z.B. ihre je spezifischen Verfahren, eine Diagnose zu ermitteln oder eine Behandlung durchzuführen, die sich in entsprechenden diskursiven bzw. sprachlichen Praktiken manifestieren. Vergleichbares gilt für die diskursiven Prak-

tiken im Fernsehen bzw. in unterschiedlichen Sendungsformaten und für die diskursive Praxis öffentlicher Gesundheitsförderung – als die drei Eckpunkte, innerhalb derer sich diese Arbeit bewegt. Die Kritische Diskursanalyse stellt ein Methoden- und Interpretationsmodell zur Verfügung, um diese diskursiven Praxen in ihrer Unterschiedlichkeit, in ihrer konzeptionellen Bezogenheit, aber auch in ihrer soziokulturellen Ungleichheit erfassen und beschreiben zu können.

Ich möchte mich an dieser Stelle auf eine allgemeine Darstellung der prinzipiellen Ziele und Vorgangsweisen einer kritischen Diskursanalyse beschränken und auf einige verwandte Aspekte der Forschung der Cultural Studies hinweisen. In meinen Ausführungen werde ich mich vor allem auf die *Wiener Schule der Kritischen Diskursanalyse* in der von Wodak und ihren MitarbeiterInnen ausgearbeiteten Form beziehen (vgl. Wodak, Menz & Lalouschek 1990, Menz 1991, Wodak 1996, Reisigl & Wodak 2001, Wodak & Meier 2001, Lalouschek 2002a, Wodak 2002, Reisigl 2003,), die innerhalb des Forschungsprogramms der *Critical Discourse Analysis* (CDA) situiert ist (vgl. Fairclough 1992, 1993, Fairclough & Wodak 1997, Wodak & Meier 2001 sowie Chouliaraki & Fairclough 1999, Gruber & Menz 2001, Wodak 2002 zur Vielfalt der Ansätze und Methoden innerhalb der Kritischen Diskursanalyse und Menz 2000 und Reisigl 2003 zu kritischen Positionen). Exemplarische linguistische Analysen der medizinischen und medialen Diskurse sowie eine Darstellung der jeweils relevanten Analysekategorien werden erst an jeweils passender Stelle in den entsprechenden nachfolgenden Kapiteln erfolgen.

Diskursanalyse bedeutet die Analyse der Beziehungen zwischen dem konkreten Sprachgebrauch bzw. den diskursiven Praktiken, ihren sprachlichen, interpersonalen und ideationalen Dimensionen und den weiteren sozialen und kulturellen Strukturen, den Diskursordnungen einer Gesellschaft. Nicht Sprache an sich ist sozial mächtig, sondern der Gebrauch der Sprache durch sozial mächtige Personen verleiht ihr Macht (Wodak 2002). Und so unterscheiden sich "kritische" Ansätze von den "nicht-kritischen" Ansätzen, indem sie nicht bei einer Deskription der diskursiven Praktiken verbleiben, sondern aufzeigen, wie diskursive Praktiken durch Macht und Ideologie geformt werden, wie diskursive Praktiken an der Konstitution von sozialen Identitäten, sozialen Beziehungen und Wissenssystemen beteiligt sind und wie sich die Vernetzungen zwischen diesen Dimensionen darstellen. Pointierrt formuliert Fairclough, " (…) 'critique' is essentially making visible the interconnectedness of things (Fairclough 1995, 747)". "Kritisch" soll und muss darum auch die Forschungspraxis und -ethik sein, d.h. also für DiskursanalytikerInnen, eine reflektierte Distanz zu den Daten zu entfalten und zu halten, eine explizite gesellschaftspolitische Haltung einzunehmen und die eigene Position im Forschungsprozess zu analysieren und zu reflektieren (Lalouschek & Menz 2002).

Da diese Dimensionen von Sprachgebrauch den TeilnehmerInnen von Interaktionen üblicherweise verborgen bleiben bzw. nicht bewusst sind, geht es Kritischer Diskursanalyse auch darum, diese Diskursprozesse bewusst zu machen, um Diskurse zu "entmystifizieren" und zur Veränderung von Wissensbeständen und sozialen Machtbeziehungen beizutragen. Zusammenfassend lässt sich Kritische Diskursanalyse definieren als "fundamentally interested in not only analyzing opaque but also transparent structural relationships of dominance, discrimination, power and control as manifested in language (…), investigating critically social inequality as it is expressed, constituted, legitimized by language use (Wodak 2002, 11)".

Schon Volosinov (1973) hat Diskurs als besonders sensitiv gegenüber sozialen Veränderungen bezeichnet, und zwar vor allem gegenüber Veränderungen, die sich noch im Entwicklungsprozess befinden, die noch nicht fest geformt und noch nicht endgültig in die ideologischen Systeme integriert sind (zit. nach Chouliaraki & Fairclough 1999, 48). So kann eine Kritische Diskursanalyse sich abzeichnende soziokulturelle Veränderun-

gen schon an einem sehr frühen Zeitpunkt festmachen. Dies kommt der Kritischen Diskursanalyse als engagierter Forschung mit emanzipatorischem Anspruch entgegen: Sie will in die soziale Praxis und die sozialen Beziehungen eingreifen, und zwar sowohl über Beforschung der sozialen Praxis wie über (Rück-)Vermittlung der Forschungsergebnisse z.B. in Form von beruflicher kommunikativer Fortbildung.

Das Forschungsprogramm der CDA und seine Analysemethoden prägt und prägte einen großen Teil der Forschungsarbeiten der *Wiener Schule der Diskursanalyse* und wurde zugleich wesentlich durch deren Arbeiten mitbestimmt, erweitert und differenziert (s. die eingangs zitierte Literatur). Ein Schwerpunkt der Forschung ist die kritische Erfassung von Sprachbarrieren und Formen sprachlicher Machtausübung in Institutionen wie Gericht (Leodolter (=Wodak) 1976), Krankenhaus (Hein et al. 1985, Menz 1989, Lalouschek, Menz & Wodak 1990, Wodak & Lalouschek 1997, Lalouschek 2000, 2002abc, 2005) und Schule (Wodak, Lalouschek, Andraschko & Schrodt 1989), in Medien (Lutz & Wodak 1987, Gruber 1992 und 1995, Lalouschek 1997ab, 1998a und 1999a, Gruber & Lalouschek 2001) und Wirtschaftsunternehmen (Menz 2000). Ein anderer Forschungsschwerpunkt ist der des politischen Sprachgebrauchs und hierbei v.a. die Entwicklung des "diskurshistorischen Ansatzes" der Kritischen Diskursanalyse im Zusammenhang mit der diskursiven Konstruktion von nationalen und ethnischen Stereotypen und Identitäten (Wodak 1989, Wodak et al. 1990, 1994, 1998, Reisigl & Wodak 2001, Reisigl 2003, sowie Menz, Lalouschek & Dressler 1989). Als Forschungsschwerpunkte der Kritischen Diskursanalyse insgesamt haben sich Sprachgebrauch in Institutionen und Organisationen, Vorurteilsforschung, Rassismus, Sexismus, Antisemitismus herausgebildet.

Bei der kritischen Betrachtung von Alltags- und Populärkultur, wozu Talkshows und Medizinsendungen des Fernsehens natürlich zählen, ist es aus methodischen Gründen notwendig, auch einen vergleichenden Blick auf die Methode der *Cultural Studies* zu werfen. Cultural Studies verstehen sich nach Hörning & Winter (1999) und Grossberg (1999) ebenfalls als eine engagierte Form der Gesellschaftsanalyse. Sie verstehen die kulturellen Praktiken und die kulturellen Formen immer kontextuell, das heißt eingebettet in historisch spezifische und sozial strukturierte Zusammenhänge. Da ein sozialer Kontext aber Machtverhältnisse impliziert, die ihm seine Einheit und seine jeweilige Gestalt verleihen, stellen sie das Verhältnis von Macht und Widerstand in den Mittelpunkt ihrer Analysen und beschäftigen sich mit den vielfältigen widerspenstigen und kreativen Praktiken der Gegenwart. Mit der Beforschung ist die Überzeugung verbunden, dass ein solches Wissen die Menschen in eine bessere Position versetzt, den konkreten Kontext und damit die Machtbeziehungen, in denen sie sich befinden, zu verändern. Aufgrund der unmittelbaren Kontextabhängigkeit ändern sich die Fragen, die Cultural Studies formulieren bei jeder Studie; die Problematik einer bestimmten Untersuchung im Rahmen des Projektes der Cultural Studies gleicht nicht der einer anderen. Bei der Analyse der kulturellen Praktiken gehen die Cultural Studies davon aus, dass sich die soziokulturelle Ordnung in jeder Form der Produktion und Herstellung von "Kultur" findet – im Sinne von Harvey Sacks' *order at all points* (Miller & McHoul 1998, 132).

So betrachtet, sind die Ähnlichkeiten im Ansatz von Kritischer Diskursanalyse und Cultural Studies groß. In beiden Zugängen geht es um soziale, kulturelle und diskursive Praktiken und Formen, die untersucht, analysiert und dekonstruiert werden um die dahinter liegenden Kräfte- und Machtverhältnisse zu rekonstruieren. Der wesentliche Unterschied ist, dass Cultural Studies nicht ausschließlich auf sprachliche Handlungen fokussieren, sondern auf alle Formen von kulturellen Praktiken und Repräsentationen wie Fotografie und Printmedien, Film und Fernsehen, populäre Musikformen oder Körperdarstellungen, um nur die wichtigsten zu nennen (vgl. z.B. Hall 1997, Hall & du Gay

1996, Curran, Morley & Walkerdine 1996, Gottdiener 1995) und dass ihren Untersuchungen aufgrund der Vielfältigkeit der Ansätze natürlich auch ganz unterschiedliche theoretische Auffassungen von Sprache, Diskurs oder Kommunikation zugrunde liegen.

In ihrer jüngsten Entwicklung beschränkt sich die Kritische Diskursanalyse nicht mehr) ausschließlich auf die Analyse sprachlicher Praktiken. So hat sich in etwa in den 90-er Jahren für die Analyse von Film, Fernsehen oder Bild/Schriftmaterial ein eigenständiger semiotischer Ansatz entwickelt (*discourse semiotics* bei Kress, Leite-Garcia & van Leeuwen 1997). Die ganz aktuellen Forschungsbestrebungen gehen in Richtung einer *multimodalen Diskursanalyse* auf breiter informations- und kommunikationstheoretischer, semiotischer und diskursanalytischer Basis. In Fokus steht z.B. die Entwicklung von multimodalen Informations- und Lernmaterialien, für Schule, Hochschule und Museum ebenso wie die Entwicklung von Übungsmaterialien zur Gesprächsausbildung anhand authentischen Ton- und Bildmaterials, z.B. für ÄrztInnen, MedizinstudentInnen, Pflegepersonal und andere Berufsgruppen; ein weiterer Fokus ist die Analyse elektronischer (Hyper-)Texte und elektronisch vermittelter Kommunikation wie Videokonferenzen oder (Beratungs-)Chats, sowie ganz generell Kommunikationsdesign in Wissenschaft und Kultur und Mediendesign in Fernsehen, Printmedien und Neuen Medien. Zentren dafür gibt es inzwischen in Italien (Padua, Pavia) und den USA (University of Georgetown, University of Michigan).

Hier trifft sich die Kritische Diskursanalyse als "offenes Forschungsprogramm" (Wodak 2002) wieder mit dem radikalen Anspruch der Cultural Studies, empirisch und theoretisch offen zu bleiben und nicht in die bestehenden Wissenseinteilungen eingereiht zu werden, um zu verhindern, dass man sich bestimmten Fragen nicht widmen kann, nur weil sie außerhalb des disziplinären Gesichtskreises liegen (Grossberg 1999, 75). (Zu den noch wenig geklärten methodischen Problemen, die aus der programmatischen Offenheit dieses Forschungsansatzes erwachsen vgl. z.B. Wodak & Meier 2001).

2.2. Diskurs als sprachliche und soziale Praxis

Um die diskursive Praxis in Medizin, Medien und Gesundheitsförderung im Einzelnen und danach in den Talkshows und Medizinsendungen im Gesamten erfassen zu können, ist es erforderlich, auf den zentralen Begriff "Diskurs" und seine vielfältigen Bedeutungen einzugehen.

2.2.1. Soziale Praxis und Bedeutungspotenziale

Diskurs ist ein vielfältiger, schillernder und ambiger Begriff, der von vielen sozial-, kulturwissenschaftlichen und philosophischen Richtungen mit sehr unterschiedlichen Zwecken verwendet wird. In meiner Arbeit beziehe ich mich auf den Diskursbegriff der Wiener Schule der Diskursanalyse und der Kritischen Diskursanalyse, wie er in Fairclough (1992, 1993), Chouliaraki & Fairclough (1999), Wodak (1996, 2002), Reisigl (2003), Reisigl & Wodak (2001), van Dijk (1997a,b) und basierend auf den Denktraditionen des französischen Strukturalismus (Michel Foucault), der Frankfurter Schule (Jürgen Habermas), der russischen Ideologiekritik (Michail Bakhtin) und dem neomarxistischen Ansatz (Antonio Gramsci) entwickelt wurde.[18]

Ausgangspunkt der Überlegungen ist die *soziale Praxis*. Darunter ist ein Bündel an Handlungsformen, an Praktiken (oder wiederum Praxis, die Begriffsverwendung ist hier

[18] Zur historischen und theoretischen Entwicklung des Diskursbegriffes vgl. Fairclough (1992), Chouliaraki & Fairclough (1999), Reisigl & Wodak (2001), Wodak & Meier (2001); für eine kritische Diskussion z.B. Menz (2000).

nicht immer differenziert und einheitlich) zu verstehen, die an bestimmte Zeitpunkte und Orte gebunden sind und die Personen dazu dienen, materielle oder symbolische Ressourcen zu benützen, um in der sozialen Welt handlungsfähig zu sein (nach Chouliaraki & Fairclough 1999, 21). Dies kann also sein, mit einer Kreditkarte im Internet zu bezahlen, eine medizinische Untersuchung durchzuführen oder gegen eine moralisch fragwürdige Regierungsbildung zu demonstrieren. Soziale Praktiken sind also nicht an bestimmte Lebensbereiche gebunden, sondern Praktiken *sind* das soziale Leben, die Praxis.

Eine Praxis kann sowohl eine *singuläre*, also einzelne, bestimmte soziale Handlung sein, die zu einer bestimmten Zeit und an einem bestimmten Ort ausgeführt wird, als auch eine *habitualisierte*, also generell übliche Handlungsweise. Chouliaraki & Fairclough (1999) halten diese Zweideutigkeit des Ausdrucks *Praxis* für durchaus hilfreich, da sie auf die Zwitterposition von Praxis als Struktur *und* Ereignis bzw. als Struktur *und* Handlung verweist. Soziale Praktiken haben immer den Charakter von beidem. Dieses dialektische Moment wird uns im Weiteren immer wieder begegnen und ist konstitutiv für soziale und diskursive Praxis. Ein solches Konzept von sozialer Praxis ermöglicht es außerdem, eine Verbindung zwischen abstrakten Strukturen, ihren Mechanismen und konkreten Ereignissen herzustellen – also zwischen "Gesellschaft" und den Menschen, die ihr Leben gestalten.

Der Begriff des Diskurses wird dann relevant, wenn sprachliche, also mündliche oder schriftliche Akte im Rahmen von anderen sozialen Praktiken ausgeführt werden, etwa das Formulieren einer Frage im Rahmen einer medizinischen Untersuchung; und er wird relevant, wenn soziale Praktiken sprachlich durchgeführt werden, wie etwa "sich einer Patientin als behandelnde Ärztin vorstellen". In seiner weitesten Form versteht sich Diskurs sowohl als jede Form aktueller *sprachlicher Praxis* als auch *sozialer Praxis*, da Diskurse Objekte, soziale Einheiten oder soziale Beziehungen nicht bloß sprachlich abbilden, sondern an deren soziokultureller Konstitution wesentlich beteiligt sind, also Personen in unterschiedlicher Weise in ihren sozialen Rollen positionieren, soziale Identitäten konstituieren und Wissensbereiche strukturieren. In Erweiterung von Chouliaraki & Fairclough (1999, 119), die Diskurse auch als *meaning potentials* verstehen, können Diskurse als soziale Bedeutungspotenziale bezeichnet werden.

Diese Diskursdimensionen entsprechen nach Fairclough (1992, 64) den allgemeinen Funktionen von Sprache, die in jeder diskursiven Realisation koexistieren und miteinander interagieren: der ideationalen, der interpersonalen und der textuellen Funktion. Fairclough bezieht sich hierbei auf die multifunktionale Sprachtheorie der funktional-systemischen Linguistik nach Halliday (1985), stark abgewandelt und erweitert in Chouliaraki & Fairclough (1999). Die *interpersonale Funktion* von Sprache konstituiert soziale Subjekte oder Identitäten und die sozialen Beziehungen zwischen ihnen. Die *ideationale Funktion* von Sprache konstituiert Wissens- und Glaubenssysteme und die Weise, auf die auf die Welt, ihre Prozesse und ihre Einheiten Bezug genommen wird. Über die *textuelle Funktion* werden die einzelnen Äußerungen zu Gesamt"texten", die zugleich mit den situativen Kontexten verbunden sind. Dies erfordert es, Diskurse immer in ihrer lokalen und in ihrer globalen Ausprägung zu betrachten. In vergleichbarer Weise beschreibt auch van Dijk (1997a) Diskurs in drei Dimensionen: als Sprachgebrauch, als Interaktion in sozialen Situationen und als Kommunikation von Glaubenssystemen. Diese Betrachtungsweise bildet die Grundlage der linguistischen Analyse von diskursiven Ereignissen.

2.2.2. Kontext und Diskursproduktion

Kontext ist ein zentrales, wenn nicht gar das zentrale Moment der Diskursauffassung der Kritischen Diskursanalyse. Van Dijk (1997a, 19ff) beschreibt Kontext als die Struktur aller Eigenschaften der sozialen Situation, die für die Produktion und Rezeption von Diskursen systematisch relevant sind, da Diskurse immer in unmittelbarer Beziehung zu den jeweiligen Kontextfaktoren produziert und verstanden und auch nur so analysiert werden können.[19] Auch Kontext ist lokal und global zu betrachten: Zu den *lokalen Kontextfaktoren* zählen das Setting, also Zeitpunkt, Ort, spezifische Umstände, dann die TeilnehmerInnen und ihre jeweiligen sozialen Rollen und Interaktionsrollen sowie die Interaktionszwecke usw. Die *globalen Kontextfaktoren* werden dann relevant, wenn die stattfindenden Diskurse als Bestandteile von komplexen organisatorischen oder institutionellen Ereignissen betrachtet werden, wie z.B. das erste ärztliche Gespräch im Rahmen eines gesamten Krankenhausaufenthaltes einer Patientin in einer schulmedizinischen Klinik. Sie werden auch relevant, wenn die TeilnehmerInnen in die Interaktion als Mitglieder von sozialen Gruppen oder Institutionen involviert sind, also z.B. ein Gast einer Medizinsendung als Betroffener *und* Vertreter einer schulmedizinkritischen Selbsthilfeorganisation. Der lokale Kontext ist dabei immer als funktionaler Teil des globalen Kontexts zu verstehen und auch so analysierbar bzw. zu analysieren (van Dijk 1997b, 15).

Auch hier begegnet uns ein *dialektisches Moment*: Zum einen sind Diskurse in ihren jeweiligen situativen (und übergreifenden) Kontext eingebunden und den Bedingungen des Kontexts unterworfen, so dass das jeweilige diskursive Geschehen als eine Funktion des Kontexts bezeichnet werden kann. Zum anderen wird in den und über die diskursiven Handlungen der jeweilige Kontext immer wieder hergestellt und Spuren dieses Kontexts lassen sich auf allen Ebenen des Diskurses finden.

Dazu ein Beispiel aus einer Medizinsendung zum Thema Spannungskopfschmerz und Migräne. Nach den einleitenden Worten fordert der Moderator (MO) seinen Gast (GA) auf, vom ersten Auftreten seiner langjährigen Kopfschmerzen zu erzählen:[20]

GESUNDHEIT! (ZDF) – THEMA: SPANNUNGSKOPFSCHMERZ UND MIGRÄNE

014
MO: Herr Denker' -- fünfzehn Jahre' das is ja ne ganz

015
MO: schöne Zeit, - wie war das denn als diese |EA| Kopfschmerzen das erste Mal auftraten, hat sich

016
MO: das so langsam angekündigt' oder ging das von jetzt auf nachher'
RD: |EA| nein wie Sie eben schon

017
RD: sagten, das hat sich also: langsam angekündigt' |EA| zuer:st äh hat man das Gefühl, man

018
RD: hat doch vielleicht mal ne Nacht zu lange: gefeiert' oder:' sonstiges Ereignis' wo man sagt'

Wenn der Moderator seinen Gast dazu auffordert, von seinen Kopfschmerzen zu erzählen, so handelt es sich hierbei erstens um die sprachliche Realisierung einer ausführlich

19 Zu Kontexttheorien und Kontextualisierungsmechanismen vgl. die Arbeiten von Auer & de Luzio (1992), Schiffrin (1987), Gumperz (1982), Duranti & Goodwin (1992) sowie Hymes (1962) mit seinem SPEAKING-Modell für Kontext (**S**etting and **S**cene, **P**articipants, **E**nds, **A**ct sequence, **K**ey, **I**nstrumentalities, **N**orms of interaction and interpretation, **G**enre).

20 Um die Komplexität der Ausführungen nicht unnötig zu erhöhen und um die Lesbarkeit zu erhalten, habe ich mich dafür entschieden, mich bei den exemplarischen Erläuterungen zu den allgemeinen Darstellungen von diskursiven Praktiken auf die in meiner Untersuchung relevanten gesellschaftlichen Bereiche Medizin und Medien zu beschränken. Weitergehende exemplarische Erläuterungen zu den beschriebenen Diskursphänomenen in anderen institutionellen und öffentlichen Bereichen wie Schule, Gericht, Printmedien etc. finden sich in ausreichendem Maße in der angeführten Literatur.

formulierten Frage. Inhaltlich enthält diese sprachliche Handlung sehr konkrete Vorgaben, die die Antwortgestaltung des Gastes in eine bestimmte Richtung kanalisieren. Pragmatisch betrachtet handelt es sich um die Eröffnung des ersten dialogischen Abschnittes der Sendung. Mit dieser sprachlichen Handlung führt der Moderator seine qua *lokalem Kontext* "Medizinsendung" bestimmte Interaktionsrolle Moderator aus, die Handlungen wie z.B. die Eröffnung von interaktiven Einheiten und die Formulierung von initiierenden Erzählaufforderungen beinhaltet. Dies ist das *Prinzip der interpersonalen Funktion* von Rollenzuweisung, Beziehungsgestaltung und Selbstdarstellung von diskursiven Praktiken: Indem MO sich als Moderator darstellt, weist er seinem Gegenüber quasi-automatisch die Rolle als Nicht-Moderator, also als Gast zu, die in vieler Hinsicht komplementär auf die Rolle des Moderators bezogen ist: Gäste beantworten Fragen und unterwerfen sich im Wesentlichen der Gesprächsführung der ModeratorInnen. Aber auch der Gast trägt zur Etablierung der Interaktionsrolle des Moderators bei: Indem er die Frage des Moderators akzeptiert und beantwortet, akzeptiert er diese sprachliche Handlung als angemessen und bestätigt MO in seiner Interaktionsrolle. Über die inhaltliche Ausgestaltung weist der Moderator diesem Gast auch die Position des Betroffenen (und nicht etwa eines fachlichen Experten) zu, in der dieser ja auch eingeladen wurde. Über die Beantwortung der Frage positioniert sich Herr Denker (GA) selbst in seinen Interaktionsrollen als Gast und als Betroffener und nimmt so an der diskursiven Produktion der Medizinsendung teil. Chouliaraki & Fairclough (1999, 48) sprechen hier von Diskurs als *joint action*, also als einer prinzipiell gemeinsamen Produktion innerhalb einer sozialen Praxis.

Über die Ausführung dieser sprachlichen Handlung kommt der Moderator nicht nur seinen rollengebundenen Interaktionsaufgaben und der Produktion einer Medizinsendung nach, sondern stellt sich gerade über diese Durchführung zugleich auch als ein Fernsehmoderator dar und reproduziert den Kontext "Medizinsendung" in seiner sprachlichen Handlung. Diese Kontextreproduktion erfolgt auch in der Erzählaufforderung selbst, die ja keine "echte", also interessensgeleitete Frage ist, da der Moderator die Krankengeschichten seiner Gäste über die Vorbereitungsprozesse der Sendung ja schon kennt. Zweck der Sendung ist es, ZuschauerInnen zu diesem Thema u.A. auch mittels persönlicher Krankheitsdarstellungen zu informieren. So reproduziert die "unechte" Frage einen weiteren Kontextfaktor, nämlich die Inszenierung einer Krankheitsdarstellung für ein Publikum.

Doch damit ist die Betrachtung noch nicht ausgeschöpft. Interessant ist die inhaltliche Ausgestaltung der Frage: Die konkrete Vorgabe *hat sich das so langsam angekündigt' oder ging das von jetzt auf nachher' (016f)* bezieht sich auf den fachlichen Kontext der Sendung, nämlich auf das medizinische Wissenssystem, und hier speziell auf ein diagnostisches Unterscheidungsmerkmal von Spannungskopfschmerz, der sich üblicherweise *langsam ankündigt*, und Migräne, die häufig *von jetzt auf nachher* eintritt. So dient die Frage selbst schon auf inhaltlicher Ebene der Information der ZuschauerInnen und (re)produziert also diesen Sendungszweck. Dies ist das *Prinzip der ideationalen Funktion* von Bezugnahme auf Wissens- und Glaubenssysteme von diskursiven Praktiken. Diese Frage dient aber auch der Selbstdarstellung des Moderators als fachlich gut informiert, da er diese Frage nur unter Kenntnis dieses medizinischen Wissenssystems formulieren kann. Wenn man den bisher nicht genannten Kontextfaktor mit ein bezieht, dass der Moderator selbst auch praktizierender Arzt ist, wird deutlich, dass er sich über diese Frageformulierung auch in seiner situationsübergreifenden Berufsrolle positioniert. Hier wird die ideationale Funktion zur interpersonalen. Schon an diesem kurzen Beispiel zeigt sich die Vielschichtigkeit von diskursiven Praktiken und deren gleichzeitige Bedingtheit durch Kontextfaktoren wie Produktion und Reproduktion derselben (in

Kap. 6.2.1., 6.6.3. und 6.9.4. finden sich weitere linguistische Analysen dieser Sendung).

Die bisherigen Ausführungen waren auf den gegebenen lokalen Kontext bezogen. Was den *globalen Kontext* betrifft, so ist diese Medizinsendung Teil des Programms eines bestimmten Fernsehsenders, sei er rechtlich-öffentlich oder privat, und somit in Inhalt und Ausgestaltung den Zielsetzungen dieses Senders unterworfen, also z.B. die Informationen ernsthaft und wissenschaftlich oder unterhaltsam zu präsentieren, sich konform oder kritisch zu Prinzipien der schulmedizinischen Behandlung zu äußern. Der globale Kontext ließe sich bis in gesellschaftsübergreifende Dimensionen gedanklich beliebig fortsetzen. Kurz gefasst lässt sich sagen, dass (auch) über den Einsatz diskursiver Praktiken letztlich eine spezielle kulturelle Praxis ausgeführt wird, nämlich eine bestimmte, gängige Form, über Krankheit zu sprechen und Krankheitsinformationen zu vermitteln, in diesem Falle Medizintalk im Fernsehen.

Dieser kontextbezogene Ansatz ist für meine Untersuchung in zweifacher Hinsicht relevant: Einerseits geht es ja um die Frage, welche systematischen Veränderungen medizinische Diskurse über Krankheiten erfahren, wenn sie in den medial inszenierten Kontext einer Medizininformationssendung importiert werden, andererseits können so die gesellschaftlich und kulturell relevanten Aspekte in die Analyse miteinfließen und unmittelbar zu den diskursiven Praktiken in Bezug gesetzt werden.

2.2.3. Diskursordnungen

Die bisherigen Ausführungen haben gezeigt, dass mit dem Begriff Diskurs sehr unterschiedliche Bedeutungen verbunden und ganz unterschiedliche Ebenen angesprochen werden. Diskurs hat eine konkrete Bedeutung, die sich auf eine einzelne, bestimmte Interaktion bezieht. Diskurs hat eine generalisierte Bedeutung im Sinne eines diskursiven, also interaktiven oder kommunikativen Ereignisses und Diskurs hat eine rein abstrakte Bedeutung, die wie etwa der "Diskurs der Postmoderne" auf Ideengebäude und Ideologien verweist. Unterschieden davon ist die Bedeutung von Diskurs als spezifischer Typ oder gesellschaftlicher Bereich von diskursiven Praxen wie etwa "medizinischer Diskurs" oder "politischer Diskurs" (van Dijk 1997a, 3). Dieses Bezeichnungsproblem führt dazu, dass sich medizinischer Diskurs als Abstraktum auf die Gesamtheit aller möglichen medizinischen Diskurse beziehen kann, auch wenn diese konzeptuell ganz verschieden sind, oder aber er kann sich aber auch auf ein bestimmtes ärztliches Gespräch beziehen, also auf ein interaktives Ereignis im Rahmen einer medizinischen Behandlung.

Häufig wird hier auf die Unterscheidung zwischen "Diskurs" im allgemeinen Sinne und "spezifische Diskurse" zurückgegriffen (O'Sullivan et al. 1994, 94). In Anlehnung an Bakhtin (1981) wird in der Kritischen Diskursanalyse zur Differenzierung auch der Begriff *Genre* benützt, der Formen des Sprachgebrauchs bezeichnet, die mit bestimmten sozialen Aktivitäten oder sozial vorgeformten Repertoires verbunden sind, wie z.B. ein ärztliches Gespräch, ein wissenschaftlicher Artikel, eine Nachrichtensendung, eine Talkshow. Die jeweilige diskursive Praxis muss in Abhängigkeit von diesen Genres beurteilt werden. Im Zuge des gesellschaftlichen Trends von Veränderungen und Vermischungen von Diskursen, auf den ich noch ausführlich eingehen werde (Kap. 2.4.4), werden Genre-Grenzen jedoch immer durchlässiger und Genres miteinander vermischt. Besonders auffallend in der Werbung, aber auch z.B. bei der Produktion von unterhaltender Information im Fernsehen, so genannten *News-Shows*, die die traditionellen Nachrichtensendungen zum großen Teil abgelöst oder zumindest durch unterhaltende Bestandteile infiltriert haben (vgl. Kap. 4.1. zum Thema medial inszenierter Information und Kap. 5.2. zum Thema medial inszenierter Gesundheitsinformation).

Diese Gesamtheit der möglichen Diskurse bzw. Genres einer Institution, Organisation oder eines sozialen Bereichs und die Beziehungen zwischen ihnen wird in Anlehnung an Michel Foucault als *Diskursordnung* bezeichnet. Foucault (1976, 1988) versteht unter Diskursen in sich kohärente Systeme von Werten und Orientierungen. Diese haben normativen Charakter, sie prägen und formen die gesellschaftlichen Einrichtungen, die soziale Macht konstituieren, und sind damit handlungsleitend für die Individuen. Dies heißt, dass jeder Diskurs um bestimmte soziale Felder und Themen organisiert und konfiguriert ist, die die spezifischen Diskurse bzw. Genres strukturieren und formen und die die jeweiligen möglichen diskursiven Praktiken, die durchgeführt werden können, definieren. Somit repräsentiert jede diskursive Handlung eine bestimmte normative Ordnung und referiert auf ein bestimmtes Wissens- und Bedeutungssystem, abhängig von der situativen und sozialen Rolle der Person. Über die aktuellen sprachlichen Realisierungen werden diese Bedeutungen manifest und wirken ihrerseits formend auf die Wissens- und Bedeutungssysteme der anderen und auf die Konstitution der sozialen Beziehungen und Verhältnisse.

Fairclough (1992) schlägt im Hinblick auf den medizinischen Diskurs vor, für die spezifischen medizinischen Diskurse Bezeichnungen zu wählen, die den jeweiligen wissenschaftlichen Bezugsrahmen und die jeweilige Strukturweise bezeichnen, wie etwa "technisch-naturwissenschaftlicher medizinischer Diskurs" (*techno-scientific medical discourse*, Fairclough (1992, 128)), der Medizin als technologischen und naturwissenschaftlichen Wissensbereich konstituiert, im Gegensatz zu Diskursen, die mit "alternativen Medizinen" assoziiert werden. Da zwischen Genres und Diskursen qua Diskursordnung Übereinstimmungsregeln bestehen, kann ein solcher Diskurs mit den entsprechenden Genres wie etwa wissenschaftlichen Artikeln, Vorlesungen und ärztlichen Untersuchungen in Zusammenhang gebracht werden und sich in allen möglichen anderen Genres wie Alltagsgesprächen und Talkshows zeigen und – wichtig für meine Untersuchungsziele – analytisch herausarbeiten lassen. Auf diese Fragen werde ich im Detail in Kap. 3 eingehen, das der Beschreibung des medizinischen Diskurses in seiner Gesamtheit gewidmet ist, vor allem auch der Beziehung zwischen spezifischen medizinischen Diskursen, den ihnen zugrunde liegenden wissenschaftlichen Konzepten und den aktuellen sprachlichen Realisierungen; dort werde ich auch den Vorschlag Faircloughs einer kritischen Betrachtung unterziehen.

So lässt sich also sagen, dass ein ärztliches Gespräch nicht nur eine bestimmte diskursive Praxis in einem bestimmten institutionellen Rahmen ist, sondern ein Bestandteil der umfangreichen diskursiven und sozialen Praktiken des Gesundheitswesens einer Gesellschaft. Die oben ausführlich erläuterte Erzählaufforderung des Moderators der Medizinsendung ist ein Bestandteil der diskursiven und sozialen Praktiken dieses Sendungstyps, die Sendung ist ein Teil des Programms eines Senders (in diesem Falle des ZDF) und dieser wiederum ist ein Teil der gesamten über Kabel und Satellit zu empfangenden medial vermittelten Information. Aus einer anderen Perspektive ist die Medizinsendung nur ein Bestandteil aller anderen, v.a. schriftlich vorhandenen Diskurse dieser Sendung, wie etwa *fax on demand* zu jedem präsentierten Thema und Informationen im Internet, im Teletext und in TV-Zeitschriften über die Sendung selbst sowie zu den Sendungsthemen. Ausgehend vom Thema Migräne oder Spannungskopfschmerz könnten sich noch ganz andere Zuordnungen in Diskursordnungen ergeben. Allein dieses Beispiel zeigt schon das Problem der Perspektive und der Frage der Zuordnungen. Gibt es eine 1:1-Zuordnung jedes Diskurses zu einer "Diskursordnung an sich" oder verläuft diese Zuordnung, wie in meinen Beispielen, perspektivegeleitet. Dieses Problem wird durch die Vielfältigkeit der heutigen Gesellschaft zusätzlich gestärkt.

Diese Überlegungen verweisen auch auf ein theoretisches wie methodisches Problem von aktueller sozialwissenschaftlicher Forschung in einer Zeit des rasanten Wandels:

Theoretische Konzepte bilden ja nicht so etwas wie "Realität an sich" ab, sondern trachten danach, eine bestimmte, auf den zeitlichen und soziokulturellen Kontext bezogene Realität abzubilden, die die aktuell beobachtbare und zu analysierende Realität nur mehr zum Teil adäquat beschreiben. Die Konsequenz daraus, eine radikale theoretische und methodische Offenheit, haben sich die Cultural Studies und z.T. auch die Kritische Diskursanalyse zum Programm gemacht.

2.2.4. Die Dialektik von Diskurs

Die Überlegungen zur Kontextabhängigkeit von Diskursen haben schon auf das dialektische Moment von Diskursen hingewiesen: Sie sind gleichermaßen sozial produziert wie sozial produktiv. Diese Dialektik durchzieht alle weiteren Bestandteile, Charakteristika und Phänomene von diskursiver Praxis: Wenn man Diskurs als soziale Praxis beschreibt, so wird damit immer eine dialektische Beziehung zwischen einem bestimmten diskursiven Ereignis und der Situation und sozialen Struktur, die es umgibt, impliziert. Das diskursive Ereignis wird von den Bedingungen geformt und formt auch diese, oder mit Fairclough & Wodak (1997) gesagt, Diskurse sind *gleichermaßen sozial konstitutiv wie sozial bestimmt*:

> That is, discourse is socially constituted, as well as socially conditioned – it constitutes situations, objects of knowledge, and the social identities of and relationships between people and groups of people. It is constitutive both in the sense that it helps to sustain and reproduce the social status quo, and in the sense that it contributes to transforming it. (Fairclough & Wodak 1997, 258)

Die Weiterführung von Fairclough & Wodak (1997) bedeutet, wenn Diskurse sozial konstitutiv und sozial bestimmt sind, dann sind sie es auch in Bezug auf den jeweiligen sozialen Status quo einer Gesellschaft. In diesen Überlegungen liegt sowohl ein *konservatives* wie *transformatorisches Moment*, denn es bedeutet, dass Diskurse sowohl zur Reproduktion der herrschenden Verhältnisse wie auch zu deren Veränderung und zur Eröffnung neuer gesellschaftlicher Möglichkeiten beitragen können. Diese Sichtweise auf moderne Gesellschaften wird *constructivist structuralism* (nach Bourdieu und Wacquant 1992, zit. nach Chouliaraki & Fairclough 1999) genannt, der das soziale Leben gleichermaßen als etwas sieht, das von sozialen Strukturen geprägt ist, wie einen aktiven Produktionsprozess, der soziale Strukturen transformiert und verändert.

Im Zusammenhang mit den obigen Ausführungen zu Kontext und zur Ordnung von Diskursen bedeutet dies, dass Individuen, die Äußerungen produzieren, nicht außerhalb oder unabhängig von den in der Gesellschaft bestehenden Diskursen und Diskursordnungen stehen, sondern in Beziehung zu den diskursiven Praktiken von Institution, Gruppen oder anderen Individuen. Ihre aktuellen Diskurse werden von den situativen, institutionellen und sozialen Kontexten geprägt und sie selbst agieren als Mitglieder sozialer Kategorien, Institutionen, Gruppen oder Kulturen, oftmals in komplexen Kombinationen dieser soziokulturellen Rollen und Identitäten (van Dijk 1997b). Unterschiedliche Diskurse können sozial relevante Einheiten wie z.B. Gesundheit/Krankheit, Jugend/Alter, Mehrheit/Minderheit in unterschiedlicher Weise konstituieren, sie können Personen in unterschiedlicher Weise als soziale Subjekte positionieren, als ÄrztInnen und PatientInnen, als Männer und Frauen, als abweichend oder normal, und sie können dadurch auch gegebene soziale Machtstrukturen verfestigen oder verändern.

2.3. Diskurs als Ausdruck sozialer Machtrelationen

Aus den bisherigen Ausführungen wird deutlich, dass Diskurse als Ausdruck sozialer Machtrelationen zu sehen sind, zumal soziale Praxis an sich immer in Netzwerke von Machrelationen eingebettet ist (Chouliaraki & Fairclough 1999, 24). Durch die Art und Weise wie Dinge bezeichnet, Ideen repräsentiert und Personen positioniert werden, dienen Diskurse auch dazu, die bestehenden gesellschaftlichen Machtbeziehungen zu produzieren und zu reproduzieren und ideologisch zu wirken; aufgrund des genannten dialektischen Moments können Diskurse allerdings auch bestehende Machtstrukturen in Frage stellen und sogar verändern (vgl. dazu ausführlich Reisigl & Wodak 2001, Wodak et al. 1998).

Fairclough (1992) sieht diese Entwicklung von Machtrelationen als *hegemonialen Kampf* (*hegemonic struggle*) in Anlehnung an das Hegemoniekonzept Antonio Gramscis. Der Begriff *Hegemonie* bedeutet sowohl Führerschaft als auch Vorherrschaft über ökonomische, politische und ideologische Bereiche einer Gesellschaft. Der Bezug auf dieses Konzept ermöglicht es, jede diskursive Praxis als Form eines hegemonialen Kampfs zu betrachten, der bestehende Diskursordnungen reproduziert, restrukturiert oder in Frage stellt (Fairclough 1992, 95). Einschränkend meint Fairclough, dass sich der hegemoniale Kampf diskursiver Praktiken eher in Institutionen abspielt als auf nationaler, politischer Ebene und die Protagonisten LehrerInnen und SchülerInnen, ÄrztInnen und PatientInnen oder Männer und Frauen sind.

Dies bedeutet also, dass nicht alle Diskurse in einem gesellschaftlichen Bereich wie z.B. im Bereich der Medizin und Gesundheitsversorgung sozial gleichwertig sind. Es gibt gängige oder dominante Diskurse (*hegemonic discourses*), wie z.B. den schulmedizinischen Diskurs, aber auch eine Bandbreite von alternativen Diskursen oder Gegendiskursen *(opponent, dissident discourses)*, wie z.B. die Diskurse der humanistischen Medizin oder der alternativen Heilkunde. Das Faktum, dass es sich bei den unterschiedlichen Diskursen auch um die (Re)Produktion ungleicher, ideologisch besetzter Machtrelationen handelt, kann Individuen oder Gruppen in unterschiedlichem Ausmaß bewusst sein und entsprechend unterschiedlich bewusst eingesetzt und sprachlich realisiert werden.

2.3.1. Medizinpluralismus: "anything goes"?

Dazu ein Beispiel: In der Diskussionssendung "*Nachstudio*" (ZDF) zum Thema "*Moderne Leiden*" vom 2.2.2000 äußert sich der bekannte Psychoanalytiker und Buchautor Wolfgang Schmidbauer (WS) zur Frage des aktuellen Nebeneinanders von unterschiedlichen naturwissenschaftlichen und psychologischen Paradigmen zur Erklärung von Krankheitsentstehungen, wie etwa traditionelle Psychoanalyse und Neurobiologie. Der hier benützte Begriff "Paradigma" entspricht m.E. dem Begriff des wissenschaftlichen Bezugssystems bzw. Konzeptes.

NACHTSTUDIO (ZDF) – THEMA: MODERNE LEIDEN

WS: es gibt so eine Art Gleichzeitigkeit von Paradigmen, - und des is für mich genau das Moderne, dass: so zusagen ganz vieles Unterschiedliche gleichzeitig existiert' was auch für die Kranken' - ah is es ja auch ne andre Situation. wenn ich als Depressiver/ ich hab ja ne Entscheidung. das hängt ja auch von meiner sozialen Schicht ab. wenn ich jetzt äh sage ich geh zum Psychiater und lass mir ein Medikament gebm' iss es meine Entscheidung, und ich finde auch den Psychiater, der meine Depression mit einem Medikament behandelt. wenn ich mich dafür entscheide, ich hab ein psychisches Problem' - das liegt an meiner ah Kindheitsgeschichte' oder das liegt an meiner Ehe' ich geh zum Psychotherapeuten, findet er auch einen Psychotherapeuten' der ihn behandelt. und ich denke, beide können ihm helfen'

MO: hmhm[v]

WS: schwierig wird es wenn zum Beispiel eine Konkurrenz oder eine Entwertung stattfindet' und des: is denk ich grade -/ ah also des is sozusagen das soziale Risiko wenn s so viel gleichzeitig gibt. und da hat sich auch was geändert. also früher da hat s noch so Konkurrenzen gegeben, wie wenn meinetwegen (...)
<WS bringt ein Beispiel einer früheren Konkurrenz zwischen zwei Automarken>
(...) und sie müssen sich entscheiden. die Patienten müssen sich orientieren.
MO: is das vielleicht so ne so ne so ne Art postmoderne Position' äh die s auch in der Wissenschaft gibt? oder? oder lieg ich da äh ganz falsch. also anything goes' man kann auch dort ah – Hauptsache' Hauptsache man heilt'
WS: ich glaub, es is ja das Problem der Moderne' is ja diese Gleichzeitigkeit. dass es nicht mehr eine einheitliche Richtung gibt, sondern dass halt viele Richtungen gleichzeitig da sind.
MO: ja.

Schmidbauer beginnt seine *Argumentationslinie* folgendermaßen: Ein Charakteristikum der Moderne ist die Gleichzeitigkeit von vielen unterschiedlichen Paradigmen für die Behandlung von Krankheiten, was zu einer Wahl- und Entscheidungsfreiheit für Kranke führt. Diese Argumentation verschleiert bestehende gesellschaftliche Machtrelationen zwischen den Paradigmen, denn sie enthält mehrere Präsuppositionen, die zu hinterfragen sind:

Erstens nimmt Schmidbauer eine soziale Wertfreiheit der Wahlmöglichkeiten an, so dass es weder individuell noch sozial einen Unterschied mache für welche Behandlungsform man sich entscheide. Diese Wertfreiheit der Paradigmen entspricht nicht der gesellschaftlichen Realität, denn nach wie vor wird eine pharmakologische und eine psychologische Methode der Behandlung von psychischen Problemen gesamtgesellschaftlich und auch innerhalb des Gesundheitswesens unterschiedlich bewertet, ebenso wie eine schulmedizinische und eine alternativmedizinische Behandlung von Krankheiten.

Zweitens präsupponiert er, dass Kranke ihre Krankheit und deren Ursachen korrekt diagnostizieren und sich aufgrund dieser Diagnose für die angemessene Behandlungsmöglichkeit entscheiden. Normalerweise verläuft dieser Prozess umgekehrt, dass nämlich Kranke *nicht* wissen (wollen), warum sie krank sind und nicht beliebig zwischen somatischen und/oder psychologischen Erklärungsmodellen pendeln können. Gerade darum gehen Kranke zu medizinischen oder psychologischen ExpertInnen und bekommen üblicherweise dort deren Entscheidung für die Behandlung vermittelt. Da ÄrztInnen das Paradigma favorisieren, das sie vertreten, und eben keine Gleichheit der Methoden herrscht, werden Kranke häufig Beeinflussungen ausgesetzt oder über die Bandbreite der Alternativen anderer Paradigmen nicht umfassend informiert. Da ExpertInnen über die relevanten Ressourcen wie Fachwissen und Methoden verfügen, befinden sich Kranke in Abhängigkeit von den medizinischen Expertensystemen. Dies ist eine der gesellschaftlichen Machtrelationen, die die Entscheidungsfreiheit der Kranken relevant einschränkt. Schmidbauer geht in seiner Argumentationslinie von einer Gleichzeitigkeit und damit von einer Gleich*heit* der Diskurse aus.

Schmidbauer negiert diese bestehende Konkurrenz zwischen den Paradigmen oder deren unterschiedliche Bewertung nicht, nennt sie aber *soziales Risiko*. Damit beschreibt er den Zustand als einen möglichen, hypothetischen, nicht aber als eine bestehende soziale Tatsache. Sein Beispiel aus dem Bereich der Automobilindustrie soll illustrieren, dass die Konkurrenz zwischen Methoden ein Problem der Vergangenheit ist, dass inzwischen der Gleichzeitigkeit der Vorzug gegeben wird. Wiederum schließt er mit der Behauptung, dass es an den PatientInnen läge, die sich orientieren und entscheiden müssten. Der Moderator Volker Panzer (MO) verstärkt diese Argumentation, indem er sie als eine *postmoderne Position* interpretiert, die sich dieser Gleichheit der Gleichzeitigkeit verschrieben hätte, einem oberflächlichen *anything goes*, solange der Zweck der Heilung erfüllt werde.

Diese Darstellungsform, die zugrunde liegende Machtrelationen verschleiert oder übersieht, wird sich im weiteren Datenmaterial häufig wieder finden. (vgl. v.a. Kap. 6.9.6. zum Thema der medialen Präsentation alternativer Medizinmethoden). Schmidbauer unterstützt diese Interpretation, indem er wieder auf den Anfang seiner Argumentationslinie zurückkommt, die Gleichzeitigkeit als das Charakteristikum der Moderne. Damit impliziert er vermutlich die Orientierungsprobleme der Individuen in der Vielfalt der *riskanten Freiheiten* (Beck & Beck-Gernsheim 1994) und der Notwendigkeit der Selbstkonstruktion in der späten Moderne (Giddens 1991), nicht aber, dass es dominante, konkurrierende und einander ausschließende Paradigmen bzw. Diskurse gibt, die sich in einem hegemonialen Kampf befinden. Genau betrachtet ist die diskursive Praxis, die Schmidbauer realisiert, ideologisch in dem Sinne, dass sie bestehende Machtverhältnisse negiert und einen sozialen Status quo behauptet, der so nicht existiert, d.h. sie ist "postmodern" unkritisch.[21]

2.3.2. Die diskursive Produktion von Macht

Wie sieht nun die diskursive Produktion von sozialer Macht aus? Die Kritische Diskursanalyse geht von einem Machtbegriff aus, der als spezifische Beziehung zwischen sozialen Gruppen oder Institutionen definiert wird, und zwar als soziale Kontrolle (van Dijk 1997b, 17). Soziale Machtausübung erfolgt mittels Kontrolle über materielle oder symbolische Ressourcen wie Geld, Besitz, Wissen oder Status – und vor allem über den Zugang zu gesellschaftlich relevanten Diskursen. Nach van Dijk (1997b) lassen sich *offene und verdeckte Formen der Machtausübung* unterscheiden: In den offenen, sichtbaren Formen haben die mächtigen Gruppen neben Machtressourcen wie sozialen Positionen, Gewalt und Autorität, Zugang zu Diskursformen wie Direktiven und Befehlen. Die verdeckten, unsichtbaren Formen von Macht erfolgen über Konsens und Hegemonie. Der Diskurs einer mächtigen Gruppe erfolgt in der Form, dass die Handlungen der anderen im Einklang mit deren Interessen scheinen, ohne Zwang, scheinbar naturgegeben oder konsensuell.

Diskurse sind also nicht nur ein Mittel, um Macht auszuüben, sondern auch eine eigenständige *Machtressource*, z.B. über den Zugang zu öffentlichen Diskursen (Reisigl & Wodak 2001). Dies ist der Grund, warum mächtige Gruppen den Zugang zu vielen öffentlichen Diskursen in den Medien, in der Politik und anderen relevanten öffentlichen Positionen und Bereichen kontrollieren (van Dijk 1997b). Die mit dem Zugang zu einem öffentlichen Diskurs verbundene Statuserhöhung könnte übrigens ein Movens für "private" Personen sein, sich in den öffentlichen Diskurs von Talkshows zu begeben oder sich an medialen Medizintalks zu beteiligen (vgl. dazu ausführlich Kap. 4.3.1). Dies bedeutet weiter, dass durch die soziale Machtverteilung die Produktion von Diskursen gesteuert wird und es deshalb auch Beschränkungen gibt, wer zu welchen diskursiven Praktiken Zugang hat und welche Diskurse zu welchen Gelegenheiten überhaupt geäußert werden können. D.h., dass InteraktantInnen in unterschiedlichen Kontexten nicht nur mit unterschiedlichen interaktiven Kompetenzen und Rechten ausgestattet sind, sondern dass auch die unterschiedlichen Diskurse bzw. die damit realisierten zugrunde liegenden Konzepte und Bedeutungssysteme nicht gleichberechtigt sind oder aufgrund der ideologischen Restriktionen eines Kontextes nicht zugelassen werden (können). Kontextfaktoren bzw. die Kontrolle über Kontextfaktoren wie TeilnehmerInnen, Rollen, Themen etc. stellen sich also ebenfalls als Machtressourcen dar.

Machtbeziehungen können somit sehr komplexe Formen und Verläufe annehmen, es gibt unterschiedliche Muster des Verteilens, Verhandelns und Absprechens zwischen

21 Vergleiche direkt hierzu die Sendungsanalyse in Kap. 6.9.6.2.

mächtigen Gruppen, die sich Macht aufteilen. Und in dem Maße, in dem andere Gruppen einen gewissen Zugang zu öffentlichem Diskurs erlangen, erlangen sie auch ein gewisses Maß an Gegenmacht (*counterpower*, van Dijk 1997b, 23). Deshalb ist soziale Macht von einzelnen Gruppierungen nicht monolithisch oder ohne Widersprüche. Da sie von den einzelnen Gruppenmitgliedern über die einzelnen sozialen Praktiken alltäglich ausgeführt wird, entstehen Variationen, Dissens und sogar Veränderungen. Hierin liegt möglicherweise ein weiterer Grund für die Veränderbarkeit, Vielfältigkeit, Flexibilität und Widersprüchlichkeit der Diskurse moderner Gesellschaften.

Fairclough (1992, 50) bezeichnet die verdeckten Formen als die modernen Formen von Machtausübung: Moderne Macht dominiert nicht durch Gewalt oder Zwang, sondern wirkt inkorporierend und "produktiv" in dem Sinn, dass sie die anderen formt, um sie ihren Bedürfnissen anzupassen. Diese Auffassung bezieht sich auf die Machtkonzeption Foucaults (1988): Moderne Macht wird nicht von oben nach unten von bestimmten kollektiven Agenten auf Gruppen oder Individuen ausgeübt, sondern sie wird von unten in bestimmten *Mikrotechniken* entwickelt. Ein Prototyp ist die medizinische Untersuchung, wie sie sich in den Krankenhäusern zu Beginn der Moderne geformt hat. Diese Techniken bringen Wissen vom Individuum hervor, produzieren eine Definition des Kranken in der Gesellschaft und stellen einen Bezug zwischen Helfen und Wissen her – und damit wird ein ökonomisches Tauschverhältnis konstituiert und damit verbunden eine Verteilung von sozialer Macht. Die Mikrotechniken basieren also einerseits auf Wissen, das kontinuierlich über die Menschen produziert wird, an denen sie angewendet werden, und sind darauf ausgerichtet, diese Macht im Prozess des Wissenserwerb wiederum auszuüben. Diese moderne Form von Macht, die Foucault als *biopower* bezeichnet, wirkt disziplinierend über die kontinuierliche Durchführung dieser Techniken, die bis in die kleinsten Bestandteile des sozialen Lebens eingebaut sind und die der Normalisierung des modernen Lebens dienen. Disziplinierende Techniken unterwerfen Individuen Normalisierungsprozessen und erzeugen "gefügige Körper" (*docile bodies* Foucault 1988; vgl. auch Kap. 1.5.2. zum *normalizing gaze* der Medizin). Der weite Diskursbegriff Foucaults bezeichnet dementsprechend Wissenssysteme der Humanwissenschaften wie etwa Medizin oder Ökonomie, die die sozialen Praktiken, die Macht konstituieren, zum Leben bringen. Diese Diskurse werden teilweise über Sprachgebrauch realisiert und teilweise über andere soziale Formen wie z.B. die Architektur und Organisationsstrukturen von Krankenhäusern, Schulen und Gefängnissen.

Foucault hat stets darauf hingewiesen, dass Macht immer auch Widerstand produziert und dass die alleinige Existenz von Machtstrategien nicht automatisch die erfolgreiche Durchführung von Machtausübung bedeutet, hat dieses Konzept aber nie im Detail ausgeführt (Lupton 1997, 102). Chouliaraki & Fairclough (1999, 24) wollen diese moderne Sicht von Macht um den Faktor Dominanz erweitern, da die moderne Sicht alleine keinen Platz für Handlungsfähigkeit in sozialen Praktiken lässt und damit keinen Platz für Veränderung – das zentrale Moment des hegemonialen Diskurskonzeptes.

Das Konzept der *biopower* lässt sich am Beispiel des herkömmlichen gesellschaftlichen Umgangs mit *Schwangerschaft und Geburt* konkretisieren. Durch die mächtige biomedizinische Kontrolle über die Körper von Individuen sind die entsprechenden reproduktiven körperlichen Zustände von Frauen im Verlauf dieses Jahrhunderts zunehmend unter die Kontrolle einer patriarchalisch orientierten, technizistischen Schulmedizin (und ihrer Diskurse) gelangt. Heutzutage finden in der westlichen Welt weit über 90% der Geburten – vorwiegend unter männlicher ärztlicher Aufsicht – in Krankenhäusern statt (Lupton 1996): Durch den häufigen Einsatz von Wehen fördernden Mitteln wird den gebärenden Frauen die Kontrolle über den Geburtsverlauf entzogen, Kaiserschnitt und Dammschnitt werden als Geburt regulierende medizinische Maßnahmen eingesetzt, Säuglinge mit am Hinterkopf angebrachten Elektroden im Uterus über-

wacht, mit einem Wort, die gesamte Geburt wird durch entsprechende institutionelle Praktiken zu einem fast ausschließlich technisierten Vorgang. Lange Zeit wurde diese "Technik" von der Schulmedizin als die sicherste, für Mütter und Kinder beste Form der Geburtsmethode präsentiert und damit quasi "naturalisiert". Andere Formen des Gebärens wie z.B. Hausgeburten oder "sanfte Geburten" wurden ebenso lange als medizinisch unsicher bewertet und damit als unvernünftig und das Kind gefährdend moralisch abqualifiziert. Erst in den letzten 15-20 Jahren begannen sich alternative soziale Praktiken der Geburtshilfe durchzusetzen, verbunden mit entsprechenden Diskursen der Aufklärung, der Bewusstmachung und des Widerstands (vgl. Gardner 1994, Kemeter 1996).[22]

In dieser Weise wirken Diskurse *ideologisch*, v.a. wenn sie naturalisiert erscheinen und *common-sense*-Status gewinnen und Individuen es nicht nachvollziehen können, dass ihre üblichen sozialen Praktiken, wie z.B. Kinder im Krankenhaus zu gebären, auch ideologisch motiviert wurden (Fairclough 1992, 90). Ideologien können hierbei als Realitätskonstruktionen verstanden werden, seien es z.B. soziale Beziehungen oder soziale Identitäten, die Widersprüche, Dilemmata oder Antagonismen von Praktiken im Einklang mit den Machtinteressen glätten und sie legitimieren sollen. Sie sind in die verschiedenen Dimensionen der diskursiven Praktiken eingebettet und somit selbst wieder diskursive Konstruktionen, die regulierend auf die Richtung der Produktion der Machtbeziehungen beitragen (vgl. auch Thompson 1984, Wodak 2002).

Innerhalb von Gruppen dienen Ideologien der Koordination der aktuellen sozialen Praktiken der einzelnen Mitgliedern einer sozialen Gruppierung. Ideologien garantieren, dass die jeweiligen Mitglieder im allgemeinen in ähnlichen Situationen ähnlich agieren und so zum Zusammenhalt, zur Solidarität und zur erfolgreichen Reproduktion der Gruppe beitragen. Ideologien fungieren quasi als Interface zwischen kollektiven Gruppeninteressen und individuellen sozialen Praktiken (van Dijk 1997b, 27). Am Beispiel der Schulmedizin beginnt diese ideologische Wirksamkeit mit der universitären Ausbildung, die den Werthaltungen eines technizistischen und krankheitsorientierten Verständnisses von Medizin orientiert ist. Sie bestimmt die Richtung von Vorlesungen, wissenschaftlichen Artikeln, Forschungsprojekten und Lehrbüchern und Fachwissen, die entsprechenden Rollenausgestaltung von SchulmedizinerInnen und z.B. pharmakologisch und technizistisch ausgerichtete Therapieentscheidungen im ärztlichen Gespräch. Da der schulmedizinische Diskurs der gesellschaftlich dominante ist, geht es dabei immer auch um den Erhalt des Zugangs zu mächtigen sozialen Ressourcen wie Geld, Status- und Berufspositionen und öffentlichen Räumen (Lalouschek 2000; sowie Kap. 3.).

2.4. Gesellschaftliche Veränderung – Veränderung von Diskursen

2.4.1. Trend: Informalisierung

In seinen Arbeiten, die sich mit der Veränderung der öffentlichen Diskurse im Zuge gesellschaftlicher Veränderungen beschäftigen, stellt Fairclough eine Verlagerung kultureller Werte und sozialer Beziehungen weg von Formalität hin zu Informalität und Privatheit fest. Der Kultursoziologe Richard Sennett (1983) nennt als Ursache für diese zunehmende "Tyrannei der Intimität" im öffentlichen Leben folgende: Intimität läuft auf die Lokalisierung der menschlichen Erfahrung und ihre Beschränkung auf die nächste Umgebung hinaus. So gewinnen die unmittelbaren Lebensumstände primäre Bedeu-

22 Auf die Mikropraktiken des ärztlichen Gesprächs werde ich ausführlich in Kap. 3 eingehen.

tung. Dies nährt bei Menschen die Erwartung, Nähe erzeuge auch bei zwischenmenschlichen Beziehungen Wärme und führt zu einem entsprechenden Druck zur Aufhebung der Grenzen zwischen Privatsphäre und Öffentlichkeit (Sennett 1983, 425). Ähnlich stellt Anthony Giddens (1991, 88f) diese Veränderung der Intimität in Zusammenhang mit der Veränderung von Beziehungen überhaupt: Externe Kriterien für Beziehungen wie z.B. Verwandtschaft nehmen ab gegenüber "Beziehungen pur" (*pure relationships*), die auf persönlichem Vertrauen, Selbstoffenbarung, Verbindlichkeit und der Forderung nach Intimität basieren. Damit wird Selbstoffenbarung zu einer Ideologie der Intimität in der modernen Gesellschaft (vgl. auch Ariès & Duby 1993).

Diese Tendenz zu Informalität bedingt eine Überlagerung bzw. "Kolonialisierung" von öffentlichen und privaten Diskursen (*conversationalization*, Fairclough & Mauranen 1997), also z.B. die Kolonialisierung öffentlicher, v.a. medialer Diskurse durch private Diskursformen wie Gespräche unter guten Freunden und Freundinnen, Tratsch oder Beratungsgespräche bzw. durch therapeutische Diskursformen, aber auch die hohe Bereitschaft schriftlicher Medien, umgangssprachliche Elemente in der Berichterstattung einzusetzen. In diesem Sinne war und ist es vermutlich nur konsequent, dass in den letzten 15 Jahren im Fernsehen nicht nur Talkshows und alle Formen von Beratungs- und Lebenshilfesendungen boomten, sondern ganz speziell auch Gerichtssendungen und unterschiedliche Arten von *confession-shows*, in denen bislang geheime Verfehlungen öffentlich wurden. In Erweiterung dieses Konzepts entwickelten Gruber & Lalouschek (2001) das Konzept der *publicalisation of the private* für Fernsehunterhaltung: Immer mehr Bereiche des privaten Lebens werden öffentlich dargestellt und diskutiert, private Bereiche und Bereiche öffentlicher Institutionen wie Gesundheitswesen und politische Organisationen werden miteinander vermischt und es entwickeln sich neue mediale Diskursformen mit typischen Diskurseigenschaften, was eine zunehmende "Dedifferenzierung" bisher klar unterschiedener Sendungsformate wie etwa politischen Diskussionsrunden und medizinischen Informationssendungen bewirkt. Die so importierten privaten Diskurse bzw. Diskurselemente können zudem strategisch auch zur Erreichung bestimmter Effekte benützt werden: Privatheit oder persönliche Bedeutung werden entweder nur simuliert (*synthetic personalization*, Fairclough 1992, Tolson 1991) oder es werden die persönlichen Darstellungen instrumentalisiert, den Sendungszwecken wie etwa Unterhaltung unterworfen und die auftretenden Personen in ihren Gestaltungsräumen streng diszipliniert (zur Analyse dieser interaktiven Prozessen siehe Kap. 4.4. für Talkshows allgemein, Kap. 6.6. für den Medizin-Talk und Kap. 6.7. für Talkshows zu Krankheitsthemen, sowie Gruber & Lalouschek 2001).

2.4.2. Trend: Demokratisierung

Ebenso gibt es eine Tendenz zur Demokratisierung von Diskursen, also eine Beseitigung von Asymmetrien und Ungleichheiten sprachlicher Rechte und Obligationen, zugleich mit einer stärkeren Öffnung des Zugangs zu Institutionen, Positionen und den entsprechenden Diskursen (Fairclough 1992, 202f). Diese Tendenz zeigt sich im Fernsehen abgesehen von den Talkshows vielfältig in der Zunahme von so genannten "Gerichtsshows" wie "*Streit um Drei*" (ZDF), "*Richterin Barbara Salesch*" (SAT.1) und "*Das Jugendgericht*" (RTL), von psychologischen Beratungsshows wie "*Zwei bei Kalwass*" (SAT.1) und "*Die Jugendberaterin*" (PRO7) und eben auch von "Medizintalks" wie "*Gesundheit!*" (ZDF) und Medizinshows wie "*Dr. Verena Breitenbach*" (PRO7) oder "*Vertrauensarzt Dr. Michael Ehrenberger*" (ATV+), in denen betroffene Laien die

Möglichkeit haben, sich öffentlich zu präsentieren.[23] Aber auch hier stellt sich gerade bei Medien und damit auch in dieser Untersuchung die Frage, inwieweit diese Demokratisierung und Informalisierung strategisch eingesetzt werden und sich Asymmetrien und unterschiedliche Machtverhältnisse bloß von expliziten Markierungen von Macht zu verdeckten Markierungen verlagern, die damit subtiler und verdeckt wirksam werden (Heritage 1985, Fairclough 1992, Lalouschek 1997b, 1999b). In diesem Zusammenhang ist die demokratische Selbstdefinition von medizinischen Informationssendungen, aber auch von Talkshows, durch öffentliches (offenes?) Sprechen auch über heikle Krankheitsthemen wie Brustkrebs oder Ess-Störungen Toleranz vorzuleben, Unübliches, Abweichendes, aber auch Tabuisiertes scheinbar unvoreingenommen darzustellen und entsprechende Beratung, Information und Lebenshilfe zu geben, kritisch zu beleuchten.

Um eine gleichzeitige Kolonialisierung *und* Demokratisierung von unterschiedlichen medizinischen Diskursen scheint es sich beim Phänomen der *Inkorporation von alternativmedizinischen Diskursen* (Karpf 1988) zu handeln: In schulmedizinisch ausgerichteten Medizininformationssendungen werden alternativmedizinische Methoden im Sinne einer Öffnung gegenüber anderen Paradigmen breit diskutiert, bei Ratschlägen oder Tipps werden sie dann letztlich aber in einer Form inkorporiert, die das dominante schulmedizinische Modell nicht stören oder nicht substantiell beeinträchtigen.[24] Diese Funktionalisierung ist allgemein auch z.B. bei der pragmatischen Inkorporation von fernöstlichen spirituellen Praktiken in die westliche Lebenswelt zu beobachten, die oft mehr der effizienten Stressverarbeitung in einer Leistungsgesellschaft dienen sollen als dem inneren spirituellen Wachstum (Wecker 1998), (s. auch 1.5.3.). Hier wird wiederum die Hegemonie von Diskursen relevant: Die dominierende Gruppen integriert Teile der diskursiven Praktiken der untergeordneten Gruppen, um Allianzen zu erzeugen und Zustimmung herzustellen und dadurch Einfluss auf die "Gegendiskurse" auszuüben und sie zu kontrollieren. Oder aber die untergeordnete Gruppe übernimmt Elemente der dominanten um ihren eigenen Status oder ihre Akzeptanz innerhalb des Systems zu erhöhen, wie z.B. die Inkorporation der schulmedizinischen Diagnostik in die Traditionelle Chinesische Medizin (vgl. 1.5.3.).

Demokratisierung in der späten Moderne verlangt die Akzeptanz von Unterschieden und die Akzeptanz, den Dialog über diese Unterschiede hinweg zu führen. Dazu gehört auch der Trend der *Globalisierung von Diskursen* (Chouliaraki & Fairclough 1999, 42): Soziale Aktivitäten und damit diskursive Praktiken und soziale Machtrelationen werden über technische Medien zunehmend über große räumliche und zeitliche Distanzen organisiert ("globalisiert"), z.B. E-Mail, Voice-Mail, Internetchats und Videokonferenzen. Face-to-face-Interaktion und deren Spezifika werden davon wesentlich beeinflusst und auch transformiert. Die hohe Kolloquialität von E-Mails ist als Beispiel zu nennen. Diese spätmoderne Auffassung von Dialog bedeutet nicht unbedingt Konsens, sondern den Raum für die Unterschiede offen zu halten, diese Unterschiede mit Aufmerksamkeit zu akzeptieren und Allianzen über die Unterschiede zu suchen, "for a voice that does not suppress difference in the name of essential identities but emerges as a voice in common on specific issues" (Chouliaraki & Fairclough 1999, 6), also für eine gemeinsame, durchaus polyphone Stimme.

23 Interessant ist, dass in den Beratungs- und Medizinshows mit "Geständnischarakter" die tatsächlich Betroffenen bald durch (Laien-)SchauspielerInnen abgelöst wurden, die authentische oder erfundene Geschichten nachspielen – sei es, weil diese Auftritte für die tatsächlich Betroffen à la longue zu heikel waren oder wurden, sei es weil SchauspielerInnen medial präsentabler sind, sei es, weil erfundene Geschichten spannender und unterhaltsamer inszeniert werden können (vgl. dazu auch die Ausführungen zur den Prinzipien der medialen Inszenierung in Kap. 4.1. sowie eine ausführliche Diskussion dieses Formates in Kap. 5.3.1.).

24 vgl. dazu auch die verwandten Begriffe Integration und Hybridisierung von Stollberg (2002) (Kap. 1.5.3.) und die entsprechenden Analysen in Kap. 3.1. und Kap. 6.

2.4.3. Trend: Therapeutisierung

Zusätzlich zur Privatisierung und Demokratisierung von Diskursen gibt es auch einen weiteren Trend, nämlich so genannte *Diskurstechnologien* wie Beratung, Therapie und Lehre kontextübergreifend in allen Lebensbereichen einzusetzen. Der Begriff Diskurstechnologie ist von Foucaults Konzept der Technologien von Macht abgeleitet, um das sozial kontrollierende Element deutlich zu machen:

> Modern societies are characterized by a tendency towards increasing control over more and more parts of people's lives. (...) In calling them discourse technologies, I am suggesting that in modern society they have taken on, and are taking on, the character of transcontextual techniques, which are seen as resources or toolkits that can be used to pursue a wide variety of strategies in many diverse contexts (Fairclough 1992, 215).

Diskurstechnologien etablieren eine direkte Beziehung zwischen Wissen über Sprache bzw. Diskurs und Macht und bewirken diskursive Veränderungen durch Bewusstmachung. Diskurstechnologien fördern aber auch Simulation, z.B. für den strategischen und instrumentellen Einsatz von diskursiven Praktiken mit dem Zweck der Ausweitung auf neue Bereiche. So zeigt sich in der umfangreichen medienpsychologischen Studie über die Wirkung von Talkshows (Bente & Fromm 1997), dass der Moderator Jürgen Fliege, ein ehemaliger Pfarrer und Seelsorger, dem es in seiner Sendung "*Fliege*" (ARD) explizit um Lebenshilfe und Beratung geht, besonders hohe Beliebtheitswerte erzielt. Grund dafür ist, dass er in seiner Gesprächsführung durchaus gewisse therapeutische und verstehende Techniken einsetzt, wie z.B. die Verbalisierung emotionaler Inhalte, die ebenfalls zu diesen Diskurstechnologien zu zählen sind. Dies dient jedoch strategisch auch der Inszenierung von medialer Unterhaltung und der Steigerung der Zuschauerquoten (und damit seinem medialen Überleben).

Bei den Diskurstechnologien liegt übrigens auch ein zentraler Ansatzpunkt der praktischen Anwendung Kritischer Diskursanalyse: Die Forschungsergebnisse werden in die gesellschaftlichen Institutionen und Organisationen systematisch über Forschung, Veränderung von diskursiven Praktiken und Training integriert (Fairclough & Wodak 1997, 260).

2.4.4. Trend: Hybridisierung

In der späten Moderne stellen sich die Grenzen zwischen sozialen Bereichen und diskursiven Praktiken also als aufgeweicht, aufgebrochen oder zum Teil neu gezogen dar. Die gesamte Vermischung innerhalb und von Diskursen wird als *Intertextualität* (Fairclough & Wodak 1997) bezeichnet, das Potenzial von Diskursen, in spezifischen sozialen Umständen je spezifische Formen annehmen und integrieren zu können, als *Hybridität* (Chouliaraki & Fairclough 1999, 48). Die klare Trennung zwischen den Begriffen wird allerdings nicht immer durchgehalten, da Intertextualität auch auf die Produktivität von Diskursen und ihre Fähigkeit, diskursive Praktiken zu transformieren und bestehende Genres zu restrukturieren und neue zu erzeugen, bezogen wird (Fairclough 1992, 102). Weiters wird Intertextualität von *Interdiskursivität* unterschieden, die sich nicht auf Prozesse der Vermischung und Überlagerung innerhalb eines Diskurses bezieht, sondern darauf, wie ein Diskurs durch eine Kombination von Elementen einer Diskursordung gebildet wird (Fairclough 1992, 118). Aber auch diese Trennung bleibt nicht immer scharf. (Vgl. dazu auch die interessanten Aspekte von Hybridisierung und Migration - "Multisprech" - in Erfurt 2003, sowie die entsprechende Diskussion der Analyseergebnisse in Kap. 6.5.).

Jedenfalls gelten Hybridität und Intertextualität geradezu als *die* Charakteristik gegenwärtiger Diskursordnungen. Diese zeichnen sich durch eine äußerst lebendige Ver-

mischung von unterschiedlichen, mehr oder weniger traditionellen oder demokratischen Diskursen aus unterschiedlichen Genres und Diskurstechnologien aus, durch die Fragmentierung von bestehenden diskursiven Normen und das Entstehen von neuen Diskurse oder Genres. Dabei stellt sich die Frage, ob es sich um Fragmentierungen oder um Prozesse der De-Differenzierung handelt. Auch werden natürlich hegemoniale Prozesse bei der Überlagerung und Inkorporation von unterschiedlichen Diskurselementen wichtig. Auf der sprachlich realisierten Ebene hinterlassen die Veränderungen Spuren in Form eines Nebeneinanders von widersprüchlichen oder inkonsistenten Elementen, also z.B. eine Mischung von formellem und informellem Stil, von technischem und nichttechnischem Vokabular, von Markierungen von Autorität und Privatheit etc. Dies erklärt den komplexen, widersprüchlichen und oft ambivalenten Charakter von modernen Diskursen, ganz ähnlich der Offenheit und Vielfältigkeit des modernen Kulturbegriffs.

Als Beispiel dafür sei eine Arbeit von Coupland & Coupland (1997) zitiert, die die Diskurse der Zeitungsberichterstattung über Ozonbelastung und Sonnenkonsum untersuchten. Coupland & Coupland konnten drei konkurrierende Diskurse (*competing discourses*) herausarbeiten: erstens den *sun-is-fun*-Diskurs, der noch ganz traditionell auf Entspannung, Sonnengenuss und hedonistische Freizeitgestaltung ausgerichtet ist, zweitens den gegenwärtigen *ascetic body culture*-Diskurs, der einen körperbewussten, maßvollen Sonnengenuss legitimiert sowie drittens einen *ozone-melanoma*-Diskurs, der auf die Ozonbelastung und Gesundheitsschädigungen fokussiert. In ihrer Analyse zeigen die AutorInnen, dass der Risiko betonende *ozone-melanoma*-Diskurs die beiden anderen Diskurse zunehmend beeinflusst und überlagert, als Manifestation der aktuell stattfindenden gesellschaftlichen Veränderungen zu diesem Thema, festgehalten in dem Stichwort "gesundes Bräunen" (*healthy tanning*).

Um generellere Aussagen über den Zusammenhang zwischen diesen aktuellen diskursiven und soziokulturellen Prozessen machen zu können, möchte ich im folgenden Abschnitt auf den modernen Kulturbegriff eingehen.

2.5. Diskurs und der moderne Kulturbegriff

2.5.1. Widerspenstige Kulturen und Cultural Studies

Wie Hörning & Winter (Hrsg., 1999) in ihrer Publikation "*Widerspenstige Kulturen*" ausführen, ist der moderne Kulturbegriff von den englischsprachigen Cultural Studies geprägt.[25] Der – bei allen existierenden unterschiedlichen theoretischen und praktischen Herangehensweisen – gemeinsame Punkt ist, dass die Vorstellung *einer* homogenen und stabilen Kultur zugunsten einer Konzeption von *Kultur als einem offenen, widersprüchlichen, polyphonen und lebendigen Prozess*, in dem um Macht gekämpft wird, aufgegeben wurde (Hörning & Winter 1999, 12). So wird nicht mehr, wie in der Soziologie bis dahin üblich, nach der Gemeinsamkeit von Werten und Bedeutungen gesucht, nach dem "integrativen Kitt" der Gesellschaft (Hörning & Winter 1999, 8), sondern nach ihrer Vielfältigkeit und "Widerspenstigkeit". Von zentraler Bedeutung wird das "Netz der Antidisziplin" (Michel de Certeau), das kreative, gegen die Normalisierung gerichtete Potenzial im Alltag, das Aufbrechen von Konsens in Wert- und Bedeutungsfragen und die Suche nach den der Gesellschaft zugrunde liegenden Machtverhältnissen und den dadurch bedingten Konflikten. Untersucht werden die kulturellen Prozesse in ihrer kontextuellen Eingebundenheit. Nicht die integrative Funktion von Kultur, sondern der

25 Da sich die Cultural Studies von den traditionelleren deutschsprachigen "Kulturwissenschaften" unterscheiden und auch theoretisch abgrenzen (vgl. Hepp 1999, Mikos 1999, Winter 1999), werde ich im Weiteren die englische Bezeichnung als *terminus technicus* beibehalten.

"Kampf um Bedeutungen" (Grossberg 1999) und die "vermischten Verhältnisse" der sich wandelnden gesellschaftlichen Verhältnisse bilden den Schwerpunkt der Analysen. Ins Zentrum der Forschung rückt immer mehr die kulturelle Konstitution der Gesellschaft, die wesentlich zum Verständnis sozialer Beziehungen und Institutionen wird (Hörning & Winter 1999, 8).

Der Begriff der *Cultural Studies* wurde in dem 1964 gegründeten Birmingham Centre for Contemporary Cultural Studies geprägt.[26] Im Wunsch, eine tragfähige und fruchtbare Synthese von Kultur- und Gesellschaftsanalysen zu finden, begann man, sich mit sehr unterschiedlichen Theorien und Methoden auseinanderzusetzen, und so waren und sind die Cultural Studes nicht als neue Fachdisziplin sondern als inter- und transdisziplinäres Projekt zu verstehen (Hepp 1999, 159). Bei aller zusätzlichen Vielfalt an Erhebungs- und Analysemethoden, war "Kultur" der Bereich der Annäherung. Kritisch meint Lawrence Grossberg (1999, 46) dazu, dass es keine einheitliche Position dieses Centres gegeben hat, sondern höchstens "die Verschiedenheit, die gewonnen hat" (John Clarke, zit. in Grossman). Während in England aufgrund der spezifischen sozialen Gegebenheiten das Verhältnis der *working class* zu der dominanten Kultur bei der Entwicklung eine große Rolle spielte, brachte die US-amerikanische Rezeption Varianten hervor, die von den Erfahrungen einer vielfältigen populären Kultur ausgingen (Mikos 1999).

Raymond Williams, eine der Gründerfiguren der britischen Cultural Studies, erklärt die Vieldeutigkeit und Kompliziertheit des Begriffs der Kultur, damit, dass er "als Reaktion, Antwort und als Kritik gesellschaftlicher Veränderungen im Zuge der Herausbildung der modernen Gesellschaft entstanden ist" (Hörning & Winter 1999, 10). Nach Stuart Hall (1999) lassen sich aus den Darstellungen Williams' zwei unterschiedliche Konzeptualisierungen von "Kultur" ableiten, nämlich die der *Idee* und die der *Praktiken*:

Die *Konzeptualisierung als Idee* verbindet Kultur "mit der Summe der verfügbaren Beschreibungen, mittels deren Gesellschaften ihre gemeinsamen Erfahrungen sinnhaft erfahren und ausdrücken (Hall 1999, 17)". So wird Kultur gesellschaftlich reflektiert und demokratisiert, das Konzept von Kultur als die Summe des "Besten, was je gedacht und geschrieben wurde" wird abgelöst, Kultur wird in einem sehr speziellen Sinne zu etwas "Gewöhnlichem" (Williams 1961). Zentral ist hier der Prozess der Kommunikation als gemeinschaftlicher Prozess des Teilens von Bedeutungen und gemeinsamer Aktivitäten und die Aufnahme und Gegenüberstellung neuer Bedeutungen, die zu Wachstum und Wandel führen.

Die *Konzeptualisierung von Kultur als gesellschaftliche Praktiken* sieht Kultur nicht als *eine* Praktik oder eine einfach zu beschreibende Summe von Gebräuchen einer Gesellschaft, sondern "sie schlängelt sich durch *alle* sozialen Praktiken und ist die Summe ihrer Beziehungen untereinander (Hall 1999, 18)". So geraten speziell die kulturellen Formen und die kulturellen Praktiken als dynamische und produktive Kräfte, die für die Gesellschaft selbst konstitutiv sind, ins Blickfeld der Analyse, also Fragen zum Verhältnis von Kultur, sozialer Praxis und Macht und die Verbindung der Analyse symbolischer Formen mit der Untersuchung ihrer Produktion sowie ihrer Gebrauchs- und Aneignungsweisen. Dabei wird vor allem der alltägliche, produktive, widerständige und umkämpfte Prozess in den Blick genommen (Hörning & Winter 1999, 10f). Macht stellt sich für die Cultural Studies komplex und widersprüchlich dar, entlang einer Vielzahl von Achsen und Dimensionen auf komplexe Art organisiert (Grossberg 1999, 61).

26 Zur Darstellung und Diskussion der historischen Entwicklung der Cultural Studies vgl. Hörning/Winter (1999), Hall (1999), Curran, Morley & Walkerdine (1996), Hepp (1999); zum Kulturbegriff Williams (1987) und Baumann (1999).

Auch Zygmunt Baumann (1999), einer der führenden Sozialtheoretiker, beschreibt Kultur als lebendigen, stetig wechselnden Aspekt menschlicher Interaktion. Für ihn ist Kultur grundlegend ambivalent: Kultur ist ebenso ein Mittel zur Unordnung wie ein Werkzeug zur Ordnung, sie ist ebenso ein Faktor des Alterns und des Veraltens wie eine Bedingung von Zeitlosigkeit und sie ist sowohl ein Raum der Kreativität wie eine grundlegende Struktur normativer Regulation. Für Baumann ist Kultur Konzept, Struktur und Praxis gleichermaßen.

Ähnlich wie bei der Kritischen Diskursanalyse stellen für die Cultural Studies soziale Probleme und politische Fragestellungen die "Kontexte der Untersuchung, artikulieren Beziehungen und zeigen, wie Praktiken Ausdruck ungleicher und wechselnder Kräfteverhältnisse sind (Hörning & Winter 1999, 9)", (s. auch die Ausführungen in 2.1). Ausgangspunkt der Analysen der Cultural Studies sind auch hier die *sozialen Alltagspraktiken*, die Kulturen schaffen und soziale Wirklichkeiten hervorbringen:

> Kultur wird (...) als das Medium analysiert, in dem zum einen Macht sowie soziale Ungleichheit repräsentiert werden, zum anderen sich die verschiedenen sozialen Gruppierungen ausdrücken und versuchen, ihre Unterscheide durch Abgrenzungsprozesse hervorzuheben und zu behaupten. Auf diese Weise wird Kultur als ein polyphoner, stets umstrittener und komplexer Prozess der Konstruktion von soziokulturellen Bedeutungen und Identitäten sichtbar (Hörning & Winter 1999, 10).

In vergleichbarer Weise wie der Hegemoniebegriff zur Darstellung dominanter Diskurse und Gegendiskurse eingesetzt wird, teilt Williams (1987) Kultur in "*dominant* versus *residual* and *emergent* cultural forms":

> Hegemony involves a contest of meanings, allowing *dominant* groups to gain popular assent by making it appear normal and natural. *Residual* cultures comprise old meanings and practices, no longer dominant but still influential. *Emergent* cultural practices are either propagated by a new class or incorporated by the dominant, as part of the hegemony (Miller & McHoul 1998, 14; Hervorh. JL).

Darum sind Cultural Studies an allen Manifestationen und Expressionen von Kultur in einer Gesellschaft interessiert, Populärkultur steht im Forschungsinteresse gleichberechtigt neben Hochkultur (Miller & McHoul 1998). Insofern steht auch meine Untersuchung direkt in dieser Tradition, mit Forschungsinteresse sowohl an einer gesellschaftlich relevanten Institution, der Medizin und einem stark abgewerteten Genre der Fernsehunterhaltung, den Nachmittagstalkshows des Fernsehens – geradezu der Prototyp der Populärkultur.

Immer wieder wird der Beitrag der (modernen) Medien und die Evolution der Kommunikationsverhältnisse als essentieller Beitrag der kulturellen Entwicklung betont. Diese Evolution hat zu einem unvorstellbaren Maß an Produktion, Zirkulation und Austausch von Kultur geführt. Global operierende Kommunikationssysteme berühren fast jeden sozialen Prozess und die Medien durchdringen das Alltagsleben, "sie liefern das 'Material', mit dessen Unterstützung Menschen ihr Leben formen, gestalten und voneinander absetzen (Hörning & Winter 1999, 7)". Dies bedeutet nicht unbedingt globale Standardisierung, sondern die Entwicklung von Antworten, die in einem offenen und konfliktreichen Prozess oft zu neuen Mischungen und eigenständigen Synthesen führen können, die sich in vielfältigen sozialen und kulturellen Formen und Praktiken manifestieren.

2.5.2. Diskurs und Kultur: Zur Anschlussfähigkeit der Begriffe

In allen modernen kulturtheoretischen Ansätzen wird Sprache als das eigentliche Werkzeug von Kultur aufgefasst und jeder sprachlichen Handlung eine ihr inhärente soziale

und kollektive Qualität zugewiesen und – wie bei der Diskursbeschreibung – das dialektische Moment von Sprache als Produkt und Instrument betont: [27]

> Each theory implies a different research agenda, but all of them together form a broad mandate for the study of culture and for the analysis of language as a conceptual and social tool that is both a product and an instrument of culture (Duranti 1997, 50).

In ähnlicher Weise sehen VertreterInnen der Kritischen Diskursanalyse die dialektische Beziehung von Kultur und Gesellschaft zum Diskurs:

> Gesellschaft und Kultur stehen in einer dialektischen Beziehung zum Diskurs: Gesellschaft und Kultur werden diskursiv geschaffen, konstituieren aber auch gleichzeitig den Diskurs. Jedes einzelne Moment des Sprachgebrauchs reproduziert oder transformiert Gesellschaft und Kultur inklusive der Machtbeziehungen (Wodak 1996, 18).

Dies bedeutet, Diskurs ist ein relevanter Teil der Kultur, aber nicht alle Kultur ist Diskurs (vgl. Fairclough 1992). Die Anschlussfähigkeit des Diskursbegriffes der Kritischen Diskursanalyse und des Kulturbegriffs der Cultural Studies ergibt sich aus diesem modernen Kulturbegriff: Nur dieser Kulturbegriff ermöglicht die Idee der Polyphonie von Diskursen, des Zusammenspiels oder Kampfs von dominanten, einander überlagernden oder konkurrierenden Diskursen und die Idee von Veränderungen und Vereinnahmungen von Diskursen als Anzeichen für gesamtgesellschaftliche Veränderungen. Über diese Anschlussfähigkeit ist der Diskursbegriff in einen größeren sozialtheoretischen Zusammenhang eingebettet. Für meine Untersuchung bedeutet dies, dass ich Aussagen über die Vielfalt und Veränderung und Vereinahmungen von medizinischen und medizin-nahen Diskursen und ihre Übernahme bzw. Einbettung in ein mediales Setting in einen größeren, gesamtgesellschaftlichen Zusammenhang stellen und mit aktuellen soziokulturellen Prozessen in Verbindung setzen kann.

Dazu ein *Beispiel*: Ayurveda ist – wie in Kap 1.3.4. ausgeführt – eines der ältesten, indischen Medizinsysteme, das in einen ganz bestimmten spirituellen und philosophischen Hintergrund eingebettet ist und sich wie jede ganzheitliche Medizinform durch einen langsame, weil umfassende Heilungsprozess auszeichnet. Seit einiger Zeit gibt es in Deutschland Kliniken, die Ayurveda-Wochenendkuren anbieten – eigentlich eine *contradictio in ipso*, da in diesem Zeitraum weder ein Einlassen auf den dazugehörigen spirituellen und philosophischen Hintergrund möglich ist noch genügend Umstellungs- und Wirkzeit vorhanden. Dabei handelt es sich um eine soziokulturelle Übernahme einer bestimmten medizinischen Praxis in den sozialen Kontext der späten Moderne, die sich als Leistungs- und Konsumgesellschaft definiert, wodurch der scheinbar problemlosen Konsum dieser Praxis ermöglicht wird, indem sie als ein weiteres Freizeitangebot (Wochenende) auf den boomenden Gesundheitsmarkt, und zwar speziell in den Wellnessbereich geworfen wird. Entsprechend lautet ein Kommentar aus dem Frauenmagazin "*Mona Lisa*" (ZDF) zum Thema Alternativmedizin vom 30.1.2000: "Ayurveda ist die älteste medizinische Heilkunde, die vor allem bei Frauen immer beliebter wird – allerdings zumeist befreit von ihrem philosophischen und spirituellen Hintergrund im Sinne des westlichen Wohlfühlbedürfnisses". Diese selektive Übernahme mit der Ausblendung relevanter Anteile des zugrunde liegenden philosophisch-wissenschaftlichen Bezugssystems entspricht den Mechanismen einer Inkorporation.

Diese *Praktik der Inkorporation* lässt sich bei näherer Betrachtung in zweifacher Richtung, dennoch jeweils als Ausprägungen des gleichen zugrunde liegenden kulturellen Musters, beschreiben: Das Angebot eines Ayurveda-Wochenendes ist Teil des gesellschaftlich *dominanten medizinischen Diskurses*, der den Prinzipien der Konsum- und Leistungsgesellschaft nicht kritisch, sondern unterstützend gegenübersteht und sich

27 In Duranti (1992) findet sich eine ausführliche Darstellung bestehender Kulturtheorien.

als offen für alternative medizinische Formen zeigt, solange die hegemoniale Machtverteilung nicht in Frage gestellt wird. Dieser "Schutz" erfolgt durch die Selektion einiger "attraktiver ayurvedischer Praktiken" aus dem Gesamtsystem heraus und die kontrollierte Implementierung in einen anderen soziokulturellen Rahmen, wie z.B. als Freizeitwochende.

Andererseits besteht auch die Möglichkeit, dass es sich hierbei um *einen subversiven Gegendiskurs* handelt, der diese kulturell ja vorhandene und praktizierte Form der Inkorporation taktisch nützt, um überhaupt im dominanten Diskurs Fuß fassen zu können, d.h. die ayurvedische Heilmethode im westlichen Gesundheitssystem überhaupt erst einmal zu implementieren, und sei es auch massiv fragmentiert. Diese Lesart wird durch den Werbetext eines Buches über ayurvedische Medizin unterstützt:

> Die letzten Jahre über hat man sich im Westen intensiv mit der ayurvedischen Naturheilkunde und dem dazugehörenden ayurvedischen Kochen beschäftigt – und ist nun bereit, tiefer einzutauchen in das dahinter liegende System vedischer und yogischer Psychologie (Frawley 1999, 5).

Dieser Weg bietet also die Chance, Eigenständigkeit im "diskursiven hegemonialen Kampf" zu erlangen und sich als ganzheitliches Heilverfahren mit den eigenen zeitlichen und spirituellen Bedingungen zu etablieren und dann selbst schulmedizinische und andere soziale Techniken zu inkorporieren, er birgt allerdings auch die Gefahr, auf eine lediglich weitere Variante im aktuellen Wellnessbereich reduziert zu bleiben.

2.6. Analyseschwerpunkte und Analysemethodik der Arbeit

2.6.1. Grundfragen der Untersuchung

Ein Fokus meiner Arbeit ist die Darstellung der unterschiedlichen Diskurse und *Diskursordnungen von unterschiedlichen Medizinformen*, und zwar anhand der jeweiligen Wissenssysteme, auf die sie referieren und die sie konstituieren, anhand der sozialen Beziehungen und Machtrelationen, die sie herstellen, anhand der Ideologien, die sie formen und anhand der Abgrenzung und Vermischung der unterschiedlichen medizinischen Diskurse und diskursiven Praktiken im Einzelnen, vor allem in Bezug auf die aktuellen kulturellen Prozesse der Vielfältigkeit. In ähnlicher Weise sollen der *mediale Diskurs* und der *Diskurs der öffentlichen Gesundheitsinformation* dargestellt werden.

Diese Diskussion bildet die Grundlage für die Erfassung, welche medizinischen Diskurse und diskursiven Praktiken bzw. welche Fragmente davon gemeinsam mit diskursiven Praktiken der Gesundheitsinformation in das mediale Setting von Medizinsendungen und Talkshows importiert werden (können), welcher Diskurs relevant gesetzt und etabliert wird, und zwar aufgrund welcher Interaktionsbedingungen (Inszenierungsrahmen, Sendungsziel, ärztlicher oder nicht-ärztliche ModeratorInnen, Thema, Auswahl der ExpertInnen und Betroffenen, frühe Rollenzuweisung) und wie sich die diskursive Praktiken überlagern.

Dies ist besonders interessant unter dem Aspekt, dass es sich bei Medizin und Fernsehen um *Diskurse zweier gesellschaftlich mächtiger Systeme* handelt – wie inszeniert das Medium Fernsehen also Themen wie Krankheit und Gesundheit und wie inszeniert sich die Medizin selbst? Besonders aufschlussreich wird daher die Frage, welche Machstrukturen und Machtbeziehungen sich in diesen Sendungen konstituieren, welche Allianzen sich möglicherweise rekonstruieren lassen, wie die Konstitution der zentralen Begriffe Krankheit, Diagnose und Therapie oder Heilung erfolgt und wie unterschiedliche Medizinformen dargestellt und behandelt werden.

Schließlich wird es auch um die Frage gehen, ob aufgrund der komplexen Interaktionssituation in den Sendungen mit ihren vielfältigen Aufgaben und Rollenzuschreibungen neue Diskurse konstituiert werden, die als spezifisch für medizinische Gesundheitsinformationssendungen im Fernsehen gelten können, aber auch um die Frage, ob und wie weit *Veränderungen* im engen Rahmen der medialen Inszenierung überhaupt möglich sein könnten.

2.6.2. Diskursinhalte und sprachliche Realisierungsformen

Bei der linguistischen Analyse werde ich heuristisch trennen zwischen den Kategorien für die Erfassung der *Diskursinhalte*, also den unterschiedlichen wissenschaftlich-philosophischen Bezugssystemen und Konzepten zu Krankheit, Heilung und Menschenbild, die den jeweiligen Diskursen zugrunde liegen können, und den *sprachlichen Realisierungsformen dieser Diskurse*, die von den Rollenzuweisungen und verbalen Handlungsspielräumen der jeweiligen InteraktantInnen im medialen Rahmen Medizinsendung bzw. Talkshow bestimmt werden, aber auch von den zugrunde liegenden Referenzsystemen selbst.

Was das *Analyseinventar* betrifft, so gehe ich davon aus, dass jedes diskursive Ereignis gleichzeitig als eine Manifestation von sprachlichen Äußerungen, als ein Ausdruck sprachlicher Praxis und als Ausdruck sozialer Praxis gesehen werden kann. Entsprechend unterscheidet Fairclough (1992) beim diskursanalytischen Vorgehen zwischen folgenden drei Dimensionen: Die Dimension des Textes bezieht sich auf die linguistische Analyse der produzierten Texte, wobei Text hier schriftliche wie mündliche Texte meint, die Dimension der diskursiven Praxis bezieht sich auf die unterschiedlichen Diskurstypen und ihre Kombination, also im interaktiven Bereich, von Frage-Antwort-Sequenzen über narrative Sequenzen bis zu diskursiven Gesamtereignissen wie komplette Fernsehsendungen und die Dimension der sozialen Praxis schließlich bezieht sich darauf, in welchen institutionellen und organisatorischen Kontexten diese diskursiven Ereignisse auftreten und wie sie von den jeweiligen Rahmenbedingungen beeinflusst und geformt werden (Fairclough 1992, 4).

Dazu ein *Beispiel* aus dem medizinischen Bereich: Die Gesprächsführung von schulmedizinisch orientierten ÄrztInnen mit PatientInnen ist durch technisch-symptombezogene Fragen, zeitliche Knappheit, Unterbrechungen von Patienten-Äußerungen und eine stringente Kontrolle über den thematischen Verlauf charakterisiert. Über diese sprachliche Praxis konstituieren ÄrztInnen die institutionell vorgegebene, hierarchisch geprägte Rollenverteilung, positionieren sich als ExpertInnen und AgentInnen der Institution und definieren eine quasi "wissenschaftlich objektive" Beziehung zu den PatientInnen. Dieser spezifischen Form diskursiver Praxis zugrunde liegend ist ein technisch-wissenschaftliches, symptomorientiertes Verständnis von Medizin und Krankheit, das sich in der entsprechenden beruflichen Ausbildung, dem entsprechenden ärztlichen Selbstverständnis und der entsprechenden organisatorischen Routine beruflicher Tätigkeiten widerspiegelt, und das durch das eben genannte sprachliche Verhalten z.B. bei der Untersuchung von PatientInnen interaktiv immer wieder hergestellt und somit weiter verfestigt wird.

Die genannten Dimensionen lassen sich also mit analytischen Kategorien der Gesprächsorganisation, sozialen Kategorisierungen, sprachlichem Rollenhandeln und der lexikalisch-semantischen Realisierung von Äußerungen erfassen. Auf die Methoden und Kategorien werde ich im Laufe der weiteren Arbeit jeweils an geeigneter Stelle eingehen, hier seien lediglich folgende allgemeine methodologischen Überlegungen festgehalten.

2.6.3. Interaktive Organisation von Gesprächen und Diskurskontrolle

Was die interaktive Organisation von Gesprächen betrifft, bezieht sich die Kritische Diskursanalyse auf die Methode der amerikanischen Konversationsanalyse (*conversation analysis*) und zwar speziell auf die Regeln des Sprecherwechsels (*turn-taking*), die Konstruktion von Redebeiträgen (*turn-construction*) und die Sequenzierung von Redebeiträgen, z.B. von Frage-Antwort-Sequenzen und vergleichbarer Nachbarschaftspaare (*adjaceny-pairs*) (vgl. u.A. Sudnow 1972, Sacks, Schegloff & Jefferson 1978, Schenkein 1978, Sacks 1992, Atkinson & Heritage 1984, Psathas 1979 & 1995, Bergmann 1980, 2001, Streeck 1983, Deppermann 1999).

Die Kritik, die an der amerikanischen Konversationsanalyse geübt wird, ist, dass ihre Untersuchungen sich auf die zumeist nicht-institutionell geformte Kommunikation zwischen gleichrangigen Individuen (*conversations*) konzentrieren und die Ergebnisse nicht auf die sozial relevanten Kontexte und Kategorien wie Macht, Status oder Ideologie bezogen werden. Diese Kritik gilt in der Schärfe allerdings nicht mehr für die jüngeren Arbeiten, die sich zunehmend auch der Kommunikation in institutionellen bzw. professionellen Kontexten zuwenden (Atkinson & Drew 1979, Heritage 1985, Heath 1986, Quasthoff 1990, Heritage & Greatbatch 1991, ten Have 1991, Schegloff 1992, Drew & Heritage 1992). Dennoch bleibt auch hier der Schwerpunkt stärker auf die Erfassung dessen gerichtet, wie Individuen über die Gestaltung ihrer Redebeiträge ihre Orientierung an den jeweiligen institutionellen Identitäten manifestieren und die institutionell relevanten Aufgaben durchführen (Drew & Sorjonen 1997), nicht so sehr an der Sichtbarmachung und v.a. Problematisierung sprachlicher Formen von Machtausübung.

Gerade für die Analyse von interaktiven Prozessen scheint mir jedoch die *Kombination* der Herangehens- und Sichtweisen der Kritischen Diskursanalyse und der Konversationsanalyse sehr fruchtbar: So sind z.B. gesprächsorganisatorische Aufgaben wie das Eröffnen und Beenden von Interaktionen, die Kontrolle über den Sprecherwechsel, die Sequenzierung von Redebeiträgen und das Durchsetzen von Unterbrechungen, Korrekturen und Reparaturen Aufgaben, die in den Gesundheitssendungen v.a. den ModeratorInnen zukommen. Dabei handelt es sich um mächtige interaktive Ressourcen, die diesen die Kontrolle über den Interaktionsverlauf gewährleisten und über die sie Status und Macht demonstrieren. Ein wichtiger Punkt ist, dass die ModeratorInnen über diese gesprächsorganisatorische Ebene auch den thematischen Verlauf und damit die Inhalte und Konzepte der anderen InteraktantInnen, seien es Betroffene, seien es ExpertInnen, kontrollieren können, die ja lediglich über komplementäre und nicht gleichberechtigte interaktive Ressourcen verfügen. Hier kommen wir auch wieder zur Frage der prinzipiellen Realisierbarkeit des Demokratisierungsanspruches unter diesen Rahmenbedingungen. Der zweite Punkt ist die Kombination von interaktiver Macht, Dominanz und dem jeweils präsentierten Diskurs: Wenn ein Moderator konzeptuell auch einen dominanten gesellschaftlichen Diskurs realisiert, wird die Bedeutung dieses Diskurses in einer öffentlichen Situation symbolisch verstärkt und manifestiert. Forschungsmäßig ziemlich ungeklärt ist die Rolle der ExpertInnen: So stellt sich z.B. die Frage, wie sich bei einem medizinischen Experten ein sehr hoher beruflicher oder gesellschaftlicher Status in Kombination mit der Realisierung des dominanten biomedizinischen Diskurses auf seine interaktiven Möglichkeiten gegenüber den Gästen, aber auch gegenüber den ModeratorInnen auswirkt.

Darüber hinaus möchte ich in meinem diskursanalytischen Vorgehen noch folgende Bereiche mit einbeziehen, nämlich die Funktion von sozialen Kategorisierungen und die interaktiven Prozessierungsmechanismen.

2.6.4. Soziale Kategorisierungen und Interaktionsrollen

Vor allem Harvey Sacks (1972, 1992) hat untersucht, wie InteraktantInnen sich selbst und andere identifizieren und kategorisieren und wie sie dabei auf das gemeinsame Wissen über das soziale System referieren. Aufgrund des Alltagswissens werden Personen bestimmten Kategoriengruppen wie Geschlecht, Alter, Ethnie oder Beruf zugeteilt, so genannten Mitgliedschaftskategorien (*membership categorizations*) (Beispiele wären "Frauen", "Jugendliche" oder "ÄrztInnen"). Diese Kategorien beinhalten eine Menge sozial geteilten Wissens über Eigenschaften, Haltungen und Aktivitäten der VertreterInnen der jeweiligen Kategoriengruppen. Mit der aktuellen Zuweisung einer Person zu einer Kategorie werden bei allen InteraktantInnen folglich auch die entsprechenden Wissenselemente aufgerufen. Die Typen von Handlungen, die damit zugewiesen werden, nennt Sacks kategoriengebundene Aktivitäten (*category-bound activities*), z.B. "ÄrztInnen diagnostizieren und heilen Krankheiten"; die Eigenschaften, die zugewiesen werden, nennt er kategoriengebundene Merkmale (*category-bound features*), z.B. "ÄrztInnen interessieren nur medizinische Fakten". Aufgrund dieses intrinsischen Zusammenhangs können in umgekehrter Weise über die Benennung von Handlungen wie selbstverständlich Kategorisierungen vorgenommen werden, z.B. lässt eine ModeratorInnenfrage wie "Welche Therapien würden Sie bei Asthma empfehlen?" die angesprochene Person über die Nennung der kategoriengebundenen Handlung "eine Therapie vorschlagen" als medizinische/n Expertin/en kategorisieren, ohne dass dies explizit gemacht werden muss.

Die ModeratorInnen übernehmen die Identifikation der InteraktantInnen nicht nur über Anrede, sondern über die einführende Vorstellung und die Elizitierung von Meinungen, Ratschlägen oder Beschreibungen von Tätigkeiten etc. Alle diese sprachlichen Aktivitäten gehen mit expliziten oder impliziten Zuschreibungen von rollengebundenen Handlungen oder Eigenschaften einher. Damit können die ModeratorInnen maßgeblich auf die Rollenkonstitution der InteraktantInnen Einfluss nehmen – und damit auch auf die zu erwartenden Diskurse. Wenn in der Talkshow "*Fliege*" der Moderator einen Experten mit den Worten "Der Mann kann sich ausdrücken, dass ihn jeder versteht!" einführt, dann konstituiert er diesen als "besonders gut qualifizierten Experten", der nicht nur wissenschaftliche, sondern auch kommunikative bzw. soziale Kompetenz besitzt, und setzt damit aber auch beim Publikum entsprechende große Erwartungen auf leicht verständliche Äußerungen. Andererseits weisen sich InteraktantInnen selbst über ihre Darstellungen und Erzählungen von eigenen Handlungen und Verhaltensweisen und Einstellungen bestimmten Kategoriengruppen zu, wenn also z.B. ein Diabetiker erzählt, dass er "sich stets über die neuesten Entwicklungen bei medizinisch-technischen Geräten wie Insulinpumpen und auch diabetesbezogenen Ernährungsfragen auf dem Laufenden hält", dann weist er sich der Gruppe "mündige PatientInnen" zu. Wenn ein Gast, der an Bluthochdruck leidet, zugibt, dass er "das Laster Rauchen trotz des Risikos nicht aufgeben *kann*", dann weist er sich selbst der Gruppe der "NormversagerInnen" zu, die die heutige gesellschaftliche Norm "gesundheitliches Risikoverhalten ist Ausdruck von innerer Schwäche und Disziplinlosigkeit" akzeptieren, aber selbst darin versagen; wenn er jedoch betont, dass er das Rauchen trotz Informiertheit nicht aufgeben *will*, weist er sich der Gruppe der "Normverweigerer" zu. Die gesellschaftliche Norm, auf die hiermit indirekt Bezug genommen wird, ist dem aktuell dominanten gesellschaftlichen Diskurs gleichzusetzen (gesundheitliches Risikoverhalten ist Schwäche); so wird deutlich, wie diese Zuschreibungsaktivitäten in der linguistischen Analyse als direktes Beurteilungskriterium für das Bezugssystem des jeweils realisierten Diskurses herangezogen werden können. Hier werden natürlich auch die *Verfahren der Rollenzuweisung* bzw. Rollenübernahme relevant (Schwitalla 2001).

2.6.5. Interaktive Prozessierungsmechanismen und die Produktion von Bedeutung

Interaktion ist ein dynamischer Prozess und ein gemeinsames Geschehen zwischen den InteraktantInnen. Es wird daher nicht nur wichtig werden, die einzelnen Diskurse der TeilnehmerInnen in ihren situativen und sozialen Rollen herauszuarbeiten, sondern auch die interaktiven Prozesse, denen sie im Lauf der Interaktion unterliegen – und gerade dieses interaktive Element ist ja das Spezifische der von mir untersuchten Sendungen. Zur Analyse der interaktiven Prozesse dienen erstens die *interaktiven Prozessierungsmechanismen* (Fiehler 1990). Bei diesen handelt es sich um sprachlichen Verfahren, mit denen explizit oder implizit realisierte Inhalte oder Bedeutungsgehalte der anderen InteraktantInnen weitergeführt, vertieft oder ausgeschlossen werden, also z.B. um Thematisieren, Eingehen, Hinterfragen, Dethematisieren und/oder Übergehen. Die Anwendung dieser Kategorien, die speziell für die interaktive Prozessierung von Erleben und Emotion konzipiert wurden, hat sich als Methode zur Erfassung der interaktiven Bearbeitung von Bedeutungen in Arzt-Patienten-Gesprächen bewährt (Fiehler 2005, Lalouschek 2002a).

Verquickt damit sind die interaktiven *Verfahren der Relevanzsetzung* wie Fokussierung mit Hochstufung und Rückstufung (Kallmeyer 1978) und Hervorhebung (Hausendorf 2000). Damit ist ganz allgemein die gemeinsame Aufmerksamkeitsausrichtung der InteraktantInnen gemeint, die Verdeutlichung, welche kommunikativen Aufgaben oder Inhalte interaktiv im Vordergrund stehen, unter Einsatz der gesamten Bandbreite lexikalisch-syntaktischer, prosodischer und nonverbaler Möglichkeiten (eine differenzierte Diskussion findet sich in Sator 2003).

Aufgabe der linguistischen Analyse wird es sein, das Repertoire an sprachlichen Prozessierungsverfahren der InteraktantInnen und ihre Implikationen für die Produktion von Bedeutung herauszuarbeiten. Die entsprechenden Ergebnisse sollen Aufschluss darüber geben, welche Diskurse relevant gesetzt werden, welche andere überlagern, unterbrechen oder assimilieren, welche Beutungen übergangen, verändert oder verstärkt werden und welche Konzepte und Bedeutungen damit für die ZuschauerInnen als relevant konstituiert werden (die detaillierte Struktur der linguistischen Feinanalyse der Sendungen findet sich in Kap. 6.1.).

3. Medizinische Konzepte und ärztliche Gesprächsführung: Die diskursive Praxis der Medizin

Man muss denken wie die wenigsten
und reden wie die meisten.

Arthur Schopenhauer

Vorschau

In diesem Kapitel nehme ich meine Ausführungen zum Medizinpluralismus unter dem Aspekt der Diskursordnungen und der diskursiven Praktiken der jeweiligen Medizinformen wieder auf. Ich gehe davon aus, dass unterschiedliche Medizinformen wie Biomedizin, Psychosomatische Medizin, Traditionelle Chinesische Medizin, Homöopathie etc. sich ebenso über ihre diskursiven Manifestationen voneinander unterscheiden lassen wie über ihre Konzeptionen von Krankheit, Heilung und Gesundheit, da die je unterschiedlichen Konzepte und Bezugssysteme, auf die sie referieren, zu je spezifischen diskursiven Realisierungen führen.

Im ersten Abschnitt stelle ich die Vielfalt des gegenwärtigen Medizinsystems in seiner diskursiven Vielfalt dar, und zwar modellhaft als unterschiedliche Diskursordnungen. So wird deutlich, dass sich dem je spezifischen Bezugssystem und den entsprechenden Leitkonzepten und professionellen medizinischen Handlungen je spezifische Diskurse zuordnen lassen, und dass umgekehrt über die realisierten Diskurse auf die jeweilige Medizinform, ihr Wissenssystem und ihre soziokulturellen Implikationen geschlossen werden kann.

Im zweiten Abschnitt diskutiere ich die Diskurshegemonie des bestehenden Medizinsystems, mit der Biomedizin als gesellschaftlich dominantem Diskurs und einer Bandbreite an Gegendiskursen der ganzheitlichen und alternativen Medizin sowie erkennbare Tendenzen zur Vermischung von Diskursen in Form von Hybridisierung, Verkettung oder Inkorporation.

Im dritten Abschnitt gehe ich auf einen Prototyp des medizinischen Diskurses ein, das diagnostische ärztliche Gespräch. Da es sich in den untersuchten Medizinsendungen über weite Strecken um Interaktionen zwischen einem ärztlichen Moderator und Betroffenen handelt, also um unterschiedliche Formen von medial inszenierter Arzt-Patienten-Kommunikation, dient diese Darstellung auch der Herausarbeitung der Kategorien, die für die Analyse der medizinischen Diskurse in den Medizinsendungen relevant werden. Anhand von Transkripten ärztlicher Gespräche und in Lehrbüchern festgehaltener Ablaufschemata und Gesprächsregeln diskutiere ich ausführlich die Kategorien der diskursiven Praxis der Biomedizin bzw. traditionellen Schulmedizin, der psychosozialen Medizin und der homöopathischen Heilkunde.

3.1. Die diskursive Vielfalt des Medizinsystems

Meine Grundannahmen für die nun folgenden Überlegungen sind: Unterschiedliche Medizinformen, sei es Biomedizin, Psychosomatische Medizin, Traditionelle Chinesische Medizin oder Homöopathie usw., lassen sich nicht nur über ihre je wissenschaftlich-philosophisch geprägten Konzeptionen von Krankheit und Heilung voneinander unterscheiden und über ihre je spezifischen sozialen Praktiken bei Diagnose und Therapie, sondern ebenso über ihre diskursiven Praktiken und sprachlichen Realisierungen.

Grund dafür ist, dass die je unterschiedlichen zugrunde liegenden Konzepte und Bezugssysteme die je spezifischen diskursiven Realisierungen hervorbringen und formen bzw. umgekehrt, dass die jeweiligen sprachlichen Realisierungen die zugrunde liegenden Konzeptionen reflektieren und reproduzieren, die Konzepte durch die sprachlichen Realisierungen geformt werden – ganz im Sinne des zuvor ausgeführten dialektischen Moments von Diskursen.

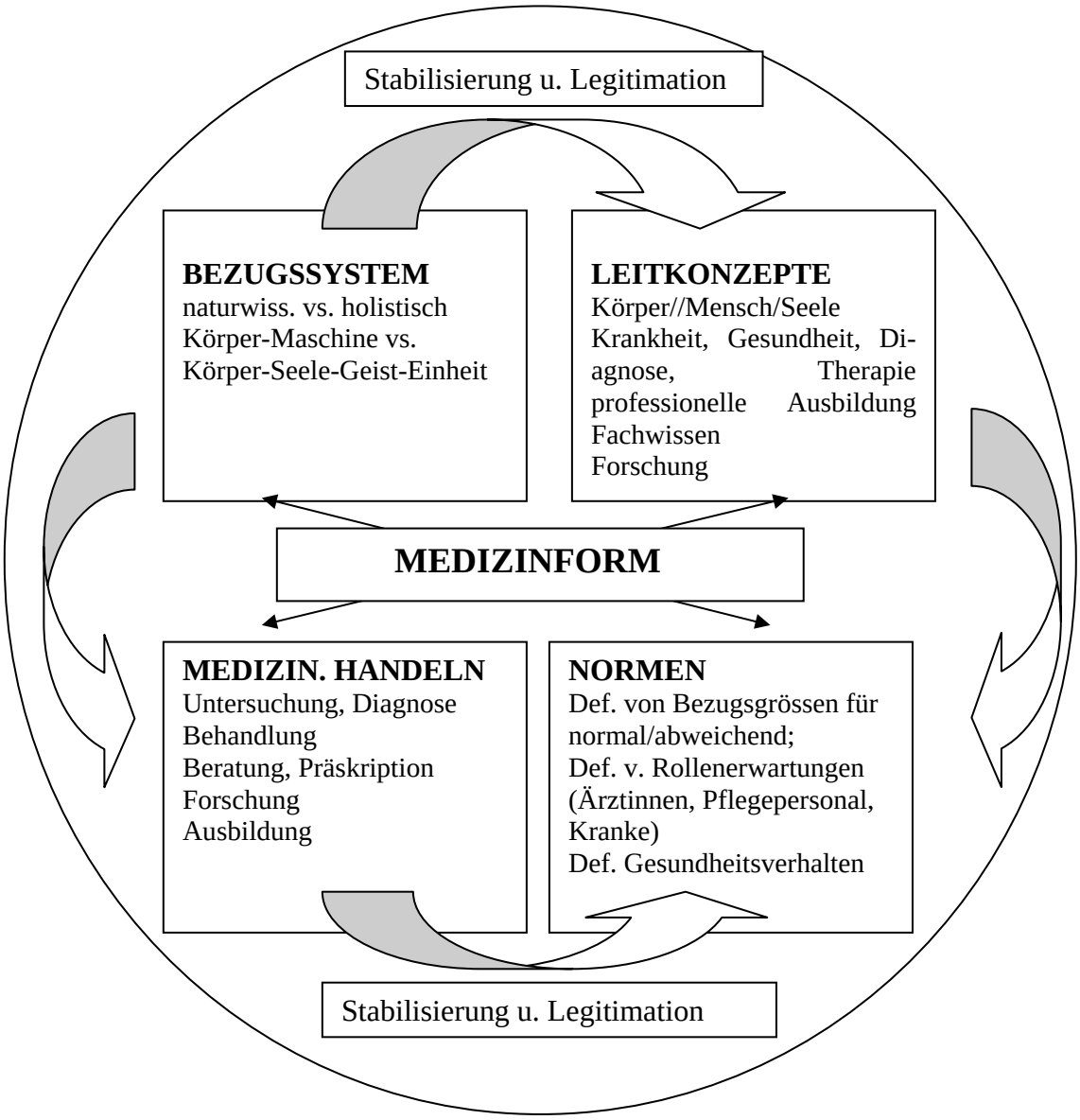
3.1.1. Medizinformen und Diskursordnungen

Medizinformen sind in unterschiedliche wissenschaftliche und/oder philosophische Bezugssysteme eingebettet, wodurch quasi-automatisch alle weiteren Relevanzen gesetzt werden: Seien es die Leitkonzepte zur Krankheitsentstehung und die daraus folgenden Heilungsmaßnahmen, sei es die ärztliche oder heilerische Ausbildung, seien es die sozialen Erwartungen an die Rolle der MedizinerInnen und an medizinisches Handeln oder seien es schließlich die Vorstellungen und Präskriptionen von "richtigem" Gesundheitsverhalten und "normalen" Körpern. Diese jeweiligen Relevanzen prägen das Medizinsystem und das Gesundheitswesen im Großen wie das medizinische Denken und Handeln im Einzelnen.

Das Zusammenspiel zwischen Bezugssystem, Leitkonzepten, Normvorstellungen bzw. Rollenerwartungen und medizinischem Handeln innerhalb einer Medizinform sei folgendermaßen skizziert (die ausführliche Darstellung erfolgte in Kap. 1.): Das *Bezugssystem* der Biomedizin in Form der traditionellen Schulmedizin ist ein biologisches, das auf naturwissenschaftlichen und kausal-analytischen Prinzipien fundiert. Das Bezugssystem der Psychosomatischen Medizin ist ein bio-psycho-soziales, ganzheitlich ausgerichtetes, mit einem psychoanalytischen Schwerpunkt in der Ausprägung der Medizinischen Anthropologie (von Weizsäcker) und einem systemtheoretischen Schwerpunkt in der Ausprägung der Modernen Psychosomatik (Uexküll & Wesiak). Die Traditionelle Chinesische Medizin ist in das holistische Bezugssystem der taoistischen Philosophie eingebettet, der indische Ayurveda in das der hinduistischen Naturphilosophie.

Das jeweilige Bezugssystem bestimmt die medizinischen *Leitkonzepte*, also die Vorstellungen von der Entstehung, Diagnose und Heilung von Krankheiten im Sinne eines linearen biologischen oder eines systemischen bio-psycho-sozialen oder auch bio-psycho-sozial-kosmischen Prozesses. Das Bezugssystem bestimmt auch die Definition dessen, was als medizinisches Wissen gilt und prägt damit die Konzepte von Ausbildung und/oder Forschung. Über Bezugssystem und Leitkonzepte erfolgt die Festsetzung von *Normalitätskriterien*, also die Definition der Bezugsgrößen für abweichende oder normale, für pathologische oder gesunde Körperzustände und Krankheitsverläufe, aber auch die Definition für "angemessenes" Sozialverhalten, sei es das Rollenhandeln von ÄrztInnen, HeilerInnen und Kranken, seien es die damit korrespondierenden Rollenerwartungen oder sei es die "richtige" Gesundheitsvorsorge oder Lebensführung. Bezugssystem, Leitkonzepte und Normvorstellungen prägen schließlich die medizinischen Handlungen wie Untersuchung, Diagnose und Behandlung, Beratung von PatientInnen, aber auch Aus- und Fortbildung und die Durchführung von Forschungsvorhaben.

In dieser Darstellung soll deutlich werden, dass sich alle Bereiche gegenseitig formen und bedingen und jede Realisierungsform nicht nur Ausdruck und Manifestation einer Medizinform ist, sondern zugleich auch zur *Reproduktion*, *Stabilisierung* und damit natürlich auch zur *Legitimierung* der entsprechenden Medizinform beiträgt (zu diesem dialektischen Verhältnis vgl. Kap. 2.2.1.). Die komplexe Bedingtheit sei in folgender Grafik (Grafik 1) dargestellt:



Grafik 1: Medizinform, Leitkonzepte, medizinisches Handeln

Die sprachlichen und nicht-sprachlichen Realisierungsformen der einzelnen Bereiche lassen sich in vergleichbarer Weise als *unterschiedliche medizinische Diskurse* darstellen: Das jeweilige Bezugssystem ist vor allem in wissenschaftstheoretischen Diskursen festgehalten, also in allen Formen von philosophischen, historischen oder wissenschaftlichen Manifestationen, seien es Gedanken- und Ideengebäude, Glaubenssysteme, Kodizes, Schriften oder Traditionen, wobei der Bezug zur Medizin mehr oder weniger explizit sein kann.

Wissenschaftliche oder akademische medizinische Diskurse, die neben dem Bezugssystem vor allem die Leitkonzepte und Normensetzungen repräsentieren, manifestieren sich einerseits als Institutionen der Lehre, als Lehrwerke und als wissenschaftliche und praktische Ausbildungsordnungen, andererseits im Feld der Forschung in Form von Tagungen und Kriterien für Publikationen, Forschung und Forschungsförderung. Die Betonung liegt hierbei auf den selektiv wirkenden inhaltlichen und hierarchischen Rahmenbedingungen, nicht auf den einzelnen Publikationen oder Vorträgen selbst.

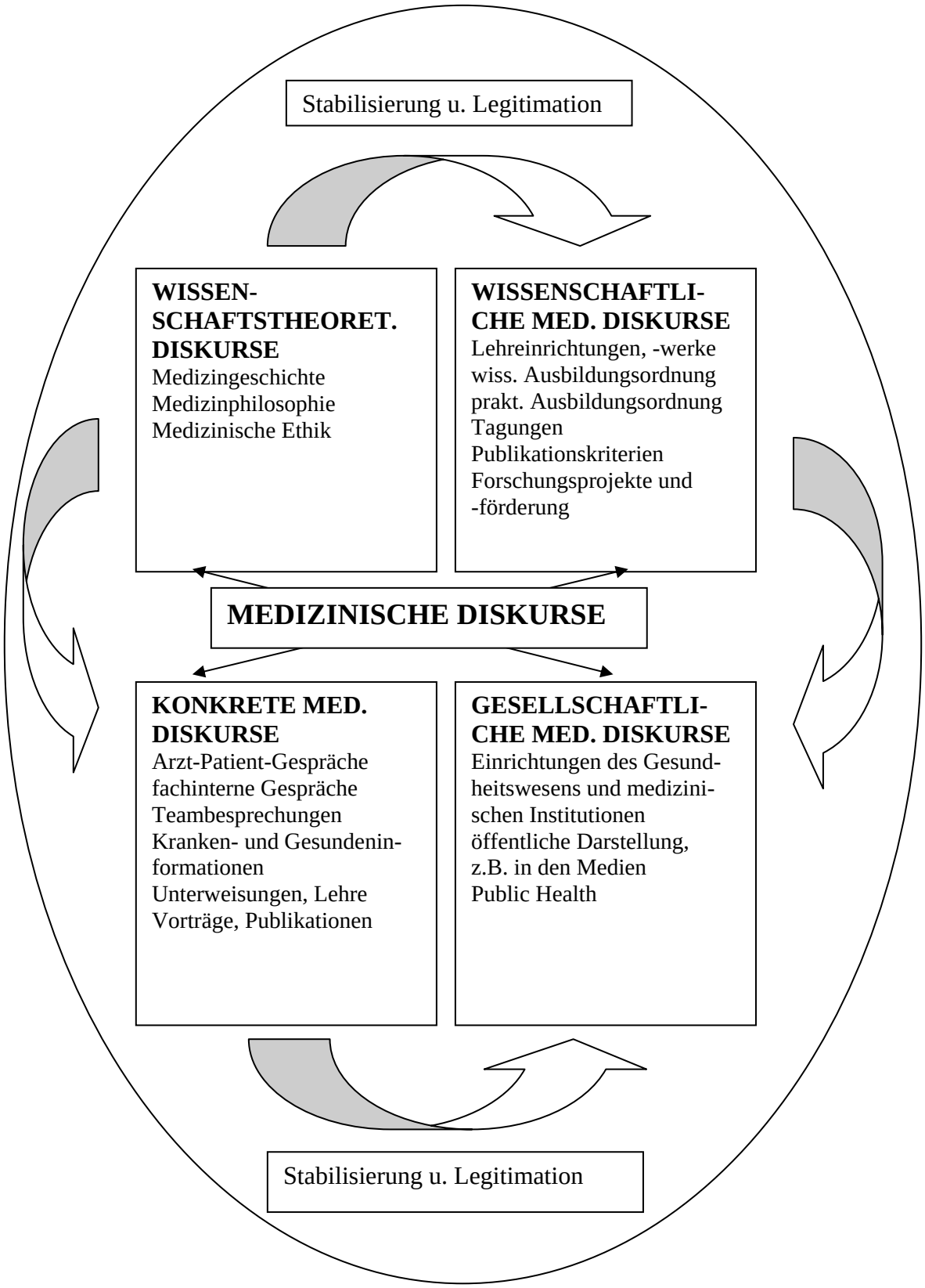
Medizinische Leitkonzepte und Normensetzungen manifestieren sich auch in gesellschaftlichen medizinischen Diskursen in Form von medizinischen Institutionen und Einrichtungen des Gesundheitswesens und in der öffentlichen Gesundheitserziehung (s. dazu auch Kap. 5.).

Die eigentlichen medizinischen Handlungen werden in konkreten medizinischen Diskursen realisiert, den so genannten *ärztlichen Mikropraktiken*, also bei diagnostischen Untersuchungen und therapeutischen ärztlichen Tätigkeiten, in der medizinischen Beratung von Kranken, in den Verhaltensinformationen von Gesunden, in fachinternen Gesprächen und Teambesprechungen mit KollegInnen, in der Lehre von auszubildenden ÄrztInnen und HeilerInnen, im Abhalten von Vorträgen bei Tagungen und Versammlungen, in der Verfassung von Publikationen und in allen Formen der öffentlichen und medialen Selbstdarstellung.

Die unterschiedlichen Diskurse einer Medizinform und ihre Beziehungen untereinander lassen sich – ganz im Sinne der in Kap. 2. ausgearbeiteten Definition – als Diskursordnung einer Medizinform zusammenfassen, die konkreten medizinischen Diskurse als Genres der Medizinform. Das gesamte Medizinsystem unserer Gesellschaft ist aufgrund der unterschiedlichen neben-, mit- oder gegeneinander existierenden und einander unter- oder übergeordneten Medizinformen als ein Bündel an Diskursordnungen zu betrachten, das seine Vielfalt und "Vielstimmigkeit" ausmacht.

Der zentrale Punkt meiner Überlegungen ist, dass jeder Diskurs einer Medizinform die normative Ordnung dieser Medizinform und das Bedeutungs- und Glaubenssystem, auf dem sie basiert, repräsentiert. D.h. umgekehrt, dass jede Medizinform, sei es Biomedizin, sei es Homöopathie, sich sprachlich (und nicht-sprachlich) je spezifisch realisiert. So kann über die sprachliche Realisierung eines konkreten medizinischen Diskurses, sei es im Rahmen eines ärztlichen Gesprächs, sei es im Rahmen einer medizinischen Informationssendung des Fernsehens, auf die jeweilige Medizinform, ihr Wissenssystem und ihre soziokulturellen Implikationen, mit anderen Worten auch auf ihre ideologische Wirkung geschlossen werden.

Auch dieser Zusammenhang sei in einer vergleichbaren Grafik (Grafik 2) festgehalten:



Grafik 2: Medizinform und Diskursordnung

3.1.2. Medizinische Diskurse: Dominanz, Inkorporation, Abgrenzung

Damit kommen wir zu dem Problem der Bezeichnung der einzelnen medizinischen Diskurse und Diskursordnungen. Fairclough (1992) schlägt für die Biomedizin den technisch-wissenschaftlichen medizinischen Diskurs (*techno-scientific medical discourse*) vor, den ich als naturwissenschaftlichen medizinischen Diskurs oder als *biomedizinischen Diskurs* beibehalten werde, und für die Alternativmedizin den alternativen medizinischen Diskurs (*alternative medical discourse*, vgl. 2.2.1.). In den Ausführungen zu den unterschiedlichen Medizinformen ist allerdings deutlich geworden, dass die Bezeichnung "alternativ" die Position dieser medizinischen Diskurse in Relation zum dominanten biomedizinischen bezeichnet, dass damit aber noch nichts über deren Bezugsrahmen und Strukturweise ausgesagt ist. Auch wenn die alternativen Medizinformen sehr unterschiedlich sind, so sind sie doch alle an einer systemischen Weltsicht, an leibseelischen Krankheitszusammenhängen und an einem holistischen Menschenbild orientiert. Aus diesem Grund ist m. E. einer Bezeichnung wie *ganzheitlicher medizinischer Diskurs* als Oberbegriff besser geeignet; zur Differenzierung können dann entsprechend der jeweiligen Medizinform der Diskurs der Psychosomatischen Medizin, der Homöopathie, der Traditionellen Chinesischen Medizin, des Ayurveda etc. verwendet werden. Dies entspricht auch den Bezeichnungskonventionen der ethnomedizinischen Forschung (Pfleiderer, Greifeld & Bichmann 1995), die ebenfalls mit dem Problem kämpft, dass diese Begriffsbildungen nur Annäherungen sein können, da es keine wirklich homogenen Medizinformen gibt (vgl. Kap. 1.2.). Dies gilt natürlich auch für den Terminus biomedizinischer Diskurs.

Dominante Diskurse und Gegendiskurse

Wie die Diskussion der unterschiedlichen Medizinformen gezeigt hat, lässt sich die *Diskurshegemonie des Medizinsystems der westlichen Welt* folgendermaßen beschreiben: Es gibt einen dominanten Diskurs, und zwar ist das der naturwissenschaftliche Diskurs der Biomedizin. Er trägt starke konservative Elemente in sich und zeigt sich kritisch und nur bedingt offen gegenüber alternativen Praktiken. Ihm bzw. seinen VertreterInnen ist daran gelegen, seine dominante Stellung und die damit einhergehenden sozialen Machtpositionen zu bewahren. Der naturwissenschaftliche medizinische Diskurs prägt über die reine Medizin hinaus auch soziokulturelle Diskurse: Er unterstützt ein Arzt-Patienten-Verhältnis, das von patriarchalen und autoritären Vorstellungen geprägt ist, er fördert eine somatophile Haltung gegenüber Krankheit und Leid, und er beeinflusst den Teil der gesellschaftlich vorhandenen Diskurse in den Bereichen Gesundheit und Körperkultur, die eine kontrollierte, Risiko vermindernde und an biomedizinischen Normen orientierte Lebensführung propagieren. Damit erweist sich der biomedizinische Diskurs auch als ideologischer Diskurs, dessen konservative Konzepte im aktuellen ärztlichen Gespräch, bei Diagnose und Therapievorschlägen wirksam werden (Fisher 1991).

Vorausgreifend sei in diesem Zusammenhang auf Folgendes hingewiesen: Wenn Medizinsendungen des Fernsehens primär schulmedizinisch ausgerichtet sind, dann obliegt dem biomedizinischen Diskurs auch die Kontrolle über den prominenten öffentlichen Diskurs des Fernsehens; es kommt also zu einer bemerkenswerten Macht-Doppelung zweier gesellschaftlich zentraler Institutionen (vgl. dazu die ausführlichen linguistischen Analysen der Sendungen in Kap. 6.).

Neben dem biomedizinischen Diskurs gibt es eine ganze Bandbreite an Gegendiskursen der alternativen, ganzheitlich ausgerichteten Medizinformen. Diese sind im Medizinsystem in unterschiedlicher Weise etabliert und bilden in ebenso unterschiedlicher

Weise eine Herausforderung für die dominante Stellung der Biomedizin. Die Psychosomatische Medizin, die sich als Erweiterung der naturwissenschaftlichen medizinischen Vorgehensweise um den psychischen, sozialen und systemischen Bereich sieht, opponiert aufgrund ihres auch akademischen Naheverhältnisses direkt gegen die Biomedizin. Bei Homöopathie oder der Traditionellen Chinesischen Medizin, die sich eher als komplementäre, ergänzende Heilungsangebote im gesamten Spektrum verstehen, geschieht die Herausforderung vermittelt und indirekt, und zwar weniger über die ProponentInnen der Medizinformen als über die Kranken, die die vorhandenen Medizinformen parallel oder hintereinander in Anspruch nehmen und dann auch von der Biomedizin die entsprechenden ganzheitlichen medizinischen Diskurse erwarten oder einfordern. Ein ähnlicher Prozess wird von ÄrztInnen eingeleitet, die diese Gegendiskurse als berufliche und persönliche Erweiterung empfinden und sie in ihr Fortbildungs- und Behandlungsspektrum einbinden.

Je stärker sich alternativmedizinische Praktiken und Formen im Medizinsystem etablieren, desto stärker wird die Konkurrenz und der hegemoniale Kampf zwischen den Diskursen, desto stärker wird aber auch die *Vermischung* aufgrund der aktuellen gesellschaftlichen Entwicklungen. Alle ganzheitlichen medizinischen Diskurse verfügen über starke, potenziell transformatorische Elemente – und zwar ebenfalls sowohl auf medizinischer wie soziokultureller Ebene. Auf medizinischer Ebene wird Druck auf schulmedizinische ÄrztInnen und das Gesundheitssystem ausgeübt, sich alternativen Praktiken und Sichtweisen zu öffnen (vgl. z.B. das Konzept der "Offenen Medizin" von Nagel 1998 in 1.5.3.). Auf soziokultureller Ebene wird die bisher vorherrschende, am Risikobegriff orientierte Gesundheitsideologie durch ganzheitliche, "sanfte" Gesundheitsvorstellungen und Wellnesskonzepte verändert, das bestehende Spektrum wird durch ganzheitliche Vorstellungen von Krankheitsentstehung und -behandlung, durch systemische und selbstverantwortliche Arten von Lebensgestaltung und durch spirituell durchsetzte Konzepte von Alter, Sterben und Tod ergänzt und erweitert. Ein veränderndes Element findet sich allerdings z.B. auch in der Wirkung des naturwissenschaftlichen Diskurses auf den Diskurs der Traditionellen Chinesischen Medizin, die das profunde diagnostische Potenzial der Biomedizin als Bereicherung aufnimmt.

In den untersuchten Sendungen kommen zu den verschiedenen medizinischen Diskursen noch der Diskurs der öffentlichen Gesundheitsinformation und der mediale Diskurs hinzu, was zu einer ständigen, *patchwork-artigen Verflechtung* von Diskursteilen führt (Lalouschek in dieser Arbeit, bes. Kap. 6.).

Inkorporation und Hybridisierung

So können die unterschiedlichen medizinischen Diskurse einander in unterschiedlicher Weise durchdringen, Elemente der jeweils anderen inkorporieren oder integrieren und sich gegenseitig verändern. Dabei ist es wichtig zu unterscheiden, ob lediglich einzelne isolierte Elemente oder Techniken in das bestehende System übernommen werden, wie beispielsweise Akupunktur, Entspannungsmassagen oder Naturheilmittel, oder ob auch umfassende medizinische Leitkonzepte und Haltungen übernommen werden, die dann auf das ärztliche Handeln insgesamt wirken, d.h. also auch System verändernd sind (vgl. dazu ausführlich Kap. 3.4.).

Wie schon erwähnt, werden diese Prozesse unterschiedlich entweder als Hybridisierung (Fairclough 1992, Stollberg 2002) oder als Inkorporation (Karpf 1989) bezeichnet, die im Falle des Medizinsystems zu *hybriden medizinischen Diskursen* führen. An diesem Prozess der "Diskursvermischungen" und der Intertextualität, der in Kap. 2.4.4. als das Charakteristikum gegenwärtiger Diskursordnungen dargestellt wurde, wird beson-

ders deutlich, dass die Veränderungen im gegenwärtigen Medizinsystem als Teil einer allgemeinen aktuellen gesellschaftlichen Entwicklung zu beurteilen sind.

Abgrenzung und Parallelität

Medizinische Diskurse können sich aber auch voneinander *abgrenzen* oder bestimmte Elemente zurückweisen und das eigene System vor Veränderung schützen; man denke etwa an den standardmäßigen Placebo-Vorwurf der Schulmedizin in der Diskussion um die Wirksamkeit von homöopathischer Behandlung. Schließlich können Diskurse aber auch eine Zeit lang *parallel* bestehen bleiben. Dies tritt vor allem dann ein, wenn sich alternative Medizinformen tatsächlich nur als "exotische" Behandlungsalternativen darstellen oder sich vorwiegend im Wellnessbereich etablieren. Dies ist die für eine konservative Biomedizin am wenigsten herausfordernde Lösung und der Grund dafür, dass alternative Techniken gerne als "exotisch" ausgegrenzt werden oder dass diese Techniken solange bejaht werden, solange sie nicht als Konkurrenz in den Bereich der Krankheitsbehandlung eindringen. In Kap. 6. werde ich diese Fragen an Ausschnitten aus Medizinsendungen eingehend diskutieren.

Das Grundlegende bei der Frage der Diskurshegemonie ist, dass es bei den unterschiedlichen Medizinformen des Medizinsystems um eine *Hierarchie* der Formen geht. So bedeutet Parallelität nicht unbedingt eine Parallelität auf gleicher Ebene. Und so ist der Prozess der Durchdringung eines medizinischen Diskurses durch einen anderen in seinen Implikationen völlig unterschiedlich zu bewerten, je nachdem ob der biomedizinische Diskurs durch ganzheitliche Diskurselemente durchdrungen oder ob ein ganzheitlicher Medizindiskurs durch biomedizinische Elemente verändert wird. Der Punkt ist, dass in einem hegemonialen System die Alternativen nicht gleichwertig sind und es keine echte Wahlfreiheit gibt, es also überhaupt nicht egal ist, an welche Medizinform man sich mit einer Erkrankung oder Befindensstörung wendet oder welche Therapieformen man selbst präferiert. Dies zeigt sich z.B. bei den unterschiedlichen Leistungen der Krankenkassen, es zeigt sich aber auch darin, dass z.B. KrebspatientInnen, die im Anschluss an die Akutbehandlung auch andere als schulmedizinische Standardtherapien in Anspruch nehmen möchten, von den konservativen ÄrztInnen oft nicht unterstützt werden, sie sich alle entsprechenden Informationen selbst beschaffen, sie um diese Alternativen kämpfen müssen und dann oft mit Schuldgefühlen belastet werden.

Verkettung und Bruch

Der Medizinsoziologe Heim (1999) hält die Diskurse des modernen Medizinsystems allerdings für inzwischen so heterogen, dass er bestenfalls Verkettungsprozesse für vorstellbar hält. Dazu ein Beispiel, ein Zeitungsausschnitt zum Thema "Ohrgeräusche (Tinnitus)":

> Jeder vierte Deutsche leidet nach Einschätzung der Deutschen Tinnitus-Liga an Ohrgeräuschen. Ursachen des immer häufiger auftretenden, so genannten Tinnitus (Pfeifgeräusch, Ohrklingeln) seien permanenter Lärm im Alltag sowie Stress, sagte die Präsidentin der deutschen Tinnitus-Liga, Elke Knör, (...). Fast jeder habe schon einmal ein Piepsen im Ohr gehabt. Das sei zwar nicht immer der Beginn einer Erkrankung, zeige aber, dass auch die Ohren stärker unter Hektik, Verkehr und zu wenig Ruhe litten. "Das Auge kann man zur Entspannung mal zumachen, dem Ohr dagegen wird kaum Ruhe gegönnt", betonte Knör. Bei ersten Anzeichen solle ein Arzt aufgesucht werden. (*Frankfurter Rundschau*, 2.6.00, 40)

Die Ursachen für Ohrengeräusche wie Lärm, Verkehr, Hektik, Stress und zu wenig Ruhe sind zwar vielfältig, sind aber allesamt keine organisch bedingten Störungen wie etwa eine spezifische Funktionsstörung des Innenohres. Dennoch lautet die abschließende Empfehlung, "einen Arzt" aufzusuchen, wobei die unmarkierte Form auf die dominante, also biomedizinische Form verweist. Gerade die Biomedizin hat für solche Krankheitsdeutungen aber keine Therapie parat und kann Tinnitus im Großen und Ganzen auch nicht erfolgreich behandeln.

So gesehen handelt es sich in diesem kurzen Bericht um die *Verkettung* zweier unterschiedlicher (und inkompatibler) Diskurse: Um einen ganzheitlichen Diskurs, der auf vielfältige psychische und soziale Krankheitsursachen verweist und auf einen biomedizinischen Diskurs, der eine sofortige schulärztliche Behandlung als die Standardlösung vorgibt. Ein ganzheitlicher Lösungsvorschlag sollte Hinweise zu Verhaltensänderungen, zur Aktivierung des Selbstheilungspotenzials und zu anderen als schulmedizinischen Medizinformen beinhalten, so dass die Problemlösung dem Problemaufriss entspräche. Der plötzliche *Bruch* zwischen Problemaufriss und Problemlösung ist dem Redakteur bzw. der Redakteurin nicht bewusst. Die völlige Unauffälligkeit und scheinbare Selbstverständlichkeit einer solchen Darstellung oder eines solchen interaktiven Ereignisses ist dabei immer ein Hinweis auf *ideologische Wirksamkeit*.[28]

Ein Schwerpunkt der linguistischen Analyse der Medizinsendungen und Talkshows zu Krankheitsthemen wird es deshalb sein, diese Prozesse der Vermischung von medizinischen Diskursen, sei es Inkorporation, Hybridisierung, Verkettung oder Bruch zu verfolgen und die aktuellen Diskursrealisierungen zu beschreiben, aber auch zu untersuchen, welche Diskurse in den gegebenen medialen Bedingungen relevant gesetzt werden (können).

3.1.3. Das Potenzial medizinischer Diskursvielfalt

Abschließend möchte ich auf den Aspekt eingehen, dass die in einem soziokulturellen Kontext vorhandenen Diskurse die Wahrnehmung von Individuen formen, und zwar in einer bestimmten, sozusagen kulturgebundenen Weise. Das Fehlen oder Unterdrücken von Diskursen in einer Gesellschaft verhindert auch Möglichkeiten der Wahrnehmung und der Betrachtungsweise. Dieser Aspekt bedeutet, dass z.B. eine biomedizinische Diskursordnung nur bestimmte Formen der Krankheitswahrnehmung ermöglicht, in die man das eigene Krankheitsgeschehen einpassen muss, und Ansätze anderer Formen der persönlichen Auseinandersetzung und des Verstehens von leib-seelischen Prozessen unterbindet, die von ganzheitlichen Medizinformen gefördert werden.

Der Vorteil der Öffentlichmachung einer Vielfalt von medizinischen Diskursen ist auf der einen Seite für Kranke oder Hilfesuchende vielleicht verwirrend und unübersichtlich, auf der anderen Seite erweitert dies auch die Möglichkeiten der Einzelnen und damit langfristig des Kollektivs, neue Sichtweisen und Erfahrungen zu machen und neue Erkenntnissen zu gewinnen. Exemplarisch dafür möchte ich auf die Studie der australischen Medizinpsychologin Catherine Garrett (1998) über Anorexie, Genesungsprozess und Spiritualität verweisen. Garrett meint, dass erst die Tatsache, dass man im Rahmen der Behandlung überhaupt so etwas wie einen Diskurs der Spiritualität zulässt, es den betroffenen Menschen ermöglicht, ihren Genesungsprozess als einen solchen Prozess der inneren Wandlung, des inneren Wachstums wahrzunehmen, die Krankheit als Suche nach etwas Fehlendem oder Verlorenem zu beschreiben und in die Wahrneh-

[28] Zur Unauffälligkeit von interaktiven Ereignissen und deren ideologischer Wirksamkeit vgl. die Analysen zum importierten medialen ärztlichen Gespräch in Kap. 6.6.2.

mung der eigenen Biographie, aber auch des eigenen Potenzials einzuarbeiten – und nicht in der diagnostischen Zuordnung "Magersüchtige/r" stecken zu bleiben:

> This book shows the influence of the discourse of spirituality on the recovery process. It also presents autobiographical discourses that challenge the dominant discourses and offer people a range of possibilities beyond the narrow 'subject position' of 'anorectic' (Garrett 1998, xii).

Ähnliche Potenziale, neue Sichtweisen auf Krankheit, Krankheitsentstehung und lebensweltliche Krankheitszusammenhänge, Selbstverantwortung im Heilungsprozess oder die Selbstheilungskräfte des Körpers zu entwickeln, bieten alle ganzheitlichen Medizinformen und jedes ganzheitliche ärztliche Gespräch.

Diese Überlegungen sind besonders aufschlussreich im Zusammenhang mit der Fragestellung der Untersuchung, in welcher Weise im Medium Fernsehen über Krankheit und Therapieformen gesprochen wird, d.h. welche Diskurse relevant gesetzt werden, und welche Betrachtungsweisen sich im Sinne einer öffentlichen Gesundheitsinformation damit für die ZuschauerInnen eröffnen oder verschließen.

3.2. Die diskursive Praxis der Medizin

Der Prototyp aller medizinischen Diskurse ist das ärztliche Gespräch mit den PatientInnen, im Besonderen das diagnostische ärztliche Gespräch, in dem es um die Beschreibung und Herausarbeitung der Beschwerden und ihre Zuordnung zu Symptomen und Krankheitsbildern geht. Anhand dieses Diskursgenres möchte ich darstellen, wie sich die jeweiligen Medizinformen und ihre Prinzipien über den interaktiven Ablauf eines ärztlichen Gespräches und seine interaktive Gestaltung im Detail manifestieren. Dazu werde ich Beispiele aus schulmedizinischen, psychosomatischen und homöopathischen Gesprächen heranziehen. Da es sich in den Medizinsendungen, die ich untersuchen werde, über weite Strecken um Interaktionen zwischen medizinischen ExpertInnen und Betroffenen handelt, also um unterschiedliche Formen von medial inszenierter Arzt-Patienten-Kommunikation, dient diese Darstellung auch der Herausarbeitung der Kategorien, die für die Analyse und Zuordnung der medizinischen Diskurse in den Sendungen relevant werden (Kap. 6. und Kap. 7.).

3.2.1. Grundfragen medizinischer Kommunikation

Seit ca. 25 Jahren befasst sich die medizinsoziologische und linguistische Forschung im englisch- und deutschsprachigen Raum schwerpunktmäßig mit *medizinischer Kommunikation*, wobei zumeist das schulmedizinische ärztliche Gespräch mit PatientInnen als Prototyp im Vordergrund steht (für einen Überblick vgl. die Sammelbände Köhle & Raspe 1982, Ehlich et al. 1990, Löning & Rehbein 1993, Todd & Fisher 1993, Redder & Wiese 1994 sowie die Überblicksarbeiten Weinhold 1991, Thompson 1995, Wodak & Lalouschek 1997 und Löning 2001). Zur psychosozialen und psychosomatischen Gesprächsführung vgl. den aktuellen medizinisch-linguistischen Sammelband Neises, Dietz & Spranz-Fogasy 2005 sowie Lalouschek 2002a, 2004 und 2005). Untersucht wurden der Großteil der ärztlichen Kommunikationsaufgaben in Krankenhäusern und bei niedergelassenen ÄrztInnen wie Erstgespräche, Visitengespräche, Diagnosemitteilungen, Informationsgespräche, Aufklärungen vor oder nach Spezialuntersuchungen und Operationen, aber auch ärztliches Fragen an sich. Je nach zugrunde liegender Analysemethode waren die Zugänge stärker an der interaktiven Organisation der Gesprächsaufgaben und der Gesprächsverläufe orientiert oder daran, wie das institutionellen Setting auf die interaktiven Möglichkeiten von ÄrztInnen bzw. PatientInnen ein-

wirkt, also z.B. die unterschiedliche hierarchisch und institutionell bedingte Rollen- und Machtverteilung oder die symptomorientierte, technizistische medizinische Ausbildung. Ein wesentlich geringerer Teil der Untersuchungen bezog sich auf fachinterne ärztliche Gespräche oder Gespräche im Team zwischen ÄrztInnen und Pflegepersonal bzw. auf über Einzelgespräche hinausgehende Interaktionszusammenhänge in Kliniken, ambulanten medizinischen Einrichtungen und bei Visiten, (Lalouschek, Menz & Wodak 1990 und Gstettner, Lalouschek & Menz in. Vorb., Atkinson 1995, Koerfer, Obliers & Köhle 2005, Ploeger 2005). Ein jüngerer Bereich der Forschung widmet sich den Krankheits- und Schmerzerzählungen von PatientInnen (Gülich, Schöndienst & Surmann 2003, Gülich 2005, Menz & Lalouschek 2005).

Neben der Erfassung der typischen Charakteristika ärztlicher Gesprächsführung wie ärztliches Fragen, Verteilung des Sprecherwechsels (*turn-taking*) und thematische Kontrolle stellt sich auch die Frage nach der ethischen Qualität ärztlicher Diskurspraxis: Welche Werte und Normen prägen die Arzt-Patienten-Kommunikation in ihrer gesellschaftlichen, kulturellen und ökonomischen Einbettung (Gahl 1995, Lalouschek 2000); richtet sich also z.B. ärztliches Tun an funktionalen, ökonomischen oder zeitlichen Erfordernissen aus oder an den personalen Bedürfnissen der PatientInnen, aber auch der ÄrztInnen selbst.

Auf die Ergebnisse dieser Forschungen und damit auf die Charakteristika der medizinischen Diskurse möchte ich nun am Beispiel von ärztlichen Gesprächen aus Schulmedizin, Psychosomatischer Medizin und Homöopathie im Detail eingehen. Da medizinische Kommunikation institutionelle Kommunikation ist, sollen vorab die Rahmenbedingungen institutioneller Kommunikation dargestellt werden, die jede Form diskursiver ärztlicher Praxis als institutionelle Praxis bestimmen.

3.2.2. Medizinische Diskurspraxis als institutionelle Diskurspraxis

Vergleichbar mit Kommunikation in der Schule, vor Gericht, auf Ämtern etc. ist medizinische Kommunikation als Form institutioneller Kommunikation zu beschreiben. Deshalb möchte ich kurz skizzieren, was das eigentlich Institutionelle von Interaktionsereignissen ausmacht und welche Konsequenzen dies für medizinische Kommunikation selbst und für die Kommunikation über Krankheiten im medialen Setting hat. Bei dieser Darstellung werde ich mich auf folgende Arbeiten zur institutionellen Kommunikation beziehen: Ehlich & Rehbein (1980), Gülich (1981), Redder (1983), Agar (1985), Wodak & Quasthoff-Hartmann (1985), Drew & Heritage (1992), Wodak (1996), Drew & Sorjonen (1997) und Sarangi & Roberts (1999).

Institutionen verkörpern relevante gesellschaftliche Bereiche, definieren Gesellschaften in ihrer Arbeitsteilung und manifestieren gesellschaftliche Macht. Im Einzelnen sind unter Institutionen gesellschaftliche Organisationen wie Kirche, Gericht, Ämter, Bildungsstätten oder Einrichtungen des Gesundheitswesens zu verstehen. Die VertreterInnen einer Institution werden als "AgentInnen" bezeichnet, die Personen, die die Institution in Anspruch nehmen als "KlientInnen". Beiden sind über die jeweilige Institution spezifische Rollenzuschreibungen, Handlungsmöglichkeiten und Kompetenzen vorgegeben – und wie diese qualitativ aussehen, hängt von dem Bezugssystem und den Leitkonzepten ab, die der Institution zugrunde liegen. Auf das sprachliche Handeln bezogen etablieren diese Regelungen *institutionsspezifische Interaktionsmuster* (z.B. ärztliche Erstgespräche, Unterrichtsstunden, Zeugenaussagen, Predigten), in denen sich die Zwecke und Arbeitsaufgaben der Institution manifestieren; sie können sich auf Ort und Zeit der Kommunikationsabläufe beziehen, auf die Definition und Kompetenzen von AktantInnen, auf die Auswahl der konstitutiven, zulässigen und charakteristischen Redebeiträge und deren Reihenfolge, auf die Art der Realisierung der kommunikativen Hand-

lungen (schriftlich, mündlich, sprachlich, nicht-sprachlich) bis hin zur Formulierung der sprachlichen Handlungen (vgl. Gülich 1981, 422).

In Abhängigkeit von Berufs- und Statusrollen erfolgt über die institutionellen Regelungen also eine spezielle *Zuordnung von sprachlichen Handlungen* zu einzelnen InteraktantInnen. Dieses "Prinzip der Zuständigkeit" (vgl. Quasthoff 1990) regelt den Zugang und die Verteilung des Rederechts für spezielle Diskurseinheiten (wie z.B. Erzählungen oder Argumentationen), aber auch für gesamte Interaktionen. In der Arzt-Patienten-Interaktion sind ÄrztInnen aufgrund ihrer Berufsrolle und der institutionellen und fachlichen Zielsetzungen als "für die Interaktion zuständig" definiert und daher quasi-automatisch mit entsprechenden Sonderrechten interaktiver Art ausgestattet. Diese Sonderrechte sind Vorrechte für interaktive Handlungen, die in anderen Interaktionen mit den jeweiligen Beteiligten erst ausgehandelt werden müssten. Ärztinnen haben also das Vorrecht, Gespräche zu eröffnen und zu beenden, sie können Fragen stellen ohne in gleicher Weise antworten zu müssen und können ohne Erklärungen Themenwechsel durchführen (dazu im Detail Kap. 3.3.). Mit dieser Zuordnung sprachlicher Handlungen qua institutioneller Rollenzuordnung untrennbar verbunden ist die Etablierung eines Machtverhältnisses zwischen AgentInnen und KlientInnen, in diesem Fall also zwischen ÄrztInnen und PatientInnen. D.h., dass ÄrztInnen über die Realisierung der ihnen zugeordneten sprachlichen Handlungen quasi automatisch ihre sozial mächtigere Position diskursiv manifestieren und diese Realisierungsmöglichkeiten in unterschiedlichster Weise zur Erreichung ihrer Ziele einsetzen können – sei es ein ausführliches Gespräch mit einer Patientin zu führen, sei es eine Untersuchung an einem hektischen Vormittag rasch und zügig durchzuziehen, sei es der Mitteilung einer heiklen Diagnose aus dem Weg zu gehen.

Aufgrund vielfältiger sozialisatorischer Prozesse haben AgentInnen und KlientInnen ein so genanntes *Aktantenwissen* (Ehlich & Rehbein 1980) erworben, z.B. über diverse Kommunikationsabläufe, das ihr Handeln unmittelbar leitet, das aber nicht für alle AktantInnen gleich ist bzw. nicht in gleichem Ausmaß vorausgesetzt werden kann. In diesen unterschiedlichen Wissensbeständen von ÄrztInnen und PatientInnen über die Routineabläufe von Gesprächen und Untersuchungen liegt ein beträchtliches Potenzial sowohl für Störungen und Missverständnisse als auch für ärztliche Machtausübung (vgl. z.B. Wodak & Lalouschek 1997): Der Erwerb des Routinewissens ist bei ÄrztInnen Teil ihres professionellen Wissens, bei PatientInnen üblicherweise Teil ihres Erfahrungswissens. Dieses Routinewissen bedingt, dass ÄrztInnen Gespräche und Untersuchungen nach einem vorbestimmten Ablaufsschema durchführen und erwarten, dass PatientInnen sich diesem Ablauf fügen, auch wenn (oder obwohl) sie ihn nicht durchschauen. Die diskursanalytische Forschung zeigt, dass PatientInnen die Relevanz und der thematische Zusammenhang von ärztlichen Fragen und Anordnungen aufgrund des mangelnden Routinewissens häufig nicht klar ist, die ÄrztInnen dadurch automatisch die Kontrolle über die Steuerung des Gesprächsverlaufes erhalten. So können PatientInnen zum einen schwer einschätzen, welche Informationen und in welchem Ausmaß von ihnen erwartet werden, zum anderen können sie sich an der Gestaltung des Gesprächsverlaufs kaum aktiv beteiligen. In allen Untersuchungen zeigt sich eine mangelnde Bereitschaft der ÄrztInnen, PatientInnen über Abläufe zu informieren und ihnen gerade bei Spezialuntersuchungen, in denen Routinewissen kaum vorausgesetzt werden kann, gewisse Orientierungshilfen zu geben. In organisatorisch komplexen Situationen, in denen mehrere ÄrztInnen und weiteres medizinisches und pflegerisches Personal zusammenarbeiten, verstärkt sich diese Diskrepanz zu Ungunsten der PatientInnen deutlich. Vor allem das fachinterne Besprechen von medizinischen Befunden vorheriger PatientInnen in der Anwesenheit eines neuen Patienten bzw. einer neuen Patientin ist Quell häufiger Missverständnisse, da die anwesenden PatientInnen die Inhalte des Fachgesprächs verständ-

licherweise auf sich beziehen und durch die ihnen bisher unbekannten medizinische Befunde verunsichert und beunruhigt werden. Dies führt häufig zu dem so genannten *Störungs-Paradoxon*: Fehlverhalten von PatientInnen aufgrund ihres mangelnden Routinewissens oder altersbedingter mangelnder Flexibilität wird als unkooperatives Verhalten interpretiert, Erklärungen und Informationen werden gerade dort verweigert, wo sie nötig wären, um weitere Störungen und Unterbrechungen zu verhindern und die PatientInnen zu kooperativem Handeln überhaupt erst zu befähigen (Wodak & Lalouschek 1997, 786, Lalouschek 2002c).

Die angeführten Punkte hängen im Gesundheitsbereich natürlich – wie schon mehrfach erwähnt – mit den Leitkonzepten und dem daraus erwachsendem Menschen- und Krankheitsbild der Medizin zusammen. Ein prinzipielles Problem für die Beschreibung und für die Analyse ist, dass – bedingt durch die gesellschaftliche Vormachtstellung der Biomedizin – natürlich auch die Institution Gesundheitswesen grundlegend von der biomedizinischen Konzeption, d.h. ihrer stark hierarchischen Ausrichtung und ihrem patriarchal-autoritären Norm des Arzt-Patienten-Verhältnisses geprägt ist, so dass sich institutionelle und biomedizinische Relevanzen häufig überlagern. Dies betrifft im Besonderen auch den *Stellenwert des Gesprächs* mit PatientInnen. In einem biomedizinischen Konzept hat das Gespräch mit Patienten und PatientInnen, obwohl es einen Großteil des beruflichen Alltags ausmacht, nach wie vor den Status eines Vorgangs, den man nicht eigens zu erlernen hat, da er den eigentlichen ärztlichen Tätigkeiten vorgelagert ist. Es bildet sozusagen den äußeren Rahmen, der mit medizinischer Expertentätigkeit wie Diagnoseerstellung, Behandlung, aber auch mit Fachausbildung zu füllen ist (Waldenfels 1991).[29]

Die *Analyse medizinischer Diskurspraxis als institutioneller Diskurspraxis* muss sich also auch darauf beziehen, in welcher Weise die Interaktion durch die Rollenzuweisung und die verbalen Handlungsmöglichkeiten der InteraktantInnen geformt wird (Drew & Sorjonen 1997, 94). Denn eine Äußerung und vor allem ihre pragmatische Funktion kann nur dann adäquat beschrieben werden, wenn man sie nicht nur in ihrem unmittelbaren Kontext betrachtet, sondern auch vor dem Hintergrund bestimmter von der Institution getroffener Regelungen oder Konventionen (Gülich 1981, 418). Institutionelle Kommunikation ist aber nicht unbedingt an die physische Institution gebunden, sondern wird über die Rollen, die die Interagierenden sich in einer Interaktionssituation zuweisen, und die Handlungszwecke definiert. So kann etwa ein ärztliches Gespräch an jedem beliebigen Ort stattfinden, sobald die InteraktantInnen die Rollen "Arzt/Ärztin" und "Patient/Patientin" eingenommen haben, man denke etwa an ärztliche Hausbesuche oder Notfallsituationen auf der Straße. Aus diesem Grund ist es möglich, dass bestimmte Teile ärztlicher Kommunikation in das Setting einer Medizininformationssendung übernommen und dort – wenn auch mit der veränderten Zielsetzung der Information der ZuschauerInnen und nicht der Diagnose und Heilung – medial inszeniert werden können.

3.3. Ärztliche Gesprächsführung in der Biomedizin

Der traditionellen Schulmedizin liegt ein *biomedizinisches Modell* von Krankheitsentstehung und -behandlung zugrunde. D.h., eine Krankheit wird als Störung einer Organfunktion bzw. als pathologisch veränderte Organstruktur aufgefasst, die sich durch das Vorhandensein typischer pathologischer Merkmale auszeichnet. Bei der schulmedizini-

[29] Über die schon angesprochenen gesellschaftlichen Veränderungen setzen sich jedoch auch hier langsam neue Maßstäbe durch, die sukzessive Eingang in die Curricula der medizinischen Ausbildungsorganisationen finden (März & Stein 1997).

schen Diagnose geht es dementsprechend darum, körperliche Beschwerden als Ausdruck physiologische Störungen zu erfassen. Nur so sind diese im Rahmen des schulmedizinischen Systems als Symptome wahrnehmbar und ärztlich behandelbar. Die Diagnose erfolgt über die Erfassung typischer pathologischer Merkmale und die Erhebung objektiver Daten – von technischen Messungen wie EKG, CTG, Röntgenbild und Laborwerten bis hin zu genetischen und histologischen Analysen, dazu kommen die symptombezogenen Informationen der PatientInnen, also z.B. die Darstellung der körperlichen Beschwerden, die Beschreibung der Schmerzqualität, die Nennung von Zeitpunkt und Häufigkeit des Auftretens etc. Da im biomedizinischen Modell die Betrachtung des kranken Körpers getrennt vom sozialen Umfeld, der Lebensgeschichte, Werthaltungen und emotionalem Status der Kranken erfolgt, dienen diesbezügliche Informationen nicht der fachlichen Diagnose und sind auch nicht genuiner Bestandteil eines diagnostischen Gesprächs. Und selbst wenn im Gespräch relevante psychosoziale Faktoren wahrgenommen und in Krankengeschichten oder Anamnesebögen festgehalten werden, werden daraus nicht unbedingt ärztliche oder therapeutische Handlungsanweisungen abgeleitet.

3.3.1. Die Anamnese in der Schulmedizin

Das prototypische diagnostisches Gespräch ist die *Anamnese* (Erstgespräch), die mit jedem Patienten und jeder Patientin bei der Aufnahme auf eine Abteilung eines Krankenhauses oder beim Arztbesuch durchgeführt wird. Eine vollständige Anamnese umfasst nach gängigen Lehrbüchern die Erhebung folgender thematischer Bereiche (Schettler & Nüssel 1984, Hope et al. 1990):

- aktuelle Beschwerden
- Kinderkrankheiten
- frühere Erkrankungen, Krankenhausaufenthalte und Operationen
- chronische Erkrankungen (Diabetes, Hochdruck, Rheuma etc.)
- Familienanamnese (relevante Erkrankungen von Eltern und Geschwistern)
- Allgemeinanamnese, mit folgenden Subbereichen:
  - aktueller Gesundheitszustand (Appetit, Verdauung und Schlaf)
  - persönliche Daten (Alter, Größe und Gewicht)
  - Alkohol- und Nikotinkonsum
  - (bei Frauen:) gynäkologische Anamnese
  - Geschlechtskrankheiten
  - Medikation und Allergien
- Sozialanamnese (Familienstand, häusliche Versorgung - v.a. bei bei älteren bzw. pflegebedürftigen PatientInnen im Hinblick auf die Entlassung)
- Adresse des Hausarztes (Arzt-Brief)

Dieses standardisierte Ablaufmuster einer Anamnese dient den ÄrztInnen als "innerer Leitfaden" bei der Gesprächsführung mit den PatientInnen, wobei die einzelnen Bestandteile, die eine Anamnese ausmachen, als thematische Bereiche zu verstehen, deren Reihenfolge im jeweiligen Gespräch variabel gehalten werden kann. Betrachtet man die einzelnen Punkte des Ablaufschemas, so wird deutlich, dass die Inhalte an den *Relevanzen der Biomedizin ausgerichtet* sind, also an einer relativ standardisierten Erhebung von körperlichen Phänomenen. Sie sind nicht individuell an der Person der Kranken orientiert und nicht an ihrer Erlebens-, Darstellungs- und Verarbeitungsstruktur der Erkrankung. Selbst der Bereich Sozialanamnese dient nicht etwa dazu, die Lebensumstände von PatientInnen kennen zu lernen und sie diagnostisch zu verwerten, sondern bietet

z.B. lediglich eine Entscheidungsgrundlage bei der Entlassung von pflegebedürftigen PatientInnen. Darum wird er in vielen Anamnesen auch weggelassen.

Die sprachliche Realisierung dieses Ablaufschemas – und damit die Realisierung des biomedizinischen Diskurses – soll im Folgenden an ausgewählten Transkriptausschnitten aus einigen Anamnesen im Detail dargestellt werden.[30]

3.3.2. Die Eröffnungsphase: Orientierung der ÄrztInnen

Die *Anfangsphase* eines jeden Gesprächs, also auch einer Anamnese, ist der erste Moment der Kontaktaufnahme zwischen den Beteiligten und dient üblicherweise der Begrüßung und gegenseitigen Orientierung über den Zweck des Gesprächs. Der Arzt setzt sich mit seinen Unterlagen ans Bett des Patienten und beginnt die Anamnese:

001
AM: sind Sie zum ersten Mal bei uns? <(3 sec)> so. - was ham Sie denn
PM: ja.
<Am beschreibt das Anamneseblatt>

002
AM: für/ah gibt s in der Familie irgendwelche auffälligen Krankheiten? Herzinfarkt, Schlaganfall,
PM: na.

003
AM: Krebs? Tuberkulose?
PM: nein. auch nicht.

Die Eröffnungsfrage des Arztes *sind Sie zum ersten Mal bei uns? (001)* erscheint als Beginn des Gesprächs phatisch an den Patienten gerichtet, etwa um zu eruieren, wieweit er mit den Usancen der Abteilung vertraut ist oder ob er ausführlichere Informationen benötigt. Der weitere Gesprächsverlauf zeigt jedoch, dass diese Frage routinemäßig der ärztlichen Entscheidung dient, wie ausführlich die Anamneseerhebung zu gestalten ist (vgl. Hein et al. 1985). Im Falle von früheren Aufenthalten in demselben Krankenhaus sind üblicherweise Krankengeschichten dieser PatientInnen vorhanden, die herangezogen werden können und so den Ablauf der Anamnese entsprechend verkürzen. Mit der Bejahung des Patienten ist der Arzt auf eine vollständige Anamneseerhebung eingestellt und hat ein weitgehend klares Ablaufschema der nun folgenden Interaktion "im Kopf". Die ganz spezifische Funktion der Frage und der Entscheidungsprozess des Arztes wird für den Patienten auf sprachlicher Ebene aber nicht explizit gemacht. Der Befund ist an dieser Stelle des Gesprächs zwar nicht unmittelbar problematisch, er ist jedoch symptomatisch für die gesamte folgende Interaktion. Die Gespräch initiierende Äußerung des Arztes ist scheinbar phatisch und Beziehung gestaltend, tatsächlich ist sie funktional auf den geplanten Anamneseablauf bezogen und damit auf das *institutionelle Relevanzsystem* ausgerichtet. Sie dient dem Informationsbedürfnis des Arztes, nicht einer gemeinsamen Abstimmung. Der tatsächliche Zweck dieser ärztlichen Frage wird für den Patienten nicht transparent. Das bedeutet, dass schon vom allerersten Beginn des Gespräches an für die beiden Beteiligten unterschiedliche Interaktionsbedingungen gelten. Eine weitere Anamnese beginnt wie folgt:

001
AM: so' Herr XM. also unterhalt ma uns - schön. *<setzt sich und ordnet die Unterlagen>* - -
PM: bitte.

002
AM: gibt s in Ihrer Familie irgendwelche auffälligen Krankheiten? Schlaganfall? Herzinfarkt? - Krebs?

[30] Die Gesprächsausschnitte stammen aus dem Korpus "Arzt-Patienten-Kommunikation im Krankenhaus" (Hein, Hoffmann-Richter, Lalouschek, Nowak & Wodak 1985).

003
AM: Tuberkulose?
PM: mein Vater hat drei oder vier Mal - Herzinfarkt ghabt (...)

Der Arzt vergewissert sich der Identität des Patienten, stellt aber keine reziproken Bedingungen her, d.h. er selbst stellt sich dem Patienten weder namentlich noch in seiner Funktion vor. Die nachfolgende Äußerung *also unterhalt ma uns schön. (001)* ist zwar als "Gesprächseinladung" formuliert, diese Ankündigung wird aber nicht eingelöst (unterhalten entspricht ja auch nicht dem geplanten Gesprächstyp): Der Arzt geht sofort in den standardisierten Frage-Antwort-Modus der Anamneseerhebung über. Eine mangelnde oder gar missverständliche Orientierung des Patienten über den bevorstehenden Gesprächstyp unterbindet aber seine aktive Beteiligung am Gesprächsverlauf.

Aus biomedizinischer Sicht ist die Person der Patienten und die Gestaltung einer förderlichen Beziehung oder eines Arbeitsbündnisses diagnostisch nicht bedeutsam. Es zeigt sich, dass schulmedizinische ÄrztInnen die Anfangsphase, die mit der Anamneseerhebung selbst nichts zu tun hat, demgemäß sprachlich auch nicht gestalten. Von der ersten Äußerung an wird eine neutral-sachliche Gesprächsebene, aber auch ein Informationsgefälle zwischen ÄrztInnen und PatientInnen etabliert.

3.3.3. Die sprachliche Realisierung des Anamneseschemas

Wie wird nun der *erste thematische Bereich* eingeführt: In beiden Gesprächsbeispielen steigen die Ärzte sehr schnell in die zentrale Anamnese ein, und zwar mit Eingangsfragen, die jeweils Standard-Realisierungen eines der Themenblöcke "Familienanamnese" bzw. "Kinderkrankheiten" sind. Diese stehen ohne Bezug zum bisherigen Interaktionsgeschehen und sind auch abgekoppelt vom aktuellen Einlieferungsgrund der Patienten. Die eigentliche Verbindung besteht zu dem von den Ärzten internalisierten Ablaufschema und ihren Routinen, die sie sich zugelegt haben. Diese thematische Abkoppelung bringt die Patienten in eine passiv-abwartende Gesprächsrolle, was durch Einwort-Fragen und Antwortenvorgaben der Ärzte noch verstärkt wird.

In der Anamnese mit einem älteren Diabetiker, der zur Insulineinstellung aufgenommen worden ist, kommt es während der Abarbeitung der Fragen zur Familienanamnese zu einer aufschlussreichen Sequenz:

003
AM: Krebs? Tuberkulose? - ja' da wollt ich
PM: nein. auch nicht. meine Mutter war auch zuckerkrank.

004
AM: eh grad drauf zurückkommen. außer der Mutter? wann hat die Mutter den
PM: eigentlich nicht.

005
AM: Zucker bekommen?
PM: jo des is zirka, - - Ende der dreißiger Jahre,

Statt die Frage des Arztes nach Tuberkulosefällen in der Familie zu beantworten, bringt der Patient die Information ein *meine Mutter war auch zuckerkrank (003)*. Mit dieser Äußerung als Reaktion auf die Frage *Tuberkulose?* des Arztes steigt der Patient das erste Mal in dieser Anamnese aus der Abfolge der Frage-Antwort-Sequenzen aus und formuliert eine eigeninitiative Äußerung. Die Reaktion des Arztes darauf ist gesprächsorganisatorisch komplex: Er quittiert diese Information nicht als wichtig oder angemessen, sondern reglementiert sie als Vorgriff des Patienten: *ja' da wollt ich eh grad drauf zurückkommen (003/004)*, dann übernimmt er mit *außer der Mutter? (004)* wieder seine Rolle als Fragender und stellt die Zuordnung der interaktiven Verteilung wieder her.

Hinter der Initiative des Patienten steckt Folgendes: Als langjähriger Diabetiker weiß er, dass das Auftreten von Diabetes in seiner Familie eine medizinisch relevante Information darstellt. Er nützt dieses Wissen, um indirekt auf seine aktuellen Relevanzen – die Einweisung ins Krankenhaus und die Umstellung auf Insulin – hinzuweisen, die der Arzt bisher nicht angesprochen hat. An späterer Stelle in der Anamnese zeigt sich, dass der Patient die medikamentöse Umstellung durchaus mit Besorgnis erlebt. So markiert diese Initiative sein eigentliches *chief complaint*.

Die diskursive Praxis des Arztes erweist sich damit als soziale Praxis: Mittels dieser sprachlichen Handlungen etabliert sich der Arzt in der Rolle des sozial mächtigen Interaktanten, der dem anderen Interaktanten seine Position und seinen Handlungsspielraum zuweisen kann (*doing power*, Holmes, Stubbe & Vine 1999). Dieses Rollenverhalten ist Teil der professionellen Identität des Arztes als autoritärer medizinischer Experte und entstammt der biomedizinischen Konzeption eines streng hierarchischen Arzt-Patienten-Verhältnisses, das interaktiv hergestellt wird. So zeigt sich, dass die Konzepte und Bedeutungssysteme, auf die ein Individuum referieren kann, über mitlaufende Rollenkonstitutionen mit den sprachlichen Realisierungsformen aufs engste verbunden sind.

Wie die weiteren Analysen zeigen, folgen die Ärzte ziemlich genau dem oben dargestellten Ablaufschema, indem sie die Themen <Familienanamnese>, <Kinderkrankheiten> und <frühere Erkrankungen, Krankenhausaufenthalte, Operationen> nach und nach abarbeiten (Lalouschek 2002b). Als präferierte sprachliche Handlungsform dafür erweist sich die Frage, und so lassen sich fast alle Redebeiträge der Ärzte als Frageaktivitäten klassifizieren, die nach Rehbein (1993) in ihrer Formulierungsweise auch typisch sind für *ärztliches Fragen*: Die Ärzte bieten den Patienten nicht nur die für sie relevanten Inhalte in Frageform dar, sie geben auch die professionelle Formulierungsweise vor (z.B. "Stuhlgang ist regelmäßig?"), so dass sich die Antworten der Patienten größtenteils an diesen Formulierungen ausrichten bzw. von den Ärzten kanalisiert werden. Diese Antworten werden dabei häufig nicht extra bestätigt oder aufgegriffen, d.h., die nächste Frage des Arztes ist zugleich die "Verarbeitung" der Antwort (Rehbein 1993, 327).

3.3.4. Die Anamnese als Frage-Antwort-Sequenz

Aus gesprächsanalytischer Sicht gehören Frage und Antwort zur Klasse der "Paarsequenzen" (*adjacency pairs*, vgl. Schegloff & Sacks 1973), wobei die Frage den ersten, initiierenden Teil und die Antwort den zweiten, respondierenden Teil bildet. Typisch für Paarsequenzen ist erstens, dass die beiden Äußerungen von verschiedenen Sprechern produziert und im Interaktionsverlauf in unmittelbarer Nachbarschaft placiert werden. Zweitens besteht zwischen den beiden Teilen eine spezifische Beziehung, die so genannte "bedingte Relevanz" (*conditional relevance*, vgl. Schegloff & Sacks 1973): Wenn ein Sprecher eine Äußerung macht, die den ersten Teil eines Paares darstellt, dann wird – alleine bedingt durch diese Realisierung – für den anderen Sprecher die Realisierung des zweiten Teils relevant. Für die Frage-Antwort-Sequenz bedeutet dies, dass ein mit einer Frage angesprochener Gesprächspartner auf diese unmittelbar mit einer Antwort reagieren muss. Und das wiederum bedeutet, dass er in der freien Gestaltung seines Redebeitrags eingeschränkt ist, allerdings nur an dieser Stelle der Interaktion und nicht im gesamten Gespräch.

Wie in den Gesprächsausschnitten deutlich wird, erfolgt die sprachliche Realisierung der Anamnesebereiche also in Form von *Frage-Antwort-Sequenzen*, wobei die Fragen stets vom Arzt gestellt werden und der Patient damit aufgrund des Organisationsprinzips der bedingten Relevanz Antworten geben muss. Diese spezielle Zuordnung von sprachlichen Handlungen zu einzelnen Interaktanten beruht auf dem schon erwähnten

Organisationsprinzip von Gesprächen, dem "Prinzip der Zuständigkeit" (Quasthoff 1990): In der Arzt-Patienten-Interaktion sind ÄrztInnen aufgrund ihrer Rolle als ExpertInnen und aufgrund der Zielsetzungen von ärztlichen Gesprächen als "für die Interaktion zuständig" definiert und daher von vorneherein mit den entsprechenden interaktiven Sonderrechten wie Gesprächseröffnung, Initiierung von Frage-Antwort-Sequenzen und Themenwechsel ohne Erklärungen oder Sanktionen ausgestattet sind. Nach Quasthoff (1990) gehört zur Ausübung der Zuständigkeit im ärztlichen Diskurs die Setzung von Relevanzen im Sinne der Zielsetzung des ärztlichen Handelns:

> Ein Mittel, dieses Relevanzsystem durchzusetzen, ist die Steuerung der Informationsgebung des Patienten durch entsprechende Fragen, statt die relative Selbstbestimmtheit durch die patientenseitige Initiierung von Diskurseinheiten zuzulassen. (Quasthoff 1990, 77)

Dies erklärt, warum ÄrztInnen – wie in diesen Anamnesen – ihre Redebeiträge vorzugsweise in Form von Fragen realisieren. Zum einen gewährleistet ihnen dies die Kontrolle über den gesprächsorganisatorischen Ablauf, da sie mit jeder Frage den initiierenden Anteil einer Frage-Antwort-Sequenz produzieren, wodurch die PatientInnen in Zugzwang kommen und gemäß dem Prinzip der bedingten Relevanz antworten müssen. Nicht erfolgende oder ungenügende Antworten können von ihnen moniert werden, und das Zuständigkeitsprinzip gewährt ihnen zudem weitere interaktive Sonderrechte wie etwa die Durchführung von Unterbrechungen und von thematischen Wechseln. Diese Abfolge von Frage-Antwort-Sequenzen sieht keine Frageslots für die PatientInnen vor, wodurch ihnen von der Gesprächsorganisation her wenig Strukturierungsgewalt über den Gesprächsverlauf gegeben wird. Über die Gesprächsorganisation übernehmen die ÄrztInnen zum anderen auch die *Kontrolle über den inhaltlichen Verlauf* der Interaktion. Die thematischen Bereiche der Anamnese werden über eine Abfolge von Fragen nach und nach abgearbeitet und die schon erwähnte professionelle Vorformulierung der medizinisch relevanten Inhalte kanalisiert zu einem großen Teil auch die Inhalte der Antworten der PatientInnen, hinein bis in den lexikalischen Bereich. Dies macht deutlich, dass die aktuelle sprachliche Realisierung eines Diskurses sowohl die Äußerungsebene betrifft, wie z.B. die Verwendung von medizinischen Fachtermini, wie auch die gesprächsorganisatorische Ebene, also z.B. die Möglichkeit, über Frage- und Formulierungstätigkeiten und Unterbrechungen den Gesprächsverlauf zu kontrollieren.

Da das medizinisch kodifizierte Anamneseschema der ärztlichen Gesprächsführung wie eine Art "unsichtbares Formular" unterliegt, sind die Redebeiträge der ÄrztInnen nur sekundär am Verlauf des aktuellen Gesprächs orientiert (dies gilt z.B. für klärende Nachfragen) und damit der inhaltlichen Kontrolle der PatientInnen weitgehend entzogen. Das hängt damit zusammen, dass das Anamneseschema Teil des ärztlichen Fachwissens ist, nicht aber Teil des Wissens der PatientInnen, und die Zuordnung der Fragen zu den einzelnen thematischen Bereichen ohne dieses Wissen kaum möglich ist. So sind die ärztlichen Fragen innerhalb eines Anamnesebereichs zwar kohärent auf den Inhalt dieses Bereichs bezogen, nicht aber kohärent im Zuge des realen Gesprächsverlaufs. An diesen Gesprächsstellen kommt es für die PatientInnen regelmäßig zu nicht nachvollziehbaren thematischen Sprüngen, eine weitere Bedingung, die ihre aktive Gesprächsbeteiligung potenziell unterbindet.

Die Analysen der ersten Anamneseabschnitte machen deutlich, wie die Ärzte vor dem Hintergrund ihres Fach- und Routinewissens und mittels sprachlicher Handlungen wie Eröffnung und Beendigung von Interaktionen, Turnzuteilung und Auswahl und Wechsel von Themen die Antwortmöglichkeiten der Patienten so leiten, dass der *professionell relevante Zweck der jeweiligen Frage* ausgeführt wird. So übernehmen die Ärzte die komplette Kontrolle über den Interaktionsablauf und die thematisierten – d.h. rein somatischen – Inhalte. Mittels dieser *interactional control features* (Fairclough

1992) werden auch soziale Beziehungen im Rahmen von gesellschaftlichem Handeln festgesetzt bzw. ausgehandelt und Machtverhältnisse etabliert. Diese Gesprächsführung ist ÄrztInnen also in diesem institutionellen Kontext aufgrund ihrer interaktiven Macht qua Rollendefinition möglich, und so manifestiert sich einerseits ihre professionelle Identität und soziale Macht als medizinische ExpertInnen über die entsprechende sprachliche Praxis. Andererseits dient dieses Anamneseablaufmuster und die entsprechende sprachliche Realisierung auch zur Umsetzung des biomedizinischen Konzeptes. Es wird wieder deutlich, dass diese Aspekte in ihrem dialektischen Verhältnis nicht voneinander zu trennen sind sondern sich ständig gegenseitig bedingen. Das diskursive Ereignis "Anamnese" wird von den Bedingungen geformt und formt diese selbst: Das biomedizinische Anamnesemuster bedingt den Ablauf der Interaktion, die sprachliche Realisierung dieses Ablaufs bedingt die biomedizinische Diskurspraxis, die dieses Ablaufmuster interaktiv immer wieder herstellt.

An dieser Stelle möchte ich vorausgreifend darauf hinweisen, dass uns gerade die interaktiven Kontrollmechanismen auch bei der Untersuchung des Interaktionsverhaltens der ModeratorInnen von Medizinsendungen und Talkshows wieder begegnen werden (vgl. v.a. Kap. 6.).

3.3.5. Die Beschwerdendarstellung: Biomedizinischer Diskurs und Lebenswelt

Nun möchte ich auf den Bereich *aktuelle Beschwerden* eingehen. Bei diesem Bereich könnte man erwarten, dass die entsprechende Darstellung stärker vom Patienten getragen wird. Da der Arzt nur global über die Einweisungsursache informiert ist und der Patient ja der Erlebende der Krankheit ist, könnte er hier dem Arzt ein umfangreicheres Bild der Gesamtbeschwerden liefern. Bei der Anamnese mit einem Patienten mit akuten Herzbeschwerden führt der Arzt den Bereich "aktuelle Beschwerden" folgendermaßen ein:

048
AM: ja, und Sie sagen seit Ostern - ham Sie dann auch die Herzbeschwerden?
PM: seit/

049
PM: Herzbeschwerden, - ja.

Diese Eingangsfrage enthält keine Aufforderung an den Patienten, eine eigenständige Darstellung zu liefern. Der Arzt verbleibt in seinem stark steuernden Frage-Antwort-Modus:

049
AM: - - - Atemnot? - beim Stiegensteigen oder irgendwas?
PM: Herzbeschwerden, - ja. njo:

050
AM: oder in da Nacht, - kriegn S ka Luft
PM: des spür i net, des spür i net des Stiegensteigen, weil ich a

051
AM: aba es san net so so so richtige Anfälle, die wos - glei
PM: ebenes Haus hab, net.

052
AM: bessa werden sondern des is mehr so a so a dumpfer Dauer der wos manchmal a bissl
PM: sagma, na des is so a so a

053
AM: stärker is,
PM: so a Dauerzustand, wie a Dauerzustand, ja.

Der Arzt erfragt alle Schmerzinformationen einzeln und gibt dem Patienten dort auch die Antworten vor, wo er Vorinformationen aus der bisherigen Anamnese besitzt. Diese sprachliche Strategie bedeutet für ihn einen enormen Aufwand an Formulierungstätigkeit, in Anbetracht der Qualität der Antworten des Patienten mit zum Teil fraglichem Erfolg.

Das Problem, vor dem der Arzt steht, ist, dass er für manche Informationen auf eine eigenständige Darstellung des Patienten angewiesen ist, um aus ihnen seine diagnostischen Schlüsse ziehen zu können, dass er aber nicht auf die Gesamtheit dieser Darstellung eingehen kann. Die diskursive Strategie, die sich daraus entwickelt, ist, den Patienten kurz zu einer Darstellung aufzufordern, *das medizinisch Relevante aus den Äußerungen herauszuselektieren* und nur auf dieses in den weiterführenden Fragen einzugehen. Dazu ein weiterer Ausschnitt aus dieser Anamnese:

015
AM: hmhm[v] – nja, und was ham Sie jetzt mit n Herz für Beschwerden?
PM: und jetzt hab i/ -i kann mich net

016
AM: also nicht
PM: erfangen, i kann net schlafen, i hab auf da linken Seiten - so a Brennen, und wie -

017
AM: anfallsartig? des is dauernd. und: Sie ham gsagt,
PM: des is jetzt dauernd, - i kann net schlafn.- -

018
AM: seit Ostern war s ab/ ab und zu. und seit wann is dauernd?
PM: ab und zu. - und jetz/ – jetz is des is

019
PM: erst seit i aus m Spital kommen bin.

Der Arzt fordert den Patienten zur Darstellung der Herzbeschwerden auf. Der Patient setzt mit *jetzt hab i* zu einer direkten Antwort an, ändert dann aber die Richtung und beginnt quasi "von vorne" mit der eigenständigen Formulierung *i kann mich net erfangen (016)*, die sein insgesamt mangelndes Wohlbefinden beschreibt, dann zählt er Schlafprobleme und ein Brennen auf der linken Seite auf. Der Patient schildert seine körperlichen Zustände in seinem Erlebenszusammenhang, in dem die Herzbeschwerden mit seinen anderen Beschwerden verwoben und ihnen gleichgestellt sind. Die Fokusverschiebung von der Schmerzdarstellung zur "Erzählung der Lebensgeschichte" ist ein typischer interaktiver Prozess bei Krankheitserzählungen (Gülich 2005) und ist sogar in dieser interaktiv so geschlossenen Situation in deutlichen Spuren erkennbar. Nur die dritte und letzte Zustandsbeschreibung *so ein Brennen (016)* bezieht sich auf die vom Arzt angesprochenen Herzbeschwerden. Genau an diesem Punkt unterbricht der Arzt die Folgeäußerung des Patienten und stellt eine Entscheidungsfrage, die die Qualität dieses "Brennens" spezifizieren soll: *also nicht anfallsartig? das ist dauernd. (017).*

Indem der Arzt sich mit seiner Frage ausschließlich auf den einen Äußerungsteil bezieht, *fragmentiert er die Beschwerdendarstellung* des Patienten: Er zerteilt die Darstellung, selektiert die medizinnahe Beschreibung "Brennen" heraus und reduziert die Gesamtäußerung auf diesen Inhalt. Der Patient beantwortet die Frage, nimmt aber auch seine unterbrochene Darstellung wieder auf, indem er neuerlich auf seine Schlafprobleme verweist. Wieder übergeht der Arzt diesen Hinweis mit der das Brennen weiter abklärenden Frage *seit Ostern war s ab und zu (018)* ein Vorgang, der sich anschließend ein drittes Mal wiederholt. Das bedeutet, dass die Erzählaufforderung instrumentalisiert wird: sie ist nur so lange gültig ist, bis der Patient ein biomedizinisch relevantes Symptom nennt, ab diesem Moment tritt der Frage-Antwort-Modus wieder in Kraft. So hält der Arzt den biomedizinischen Diskurs und dessen Relevanzen kohärent.

So zerlegt ("seziert") der Arzt im Dienste der biomedizinischen Symptomerhebung und Diagnosestellung die individuelle, ganzheitliche Beschwerdenschilderung des Patienten in voneinander isolierte Einzelbeschwerden. Er übersetzt Teile der umgangssprachlichen, lebensweltlichen Formulierungen selektiv in medizinnahe Einzelbegriffe und verhindert durch Unterbrechungen und Entscheidungsfragen zum "medizinischen" Thema zusätzliche Äußerungen oder Erzählversuche des Patienten. Indem der Arzt die lebensweltlichen Bestandteile – und damit den *lebensweltlichen Diskurs* – systematisch ausklammert, gestaltet er seinen Diskurs – und damit den *biomedizinischen Diskurs* – kohärent. Damit bewahrt er auch die Kohärenz der biomedizinischen Bedeutungsstruktur und verändert die Kohärenz der individuellen Bedeutungen des Patienten, die durch die Unterbrechungen der Erzählung aufgelöst, von den spezifischen persönlichen oder sozialen Kontexten entfernt und sukzessive aus dem Gespräch ausgeblendet wird. Über die Kategorisierung der Beschwerden als körperliche Symptome werden diese institutionell wahrgenommen und können entsprechend verarbeitet werden. Dieser Vorgang wird dementsprechend auch als "Institutionalisierung von Krankheit" (Rehbein 1986) oder als *context-stripping* (Mishler 1984) bezeichnet.

Diese interaktive Strategie der Fragmentierung erwächst also aus den unterschiedlichen Relevanzsystemen von ÄrztInnen und PatientInnen, wovon die Biomedizin durch ihr personenfernes Krankheitskonzept besonders betroffen ist. Demgemäß unterscheidet der Soziologe Elliott Mishler (1984) zwischen der medizinischen Stimme der ÄrztInnen (*voice of medicine*) und der lebensweltlichen Stimme der Kranken (*voice of the lifeworld*).[31] Die *voice of medicine* steht für eine biomedizinische Orientierung und *voice of the lifeworld* für die persönliche Erfahrung; sie enthält alltagsweltliche Beschreibungen, die in der zeitlichen Zuordnung und in ihrer Bedeutung auf die biographische und soziale Situation bezogen sind und damit eine zur medizinischen Stimme unterschiedliche Bedeutungsstruktur beinhaltet.[32]

Eine geradezu paradoxe Konsequenz dieses Verfahrens ist, dass damit auch zeitliche und bedeutungsmäßige Zusammenhänge von Krankheitsgeschehen aufgelöst werden und verloren gehen, Fakten, die im gleichen Gespräch dann oft mühsam wieder rekonstruiert werden müssen. Pointiert formuliert bringt der Versuch der Ärzte, Ordnung im Ablaufschema zu erhalten, *Unordnung in die Geschichte* der Patienten. Dies führt nicht selten zu hochkomplexen, unklaren und zeitlich ausufernden Gesprächsverläufen (s. dazu z.B. die Darstellungen und Analysen zum "Kampf um Schmerzerzählungen" in Gülich, Schöndienst & Surmann 2003). In der Anamnese mit diesem Herzpatienten zeigt sich peu à peu, dass er mit seiner anfänglichen holistischen Äußerung *ich kann mich nicht erfangen* tatsächlich sein eigentliches Problem, sein *chief complaint* genannt hat: Schlafstörungen, mehrfache Magenschmerzen, Herzbeschwerden, eine zweifache Lungenentzündung, chronische Kreuzschmerzen und eine beträchtliche Gewichtsabnahme. D.h. also, dass gerade die ausgeblendeten umgangssprachlichen Zustandsschilderungen für den Patienten und sein tatsächliches Befinden hoch bedeutsam sind, bedeutsamer als die Herzschmerzen alleine. Aus diesem Grund steht sie bei der Schilderung seiner Beschwerden an erster Stelle, und aus diesem Grund kann der Patient

[31] In enger konzeptueller Verwandtschaft zum Diskursbegriff versteht Mishler unter *voice* eine Bedeutungsstruktur bzw. normative Ordnung, die über die Art und Weise der sprachlichen Realisierung konstituiert wird. Ein gesamtes Interaktionsereignis wird dadurch geformt, welche Stimmen überhaupt zur Sprache kommen und wie sich diese Stimmen gegenseitig unterbrechen oder durchdringen (Mishler 1984, 63ff).

[32] Die Kritik an Mishlers Konzept richtet sich dagegen, dass er nur eine einzige *medical voice* identifiziert, die dem biomedizinischen Diskurs im engeren Sinne entspricht, und dass er damit die bestehende Diskursvielfalt der Medizin und der medizinischen Praxis ignoriert und eine angemessene Beschreibung erschwert (vgl. Fisher 1991, Atkinson 1995 sowie Kap. 3.1.).

seine Herzbeschwerden auch nicht einfach isoliert wahrnehmen und schildern (s. Lalouschek 2002b, 2004b).

Je mehr Erfahrungen Patienten und Patientinnen mit Krankenhausaufenthalten und ärztlichen Konsultationen haben, desto geläufiger sind ihnen die Erwartungen der ÄrztInnen, z.B. die einer knappen, somatisch orientierte Leidensdarstellung in "Berichtform" (Brucks, v.Salisch & Wahl 1984, Cicourel 1985). Erfahrene PatientInnen passen deshalb üblicherweise ihre *voice of the lifeworld* der *voice of medicine* an. Dieser Befund ist für die Medizinsendungen wichtig: Es zeigt sich nämlich, dass es sich bei den Betroffenen häufig um erfahrene Kranke handelt, denen der biomedizinische Diskurs bis zu einem gewissen Grade recht geläufig ist und die diesen im öffentlichen medialen Setting auch als Mittel zur Selbstdarstellung als "erfahrene Kranke" einsetzen – mit der Konsequenz, dass im Verein mit den ExpertInnen Verständlichkeit und Nachvollziehbarkeit der Informationen leiden.

3.3.6. Das Dilemma der Interaktionsfunktion

In den eingangs genannten Lehrbüchern zur Anamneseerhebung findet sich auch immer wieder der Hinweis, dass eine Anamnese zusätzlich zu dieser "Informationsfunktion" auch "*Interaktionsfunktion*" hätte:

> Neben der Informationsgewinnung ist es auch Ziel einer Anamnese, ein Vertrauensverhältnis mit dem Patienten aufzubauen und Einblick in das Leben des Patienten und seine Persönlichkeit zu gewinnen. Dazu ist es nötig, auf den Patienten einzugehen, die eigene Sprache der Sprache des Patienten anzupassen und dem Patienten zu vermitteln, dass man viel Zeit für ihn hat (Hope et al. 1990, 22).

Hier geht es um die humanistischen und ethischen Aspekte der Medizin, also dass ÄrztInnen die Kranken als Personen wahrnehmen und sich ihnen als kompetente PartnerInnen zur Verfügung stellen. Aus gesprächsanalytischer Perspektive stellen diese letztgenannten Formulierungen quasi ganz selbstverständlich hohe und komplexe Anforderungen an die Gesprächskompetenz von ÄrztInnen. Was bedeutet es etwa in der Praxis, seine "Sprache anzupassen", wie etabliert man "ein Vertrauensverhältnis"? Diese Formulierungen enthalten aber nur vage bis keine Hinweise darauf, wie diese Absicht mit der Durchführung des inhaltlichen Ablaufschemas vereinbar ist und in welcher Form diese Aspekte in Diagnose und/oder Behandlung integriert werden sollen. Hier geht es nicht mehr darum, eine standardisierte Liste abzufragen, was vor dem Hintergrund eines schulmedizinischen Modells leicht erlernbar und leicht durchführbar ist, sondern darum, eine professionelle und dennoch persönliche Beziehung zu einer anderen Person aufzubauen. Die entsprechenden interaktiven Verfahren beschreiben eine Interaktionsqualität, die einem anderen, und zwar einem personenzentrierten Medizinmodell entstammen, und so ist es nicht verwunderlich, dass dieser Aspekt bei der Durchführung der Anamnesen üblicherweise in den Hintergrund rückt – v.a. in der zeitlichen Enge des Berufsalltags auf einer Krankenhausstation und der in diesem Bereich mangelnden fachlichen Ausbildung.

Wenn Ärzte in diesem Arbeitskontext die Interaktionsfunktion ernst nehmen, stoßen sie bei der interaktiven Umsetzung auf ganz spezifische Probleme. Dazu einige Ausschnitte aus einer Anamnese zwischen einer Ärztin und einer Patientin, die mit Herzbeschwerden aufgenommen worden ist. Die Ärztin beginnt die Anamnese mit einer Erzählaufforderung:

001
AW: also Frau PW. erzählen Sie mir einmal warum Sie jetzt ins Spital kommen.
PW: weil ich so mit dem

002
AW: ja'
PW: Herz/ ah Herzschmerzen hatte' und - zufällig hat mich die Frau Doktor X., nachdem ich bei ihr

003
AW: das ist die Zahnärztin? ja.
PW: in Behandlung bin, das ist die Zahnärztin. die hat mich angerufen wies

004
AW: nur so. ja'
PW: mir geht' aber nur wegen dem Zahn' nicht' nur so. zufällig. und ich/ sie sagt, warum

005
PW: haben Sie so eine leise Stimme? sag ich mir ist gar nicht gut' und ich hab so starke Herz=

006
AW: ja.
PW: schmerzen. -- da ham Sie das öfter? ja, das hab ich öfter' weil ich angina pectoris habe,

007
PW: nicht? und da kommt immer wieder/ bitte' ich muss dazusagen' ich hab eine etwas große

008
AW: is Ihnen
PW: Wohnung' und bin ein bissl pedant' und plag mich sehr mit dieser blöden Wohnung.

009
AW: zu viel Arbeit.

Die Patientin schildert ihre Beschwerden, noch ganz assoziiert mit den aktuellen Umständen der Einlieferung. Die Ärztin unterstützt die Darstellung aktiv begleitend mit Hörerrückmeldungen, Bestätigungen und kurzen Nachfragen. So erhält sie einen gewissen Einblick in die Lebensumstände, soziale Eingebundenheit und Person der Patientin. Mit dieser Einleitung kann sie die Patientin auch genau dort "abholen", wo sich diese erlebensmäßig befindet, und ihr die Möglichkeit geben, sich über das Erzählen etwas zu entlasten.

Neben ihrem Anspruch an Personenzentriertheit steht die Ärztin aber auch vor der Aufgabe, auf einer schulmedizinischen internistischen Station zu arbeiten und eine den dortigen Anforderungen entsprechende Anamnese erheben zu müssen. Sie löst das Problem in der Weise, dass sie die Patientin nach der ausführlichen Darstellung des Einlieferungsprocederes relativ schnell zur Beschreibung der Schmerzen hinführt. Damit erzeugt sie aber eine *interaktive Kollision*:

021
AW: Frau PW' wie war das mit den Schmerzen. Sie haben also heut in der Früh? – sind Sie
PW:

022
AW: aufgewacht' ja. ja. – und
PW: ganz in der Früh' - wie ich aufgewacht bin' hatte ich keine Schmerzen.

023
AW: wann ham die begonnen? ja. ja.
PW: und hab gespritzt mein Insulin' – hab eine halbe Stunde später mein Frühstück

024
AW: ham Sie eine
PW: gegessen' – und auf einmal - wird mir nicht gut' und – beim Atmen tut das weh'

025
AW: Atemnot gehabt? Schmerzen. und zeigen Sie mir s wo die Schmerzen waren?
PW: s: Schmerzen' Schmerzen.

Die Ärztin führt das Thema Schmerzbeschreibung ein und initiiert eine Darstellung, die schon einen ganz spezifischen, vorformulierten Einstiegspunkt enthält: *Sie sind aufgewacht (022)* – ein Indikator für die Etablierung ihres eigenen Relevanzsystems. Die Patientin übernimmt diese Formulierung, versteht sie aber auf Grund des bisherigen Verlaufs der Anamnese als weitere Erzählaufforderung der Ereignisse seit ihrem Aufwachen, versteht sie nicht als thematisch viel spezifischere Aufforderung zur Schmerzbe-

schreibung. Das erklärt, warum sie auf die Nachfrage der Ärztin *und wann haben die begonnen*? *(023)* nicht eingeht, sondern ihre Chronologie einhält *und hab gespritzt mein Insulin (023)*. Erst als sie auch selbst in ihrer Darstellung bei den Schmerzen angekommen ist, geht sie auf die Schmerzbeschreibung ein.

Positiv ist an dieser Gesprächsführung ist, dass die Ärztin persönlichen Kontakt mit der Patientin aufnimmt, sie einige relevante psychosoziale Informationen erhält und die Anamnese auch bei deren aktuellen Erleben ansetzt. Zugleich entsteht ein *diskursives Dilemma*, weil die Ärztin eigentlich zwei medizinische Diskurse gleichzeitig zu realisieren versucht, die nicht vereinbar sind. Der für die Patientin nicht erkennbare Wechsel des Gesprächsmodus drängt sie sukzessive in die ungünstige Rolle einer "unkooperativen Gesprächspartnerin" – ein gerade bei dieser patientenorientierten Ärztin absolut paradoxes Ergebnis. Die Aufforderung, der Interaktionsfunktion nachzukommen, erweist sich in der schulmedizinisch geprägten Berufsrealität also als dysfunktional.

3.3.7. Zur Kategorisierung des biomedizinischen Diskurses

Die diskursive Praxis der Biomedizin zeichnet sich dadurch aus, dass die ÄrztInnen die gesprächsorganisatorische und inhaltliche Kontrolle über das Interaktionsgeschehen übernehmen: Sie eröffnen und beenden die Gespräche, initiieren Frage-Antwort-Sequenzen, bestimmen den thematischen Verlauf und kanalisieren die Äußerungen der PatientInnen zeitlich wie inhaltlich. Derartige sprachliche Handlungen der Interaktionskontrolle sind zwar auch dem institutionellen Charakter ärztlicher Kommunikation geschuldet und finden sich als Bestandteile des diskursiven Repertoires von ÄrztInnen vermutlich in allen medizinischen Diskursen. Das *wesentliche Charakteristikum der biomedizinischen Diskurspraxis* ist jedoch, dass diese sprachlichen Handlungen dazu eingesetzt werden, um das Relevanzsystem der Biomedizin gegenüber dem lebensweltlichen Relevanzsystem der PatientInnen durchzusetzen. So sind die ärztlichen Fragen entsprechend dem biomedizinischen Konzept von Krankheit als gestörte Organfunktion auf die Erfassung von körperlichen Phänomenen bezogen und dienen der medizinisch korrekten Symptomerfassung, der "fachsprachlichen Übersetzung" der Beschwerdendarstellungen der PatientInnen und der Ausblendung affektiver und individuell erlebensrelevanter Anteile der Krankheitsbeschreibungen. Damit gelingt es, den biomedizinischen Diskurs kohärent und geschlossen zu halten und den lebensweltlichen Diskurs der PatientInnen aus dem Interaktionsgeschehen systematisch auszuschließen.

Vorausgreifend sei hier erwähnt, dass sich die schulmedizinische Gesprächsführung aufgrund dieser Charakteristika für den Import in Medizinsendungen auch formal besonders gut eignet, da die Gesprächskontrolle in ärztlicher Hand verbleibt und sie "schnell" ist, also eine schnelle Diagnosefindung bietet und eine schnelle Problemlösung. Dies kommt der zügigen Durchsetzung der Sendungsziele entgegen.

3.4. Ärztliche Gesprächsführung in der ganzheitlichen Medizin

Die ganzheitliche Medizin verfolgt ein umfassendes und integratives Modell im Verständnis von Krankheit und Gesundheit und stellt den Menschen in seiner komplexen psychosozialen Vernetztheit in den Mittelpunkt der Behandlung. Körper, Seele und Umwelt werden als interagierende Einheit aufgefasst, das Auftreten einer Erkrankung ist Ausdruck einer Störung der komplexen Regulationsvorgänge zwischen körperlichen, psychischen und sozialen Prozessen. Bei Diagnose und Therapie wird deshalb versucht, die jeweilige Krankheitssituation als Teil dieser Lebenssituation im Spannungsfeld zwi-

schen biologischen, psychologischen und sozialen Faktoren gemeinsam mit den PatientInnen zu verstehen und auf allen diesen Ebenen zu behandeln.

3.4.1. Die Anamnese in der psychosomatischen Medizin

Die Verwirklichung einer biopsychosozialen Medizin beruht nach Adler (1990) also auf drei Voraussetzungen: auf medizinisch-psychologischem Fachwissen, auf der Beherrschung der Technik der Anamneseerhebung und auf der Herstellung eines gelungenen Arbeitsbündnisses mit den Patienten. Die bio-psycho-soziale Bedingtheit einer Erkrankung erfordert eine *Gesamtdiagnose* im Sinne Balints, also die Erfassung der biologischen Daten, der psychosozialen Daten und der "subjektiven Daten" wie z.B. der individuellen Bewertung des Krankheitsgeschehens (Helmich et al. 1991). Ärzte müssen entscheiden können, welche psychosozialen Angaben im Zusammenhang mit den erhobenen somatischen Daten wichtig sind und welche Bedeutung ihnen zukommt, sie müssen die Fähigkeit haben, diese Daten angemessen zu erheben und müssen es verstehen, die Beziehung zu den Patienten so zu gestalten, damit die Technik überhaupt wirksam ist.

Das übergeordnete allgemeine Ziel einer patientenzentrierten, ganzheitlichen Haltung ist es also, die PatientInnen für die weitere Zusammenarbeit als aktive Partner zu gewinnen, also gemeinsam mit ihm/ihr ein "Arbeitsbündnis" aufzubauen (Helmich et al. 1991). Für das patientenzentrierte diagnostische Gespräch bedeutet das, dass ÄrztInnen ihre Aufmerksamkeit den Beschwerden, der Lebenslage, dem Befinden und der Geschichte der PatientInnen zuwenden und sich so von ihnen in deren psychosoziale Wirklichkeit einführen lassen. Dazu müssen die ÄrztInnen auch bereit sein, sich selbst als Persönlichkeit in das diagnostische und therapeutische Geschehen einzubeziehen, sich also auf eine Beziehung zu den PatientInnen einzulassen. Nach Koerfer, Köhle & Obliers (1994, 65f) macht dieses Ziel einen, die gesamte Behandlung dauernden, zirkulären Prozess von aufeinander aufbauenden Informationsschleifen erforderlich, in dessen Verlauf sich beide PartnerInnen, ÄrztInnen und PatientInnen, wechselseitig als ExpertInnen benutzen.

Dieser Anspruch führt automatisch zu einer "Differenzierung und höheren Gewichtung des diagnostischen Gesprächs" (Bräutigam, Christian & von Rad 1992) in der ganzheitlichen Medizin. Diese Art der Gesprächsführung stellt – vergleichbar der psychotherapeutischen Gesprächsführung – eine eigenständige professionelle Tätigkeit dar und setzt eine entsprechende Ausbildung voraus. Dabei ist die kommunikative Kompetenz der ÄrztInnen aber unbedingt als Teil ihrer psychosozialen Kompetenz zu verstehen und in diesem umfassenderen Sinne zu fördern (Koerfer, Köhle & Obliers 1994). Das ärztliche Gespräch dient den Kranken aber auch dazu, ihr Krankheits- und Heilungserlebnis zu benützen, die körperlichen Symptome in einen verstehbaren Sinnzusammenhang mit ihrer inneren und äußeren Lebensgeschichte zu bringen. Es öffnet ihnen Wege, sich in Bezug auf ihren Körper, ihr Selbst und ihre soziale Umgebung neu zu orientieren und Verantwortung für das eigene Sein und Wohlbefinden zu übernehmen.

Im Folgenden möchte ich auf die *Spezifika der diskursiven Praxis der ganzheitlichen Medizinformen* eingehen und zwar exemplarisch anhand der Konzepte zur ärztlichen Gesprächsführung, wie sie in der Literatur zur psychosomatischen und psychosozialen Medizin ausgeführt sind (Morgan & Engel 1977, Meerwein 1986, Adler 1990, Helmich 1991 und Bräutigam, Christian & von Rad 1992).

Die psychosomatische Anamnese hat drei Funktionen (Adler 1990, Morgan und Engel 1977, Helmich et al. 1991): Erstens die *Interaktions-Funktion*, die dazu dient, mit den Patienten Kontakt herzustellen, sie für die weitere Zusammenarbeit als aktive Partner zu gewinnen und ein Arbeitsbündnis aufzubauen. Dazu werden gerade in der A-

namnese als erste ausführliche Kontaktaufnahme grundlegende Weichen gestellt. Zweitens die *Informations-Funktion*, d.h. es werden Informationen gesammelt und unter diagnostischem und therapeutischem Aspekt gewichtet; dabei wird im Erstgespräch nicht eine vollständige Erhebung aller verfügbaren Daten angestrebt, sondern ein verstehender Überblick über die jetzige Krankheitssituation. Die dritte Funktion ist die *Integrations-Funktion*. Hier werden die zu Krankheitsbild und Gesamtsituation der Patienten erhaltenen Informationen in eine vorläufige Gesamtdiagnose integriert und erste diagnostische und therapeutische Maßnahmen abgeleitet. Als Informationen gelten hier auch alle Empfindungen und Beobachtungen der PatientInnen, da sie unter Umständen krankheitsrelevante Daten enthalten sowie ihre Einstellung zu den Krankheitssymptomen zeigen. Das hebt die Trennung in physisch/psychisch auf, die ÄrztInnen können "den Verhaltensstil des Patienten kennen lernen, die gelieferten somatischen und psychosozialen Daten hierzu in Beziehung setzen und somit zur angestrebten Integration von Interaktion und Information kommen" (Schüffel 1983:123). Da in der ganzheitlichen Medizin die Anamnese ja lediglich das erste aus einer Abfolge von Gesprächen darstellt, die die Behandlung der PatientInnen begleiten, wird nicht eine vollständige Erhebung aller verfügbaren Daten angestrebt, sondern "ein Überblick über die jetzige Krankheitssituation und ein Verständnis für die Situation des Patienten" (Schüffel 1983:131).

Auch für die psychosomatische Anamnese gibt es ein *Ablaufschema*, das das klinisch objektive und das subjektiv teilnehmende Vorgehen integriert und den Ärzte als Leitfaden in den Gesprächen mit den Patienten zugrunde liegt. Dieses Schema, das häufig in differenzierten Einzelschritten dargestellt wird (vgl. z.B. Morgan & Engel 1977, Adler & Hemmeler 1986) kann in vier große Abschnitte unterteilt werden: in die Eröffnungsphase, die Beschwerdendarstellung der Patienten, die vertiefte Beschwerdenexploration und die Abschlussphase. Für jede Phase gibt es in der medizinischen Literatur explizite inhaltliche und sprachliche Handlungsanweisungen, die ich im Folgenden durch Befunde aus der sprachwissenschaftlichen Forschung differenzieren und ergänzen werde.

3.4.2. Die Eröffnungsphase: Gemeinsame Orientierung

Die *Eröffnungsphase* dient der gemeinsamen Orientierung von ÄrztInnen und PatientInnen. Dazu gehört, dass ÄrztInnen die PatientInnen begrüßen, sich ihnen mit Namen und Funktion vorstellen, sich nach deren ganz aktuellem Befinden erkundigen und ihnen auch Zweck und Gestaltung des Gesprächs verdeutlichen und die geplanten Gesprächs- und Untersuchungsschritte skizzieren. In folgendem Erstgespräch hat die Ärztin die Patientin schon im Wartezimmer begrüßt, sie ins Sprechzimmer begleitet und ihr Platz angeboten: [33]

001
AW: ahm - wie ich schon sagte, ich hab:/ wir ham ne dreiviertel/ gute dreiviertel Stunde Zeit

002
AW: für das Gespräch' - und ich mach es gerne so, dass ich mir erst mal erzählen lasse' mit welchem
PW: hmhm^{v}

003
AW: - Konflikt oder Problem sie kommen' <*räuspert sich*> und dass ich dann auch - die Fragen

004
AW: ergänze, - wo <u>mir</u> auch dann Informationen fehlen. ja?
PW: m:hm^{v} - Pro<u>blem</u> is: (...)

[33] Die folgenden Gesprächsausschnitte stammen aus dem Korpus " Erstgespräche in der psychosomatischen Frauenheilkunde" (Neises, Dietz & Spranz-Fogasy 2005).

Mit dieser Orientierung ist die Patientin über die Rahmenbedingungen der für sie neuen Gesprächssituation in Kenntnis gesetzt: Sie ist über die Länge und die unterschiedlichen Phasen des Gesprächs informiert. Sie weiß, dass sie zuerst ihr Problem darstellen soll, wobei der Ausdruck der Ärztin *dass ich mir erst erzählen lasse (002)* indiziert, dass in dieser Zeit die Patientin die Rolle der Erzählerin und die Ärztin die Rolle der Zuhörerin einnehmen wird. Sie weiß aber auch, dass die Ärztin anschließend ergänzende Fragen stellen wird, die Sprecher-Hörer-Rollen sich in der zweiten Gesprächshälfte also wieder umdrehen wird. All dies hilft der Patientin, die Ausführlichkeit und Angemessenheit ihrer Gesprächsbeiträge zu planen und sich ganz auf die Darstellung ihres Problems zu konzentrieren. Wichtig ist, dass die Ärztin sich z.B. mit *ja? (004)* eine Bestätigung von der Patientin einholt, so dass tatsächlich eine gemeinsame Ausgangsbasis hergestellt ist. Die Qualität dieser "sprachlichen Behandlung" gibt der Patientin auch die Möglichkeit, die Ärztin und ihre Beziehungsorientierung einzuschätzen – im Sinne der Etablierung einer Vertrauensbasis.

3.4.3. Die Beschwerdendarstellung: Von offenen und geschlossenen Fragen

Ziel dieser Anamnesephase ist es, die bio-psycho-soziale Lage der PatientInnen in Umrissen zu erfassen, einen Überblick über die verschiedenen Probleme und Beschwerden, die wichtigsten zeitlichen Zusammenhänge, Bezugspersonen und die derzeitigen Lebensumstände zu erlangen, eine so genannte "Landkarte der Beschwerden zu skizzieren. Diese Technik der Anamneseerhebung wird als "offen fragendes und assoziativ geführtes Erstgespräch" (Morgan und Engel 1977) beschrieben. Die offene Frageform überlässt es den PatientInnen, Inhalt und Form der Antwort zu bestimmen, die Ärzte lassen sich von ihnen assoziativ führen und bemühen sich, von sich aus wenig neue Inhalte in das Gespräch einzubringen. Erst im Anschluss daran kommt in Passagen der Symptomdifferenzierung die geschlossene Frageform zum Einsatz (Adler 1990, 212).

An dieser Stelle möchte ich kurz auf das immer wieder zitierte Gegensatzpaar *offene vs. geschlossene Frage* eingehen. Unter einer geschlossenen Frage versteht man eine Frage, die strukturell nur eine spezifische Antwort zulässt, z.B. *Wie alt sind Sie?, Ist der Schmerz ziehend oder stechend?*, unter einer offenen Frage eine, die die Gestaltungsmöglichkeit der Antwort weitgehend bis relativ offen hält, z.B. *Wie fühlen sie sich?, Wann hat das alles angefangen?* Eine geschlossene Frage vom Typ *Seit wann haben Sie diese Beschwerden?* kann im Anschluss an eine Patientenäußerung aber interaktiv auch hoch produktiv sein und eine ausführliche Darstellung initiieren, vor allem wenn sie von Erzählung fördernden Hörersignalen gefolgt wird. Und eine offene Frage vom Typ *Wie geht es Ihnen jetzt?* kann zu Beginn einer Anamnese einen Patienten mit zu geringer Orientierung überfordern und in eine knappe Antwort wie *Ganz gut.* münden. Das bedeutet, weder sind geschlossene Fragen immer gesprächsbehindernd und deshalb verpönt, noch sind offene Fragen immer gesprächsfördernd und zielführend (vgl. auch Spranz-Fogasy 2005 zur eigentlichen Unterscheidung zwischen patientengeleiteten und wissensgeleiteten Fragen).

Was die offenen Fragen betrifft, so ist der zentrale Punkt folgender: Die *pragmatische Funktion einer offenen Frage*, d.h. die Handlung, die man beim Gegenüber damit auslösen möchte, ist z.B. die Initiierung einer ausführlichen, von den Patienten selbst gestalteten Beschwerdendarstellung. Soll sich diese Funktion erfüllen, dann genügt es nicht, nur eine einzelne strukturell offene Frage zu formulieren, sondern es muss der gesamte Gesprächsabschnitt "offen" und patientenorientiert gestaltet werden, sei es im Vorfeld durch die oben schon dargestellten Orientierungshandlungen, sei es im Nachfeld durch aktives Zuhören, durch bestätigende Hörersignale, durch das Stellen weiterer offener Fragen – je nachdem, wie viel Unterstützung die PatientInnen jeweils benötigen.

Damit wird nicht nur die initiale offene Frage interaktiv wirksam, sondern auch die patientenorientierte ärztliche Haltung, die wiederum Offenheit und Vertrauen auf Patientenseite fördert.

Gerade bei der ersten Darstellung zu Gesprächsbeginn benötigen Patienten oft noch zusätzliche *interaktive Unterstützung*, selbst wenn sie – wie im ersten Gesprächsbeispiel – eine ausführliche anfängliche Orientierung oder Erzählaufforderung erhalten haben:

004
AW: was Ihnen spontan -
PW: Problem is: - wo soll ich am allerbesten anfangen. <*atmet tief ein*> ahm

005
AW: einfällt. ja:.
PW: mein größtes Problem ist, dass ich: - unter Morbus Crohn leide' - das is vorm halben Jahr

006
AW: hmhm[v]
PW: entdeckt worden' - hat dann gottseidank erst Mal Ruhe gegeben' war ich sehr froh drüber' und is

007
AW: hmhm[v]
PW: an Weihnachten/ ja kurz nach Weihnachten is es wieder losgegangen.

Die Patientin unterbricht sich in selbst in ihrer anfänglichen Redeplanung und meldet noch Bedarf an interaktiver Unterstützung an, die sie von der Ärztin in offener Formulierung *was ihnen spontan einfällt (004)* erhält. An diesem Beispiel wird deutlich, dass der Teil der expliziten Orientierung der Ärztin *dass ich mir erst mal erzählen lasse mit welchem Konflikt oder Problem sie kommen (001)* zugleich auch als offene Eingangsfrage fungieren kann bzw. von der Patientin problemlos auch als solche verstanden wird. Die Ärztin begleitet die Formulierungen der Patientin weiter mit unterstützenden-Hörersignalen wie *ja, hmhm*, solange bis diese am chronologischen Ausgangspunkt des Problems "Fuß gefasst" hat. Dies wird mit ihrer Äußerung *kurz nach Weihnachten is es wieder losgegangen (007)* indiziert. Geradezu metaphorisch zeigt sich hier die begleitende Funktion der Ärztin, nicht nur für den Verlauf der medizinischen Behandlung, sondern auch interaktiv für den Verlauf des Gesprächs.

Mit einer Aufforderung zur ausführlichen Beschwerdendarstellung bekommen Patienten für diesen Anamneseabschnitt die aktiv gestaltende Rolle des so genannten "primären Sprechers" (Quasthoff 1990) zugeteilt, d.h., sie können ihre folgende Darstellung eigenständig gestalten, nach Unterbrechungen durch Nachfragen und Klärungen fällt die Sprecherrolle automatisch so lange an sie zurück, bis die Darstellung abgeschlossen ist. Diese ärztliche Erzählaufforderung wird notwendig, weil es sich, wie ausgeführt, bei jedem Arzt-Patient-Gespräch um eine Form institutioneller Kommunikation handelt, PatientInnen mit interaktiven Rechten und Pflichten ausgestattet sind und darum nicht einfach von sich aus zu erzählen beginnen können, sondern von den Ärzten in irgendeiner Weise den Raum dafür zugeteilt bekommen müssen.

Die Ärztin macht deutlich, dass sie weiß, dass sie sich während der Beschwerdendarstellung in der Rolle der Zuhörerin befindet, indem sie – wie in alltäglichen Erzählungen – nach Nachfragen oder Einwürfen die Sprecherrolle wieder der erzählenden Patientin überlässt:

016
PW: und irgendwo auch an mein Baby denken muss, weil: - / ich mein ich möchte es gern haben'

017
AW: hmhm[v] wie weit ist die Schwanger=
PW: ich hab mich sofort dafür entschieden' wir wollten auch Kinder' - -

018
AW: schaft jetzt? hmhm[v]
PW: zehnte Woche. nur es ist für mich halt jetzt unheimlich schwierig mit beiden

019
AW: hmhm^{v} hmhm^{v}
PW: Sachen klarzukommen. ich merk das, ich bin teilweise – ja wirklich am Verzweifeln

Die Patientin befindet sich mitten in ihrer Problemdarstellung, die Ärztin stellt eine geschlossene Informationsfrage zur Schwangerschaft, quittiert die Antwort mit dem Hörersignal hmhm und zieht sich wieder in die Rolle der Zuhörerin zurück. Damit macht die Ärztin interaktiv deutlich, dass sie der Patientin die aktive und eigenständige Gestaltung der Beschwerdendarstellung überlässt, gerade auch an einer Stelle, an der die Patientin nicht über Krankheitssymptome sondern ihre individuell relevante Problematik spricht. Mit diesen sprachlichen Verfahren *stützt und fördert die Ärztin den lebensweltlichen Diskurs der Patientin.*

So fordert die Ärztin die Patientin an entsprechenden Stellen auch explizit zur *Ausweitung* der lebensweltlichen Darstellung auf:

PW: es gibt Tage da geht s mir dann gut' und es gibt Tage wo ich denke ich: - ich schaff s

021
AW: ja. <*schreibt 6 sec*> ja: vielleicht: ahm – erzähl n Sie mir noch wie so im Moment so
PW: einfach nicht.

022
AW: Ihre Lebenssituation ganz: - generell ist.
PW: ich bin wie gesagt krank geschrieben' - - es ist im (...)

3.4.4. Die vertiefte Beschwerdenexploration

Der Zugang zum inneren Bezugssystem der PatientInnen bildet die Grundlage für ein ganzheitliches Verständnis ihrer Krankheit. Dieses Gesprächsziel erfordert es in der Phase der vertieften Beschwerdenexploration, gerade Darstellungen und Beschreibungen von erlebensrelevanten Inhalten besondere Aufmerksamkeit zu widmen und die den entsprechenden sprachlichen Äußerungen zugrunde liegenden, individuell relevanten Bedeutungsdimensionen zu erfassen und sie in das Gespräch einzubinden, sie also interaktiv zu prozessieren. Die sprachlichen Verfahren dafür sind z.B. Vertiefen, Eingehen oder Hinterfragen (Fiehler 1990, 2005). In dieser Phase übernehmen die ÄrztInnen wieder die Gesprächsführung, d.h. es findet ein *Rollenwechsel* statt und sie werden wieder zu "primären SprecherInnen".

Allgemein bedeutet dies, dass es ganz bestimmte Ausschnitte aus dem Diskurs der Lebenswelt gibt, die gerade für die psychosoziale Medizin aufgrund ihrer Leitkonzepte zur Krankheitsentstehung relevant sind – in dem Falle also die individuelle Bedeutung von Lebensereignissen, Lebensumständen und Beziehungsqualitäten. So ist es ein Bestandteil des psychosozialen medizinischen Diskurses, diese Ausschnitte nicht nur aufzunehmen, sondern sie geradezu zu elizitieren und an geeigneten Stellen sogar schon auch erste Interpretations- oder Deutungsangebote zur Verfügung zu stellen.

Die Patientin hat in ihrer eigenen Darstellung z.B. ausführlich von ihrer Großmutter als relevanter Bezugsperson erzählt, die niemals krank war.

110
AW: wie geht die Oma damit um dass SIE jetzt so krank sind' wenn sie selber auch so was Robustes
PW:

111
AW: hat? hmhm^{v} hmhm^{v}
PW: es tut ihr Leid' es tut ihr sehr Leid. – nur viel erzähl ich ihr nicht, weil:/ also ich

112
AW: hmhm^{v}
PW: sag ihr schon dass ich krank bin' und ich sag ihr schon dass es mir nicht gut geht' aber ich gehe

113
AW: hm:hm^{v}
PW: nicht ins Detail, weil - ich denke dazu ist das Verständnis bei ihr einfach nicht mehr da. also –

(...)

116
AW: ja. hmhm^{v}
PW: und deswegen versuch ich ihr halt nicht allzu viel zu sagen' weil sie sich Sorgen um mich macht.

117
AW: das heißt/ tja, das hat so einen negativen Beigeschmack' - durch die Krankheit bekommen Sie

118
AW: jetzt ganz viel Aufmerksamkeit - die Ihnen als Kind gut getan hätte.
PW: - das kann man so sehn. ja.

119
AW: hmhm^{v}: und die Rauferei im Kindergarten? wer war da verwickelt?
PW: - - das stimmt. - - das ist richtig. <*schneuzt sich*>

Obwohl die Ärztin in der Rolle der Fragenden ist, lässt sie auch hier der Patientin Zeit zum Antworten und begleitet sie mit bestätigenden Hörersignalen. Das dient dem Ziel, die tatsächlichen individuellen Bedeutungen von Personen, Ereignissen und Umständen auszuloten. In (117) bringt die Ärztin zum ersten Mal einen eigenständigen Inhalt in das Gespräch ein, und zwar in Form eines *Deutungsangebots*: d*as heißt (...) durch die Krankheit bekommen Sie jetzt ganz viel Aufmerksamkeit, die Ihnen als Kind gut getan hätte*. Ein solches Deutungsangebot kann man als Verbalisierung des psychoanalytischen Expertenwissens des Ärztin beschreiben. Diese bzw. eine mögliche Funktion der chronischen Erkrankung für die Patientin entspricht einer ersten, tentativen und vorläufigen Diagnose (die Ärztin schwächst sie durch den Heckenausdruck *tja, das hat so einen negativen Beigeschmack (117)* im Vorfeld auch deutlich ab). Dieses erste Angebot wird nach der bestätigenden Reaktion der Patientin aber nicht weiter getragen wird, sondern durch die Thematisierung weiterer Inhalte, die von der Patientin eingeführt worden sind, abgelöst wird, um weitere, ergänzende und differenzierende Informationen zu sammeln. Im Inhalt dieses Deutungsangebots wird das bio-psycho-soziale Konzept zu Krankheitsentstehung deutlich, in seiner interaktiven Realisierung das Ziel des gemeinsamen Erarbeitens und umfassenden Verstehens von Krankheit. Dieses Deutungsangebot ist auch ein erster *Versuch der Ordnung* des lebensweltlichen Diskurses durch den professionellen Diskurs.

Nach der gemeinsamen Durcharbeitung der Themen, die von den PatientInnen eingebracht worden sind, können weitere, für die ÄrztInnen relevante Themen wie z.B. Fragen zum subjektiven Krankheitskonzept oder zu Ressourcen ganz problemlos eingeführt werden, umso mehr, wenn dies in der Orientierungsphase auch angekündigt worden ist:

084
AW: und so Gedanken woher das kommen könnte?
PW: - - die Frage nach dem Warum. ja' manchmal,

085
AW: hmhm^{v}
PW: manchmal sitze ich dann da und sage, warum grade ich? obwohl - man das ja gerade nicht

086
AW: hm. die Fragen kommen einfach. ja.
PW: tun sollte. die kommen einfach. ja. – aber warum? - nein'

087
AW: hmhm^{v} hmhm^{v}
PW: warum kann nicht sagen. also einfach/ bei mir is dann häufig die Frage, warum grade ich'

So lassen diese ärztlichen Fragen das zugrunde liegende *Leitkonzept der psychosozialen Medizin* deutlich werden, nämlich den biopsychosozialen Zusammenhang einer Krankheitssituation und ihre individuellen, oftmals unbewussten Bedeutungen für die erkrank-

te Person zu erfassen: Die Ausweitungen und Rückführungen, die ganz eng mit den Äußerungen der Patientin verknüpft sind, erzeugen eine Art Wechselbewegung. So kann die Ärztin die Darstellungen der Patientin auf ihre somatischen *und* psychosozialen, also individuell relevanten Bedeutungen hin ausloten, und gemeinsam mit der Patientin deren aktuelle Lebensumstände unter diesem Fokus betrachten.

Um den psychosozialen medizinischen Diskurs realisieren zu können ist – geradezu im Gegensatz zum biomedizinischen Diskurs – der unmittelbare Bezug zum lebensweltlichen Diskurs der Kranken Grundbedingung. Durch die Orientierung am lebensweltlichen Diskurs ergibt sich in diesem ersten Gespräch ein recht zusammenhängendes Bild von der Patientin, ihren Lebensumständen und ihrem Umgang mit der Erkrankung und es werden eine Reihe Krankheit fördernder Lebensbedingungen sichtbar. Diese Informationen bilden eine gute Basis für weitere Gespräche und für längerfristige therapeutische Maßnahmen, in denen neben der somatischen Behandlung dann auch die eigentliche Ordnung des lebensweltlichen Diskurses stattfinden kann, also etwa die Sichtbarmachung und Deutung und das gemeinsame Verstehen von Zusammenhängen. Denn die *Integration* des lebensweltlichen Diskurses soll dessen Ordnung durch den psychosozialen Diskurs ermöglichen, d.h., einen Verstehensprozess bei PatientInnen wie ÄrztInnen einleiten und eine angemessene personenbezogene Therapie zu gewährleisten.

Die Integration des lebensweltlichen Diskurses hat auch förderliche Beziehungsfunktion, ein relevanter Teil einer ganzheitlichen medizinischen Haltung: Indem die Ärztin stets nahe bei den von der Patientin gewählten Ausdrücken und Inhalten bleibt, bleibt sie – auch im übertragenen Sinn – nahe bei der Patientin und vermittelt ihr, dass sie sie und ihre Themen wahrnimmt und wichtig nimmt und an tatsächlichem Verstehen bemüht ist.

3.4.5. Psychosomatischer Diskurs und Interaktionskontrolle

Fairclough (1992) bezeichnet den von ganzheitlichen bzw. alternativmedizinischen Ärzten realisierten Diskurs als Beratungsdiskurs (*counselling voice*, Fairclough 1992, 145f) mit folgenden charakteristischen Kennzeichen, die sich auch in den Transkriptausschnitten zeigten: *turn-taking*, also die Verteilung der Redebeiträge, erfolgt eher gemeinsam als asymmetrisch; die PatientInnen haben die Kontrolle über die Initiierung und den Wechsel von Themen, die Art der Themenentwicklung entspricht eher dem von Alltagsgesprächen (*talking topically*), die ÄrztInnen geben ausreichend Feedback und ihre Fragen sind thematisch an die Erzählungen der PatientInnen angeknüpft, sodass der reine Frage-Antwort-Bestätigungs-Zyklus ausgesetzt wird.

In diesen Transkriptausschnitten besonders deutlich wird die *wechselnde Interaktionsrolle der Ärztin*: In der Phase der Beschwerdenschilderung durch die Patientin verbleibt sie nach der Initiierung der Darstellung in der zuhörenden und unterstützenden Interaktionsrolle, in der Phase der vertiefenden Beschwerdenexploration übernimmt sie eine aktive und strukturierende Interaktionsrolle. Wie Fairclough (1992) betont, sind auch in einem ganzheitlichen ärztlichen Gespräch bestimmte *interactional control features* nicht ausgesetzt, denn "the fact that the doctor does ask the medically important question (...), does offer an assessment, and does control the initiation and termination of the interview and future action (Fairclough 1992, 146)". Dies hängt zum einen mit der institutionellen Rolle von ÄrztInnen allgemein und den entsprechenden Interaktionsaufgaben und -rechten zusammen (vgl. Kap. 3.2.2.), zum anderen mit der prinzipiell ordnenden und strukturierenden Funktion jedes ärztlichen Diskurses.

Ein relevanter Unterschied zwischen biomedizinischen und ganzheitlichen ärztlichen Fragen besteht darin, welche Leitkonzepte diesen ärztlichen Fragen zugrunde liegen und über sie manifest werden und welche Inhalte – institutionell relevante oder lebenswelt-

lich-individuell relevante – in den ärztlichen Fragen repräsentiert sind und interaktiv prozessiert werden. Darauf werde ich gleich anschließend noch genauer eingehen. Ein anderer Unterschied ist, dass in schulmedizinischen Gesprächen die ÄrztInnen ausschließlich in der aktiven, gesprächsführenden Interaktionsrolle verbleiben und die PatientInnen in der reaktiven, während in ganzheitlichen ärztlichen Gesprächen diese Interaktionsrollen je nach Phase des Gesprächs wechseln (können) – ohne dass die prinzipielle Zuständigkeit der medizinischen ExpertInnen ausgesetzt wird.

3.4.6. Die Simulation der ganzheitlichen Haltung

Gerade an den Anamnesegesprächen der angehenden und daher unerfahrenen MedizinerInnen lassen sich auch so genannte *Simulationen oder Artefakte* der psychosozialen medizinischen Haltung feststellen (vgl. Bliesener & Brons-Albert 1994 und Lalouschek 1994a, ebda). Simulation bedeutet hierbei, dass bestimmte sprachliche Verfahren oder die Bezugnahme auf Konzepte eingesetzt werden, die als charakteristische Bestandteile eines psychosozialen medizinischen Diskurses gelten, ohne dass ein genuiner solcher Diskurs realisiert würde. Dies lässt sich am Beispiel der "prototypisch psychosozialen" ärztlichen Frage nach Stress als Krankheit auslösendem Faktor darstellen.

Der 50-jährige Patient ist mit der Diagnose Lebermetastasen ins Krankenhaus aufgenommen worden. Seine Lebensumstände sind schwierig und die Erkrankung bedrohlich. Das Gespräch kommt zum Thema Berufstätigkeit:[34]

105
SW: wie lang sind Sie schon Briefträger? und macht Ihnen das Spaß
PM: najo – seit n 61iger Jahr.

106
SW: oder? und war da nicht irgendein besonderer Stress oder was.
PM: jo. muss i sagn. na des

107
SW: ja? wie - warum?
PM: schon. a Stress is schon. ja sehr groß. na warum? ((*ironisch*))

Die Studentin versucht, die Berufstätigkeit des Patienten auf Krankheit auslösende Faktoren zu erkunden. Anstatt den Patienten mit einer offenen Frage zu einer eigenständigen Erzählung aufzufordern, die ihr angemessene und für ihn tatsächlich relevante und zutreffende Informationen liefern könnte, unterbreitet sie ihm das gängige Stress-Konzept "Stress macht krank", und zwar mit einer geschlossenen, suggestiven Frage: *und war da nicht irgendein besonderer Stress oder was*? *(106)*. Was auch immer die Gründe für den Patienten sein mögen (Stress im Beruf ist z.B. ein sozial erwünschter Faktor oder "gute Patienten kooperieren"), er übernimmt dieses Konzept, verstärkt es sogar mit *ja sehr groß (107)* und gibt anschließend eine entsprechend gefärbte Darstellung des beruflichen Alltags, die in Widerspruch zu seiner früheren Antwort steht, sein Beruf mache ihm Spaß *(106)*. Am Ende seiner Darstellung fragt die Studentin nochmals explizit nach einem möglichen *Zusammenhang (130)* der jetzt stressbelasteten beruflichen Situation mit der Krankheit:

130
SW: und sehn Sie vielleicht da irgend an Zusammenhang was das sein könnt?
PM: na doch a Stress -

131
SW: hmhm[v]

[34] Das Gespräch stammt aus dem Korpus "Fachtutorium Anamnesegespräche" (Deusch, Lalouschek & Spiess 1989).

PM: wie Sie sagen - es - -bestimmt kann i s net sagen, aber a Stress is auf jeden Fall vorhanden.

Der Patient bejaht nun ihre Frage, wenn auch relativierend (*bestimmt kann i s net sagn (131)*). Entlarvend ist jedoch seine kurze Bezugnahme *wie Sie sagen (131)*, denn es waren ja tatsächlich nicht seine Worte und nicht sein Konzept und nicht sein individuelles Erleben, aus denen diese scheinbare Deutung der Zusammenhänge erwächst.

Die Fragetätigkeit der Studentin ist nun zwar an einem prototypisch psychosozialmedizinischen Konzept ausgerichtet, nämlich dass es einen Zusammenhang zwischen belastenden Lebenssituationen und Krankheitsentstehung gibt, sie ist aber nur ganz oberflächlich am lebensweltlichen Diskurs des Patienten orientiert. So wirkt dessen Vorgabe und Abfragung artifiziell, die Antwort des Patienten fremdbestimmt. Die mangelnde Integration des lebensweltlichen Diskurses verhindert dessen Ordnung durch den psychosozialen Diskurs und verhindert damit aber auch das tatsächliche Verstehen, sowohl von Seite der Studentin wie von Seite des Patienten und verhindert damit letztendlich eine angemessene personenbezogene Therapie. Das sprachliche Verfahren, medizinische Inhalte vorzugeben und abzufragen stammt aus dem biomedizinischen Diskurs.
Wie ich in Lalouschek (1994a) ausführlich darstellen konnte, scheint das simulierte psychosoziale Gesprächsverhalten in diesem Patienten-Gespräch Angst abwehrende Funktion zu erfüllen: Die vorangegangenen Darstellungen des Patienten zu seiner Lebenssituation boten eine Fülle an psychosozial relevanten Information; aufgrund der schwierigen und bedrohlichen Lebens- und Gesundheitssituation scheint die rasche, oberflächliche Einigung die Funktion zu erfüllen, eine Auseinandersetzung mit Angst auslösenden Faktoren zu vermeiden und dennoch zu einer "psychosomatischen Diagnose" zu kommen (zu weiteren derartigen Gesprächsartefakten in supervidierten Lehr-Lern-Gesprächen vgl. Lalouschek 1994a).

Ich bin auf diesen Aspekt deshalb so ausführlich eingegangen, da ich davon ausgehe, dass die linguistische Analyse vergleichbare *Simulationen in den Medizinsendungen* zu Tage fördert. Diese könnten im medialen Kontext dazu dienen, Aspekte der alternativen oder ganzheitlichen Medizin in den vorherrschenden, etwa biomedizinischen Diskurs zu inkorporieren ohne den vorherrschenden Diskurs aufgeben zu müssen, aber dennoch den Anschein zu erwecken, für alternative und ganzheitliche medizinische Konzepte und Haltungen offen zu sein (vgl. Kap. 6.9.6.).

3.4.7. Die diskursive Praxis der homöopathischen Medizin

Abschließend möchte ich auf ärztliche Gespräche in der homöopathischen Medizin eingehen, als Beispiel für eine weitere ganzheitliche Medizinform, der ein ganz spezifisches Diagnose- und Behandlungskonzept zugrunde liegt. So sollen die folgenden Ausführungen einen Differenzierungsschritt bei der Beschreibung von ganzheitlichen medizinischen Diskursen bieten.

Das Kernstück der Homöopathie ist die *Similefindung* (vgl. ausführlich Kap. 1.2.4.): Das homöopathische Mittel, das Simile, muss bei einem Gesunden in hoher Dosierung ähnliche Symptome wie beim Kranken hervorrufen; beim Kranken bringt die Gabe des Mittels die Symptome zum Verschwinden. So konzentriert sich das homöopathische Gespräch auf die detaillierte Beschreibung der Symptome. Dabei werden im Gegensatz zur Schulmedizin nicht typische, sondern individuelle, ungewöhnliche und auffallende Symptome gesucht sowie deren Modalität, d.h., deren genaue Beschwerdenqualität und die individuellen Umstände, unter denen sie sich verstärken, verschlechtern, verbessern oder verändern. Da die Homöopathie Erkrankung als ganzheitliche Störung des Regulationssystems eines Menschen betrachtet, entspricht das ärztliche Gesprächsverhalten einem ganzheitlichen medizinischen Diskurs mit den Prinzipien, PatientInnen erzählen

zu lassen und die ärztlichen Fragen an erlebensrelevanten Inhalten anzuknüpfen. Dazu finden sich – unter dem Postulat der Similefindung – spezifische "homöopathische" Leitfragen und interaktive Strategien.

Die folgenden Ausschnitte stammen aus Gesprächen aus der Praxis einer niedergelassenen homöopathischen Ärztin.[35] Anhand des ersten Beispiels möchte ich den *homöopathischen Diskurs in seiner Qualität als ganzheitlicher medizinischer Diskurs* darstellen. Es handelt es sich um eine Patientin, die das erste Mal zu der Homöopatin kommt, so dass die Erhebung einer vollständigen und umfangreichen Anamnese notwendig wird. Die Ärztin orientiert die Patientin über den Umfang und Ablauf des Gesprächs:

001
AW: okay, wir bräuchten also – heute' einmal die Schilderung Ihrer aktuellen Probleme,

002
AW: warum Sie jetzt kommen, – dann würd ich Sie bitten einmal ganz von vorne anzufangen'

003
AW: von Ihrer Geburt an' – die wichtigsten Stationen Ihres Lebens zu erzählen, die wichtigsten

004
AW: Erkrankungen auch zu berichten, – dann brauchen wir die Erkrankungen der Familie, –

005
AW: Eltern und Großeltern, und dann ähm – werd ich Ihnen so – die üblichen Homöopathiefragen

006
AW: stellen, das – sehn wir dann – womit möchten Sie gern anfangen?
PW: hmhm^{v} hmhm^{v}

Die *Gesamtorientierung* über das Gespräch erinnert mit den Bestandteilen aktuelle Probleme, Kinderkrankheiten und Familienerkrankungen durchaus an das schulmedizinische Anamneseschema, die Ärztin kündigt hier auch schon die *üblichen Homöopathiefragen (005)* an. Der erste Unterschied zu schulmedizinischen Anamnesen ist, wie in der psychosomatischen Anamnese, dass diese Gesamtorientierung überhaupt erfolgt, so dass auch der Patientin die zugrunde liegende Ablaufstruktur des Gesprächs deutlich wird. Der zweite Unterschied ist, dass die Ärztin es der Patientin explizit freistellt, wie sie das Gespräch gestalten möchte. Sprachlich eindeutig wird dies über die Formulierung *das sehn wir dann (006)*. Damit macht die Ärztin deutlich, dass auch für sie der Verlauf des Gesprächs noch offen ist, dass dieser also nicht ihrer Kontrolle unterliegt. Obwohl die Ärztin qua institutioneller Zuschreibung und Expertenrolle die Rahmenbedingungen der Interaktion kontrolliert, wird durch diese Eröffnungssequenz der quasi demokratische Anspruch der ganzheitlichen Medizin manifest. Dieses Interaktionsverhalten ist somit auch Ausdruck der professionellen Identität der Ärztin als Förderin und Begleiterin eines kranken Menschen bei dessen Heilungsprozess. Die Verlässlichkeit dieses Anspruchs wird in der folgenden Aushandlungssequenz nochmals bestätigt:

006
AW: stellen, das – sehn wir dann – womit möchten Sie gern anfangen?
PW: hmhm^{v} hmhm^{v} was is denn besser' – mit

007
PW: der aktuellen Situation' weil ich würd das gerne rückwärts machen, ich hab s mir auch so

008
AW: das is für jeden Menschen anders'
PW: rückwärts aufgeschrieben, wenn Ihnen das jetzt (...) ja.

009
AW: deshalb können Sie s gern so machen' wie Sie sich s denken.
PW: ja. hmhm^{v} hmhm^{v}

[35] Diese Gesprächsausschnitte stammen aus dem Korpus "Kommunikation über Krankheiten" von Elisabeth Gülich und wurden mir dankenswerter Weise für die Analysen zur Verfügung gestellt.

Diese Sequenz erweist zudem, dass Zeit für solche Aushandlungsprozesse vorhanden ist. Gerade für PatientInnen, die noch keine Erfahrung mit ganzheitlichen ärztlichen Gesprächen haben, ist dies eine wichtige Information, wie viel Raum sie tatsächlich einnehmen dürfen und wieweit sie wahrgenommen werden. Mit *das ist für jeden Menschen anders (008)* deutet die Ärztin quasi metaphorisch schon auf das ganzheitliche homöopathische Konzept hin, das die Individualität jedes Kranken und jeder Erkrankung fokussiert – darum ja auch die aufwändige, weil individuell abgestimmte Mittelfindung.

Die Patientin beklagt eine Vielzahl von Beschwerden, die gleichzeitig oder nebeneinander auftraten:

016
PW: na, das is halt die aktuelle Situation jetzt seit Januar, - dass mir einfach ganz schlecht geht.

017
AW: hmhm^{v} hmhm^{v} im Januar'
PW: fing an mit m Hörsturz, äh der Hörsturz war – im Februar, aber im

018
PW: Januar war s schon so, dass ich irgendwie (das Gefühl hatte) ich bin völlig überlastet, -

019
AW: hmhm^{v} hmhm^{v}
PW: konnte überhaupt nicht mehr schlafen, das war dann so das Erste, nachts um

020
PW: drei war ich noch wach, dann hab ich mal zwei Stunden geschlafen' – man hat immer das

021
AW: hmhm^{v} hmhm^{v}
PW: Gefühl' du musst schlafen, bin dann zum – Arzt gegangen' zum Hausarzt, und

022
PW: der sagte ja, – äh: wie/ ach so und mit den Magenbeschwerden, also ich hatte immer so n

023
PW: Druck im Magen, –

Die Schilderung wird noch durch die Darstellung eines Bandscheibenvorfalls mit erheblichen Schmerzen im Bein und der Feststellung eines Magengeschwürs ergänzt. Die Ärztin verbleibt in dieser Gesprächsphase in der Rolle der Zuhörenden und unterstützt mit bestätigenden Hörersignalen. Es zeigt sich, dass die Patientin das Krankheitsgeschehen als unübersichtliche Abfolge bzw. Nebeneinander erlebt. So formuliert sie ganz zu Beginn des Gesprächs ihr Bedürfnis nach einer spezifischen Hilfestellung:

011
AW: hmhm^{v} hmhm^{v}
PW: und bin jetzt seit Februar krankgeschrieben, kann man so sagen, - einfach weil

016
PW: ganz ganz viele Sachen nacheinander und gleichzeitig kamen' und ich jetzt für mich über=

017
PW: legt hab' warum soll ich immer zum Internisten, zum Chiropraktiker – äh: zum Halsnasen=

019
PW: undohrenarzt' ich brauch jetzt mal n Arzt' – äh der für alles irgendwie zuständig is,

In dieser Darstellung formuliert die Patientin ihr Bedürfnis, ja vielleicht ihr *chief complaint*, für sich selbst die Fragmentierungen der Schulmedizin aufzuheben, die sich ja in der Spezialisierung auf einzelne Körperregionen oder Organe manifestiert, die sich in den einzelnen ärztlichen Gesprächen wiederholt und die damit bei den Kranken die Wahrnehmung ganzheitlicher und übergreifender Prozesse unmöglich macht. Mit anderen Worten erwartet diese Patientin gerade das, was eine ganzheitliche Medizinform zu

leisten vermag, nämlich die Sichtbarmachung oder Wiederherstellung der verloren gegangenen Zusammenhänge, also die Ordnung ihres lebensweltlichen Diskurses.[36]

Die *spezielle homöopathische Technik und ihre interaktive Realisierung* möchte ich an Ausschnitten aus einem anderen Gespräch der Ärztin deutlich machen: Das homöopathische Prinzip der Similefindung macht besondere Detailgenauigkeit in der Beschreibung der Symptome notwendig – im Sinne der Individualisierung und Modalität. Der Patient hat seine dritte Konsultation. Seine Magenbeschwerden, bei denen früher eine Heliobakter-Infektion festgestellt und die mit Antibiotika behandelt worden waren, sind wieder akut geworden. Die Ärztin macht ihm die spezifische homöopathische Vorgangsweise deutlich:

057
AW: die Frage is nur: - öhm – was mach man jetzt, denn: - n:un wieder n Antibiotikum, das is –

058
AW: bestimmt nicht das was Sie wollen' deshalb sind Sie auch eigentlich hier –
PM: nee das möchte ich auch nich, ne' deswegen will ich ja

059
AW: un:d – wir müssen uns jetz an den Beschwerden orientieren die Sie haben'
PM: eignlich/- ja ja.

061
AW: und ich finde das Mittel nur über die Beschwerden' und nicht über irgendeinen: -
PM: hmhm^{v} ja'

062
AW: Befund wie Heliobakter. das nützt mir für die Mittelfindung eingentlich nichts, ne'
PM: ja' hmhm^{v} ja ja,

063
PM: das is klar, hmhm^{v}

Die Ärztin stellt den Unterschied zu einer schulmedizinischen Vorgangsweise bei der Diagnosefindung klar und klärt damit auch die Rahmenbedingungen und Relevanzen des nun folgenden Gesprächsabschnitts. Einleitend bittet sie den Patienten deshalb, die Qualität seiner Magenbeschwerden nochmals ganz detailliert zu beschreiben, um auch die Veränderungen zu den vorangegangenen Konsultationen und schon erfolgten Mittelgaben einschätzen zu können:

065
AW: gut, dann würd ich Sie bitten – öhm versuchen Sie doch jetz nochmal: - obwohl Sie das

066
AW: schon – drei Mal gemacht haben' aber versuchen Sies nochmal: – so genau wie

067
AW: möglich zu beschreiben – wie: sind – die Beschwerden,
PM: – ja, äh: erstmal is es so –

068
PM: merk ich wieder bei: Getränken die so säurehaltiger sind, wie: so Apfelsaft oder – Orangen=

069
AW: hmhm^{v} – ja'
PM: saft, dass ich die: nich vertrage',dann bekomm ich so Sodbrennen' ach, und dann

070
PM: is es so dass ich – jetz immer n starkes Blubbern im/im Magen – merke, das is so richtig

071
PM: auch laut' dass es auch andre Leute auch hörn können. das is immer so – äh:m am Gären,

[36] Fragen, ob sich hinter der emphatischen Formulierung *der für alles irgendwie zuständig is* auch die typischen überhöhten Ansprüche an alternative Heilformen verbergen (vgl. Kap. 1.4.3.), ob dieser Anspruch von ärztlicher Seite zu erfüllen ist und inwieweit diese Patientin auch vorhat, sich an der Wiederherstellung der Ordnung zu beteiligen oder sie nur an die Ärztin zu delegieren, können hier nicht ausgeführt werden, sollten aber zumindest festgehalten werden.

072
PM: eignlich jetzt und das is den ganzn Tag über, – und abends behindert mich das eigentlich.

073
AW: es ist kein schmerzhafter Zustand'
PM: das is kein schmerzhafter Zustand. m-m, nein kein

074
AW: ehe^{v}: was hindert Sie am Einschlafen?
PM: Schmerz. ja ich hab dann auch – öfter n heißen Kopf

075
PM: merk ich, so dass ich dann: ähm: - ja manchmal is es so n leichter Druck nach o/hier oben,

076
PM: in den Bereich, das: das merk ich, aber nich in dem Sinn schmerzhaft, und das is dann

077
PM: spürbar (so wo ich merke das is da) -- dann bin ich total unruhig dadurch <16 sec>

In dieser detaillierten Weise werden alle Symptome durchgegangen, wobei die Ärztin auch auf psychische Befindlichkeiten und Trauminhalte eingeht. Das besondere Charakteristikum der *typischen Homöopathiefragen* ist jedoch die mehrfache Wiederaufnahme der einzelnen Symptome durch die Ärztin, die Differenzierung und Klärung von Beschreibungen und die gemeinsame Formulierung und damit Rückversicherung mit dem Patienten, um das Individuelle und damit Angemessene der gesamten Symptomatik herauszuarbeiten:

160
AW: abgesehen vom Sodbrennen, gibt es sonst noch brennende Empfindungen' im Kopf is das

161
AW: n Brennen' heiss
PM: nä, das is nur son ga/ wirklich heiss, das is heiss, das is so: - ja das is

162
PM: dann auch unangenehm wenn ich manchmal nachmittags schlafe' dann is das: auch ganz

163
AW: - ach so' das ham Sie überhaupt beim Schlafen' –
PM stark' dass ich n heißen – Kopf hab dann, äh

164
AW: auch wenn Sie mal mittags schlafen'
PM: ja wenn ich dann aufwache, wach ich durch diesen/

165
PM: diesen heißen Kopf auf, dann dabei also das/ also ne Anstrengung is das wie son son/ also is

166
AW: wie ne Anstrengung,
PM: anstrengend, das/- hm- vielleicht auch Erschöpfung, - oder so. – ich

167
PM: mein das ist so' – ich/ wenn ich das manchmal nachmittags mach, dann bin ich – vollkommen

168
PM: k.o. von diesem Schlafen, und mein Kopf is heiß und ich hab,/– und muss dann erstma an

169
AW: - also beim Erwachen,
PM: die – frische Luft - oder raus' und dann ( ) hmhm^{v} – ja das is dann

170
AW: der is dann da, hmhm^{v} - das wa:r ja auch weggegangen
PM: da, also der heiße Kopf is da a,

171
AW: zwischendurch, ne' (10 sec) – also könnte man gar nicht unbedingt sagen, dass Sie: n
PM: ja.

172
AW: heißen Kopf nachts haben' sondern Sie haben ihn halt wenn sie aufwachen,
PM: ja dann'/ dann'

173
AW: ja, aber es is nicht so' dass der Kopf schon heiß ist bevor
PM: äh mit dem heißen Kopf, (wach ja,)

174
AW: Sie überhaupt eingeschlafen sind, ne? - nä' das
PM: n:ee nee (das stimmt wohl), hmhm^{v} ja,

Diese Art der Symptom- und Beschwerdenexploration macht auch hier wieder deutlich, wie sehr die Homöopathie auf das ausführliche Gespräch mit den Kranken angewiesen ist, da sie die einzige Quelle für zuverlässige Informationen darstellen. Deutlich wird auch, dass es im Gegensatz zum biomedizinischen Diskurs bei der homöopathischen Symptomexploration nicht darum geht, aus dem Individuellen und Besonderen das Typische zu extrahieren, sondern gerade darum, *das Individuelle und Besondere* als das für die jeweilige Person Angemessene herauszuarbeiten.

Das Interaktionsverhalten der Ärztin entspricht im Prinzip einem ganzheitlichen medizinischen Diskurs: Sie orientiert sich an den Inhalten, die vom Patienten eingebracht worden sind und sie stellt gezielte Nachfragen, ohne dass die Verteilung des Rederechts zu reinen Frage-Antwort-Abläufen umgestaltet würde. Im Unterschied zu einem psychosomatischen ärztlichen Gespräch, in dem es primär um die Herstellung und Bearbeitung der Zusammenhänge zwischen Lebensereignissen, deren individueller Bedeutung und der Erkrankung geht, geht es bei der homöopathischen Symptomexploration um die Zuordnung der Symptome zu einer Symptomkonstellation, die die Mittelwahl ermöglicht. Um den homöopathischen medizinischen Diskurs kohärent zu halten, fokussiert die Ärztin deshalb – entsprechend dem Leitkonzept der Krankheitsheilung *similia similibus curentur* – auf einen bestimmten Ausschnitt des lebensweltlichen Diskurs, und zwar auf die Erlebensqualität der Symptome, indem sie diese Anteile durch Nachfragen und Thematisierung präferiert interaktiv prozessiert – allerdings unter potenzieller Offenheit für erlebensrelevante Hinweise und Darstellungen der PatientInnen. So zeigt sich also ein direkter Zusammenhang zwischen dem Leitkonzept zur Krankheitsentstehung und Krankheitsheilung und der Präferenz für bestimmte Ausschnitte aus der Lebenswelt der Kranken.

Allgemein und differenzierter lässt sich daher also formulieren, dass es als charakteristisch für ganzheitliche medizinische Diskurse gilt, dass es zu einer *Integration* zwischen dem Relevanzsystem der jeweiligen Medizinform und dem Relevanzsystem der Kranken kommt, wobei das Relevanzsystem der Kranken über die Fokussierung auf bestimmte Ausschnitte aus der Lebenswelt durch die Leitkonzepte der Medizinform durchaus kontrolliert wird.

Zum Ende der Konsultation informiert die Ärztin den Patienten über ihre Mittelfindung:

203
AW: okay, dann: will ich Ihnen heute Phosphor geben, als homöopathisches Mittel' – und es wird

204
AW: uns dann einen Schritt weiterbringen, -- n typisches Ma:genmittel in der Homöopathie

205
AW: ja:, das war auch gut, mh: es hat –
PM: --aber das andre fand ich ja schon sehr erstaunlich, mh^{v}

206
AW: nur jetz beim letzten Mal nichts mehr gebracht, und das kann zwei Gründe haben,

207
AW: entweder – das Mittel ist irgendwie irgendwas kaputt gegangen' oder – es is sozusagen
PM: hmhm^{v}

208
AW: ähm: - die Phase in der Sie das Mittel gebraucht haben/ is sozusagen vorbei, und dahinter
PM: hmhm^{v}

209
AW: liegt jetz das neue Mittel, und ich glaube fast eher es ist das,
PM: hmhm^{v}

Diese Informationen machen dem Patienten ein weiteres Konzept der Homöopathie, aber auch der ganzheitlichen Medizin deutlich: Heilung ist ein Prozess, der in unterschiedlichen und manchmal mühsamen Phasen abläuft, eine homöopathisch arbeitende Ärztin ist zwar Expertin, dennoch keinesfalls allwissend, und so ist Heilung vor allem auch ein Prozess der gemeinsamen Beteiligung und Anstrengung von Ärztin und Patient. Diese Sichtweise vermag die Bereitschaft zur weiteren Mitarbeit und auch die Selbstverantwortlichkeit des Patienten zu stärken und zu motivieren.

3.4.8. Zur Kategorisierung des ganzheitlichen medizinischen Diskurses

Da die ganzheitliche Medizin offen für körperliche, soziale, psychische und emotionale Phänomene im Zusammenhang mit Krankheit und Krankheitsentstehung ist, zeichnet sich ein ganzheitlicher medizinischer Diskurs durch die *Integration* des professionellen Relevanzsystem der jeweiligen Medizinform mit dem individuellen Relevanzsystem der Kranken aus. Die ÄrztInnen lassen sich im Gespräch vom lebensweltlichen Diskurs und der Bedeutungsstruktur der PatientInnen führen, allerdings ohne ihren professionellen Diskurs aufzugeben. Dieser dient – im Sinne der Integration – der Strukturierung und Ordnung der Relevanzen und Bedeutungszusammenhänge.

Da die unterschiedlichen ganzheitlichen Medizinformen wie etwa psychosoziale Medizin oder Homöopathie unterschiedliche Leitkonzepte zur Krankheitsentstehung und zur Krankheitsheilung verfolgen, zeigt es sich, dass z.B. der psychosomatische medizinische Diskurs oder der homöopathische medizinische Diskurs systematisch *unterschiedliche* Ausschnitte aus dem lebensweltlichen Diskurs fokussieren. So wird auch in ganzheitlichen ärztlichen Gesprächen das Relevanzsystem der Kranken über die Fokussierung auf bestimmte Ausschnitte aus der Lebenswelt durch die Leitkonzepte der Medizinform durchaus kontrolliert. Prozessierungsmechanismen wie Thematisieren, Hinterfragen und Vertiefen dienen dazu, diese spezifischen lebensweltlichen Ausschnitte geradezu zu elizitieren.

Im ganzheitlichen medizinischen Gespräch werden die institutionellen Bedingungen nicht ausgesetzt, der medizinische Diskurs bleibt als steuerndes und ordnendes Element erhalten, *interactional control features* kommen zum Einsatz: Auch in ganzheitlichen ärztlichen Gesprächen sind es die ÄrztInnen, die die Gespräch beginnen und beenden, die die PatientInnen zum Erzählen auffordern und die vertiefende Explorationen durchführen, welche sich am professionellen medizinischen Wissen orientieren bzw. an den spezifischen Konzepten der je unterschiedlichen ganzheitlichen Medizinformen. Im Unterschied zum biomedizinischen Diskurs findet aber je nach Gesprächsphase *ein Wechsel der Interaktionsrollen* von ÄrztInnen und PatientInnen statt, ohne dass die ÄrztInnen ihre qua institutioneller Rollenzuschreibung und als ExpertInnen definierte "Zuständigkeit" aufgeben. So ist auch im ganzheitlichen medizinischen Diskurs die Frage ein wichtiges sprachliches Handlungselement der ÄrztInnen, sie ist allerdings nur in der explorativen Gesprächsphase prominent. In anderen Gesprächsphasen wie der einleitenden Beschwerdendarstellung der PatientInnen überwiegen Feedback und Hörersignale, in der Phase der diagnostischen Abstimmung kommt es verstärkt zu gemeinsamen Formulierungsaktivitäten.

Nochmals ist zu betonen, dass unterschieden werden muss zwischen ärztlicher Diskurspraxis als institutioneller Diskurspraxis, die sozusagen unhintergehbar ist, und der je spezifischen sprachlichen Realisierung im Rahmen der institutionellen Bedingungen. Diese Differenzierung wird bei der Analyse und Beurteilung der medizinischen Diskurspraxis in den Gesundheitssendungen, also Diskursen unter "medialen institutionellen" Rahmenbedingungen, wichtig werden.

4. Mediale Inszenierung und inszenierte Kommunikation: Die diskursive Praxis des Mediums Fernsehen

Never move your hand
unless you follow it with your mind and with your soul.
It must be strings of the heart and the mind.

Maria Callas (Interview mit E. Downes)

Vorschau

Um die interaktiven Prozesse in den Medizinsendungen und Talkshows angemessen beurteilen zu können, werde ich in diesem Kapitel die spezifischen Rahmen- und Produktionsbedingungen von medial vermittelter Information und medial produzierter, "inszenierter" Kommunikation erläutern.

So geht es im *ersten Abschnitt* zum Einen um die vielfältigen sozialen Funktionen von Fernsehen, nicht nur als Informations- und Unterhaltungsmedium, sondern auch als Medium der Identitätsstiftung, der para-sozialen Beziehungen und der Vermittlung von Welt- und Realitätserfahrung (Stichwort *mediated experience*). Zum anderen geht es um das Prinzip der medialen Inszenierung selbst, das eigentliche Charakteristikum von Fernsehsendungen, die ja für ein zuschauendes Publikum produziert und inszeniert werden. Die spezifischen Rahmenbedingungen dieser medialen Inszenierung werden dargestellt und in ihrer spezifischen Auswirkung auf die Inszenierung von Information und Unterhaltung untersucht (Stichworte *infotainment* und *emotainment*).

Im *zweiten Abschnitt* erfolgt die Darstellung von medialer Kommunikation als inszenierter Kommunikation und ihrer daraus folgenden interaktiven Bedingungen. Am Beispiel der Nachmittagstalkshows, die ja auch Teil des untersuchten Datenmaterials bilden, werden die Spezifika des medialen Diskurses, vor allem die mediale Inszenierung von *talk*, die Inszenierung von persönlicher Nähe und Betroffenheit und die Inszenierung von Normalität ausführlich diskutiert und das interaktive Repertoire der ModeratorInnen und Studiogäste dargestellt – der Differenzierbarkeit halber am Beispiel nicht-medizinischer Themen.

Im *dritten Abschnitt* stelle ich einige Überlegungen zur Vergänglichkeit der Medienforschung an, die diese Untersuchung – wie jede länger dauernde medienbezogene Arbeit – wesentlich geprägt hat und prägt.

4.1. Fernsehen und die Inszenierung von Information und Unterhaltung

4.1.1. Fernsehen als Informations- und Unterhaltungsfluss

In der Medienforschung bestand bis vor kurzem Einigkeit darüber, dass Fernsehen zu einer der zentralen, wenn nicht überhaupt zu *der* zentralen Quelle für Information und Unterhaltung zu zählen ist (Rapping 1995, Gross 1995).[37] Nach Holly (1996) und Dines

[37] Wieweit das Internet dem Fernsehen diesen Rang langfristig abläuft, speziell, was die gezielte oder breite Informationssuche betrifft, in welchen Bereichen dies vor allem geschieht und ob dies für alle Benutzergruppen gleichermaßen zutreffen wird bzw. wieweit sich nicht im Rahmen der zukünftigen technologischen Entwicklung des digitalen Fernsehens Internet und Fernsehen miteinander neu verbinden werden, lässt sich zum jetzigen Zeitpunkt noch nicht absehen (vgl. dazu einige Überlegungen im abschließenden Kap. 8.4.).

& Humez (1995) liegt der Grund dafür in der *Offenheit des Fernsehtextes*, d.h. erstens ist Fernsehen leicht zugänglich und erfordert nicht die Beherrschung der Kulturtechnik des Lesens, zweitens ist es am Unterhaltungsbedürfnis des Publikums orientiert und drittens erleichtert die Tendenz, immer kleinere Einheiten und Wiederholungen zu präsentieren, das Zuschauen. Da Fernsehen immer häufiger den Status einer Parallel- oder Nebentätigkeit einnimmt neben anderen Aktivitäten wie Essen, Kochen, Arbeiten etc., können die ZuschauerInnen so an beliebigen Stellen einsteigen, ohne die Orientierung zu verlieren (Schmitz 1996). In einer Konsumgesellschaft müssen Sendungen und Kommunikation in diesen Sendungen auch als Produkte gesehen werden, die von den FernsehkonsumentInnen ausgesucht werden können (vgl. Dines & Humez 1995, Schmidbauer 1995).

Die moderne Entwicklung von Fernsehprogrammen und Sendungen zeigt, dass sich die Zahl der Fernsehgattungen wie Nachrichten, Spiel- und Rateshows, Spielfilme, Krimis, Sportübertragungen, Ratgebersendungen, Dokumentationen und unterhaltende Magazine kaum mehr überblicken oder in eine verbindliche Typologie pressen lässt, da Genrewandel und *Genrevermischung* an der Tagesordnung sind. Streng genommen ist ihr einziger gemeinsamer Nenner, dass sie über das Medium Fernsehen ausgestrahlt werden (Klemm 2000, 62ff). Moderne Fernsehtexte sind Text- und Genregefüge geworden und Magazine, Nachrichtensendungen und Unterhaltungsshows vereinen gleich mehrere Gattungen (so genannte "Puzzle-Texte", vgl. Püschel 1997, zit. in Klemm 2000, 62). Auch die drei früheren Programmsäulen Information, Bildung und Unterhaltung haben ihre Trennschärfe verloren. Der Sendungsfluss wird durch Werbepausen und Programmhinweise unterbrochen und manche Sendungen fungieren als Rahmensendungen für andere: Eine Zeit lang läutete in Sat 1 beispielsweise wochentäglich um 18.00 "*Die Quizshow*" den Vorabend ein, diese Sendung wurde dann um 18.30 durch die Nachrichtensendung "*Sat1News*" und das vermischte Magazin "*Blitz*" unterbrochen, wobei diese Übergaben in Form von "inszenierten Dialogen" zwischen den einzelnen ModeratorInnen erfolgen, um dann von 19.40 bis zum Hauptabendprogramm wieder aufgenommen zu werden. Die Grenzen der Sendungen werden also ineinander geschoben, das Programm "implodiert" (Schumacher 2000, 178). Aus der Vermischung und Interaktion unterschiedlicher Genres und Trailern entsteht ein neuer Fernsehtext, der "ineinander fließende bzw. ineinander übergehende Bedeutungen und Normen einer spezifischen Kultur repräsentiert" (Schumacher 2000, 151). Intertextualität, die nach Fairclough (1992, 222) geradezu zu *dem* Charakteristikum gegenwärtiger Diskursordnungen geworden ist (vgl. Kap. 2.4.3), ist auch das beherrschende Charakteristikum moderner Fernsehprogramme geworden.

Der Kulturwissenschaftler Raymond Williams (1990) hat diese Fernseherfahrung als Flusserfahrung (*flow*) bezeichnet, als unaufhörlichen Programmfluss, in dem die Grenzen zwischen einzelnen Sendungen und Gattungen verschwimmen. Intertextuelle Bezüge im Gesamttext Fernsehen begünstigen die Flusserfahrung. Von der kommerziellen Programmplanung her handelt es sich bei dem sequentiellen Fluss stets um einen "geplanten Fluss" (Schumacher 2000): Die jeweiligen Programmsegmente wie Filme, Serien etc. werden wie im Theater in Akte eingeteilt und durch Werbung abgelöst, Features und nichtfiktionale Programmsegmente ebenfalls unterteilt und mit Werbe-Inserts versehen. Die Einleitungsphase der jeweiligen Sendung soll Aufmerksamkeit wecken, indem sie besonders gewaltsam oder bizarr ist, damit die angeschlossene Werbeinsel nicht zum Kanalwechsel führt. Dazu kommt aber, dass ZuschauerInnen aufgrund der Sendervielfalt diesen *flow* weiter verändern können, indem sie sich quasi ihr eigenes Programm zusammenstellen und mittels Fernbedienung vor, zwischen und nach den einzelnen Sendungen hin- und herzappen können (Schmitz 1996, Klemm 2000). Viele "ZapperInnen" verfügen über genügend Fernsehroutine und Sendungs- und Genre-

kenntnis, um einen Sendungsablauf antizipieren und so ohne Mühe zwei oder mehr Programme gleichzeitig verfolgen zu können (Klemm 2000, 64).

4.1.2. Fernsehen als identitäts- und beziehungsstiftendes Medium

Ein wichtiger Grund für die Attraktivität des Mediums Fernsehen ist, dass es wie direkte Kommunikation mehrkanalig und aktuell ist (Holly 1996, Miller & McHoul 1998) bzw. unmittelbar, also "live", ist oder zumindest diesen Anschein erweckt (Schumacher 2000, 182).[38] Da die ZuschauerInnen die agierenden Personen hören und sehen können, bleibt auch die Somatizität der vermittelten Kommunikation weitgehend gewahrt (Quasthoff 1996, 24), und – bedingt durch den typischen Präsentationscode des Fernsehens, nämlich die Nahaufnahme von Menschen – geschieht die Wahrnehmung der Personen noch dazu aus einer "Intim-Distanz", die Nähe und Gleichwertigkeit suggerieren (Löffler 1986, Ellis 1988). Dies ermöglicht häufig eine größere Nähe, als sie in alltäglichen Gesprächen erlaubt ist. Die Möglichkeit des Fernsehens, einen derartigen Ersatz für direkte Interaktion anzubieten, wird als *para-soziale Interaktion* bezeichnet (vgl. Horton & Wohl 1956, Holly & Püschel 1993, Vorderer 1996): Die ZuschauerInnen treten mit dem Medium, den SchauspielerInnen oder mit den PräsentatorInnen im Sinne der Aneignung von Wirklichkeitsentwürfen und der Identitätsstiftung in einen inneren Dialog bzw. gehen mit ihnen z.B. in Fernsehserien quasi langfristige Beziehungen ein. Ein Vorteil solcher Beziehungen ist, dass man ständig Zugriff auf die "Zielperson" hat, den Kontakt jederzeit abbrechen kann und kein Risiko eingeht, zurückgewiesen zu werden. Das Medium befriedigt also ein Bedürfnis nach sozialer Nähe, wobei die eigentliche Distanz eine Grundvoraussetzung des Genusses darstellt, da die reale Nähe als zu anstrengend, bedrohlich oder unbequem erlebt wird (Schumacher 2000, 221).

Die Forschungslage zur tatsächlichen individuellen Nutzung von Fernsehen ist divers (vgl. Ang 1991, Morley 1992, Jenkins 1992, Weiß 1999, Tenscher 2002): Die jüngeren Medienuntersuchungen machen deutlich, dass die einstigen "EmpfängerInnen" zu modernen "UserInnen" geworden sind, die das Medium aktiv für ihre Bedürfnisse nutzen (*use-and-gratification*) und nicht mehr einem passiven Stimulus-Response-Modell der Rezeption folgen. Diese Nutzung ist jedoch nicht generalisiert erfassbar, da sie individuell und situativ in ganz unterschiedlicher Weise zur Befriedigung komplexer Bedürfnisse dient wie z.B. der Zerstreuung, dem Spannungsabbau, der Herstellung "persönlicher Beziehungen" zu Personen des öffentlichen Lebens oder der "Überwachung der Welt", wobei das Fernsehen die Funktion des Vermittlers von Neuigkeiten und Meinungen übernimmt (Schumacher 2000). Weiß (1999) listet "Eskapismus, para-soziale Interaktion, sozialer Vergleich, Information und Lebenshilfe, Gewohntheit, Zeitvertreib und Ersatz für soziale Beziehungen" in seinem Katalog der Fernsehbedürfnis-Motive auf. Durch die moderne Sender- und Programmvielfalt können ZuschauerInnen mittels Zappen so lange suchen, bis angemessene Angebote auftauchen, die der jeweiligen Stimmung und den aktuellen Bedürfnissen entsprechen. So hat sich das Bild von den FernsehzuschauerInnen gewandelt, weg von den passiven "Couch-Potatoes" der frühen Rezeptionsforschung hin zu den modernen "Text-Nomaden", die, zwischen den Kanälen "wildernd", ihr individuelles Programm-Menü zusammenstellen (Jenkins 1992).

In den letzten Jahren empirisch gut beforscht ist die *kommunikative Aneignung* von "Fernsehtexten", also Kommentare und Gespräche zu laufenden Sendungen ebenso wie Gespräche über Gesehenes (vgl. dazu Holly & Püschel 1993, Holzer 1994, Bachmair

[38] Gerade Talkshows werden – von Ausnahmen abgesehen – nicht live ausgestrahlt, vermitteln aber durch die in den Sendungen ablaufende direkte Kommunikation beim Zuschauen den Eindruck von "Live"-heit.

1996, Charlton & Neumann-Braun 1990, Grodin & Lindlof 1996, Hepp 1999, Klemm 2000). Hepp (1999) betrachtet das Phänomen der kommunikativen Aneignung als Prozess der Vermittlung zwischen Medien- und Alltagsdiskursen: Die sprachlichen Praktiken der Aneignung sind als Auseinandersetzungen um kulturelle Bedeutungen zu verstehen, wodurch die ZuschauerInnen medial repräsentierte Inhalte mit eigenen Lebenszusammenhängen, Werten und Vorstellungen in Verbindung setzen. Kommunikative Aneignungen innerhalb von Gruppen können der Verständigung oder Vergewisserung über die eigene soziokulturelle Identität dienen (Brown 1994), durch das gemeinsame Bewerten und Lästern können die geteilten lebensweltlichen Werte und Normen intersubjektiviert, geteilt, überprüft und weiterentwickelt werden. In vergleichbarer Weise sieht Ron Scollon (1998) mediale Aneignung als "a site of engagement upon which other ongoing social practices and contestations of identity may be constructed (Scollon 1998, 11)". Auch das Studiopublikum, das in den untersuchten Sendungstypen Teil der Sendungen ist, hat identifikatorische Bedeutung: Als "charakteristische ZuschauerInnen" (*characterized viewers*, Allen (1992, 123)) führen sie den FernsehzuschauerInnen eine unmittelbare aktive Rezeption vor, die diesen vor ihren Bildschirmen nicht möglich ist, und so können sich diese für ihre eigene Rezeption damit auseinandersetzen, wie das Publikum im Studio auf das Gespräch reagiert (Schütte 1996, 102).[39]

4.1.3. Medial vermittelte Realität und Welterfahrung

Über die unterschiedlichen Formen der Berichterstattung üben Medien einen wesentlichen Einfluss auf die *Wahrnehmung der Welt und der Wirklichkeit* der Menschen aus (Merten, Schmidt & Weischenberg 1994) und prägen sowohl politische, wirtschaftliche und soziale Prozesse wie auch die jeweiligen Tagesrhythmen von Individuen (Schatz 1996, Dines & Humez 1995). Als Hauptinformationsquelle über die Welt konstituieren Medien Realität und damit auch individuelle Erfahrungen und soziale Wissensbestände (Meyrowitz 1990; vgl. auch Abschnitt 5.3.2). Umgekehrt zentrieren sich relevante Bereiche des sozialen Lebens in zunehmender Weise um Medien, v.a. Politik (Fairclough & Wodak 1997). Auch wird dem Fernsehen in manchen Bereichen eine quasi-religiöse Funktion zugeschrieben. Der Religionssoziologe Arno Schilson (1997) ortet die "religiösen Signaturen" z.B. in den großen Abendshows und ihrer Produktion von Unbeschwertheit und Glück, oder in Kriminalfilmen und ihrer Suche nach der letzten Gerechtigkeit (vgl. auch Thomas 2000).[40] Und Talkshows, die ja einen Teil des Datenmaterials dieser Untersuchung bilden, werden oft auch als neue Form der öffentlichen Beichte bezeichnet (Abt & Mustazza 1997, Lalouschek 1998a).

Dazu führen die Medienwissenschaftler Ludes (1998) und Schumacher (2000) aus: Zu den formalen Aspekten der Konstruktion sozialer Wirklichkeit durch das Fernsehen gehören dessen zunehmende Chance zur Thematisierung dessen, was allgemein als wichtig "angesehen" wird und die Veranschaulichung und Personalisierung dieser Probleme. Das Fernsehen gewinnt zunehmend Bedeutung für die Struktur von "Relevanz-" und "Interpretationsmustern" und das Gefüge des Gesamtprogramms kann als Textstruktur im Sinne eines Gewebes von Codes und Konventionen aufgefasst werden. So wurde und wird die Auswahl wichtiger öffentlicher Themen zunehmend zu einem Vorrecht von Fernsehsendungen. Dabei entstehen medienspezifische Ereignisse, die nur deshalb als wichtig angesehen werden, weil das Fernsehen über sie berichtet. Zugleich ist aber auch entscheidend, was nicht gezeigt wird, was ausgeklammert und damit als

[39] Zur Nutzung des Fernsehens als Informationsquelle für medizinische und gesundheitliche Inhalte s. Kap. 5.2.2.

[40] Zur Kritik am Begriff "Medienreligion" vgl. Keppler (2000).

bedeutungslos für die gesellschaftliche Auseinandersetzung erklärt wird. Damit vermittelt das Fernsehen nicht nur Bilder der gesellschaftlichen Wirklichkeit, sondern auch Modelle dafür, wie sich einzelne und bestimmte Gruppierungen in diese Bilderwelt-Wirklichkeiten einordnen bzw. einordnen sollen. Bestimmte Zusammenhänge sozialer Wirklichkeiten werden hierbei systematisch ausgeblendet: So werden z.B. meist nur prominente FunktionsträgerInnen aus dem Kernbereich des politisch-administrativen Systems, in oft besonders zurechtgemachter Umgebung, beim Verkünden oder knappem Kommentieren bestimmter Entscheidungen oder Ereignisse angezeigt. Die Artikulations- und Vollzugsphase, Gruppendruck und Widersprüche werden ausgeblendet, ebenso wie langfristig wirksame Zusammenhänge. Es kommt zu einer Veränderung der Wahrnehmungsformen, Verhaltensmodelle und Interaktionserwartungen. Denn die Veränderungen in den Zugangsmöglichkeiten zu Informationen und Verhaltensmodellen berühren Vorstellungen darüber, was "richtiges Verhalten" ist; diese veränderten Vorstellungen und Verhaltensweisen werden wiederum in den Medien aufgegriffen, wodurch sich diese Entwicklungsspirale von Mediendarstellung und Verhaltensänderung fortsetzt. In diesem Sinne beschäftigt sich die Analyse von Fernsehtexten auch nicht mit den "Abbildungen" der Realität, sondern mit den *Codes und Konventionen der Darstellung* (Schumacher 2000).

Die starke Medienorientiertheit der heutigen Gesellschaft bewirkt, dass viele Erfahrungen nicht mehr persönlich gemacht, sondern durch Printmedien, Fernsehen oder andere elektronische Medien auf medialem Wege vermittelt werden (*mediated experience*, Giddens 1991, Chouliaraki & Fairclough 1999). Dies hängt zum einen mit der großen Diversifikation der Lebensbereiche zusammen, die Fragen aufwirft, die bisher nicht gestellt werden brauchten (Grodin & Lindlof 1996), für die es also keine kollektive verankerten "Antworten" gibt; zum anderen hängt es einfach mit den Zugangsmöglichkeiten zu immensen Wissensressourcen zusammen (Chouliaraki & Fairclough 1999). Da die interpersonale Kommunikation nicht mehr ausreicht, um alle notwendigen Informationen bereitzustellen, können diese über das Fernsehen gesucht, vor allem aber auch vermittelt werden. *Mediated experience* bedeutet also auch, dass Menschen sich an spezialisierte Systeme und ExpertInnen wenden müssen, um an Informationen und Verhaltensvorschläge für oftmals sehr persönliche und intime Aspekte ihres Lebens wie Sexualität oder Gesundheitsvorsorge zu gelangen (Chouliaraki & Fairclough 1999, 44). So haben medizinische Informationssendungen z.B. erstens die Funktion, Informationen zu liefern, die früher direkt kommuniziert wurden; zweitens müssen Informationen und Erfahrungen vermittelt werden, die u.U. nicht mal mehr im allgemeinen Laienwissen repräsentiert sind. Dies wiederum hängt mit dem steigenden Wissenszuwachs in den Naturwissenschaften und der Medizin zusammen. So können sie aber auch über Themen berichten, mit denen man möglicherweise nie konfrontiert würde, z.B. Krebserkrankungen, seltene Krankheiten oder auch tabuisierte Themen. Aber auch hier ist es wichtig zu betonen, dass diese Informationen vorgeformt sind und von Systemen stammen, die von den ZuschauerInnen nicht kontrolliert werden können (vgl. dazu Kap. 5.)

4.1.4. Fernsehdiskurs und die Darstellung des Normalen

Diese Herstellung von Realität unterliegt dabei also den Produktionsbedingungen von gesellschaftlichen Diskursen. Denn entsprechend den Medien- und Kulturwissenschaftlern Fiske & Hartley (1978) und Stuart Hall (1982) ist Fernsehen als ein vom Menschen geschaffenes Konstrukt zu sehen, dessen Produkte auf Selektion, kulturellen Entscheidungen und sozialen Machtverhältnissen beruhen, d.h. das Medium reagiert auf die Bedingungen, unter denen es existiert. Der *Fernsehdiskurs* präsentiert täglich die neueste Fassung von sozialen Beziehungen und kulturellen Wahrnehmungen und spielt damit

eine erhebliche Rolle als sozialer und politischer Integrationsfaktor, indem er *mainstream*-Bedeutungen auf der Basis eines unterstellten gesellschaftlichen Konsenses produziert. Fernsehen formuliert also u.A. den kulturellen Konsens darüber, was in einer Gesellschaft als Realität definiert wird. Es bezieht die Mitglieder einer Kultur in das herrschende Wertesystem dieser Kultur ein und zelebriert und rechtfertigt das Handeln der Repräsentanten dieser Kultur in der Welt "draußen".

Durch die Produktion spezifischer Mythen (z.B. den Mythos des Individualismus) werden Individuen mit gesellschaftlich abweichenden Einstellungen auf den "soziozentralen" Punkt dieser Kultur bezogen, wodurch die herrschenden Werte bestätigt bzw. verstärkt werden (Schumacher 2000, 171). So zeigte der Medienforscher John Ellis (1988), dass Ende der 70er Jahre in Serien und Gameshows des britischen Fernsehens die bevorzugte Darstellung des "Normalen" in Form der Kernfamilie realisiert wurde, obwohl damals nur ein Drittel der britischen Bevölkerung in dieser Form lebte. Heute werden zwar auch Wohngemeinschaften, Alleinstehende oder gleichgeschlechtliche Lebensgemeinschaften in Serien, Shows und Filmen gezeigt, fungieren aber dabei stets als temporäre Abweichung von der Norm. Das Zentrum der möglichen Abweichungen stellen nach wie vor die heterosexuelle Romanze und die Kleinfamilie dar (diskutiert in Schumacher 2000, 177).

Ein Punkt zentraler Überlegenheit von Fernsehen gegenüber anderen Medien ist auch hier wieder seine schon angesprochene leichte Zugänglichkeit durch gesprochene Sprache. Fiske und Hartley (1978) bezeichnen dies als die "*bardische Funktion*" des Fernsehens, die den spezifischen Realismus des Fernsehens durch die Verwendung gesprochener Sprache in allen Genres schafft. Dieses Faktum garantiert, dass das Medium in seinem Rahmen die Wirklichkeitskonstruktion der Sprache analog unserer alltäglichen Lebenswelt wiederholt und affimiert, die Wahrnehmung der Welt draußen quasi "naturalisiert". D.h., dass "die Welt von Natur aus und aus sich heraus so ist, wie es die Konventionen des Realismus behaupten" (Fiske & Hartley 1978, 161).

Fernsehdiskurs ist also als Teil des bestehenden gesellschaftlich Diskurses zu verstehen, durch den die vorherrschenden Bedeutungen wiederholt oder verstärkt und abweichende Bedeutungen markiert oder ausgeblendet werden (Fiske 1987). In diesem Sinne ist der Fernsehdiskurs als soziale Aktivität und ideologisch wirksamer Diskurs zu sehen:

> This allows social activity to take place and power to be exercised across differences in space and time through technical advances in forms of mediation (Chouliaraki & Fairclough 1999, 43).

Dieser Aspekt ist für die vorliegende Arbeit insofern besonders bedeutsam, als es ja darum geht, herauszuarbeiten, welche medizinischen, psychologischen, sozialen und kulturellen Bedeutungen, Normen und Werthaltungen in aktuellen Gesundheitsinformations-Sendungen des Fernsehens an die ZuschauerInnen vermittelt werden. Bei der großen gesellschaftlichen Bedeutung von Gesundheit und körperlichem Aussehen, der Dominanz des schulmedizinischen Systems und dem steigenden Interesse an alternativen Heilpraktiken und bei der Bedeutung des Mediums Fernsehen als Quelle für Information und Medium der Realitätskonstitution muss man der Kommunikation über Krankheit und Medizin in diesem öffentlichen Medium sozial regulative Kraft zuschreiben, und zwar im Zusammenwirken zweier gesellschaftlich relevanter Informationssysteme, nämlich Fernsehen und Medizin.

4.1.5. Die Boulevardisierung von Information: Infotainment

Nun zum Spezifikum medial vermittelter Information: Seit Jahren verstärkt sich im Fernsehen der Trend, die Trennung zwischen Information und Unterhaltung aufzuheben

und Information in unterhaltender Weise anzubieten, sei es spannend, sei es berührend, um das Publikum an die Programme und Sendungen zu binden. Bestandteile dieses Informationsangebotes sind neben Beiträgen zur aktuellen Berichterstattung auch solche, in denen gesellschaftlich relevante Probleme thematisiert und erörtert werden. Als es üblich wurde, Informationen und Nachrichten aufgelockert und unterhaltsam an das Publikum zu bringen, wurden aus konventionellen Nachrichtensendungen "News-Shows" (Winterhoff-Spurk et al. 1994), und zur Beschreibung dieser neuen medialen Aufgabe entstand der Neologismus "Infotainment" aus *information and entertainment*. Holly (1993) versteht darunter eine Vermischung von Präsentationsformen, Realitätsebenen und Bereichen wie Politik und Unterhaltung. Dies beeinflusst auch die journalistischen Arbeitsnormen in Richtung Rezipientenorientiertheit (Göpfert 1992); d.h., Informationen, die die Menschen erreichen sollen, müssen Fragen beantworten, die sich diesen auch tatsächlich stellen.

Graber (1994) untersucht die Beziehung zwischen einer sensationellen Aufmachung von Routine-Nachrichtenstories und dem drohenden Informationsverlust: Durch eine dramatisierende Rahmung würden die politikrelevanten Aspekte von Nachrichten durch Unterhaltungsmomente verdeckt. Die Folgen davon sind eine gewisse "Kurzatmigkeit" von Sendungen, d.h., eine rasche Aufeinanderfolge von Höhepunkten wird präferiert, Phasen der argumentativen Vertiefung, die für die ZuschauerInnen schwierig oder wenig attraktiv sind, werden systematisch verhindert (Schütte 1996, 108). Nicht umsonst lautete im Herbst 2000 ein Werbeslogan der Bild-Zeitung "Wer etwas Wichtiges zu sagen hat, der macht keine langen Sätze". Dies bedeutet, dass Informationen nicht nur – wie weiter oben schon ausgeführt (Kap. 5.2.2.) – durch die Produktionssysteme im Sinne gesellschaftlicher Diskursbedingungen geformt werden, sondern auch durch die Bedingungen der medialen Inszenierung selbst (Livingstone & Lunt 1994).

Mackenthun (1994) und Hickethier & Bleicher (1998) nennen diesen Prozess sogar "die Inszenierung von Information": In den Massenmedien wird die gesamte Berichterstattung durch Profitstreben, Quotenjagd, Druck zur Aktualität und Druck zum Besonderen zunehmend irrational. Stets werden neueste und brisante Erkenntnisse zu u.U. gar nicht existenten neuesten Forschungsergebnissen und spektakulären Behandlungsmethoden geliefert, die am nächsten Tag schon wieder uninteressant oder überholt oder revidiert werden und eher Verunsicherung und Hypochondrie fördern, vor allem die Angst vor Risiken aller Art ("*Herr Doktor, ich bin umweltkrank*"; vgl. auch Lupton 1996) als ernstzunehmend informieren. Damit berührt er das prinzipielle Problem des Infotainments, das auch die öffentliche Gesundheitsinformation im Fernsehen betrifft.

Diese Tendenzen werden in der Medienforschung schon lange auch als *Boulevardisierung* bezeichnet (Arens 1973). Boulevardisierung bedeutet Vereinfachung und Trivialisierung komplexer Zusammenhänge, Sensationalisierung und Dramatisierung durch eine rasche Aufeinanderfolge von Höhepunkten und den Einsatz hoch besetzter Metaphern, Vergleiche und Bilder, Personalisierung und Individualisierung abstrakter und/oder gesellschaftlicher Vorgänge, und damit Narrativierung, Bindung an die Alltagserfahrung und Emotionalisierung (Maio 2003). Gesellschaftliche Probleme werden auf individuelle Lebensprobleme wie persönliche Vernunft oder Unvernunft oder persönliche Stärke oder Schwäche reduziert (Rapping 1995). Dadurch erzeugt Boulevardisierung zwar eine gewisse emotionale Bindung der RezipientInnen, sie kann aber nicht die "von ihrer sozialstrukturellen Basis losgelösten Probleme und Bedrohungen der Menschen ausreichend erklären" (Arens 1973, 56). Die Medienwissenschaftlerin Schuyler (1995, 477) meint, dass die Individualisierung von gesellschaftlichen Problemen wie in einem Perpetuum mobile eine ungebrochene Verwunderung über Einzelphänomene ermöglicht, was zugleich den Fortbestand vieler Sendungen gewährleistet.

Dieser Prozess hat bewirkt, dass Fernsehen massenmedial zunehmend als Unterhaltungsmaschine funktioniert und dass das Kommerzfernsehen aufgrund der steigenden Zuschauerzahlen die Parameter der Programmgestaltung formuliert. Konsequenz ist, wie die Medienwissenschaftlerin Schumacher (2000, 192ff) in Anlehnung an Neil Postmans "Wir amüsieren uns zu Tode" (1986) ausführt, dass alles und jedes auf dem Bildschirm seiner Ernsthaftigkeit beraubt und als Unterhaltung präsentiert wird. Im Zeitalter von Showbusiness gerät Unterhaltung zum natürlichen Rahmen jeglicher medialen Repräsentation. Dies tangiert besonders Genres, die sich explizit der Information und Kritik verschrieben haben, wie Nachrichtensendungen, politische Diskussionen etc. So wird der traditionelle Sinn von Information verändert – dies verändert und uniformiert natürlich auch die Wahrnehmung: Aus bedeutungsvollen Ereignissen werden dekontextualisierte Fakten, aus Belanglosigkeiten bedeutungsvolle Ereignisse – allein durch den Verbreitungsgrad, den sie durch das Fernsehen erzielen. Funktion und Konsequenzen dieser "Produktion von Gemeinplätzen" skizziert der der Soziologe Uwe Wirth (2001) in Anlehnung an Bordieus berühmt gewordenen Fernsehvorträge über das Fernsehen (1998) folgendermaßen:

> Das Fernsehen gehorcht dem Gesetz des Allgemeinplatzes, um dem Zuschauer ein leichteres Verstehen zu ermöglichen – doch dadruch (sic) geht für den Rezipienten die Möglichkeit verloren, einen selbsterarbeiteten 'Mehrwert an Sinn' abzuschöpfen. Wenn man einen Gemeinplatz von sich gibt, gelingt die Kommunikation augenblicklich, weil sie in gewisser Hinsicht gar nicht stattfindet. (...) Der Austausch von Gemeinplätzen ist eine Kommunikation ohne anderen Inhalt als eben der Kommunikation. Das Denken wird im Fernsehen von (...) 'Fast-Thinkern' erledigt, die mit vorgefertigten Schablonen, mit Gemeinplätzen arbeiten, damit sie der Ökonomie des medialen Diskurses gerecht werden (Wirth 2001, 54).

4.1.6. Die Emotionalisierung von Unterhaltung: Emotainment

Parallel zum Begriff Infotainment findet sich der Begriff "Emotainment" (Klemm 1995, 1996), gebildet aus *emotion and entertainment*, d.h. Unterhaltung durch die Offenlegung von Gefühlen, seien es Liebes- und Glücksgefühle, Reuegefühle, sowie durch Publikumsbeschimpfungen und persönliche Bekenntnisse (Klemm 1996, 160). Diese Art der Unterhaltung betrifft vor allem Talkshows und unterhaltende Magazine und Dokumentationen, die auch als "Affektfernsehen" (Bente & Fromm 1997) bezeichnet werden: Emotionalisiert wird über die Auswahl von attraktiven und aktuellen Themen mit hohem Emotionspotential, v.a. Tabuthemen (Günther 1993), und über persönliche Erzählungen der Gäste. Schumacher (2000) sieht darin eine relevante Strategie zur Zuschauerbindung durch die Herstellung von Nähe:

> Die Favorisierung von Alltagsthemen, die Hereinnahme und Präsentation von Betroffenen und die verbale Konstruktion von größtmöglicher Nähe signalisieren diese Absicht. Menschen identifizieren sich am ehesten, wenn sie positiv in ihrer persönlichen Gefühlswelt angesprochen und 'abgeholt' werden, wenn sie unmittelbar Betroffenen zuhören können, die über ihr Schicksal berichten oder sich selbst vor der Kamera inszenieren. Mehr und mehr Zuschauer kommen daher ausführlich zu Wort in Talk Shows, Infotainmentsendungen und bei der detaillierten Schilderung persönlicher Probleme bei Beratungssendungen. Das Medium der Ferne stellt Nähe durch direktes Einbeziehen er Zuschauer her, indem Intimes öffentlich und vor laufender Kamera dargeboten wird (Schumacher 2000, 235).

Mit nichts lässt es sich – neben dramatischem Aktionismus – so gut und spannend unterhalten wie mit Erzählungen, die sich durch eine hohe Erlebensqualität und eine hohe Emotionalität auszeichnen, manifestiert im Ausdruck von starken Gefühlen wie Freude,

Trauer, Wut, Scham, Glück und Hilflosigkeit. Dies kann durch die Preisgabe von sozial stigmatisierten oder tabuisierten Erlebens- oder Gefühlszuständen verstärkt werden. Der besondere Unterhaltungseffekt von Talkshows, Gerichtsshows, Versöhnungsshows und anderen so genannten *confession-shows* entsteht also dadurch, dass in den persönlichen Erzählungen hohe Emotionalität und besonders markierte Themen miteinander verquickt werden, seien es gefühlsbetonte intime Erzählungen über ungewöhnliche Erfahrungen oder Vorlieben, speziell sexueller Art ("*Ich lebe eine Ehe ohne Sex*"), seien es bewegende Geständnisse diskreditierender Erlebnisse oder die provokative oder reuevolle Offenlegung sozial stigmatisierter Verhaltensweisen und Identitäten ("*Ich bin ess-brechsüchtig*" oder "*Ich bin eine trinkende Mutter*"), sei es die öffentliche Reue über eine Verfehlung in einer Beziehung mit anschließendem Versöhnungsangebot an den oder die Betrogene ("*Verzeih mir*").

Ein Problem ist, dass es sich bei *besonders spannenden Themen* meist auch um sehr diffizile, schwierige Themen von hoher psychologischer und/oder sozialer Komplexität und meist auch von hoher gesellschaftlicher Relevanz handelt. Unter dem Auftrag des "Emotainment" steht in den Talkshows jedoch der Unterhaltungswert dieser Themen im Vordergrund, nicht eine ernsthafte, vertiefende und problematisierende Exploration. Für die persönlichen Erzählungen der Gäste bedeutet dies, dass die Darstellung des Erlebten alleine oft nicht ausreicht bzw. es gar nicht so sehr um eine umfassende Gesamtdarstellung geht, sondern dass speziell das Spannende und das Sensationelle, v.a. aber das emotional besonders Bewegende fokussiert werden muss (vgl. dazu ausführlich die Darstellung in Kap. 5.3. und die entsprechenden Analysen in Kap. 6.6. und 6.7.).

Angela Keppler (2000) ortet den besondern Unterhaltungswert von Talkshows z.B. in einem gewissen Gegensatz gerade darin, dass dem ZuschauerInnen eben nicht Gefühle vermittelt werden, die sie nicht kennen, sondern Gefühle, die ihnen als Teil des Alltags bestens vertraut sind. Da die Situationen des realen Lebens der Eingeladenen aber in den Shows nicht lediglich vergegenwärtigt, sondern im Rahmen einer mehr oder weniger aufwendigen Inszenierung verändert werden – als spezielle Form von Reality-TV – begegnen die ZuschauerInnen quasi artifiziell, für die Darstellung "vergrößerten und ausgestellten" Gefühlen. Und dies führt dazu, dass man fasziniert, eventuell peinlich berührt, aber im Wesentlichen ungeniert zuschauen kann "bei existenziellen Dramen, die sich sonst nur aus den Augenwinkeln beobachten lassen" (Kepler 2000, 225).

Eine zentrale Untersuchungsfrage ist, wie sich diese Formen der Vermischung von Unterhaltung und Information auf die Vermittlung von Gesundheitsinformation auswirkt, vor allem da sich Krankheits- und Gesundheitsthemen besonders gut für Unterhaltung und Emotionalisierung eignen: Die Darstellung von Krankheit, Leid und Schmerz, aber auch Heilung können berühren und betroffen machen, spektakuläre Operationen und neueste medizinische Techniken sind spannend und interessant. Während die medizinischen Informationssendungen und die medizinkritischen Magazine primär an der Vermittlung von professioneller Gesundheitsinformation, wenn auch unterhaltend, orientiert sind, wirkt in den Talkshows der Emotainment-Auftrag stärker auf das Sendungskonzept: Die Unterhaltung soll durch gefühlsbetonte Inhalte erfolgen, dennoch sollen auch Informationen vermittelt werden. Daher soll herausgearbeitet werden, welchen Tribut die Gesundheitsinformation an den medialen Unterhaltungsauftrag zahlen muss, und wie sich die unterschiedlichen Zielsetzungen von Gesundheitsinformation und medialem Unterhaltungsauftrag miteinander vereinbaren lassen.

4.2. Kommunikation im Fernsehen

Im Folgenden möchte ich auf die spezifischen Produktionsbedingungen medialer Kommunikation eingehen und einige Spezifika des medialen Diskurses am Beispiel von

Talkshows zu nicht-medizinischen Themen herausarbeiten. Dabei liegt die Betonung auf den Produktionsprozessen der Inszenierung des Aspekts *talk*, also der Interaktion zwischen den Beteiligten im Studio für Informations- und Unterhaltungszwecke, die in dieser Arbeit ja das Selektionskriterium bei der Auswahl der Sendungen darstellte.

4.2.1. Fernsehkommunikation als inszenierte Kommunikation

Medienkommunikation ist nach Heritage & Greatbatch (1991) als institutionelle Kommunikation zu klassifizieren (vgl. Kap. 4.2), unterscheidet sich von anderen Formen institutioneller Kommunikation aber grundlegend dadurch, dass sie für ein zusehendes bzw. konsumierendes Publikum produziert wird. Dieckmann (1981) nennt dies die "Trialogizität" des Mediums: Es geht nicht so sehr um die face-to-face-Kommunikation zwischen den InteraktantInnen im Studio, sondern im Wesentlichen um die Durchführung und damit Inszenierung von Kommunikation für FernsehbenützerInnen. Medienkommunikation ist also *inszenierte Kommunikation* (vgl. hierzu aus dem deutschen Sprachraum die Arbeiten von Holly & Püschel 1993, Holly, Kühn & Püschel 1986, 1989, Schütte 1996, Burger 1996b und Faber 1993, 1994, 1996, in denen auch Fernsehmagazine und Talkshows untersucht werden, sowie für den englischen Sprachraum, in dem vor allem Nachrichteninterviews bearbeitet werden, die Arbeiten von Atkinson 1985, Heritage 1985, Heritage & Greatbatch 1991, Fairclough 1992, 1995 und Scollon 1998).

Der Medienforscher Winfried Schütte (1996) unterscheidet bei dem Begriff der interaktiven Inszenierung zwischen den Aspekten des Herstellungsrahmens und den Techniken der Durchführung. Die Inszenierung des interaktiven Rahmens von Mediengesprächen ergibt sich daraus, dass diese üblicherweise vorbereitet, nicht-spontan, geplant und in einer für die ZuschauerInnen nicht vollständig einsehbaren Weise gesteuert werden (vgl. u.A. Bayer 1975, Bucher 1993, Burger 1991, Dieckmann 1981, Hess-Lüttich 1993, Holly, Kühn & Püschel 1986). Die eigentliche Durchführung von Mediengesprächen erfordert prototypische interaktiven Produktionstechniken: AnsagerInnen und NachrichtensprecherInnen schauen die ZuschauerInnen direkt vom Bildschirm her an, simulieren den Augenkontakt einer alltäglichen Gesprächssituation und adressieren sie direkt, z.B. in Form von Begrüßungen (Schumacher 2000). Gerade Formen der direkten Adressierungen wie eben Begrüßungen, aber auch Fragen, Warnungen oder Belehrungen bilden ein machtvolles Mittel zur Zuschauerbindung. Bei im Studio inszenierten Gesprächssituationen wie Diskussionen, Talkshows oder Interviews sind die Redebeiträge der InteraktantInnen "mehrfachadressiert" (Burger 1991, Kühn 1995, Heritage 1985), d.h. sie sind sowohl an den oder die anderen anwesenden GesprächsteilnehmerInnen gerichtet wie an die ZuschauerInnen und nehmen immer auch – explizit oder implizit – die Perspektive und die (angenommenen) Interessen des Publikums wahr. Zudem können auch ganze Interaktionsmodi inszeniert sein wie z.B. die Inszenierung von "Natürlichkeit" in Personality-Shows (Faber 1993) oder die Inszenierung von "Konfrontation" in Streitshows (Klemm 1996).

Auch *Medizinsendungen und Talkshows* haben diesen inszenierten Herstellungsrahmen, da ExpertInnen und Gäste vorher genau ausgewählt, Vorgespräche mit ihnen geführt werden und der Sendungsablauf im Wesentlichen vorgeplant wird. Dieses Vorwissen dient den ModeratorInnen dann sowohl in den Medizinsendungen wie in den Talkshows zur interaktiven Kontrolle über den gesamten Sendungsablauf und zur interaktiven Steuerung der Erzählungen der Gäste – im Sinne der Produktion von Information und Unterhaltung für die ZuschauerInnen.[41] Damit schreibt die mediale Inszeniertheit

[41] Zum interaktiven Repertoire von ModeratorInnen und Gästen vgl. Kap. 5.3.4. und Kap. 6.

von vorneherein eine Asymmetrie zwischen den Beteiligungsmöglichkeiten der InteraktantInnen fest. Das bedeutet weiter, dass medial vermittelte Gesundheitskommunikation eine spezifische Form von Gesundheitsinformation ist und nicht mit Gesundheitskommunikation generell oder im Rahmen von Informations- oder Beratungsgesprächen gleichgesetzt werden kann. Diese unzulässige Verkürzung, Beratungsdialoge als Beratung in den Medien anzusehen und sie als face-to-face-Kommunikation zu beschreiben, wird von Franke (1993) auch kritisiert.

4.2.2. Die Vermischung von Genres und Diskursen

Die interaktive Ausrichtung der Medizinsendungen und die Ausstrahlung von Talkshows zu medizinischen Themen reflektieren erstens die genannte aktuelle Tendenz zur Vermischung von Sendungsgenres, in diesem Fall durch Mischung von Informationssendung und Talkshow. Zweitens greifen die so konzipierten Sendungen auch die aktuellen gesellschaftlichen Trends zur Informalität und zur Verwischung der Grenzen zwischen Öffentlichkeit und Privatheit auf, ebenso wie den Trend zur Intimisierung und "Therapeutisierung" von Lebensbereichen (Fairclough 1992 und Kap. 2.4.). Und drittens führen diese Konzeptionen in den Sendungen natürlich auch zu einer Vermischung von Diskursen, einem weiteren, damit zusammenhängenden gesellschaftlichen Phänomen. So bedingt z.B. die *Tendenz zur Informalität* eine Überlagerung bzw. "Kolonialisierung" von öffentlichen und privaten Diskursen (*conversationalization*, Fairclough 1992, 204), also z.B. die Kolonialisierung öffentlicher, v.a. medialer Diskurse durch private Diskursformen wie Gespräche unter guten FreundInnen, Tratsch oder Beratungsgespräche bzw. durch therapeutische Diskursformen. Die Übernahme von Gesprächstypen, die aus dem Alltag bekannt sind, und deren Re-Inszenierung für Informations- und Unterhaltungszwecke, gilt mittlerweile als typische Technik der Fernsehunterhaltung (vgl. z.B. Faber 1994 zur Inszenierung von *small-talk*, Fairclough 1992 zur inszenierten Beratung, Lalouschek 1997a zur Inszenierung von therapeutischen Techniken in Talkshows, Schütte 1996 zu Streitshows, Brünner 1999 und Lalouschek 1999b zur Inszenierung von ärztlicher Kommunikation; s. auch Kap. 5.2.6.3.). Es zeigt sich, dass die importierten Gesprächstypen dabei systematischen, medienspezifischen Verzerrungen unterliegen, da sie ihrer eigentlichen bzw. ursprünglichen Funktion enthoben werden und anderen pragmatischen Zwecken dienen. So können diese importierten privaten Diskurse natürlich auch strategisch zur Erreichung bestimmter Effekte benützt werden, Privatheit oder persönliche Bedeutung werden dabei nur simuliert. Fairclough bezeichnet dies als *synthetic personalization* (Fairclough 1992, 98).

Ein weiterer Trend ist die *Demokratisierung von Diskursen*, also z.B. die Öffnung der aktuellen medialen Berichterstattung gegenüber Laien und normalerweise unterrepräsentierten Gruppen (Fairclough 1992, Burger 1996, Holly 1996 sowie Kap. 2.4.). Dieser Trend wird durch die Auftritte von Betroffenen in den Sendungen entsprochen und durch die Thematisierung von sozial heiklen oder tabubehafteten Bereichen wie etwa Alkoholabhängigkeit von Frauen, Ess-Störungen oder tödliche bzw. stigmatisierende Erkrankungen wie beispielsweise Brustkrebs. Wie medienkritische Studien zeigen, ist diese Öffnung alleine jedoch noch lange kein Garant dafür, dass tatsächliche Veränderungen stattfinden, dass Asymmetrien aufgelöst und die Durchlässigkeit für alternative Diskurse erhöht wird (vgl. Karpf 1988, 1999b).

Zusätzlich zur Privatisierung und Demokratisierung von Diskursen gibt es auch einen zunehmenden Trend, so genannte *Diskurstechnologien* (Fairclough 1993) wie Beratung, Therapie und Lehren zunehmend kontextübergreifend einzusetzen. Fairclough nennt als Beispiel eine an sich traditionelle Textsorte, eine Informationsbroschüre einer Universität, die in Inhalt und Layout wie ein Werbetext gestaltet worden ist. In einer

medienpsychologischen Studie (Bente & Fromm 1997) zeigt sich, dass der ARD-Moderator Jürgen Fliege, ein ehemaliger Pfarrer und Seelsorger, dem es in seiner Sendung "*Fliege*" (ARD) explizit um Lebenshilfe und Beratung geht, besonders hohe Beliebtheitswerte erzielt. Grund dafür ist, dass er in seiner Gesprächsführung durchaus gewisse therapeutische und verstehende Techniken einsetzt, wie z.B. die Verbalisierung emotionaler Inhalte, die ebenfalls zu diesen Diskurstechnologien zu zählen ist. (Zur "therapeutischen Wirkungsweise" von Talkshows vgl. die Ausführungen zu Hoffmann 1998 in Kap. 4.3.2.).

4.3. Talkshows – Ein Genre zwischen Plauderseuche und Subversion

Vor der linguistischen Beschreibung der Diskursphänomene von Talkshows möchte ich einleitend die Entwicklung und wechselhafte gesellschaftliche und programmgestalterische Bedeutung dieses Sendungsgenres skizzieren.

4.3.1. Aufstieg und Niedergang der Talkshows

Seit Mitte der 80er-Jahre erfährt der *Sendungstyp Talkshow* auf deutschsprachigen Fernsehsendern eine wechselhafte Geschichte: 1991 waren z.B. durchschnittlich 39 Minuten täglich diesem Format gewidmet, 1998, also zu der Zeit, in diese Arbeit geplant und begonnen wurde, 398 Minuten, also das Zehnfache (Franke 2000), in den letzten Jahren ist diese Zahl wiederum beträchtlich zurückgegangen. Talkshows stammen als Genre aus dem US-amerikanischen Raum (vgl. Bente & Fromm 1997, von Eimeren & Gerhard 1998, Semeria 1999), sie zeichnen sich dadurch aus, dass sie täglich und tagsüber gesendet, v.a. nachmittags zwischen 14 und 17 Uhr.[42] Die bekanntesten sind bzw. waren "*Schiejok täglich*", später "*Barbara Karlich*" (ORF), "*Hans Meiser*" (RTL), "*Ilona Christen*" (RTL), "*Arabella*" (PRO 7) oder "*Fliege*" (ARD). Typisch für das Genre Talkshow ist, dass sie täglich zur gleichen Zeit gesendet wird, eine Stunde dauert, einem bestimmten Thema gewidmet ist und live vor Studiopublikum stattfindet (was aber nicht bedeutet, dass sie auch live ausgestrahlt wird). Es sind üblicherweise mehrere, nicht prominente Gäste ("Laien") geladen, die von den ModeratorInnen angeleitet werden, "ihre persönliche Geschichte" zu dem jeweiligen Thema zu erzählen. Weitere TeilnehmerInnen sind ExpertInnen, deren Funktion es ist, Fachinformationen zu vermitteln, aber auch eben Berichtetes zu kommentieren. Fallweise können auch Personen aus dem Studiopublikum zu Wort kommen.

Die *Themen der Talkshows* stammen zu einem großen Teil aus alltäglichen Problembereichen in Familie, Beziehungen, Beruf und Gesundheit (vgl. Bente & Fromm 1997, Semeria 1999). Diese Inhalte sind für die ZuschauerInnen erlebensnahe und können unmittelbar Bekanntheit oder Betroffenheit hervorrufen. Der andere Teil der Themen bezieht sich auf extremere oder gesellschaftlich tabuisierte Inhalte, v.a. aus den Bereichen Sexualität, Sucht oder Tod. Diese Inhalte erfüllen bei den KonsumentInnen die Befriedigung von Neugierde an Unüblichem, Abweichendem und Fremdem. Fokus der Inszenierung ist immer die Darstellung von Emotionen bzw. emotional gefärbten Inhalten und der Provokation von persönlicher Betroffenheit bei den ZuschauerInnen, was ihnen die Bezeichnung "Affekt-Talks" (Bente & Fromm 1997) eingetragen hat. Die Realität zeigt, dass die Titel der Talkshows häufig drastischer und provokanter formuliert sind als die dann folgenden Beiträge der Betroffenen.

[42] Begrifflich wird zwischen diesen *daily talks* und *late night talkshows* unterschieden, also spätabendlichen Talkshows mit meist Prominenten, die oft viel mehr der Selbstinszenierung der Talkmaster dienen und neben den Gesprächen Musikeinlagen, Sketches und andere Formen der Unterhaltung bieten.

Dieses Bedürfnis, sich vom "normalen Menschlichen" Abweichendes anzusehen, sich dieser wollüstigen Spannung auszusetzen, sich Fremdes oder Tabuisiertes sozusagen "in aller Ruhe und aus der Nähe" anzusehen, ist keine so neue Zeiterscheinung. Schon in früheren Zeiten gab es als Teil der Alltagskultur die Möglichkeit, sich Abweichendes und dennoch Menschliches zu betrachten, und zwar handelte es sich dabei um die sogenannten "Freak-Shows" auf Jahrmärkten und in Zirkus-Sideshows. Als *freaks* wurden jene Menschen bezeichnet, die aufgrund eines *freak of nature*, also einer Laune der Natur, ausgeprägte körperliche Missbildungen hatten, die aus ihnen menschliche Abnormitäten machte (Scheugl 1974). Für die kurze Zeit der Show konnte man sich von Bartfrauen, Doppelmenschen, Damen ohne Unterleib, Albinos, Vogelköpfen, Schlangenmenschen, Kolossen, Riesen und Zwergen, von diesen menschlichen Wesen jenseits der geltenden Normen, die zu ihrer Zeit nur als triviale Groschensensationen galten, schrecken oder faszinieren lassen. Um möglichst viele BesucherInnen anzulocken (sozusagen die "Quoten zu steigern"), wurde bei den Freak-Shows auf die Herstellung größtmöglicher Spannung Wert gelegt: das *dickste* Mädchen *der Welt* saß neben dem *kleinsten* Mann, der *stärkste* Mann *der Welt* stemmte Gewichte, der Rumpfmensch John Doogs wurde als "Nicodemus, der *Unbeschreibliche*" präsentiert etc.

Der Höhepunkt der Talkshow lag sicherlich in den späten 90er-Jahren. Wenn sich ab Mitte der 90er-Jahre ein nicht unbeträchtlicher Anteil der Sendungen verstärkt Gesundheitsthemen und Lebenshilfe zugewandt hatte, so war gegen Ende der 90er-Jahre zu bemerken, dass sich die meisten Talkshows in Richtung "Streit- und Enthüllungsshows" entwickelten und ihre Themenvielfalt auf private Lebensbereiche reduzierten. Das Zuschauerinteresse nahm so weit ab, dass ab 1999 viele Talkshows aus dem Programm genommen wurden, sogar der "Doyen der Talks", Hans Meiser (RTL). Die jüngere Entwicklung zeigt, dass der Höhepunkt der Talkshows definitiv vorüber ist. Im Jahr 1999 wurde die Aufmerksamkeit der ZuschauerInnen auf "Container-Shows" wie "*Big Brother*" (RTL) oder "*Taxi Orange*" (ORF) verlagert, später auf konzeptuell vergleichbare Sendungen wie "*Ich bin ein Star, holt mich hier raus!*" (RTL) etc., also auf Sendungen, in der zuerst unbekannte, später aus den Medien bekannte Personen über Wochen 24 Stunden rund um die Uhr von Kameras beobachten wurden. Der Medienpsychologe Peter Vitouch (Kurier 13.9.2000, 32) meint zu dieser Entwicklung, dass die para-sozialen Beziehungen der ZuschauerInnen zu diesen Personen erstens viel stabiler und langfristiger gestaltet werden können, und dass zweitens die Möglichkeit, über die "BewohnerInnen" und ihren Verbleib oder Rauswurf abstimmen zu können, das Gefühl gibt, Macht über diese ausüben zu können. Das nach gut einem Jahr daran erlahmende Interesse wurde durch eine rasant steigende Anzahl von Quizshows aufgefangen, die den ZuschauerInnen so etwas wie eine schnelle Abfolge von kurzen "*thrills*" versprechen sollten. In diesem Sog sind auch die Gerichtsshows und Beratungsshows mit enthüllendem Charakter zu sehen, also Sendungen wie "*Zwei bei Kalwass*" (SAT 1), "*Die Jugendberaterin*" (PRO 7), "*Richterin Barbara Salesch*" (SAT 1) und viele ähnliche mehr, in denen allerdings LaienschauspielerInnen in inszenierten psychologischen Beratungen und Gerichtsverhandlungen erfundene Geständnisse preisgeben. Interessanterweise gab es dieses Genre einige Zeit lang auch in der Variante als medizinische Beratungssendung, z.B. "*Vertrauensarzt Dr. Michael Ehrenberger*" (ATV+) und "*Dr. Verena Breitenbach*" (PRO 7) mit dem Untertitel "Medizin und die ganze Wahrheit". In diesem Format berieten echte ÄrztInnen zu Krankheits- und Gesundheitsfragen; die Personen und Fallgeschichten, die stets mit der Aufdeckung eines Geheimnisses endeten, waren allerdings erfunden (s. die exemplarische Diskussion in Kap. 5.2.6.3.).

4.3.2. Talkshows und die schwierige Frage der Sinnstiftung

So wie die Anzahl von Talkshows von 1994 bis 1999 sprunghaft angestiegen ist, so hat auch gerade in den Jahren ab 1996 – also mit der üblichen Latenzzeit – die wissenschaftliche und populärwissenschaftliche Literatur dazu einen Höhepunkt erlebt. Der bis davor mehr als magere Forschungsstand zu diesem Genre ist vermutlich darauf zurück zu führen, dass Tagesfernsehen (*daytime-TV*) generell weniger ernst genommen wird als Abendfernsehen und nachmittägliche Talkshows deshalb lange kein ernstzunehmendes Forschungsobjekt abgaben. Ursache dafür liegt nach Rapping (1995) und Miller & McHoul (1998) in der *geschlechtsspezifischen Zuordnung der Sendezeiten*: Fernsehen am Tag ist traditionellerweise "Frauensache", Fernsehen am Abend "Männersache". Dieser Befund wird durch Mediendaten erhärtet: 1998 konkurrierte das tägliche Talkshow-Angebot um ein Seherpotential von 26 Millionen ZuschauerInnen, also 36,5% des gesamten Fernsehpublikums. Dabei wurde von den Gruppen der 14- bis 29-jährigen und der über 50-jährigen Frauen jeweils fast die Hälfte (47,7% bzw. 46,9%) erreicht (von Eimeren & Gerhard 1998, 605f).

Wie Miller & McHoul (1998) ausführen, ist der Aspekt, tagsüber daheim fernzusehen ein grundlegendes Unterscheidungskriterium zwischen öffentlichem und privatem Leben, zwischen der produktiven und der reproduktiven Sphäre und zwischen bezahlter und unbezahlter Arbeit. Dies ist der Grund, warum Tagesfernsehen wie Soap-Operas, Talkshows und vermischte Magazine erstens niedriger bewertet und zweitens mit Passivität und Emotionalität assoziiert werden. Dies könnte auch die Ursache für die schon genannte stark polarisierte Betrachtungsweise von Talkshows zu sein: Von manchen werden sie als "Plauderseuche" völlig abgelehnt (Meiér 1997), einige warnen vor den als geradezu gefährlich eingeschätzten psychologischen Konsequenzen für die auftretenden Gäste (Henkel 1998), andere halten sie bloß für äußerst kostengünstig produzierte Massenware und belanglosen, Effekt haschenden Tratsch (Roth & Bittermann 1996). Scott (1996) und Abt & Mustazza (1997) kritisieren das lediglich auf Profit ausgerichtete Netz von komplexen kommerziellen und politischen Interessen, das hinter den Produktionsbedingungen von Talkshows steckt und hinter den Ansprüchen an *free speech* versteckt wird. Wieder andere betrachten Talkshows hingegen als ernstzunehmendes Forum für gesellschaftlich relevante Themen (Rapping 1995) und sehen in ihnen eine neuartige, geradezu subversive Möglichkeit, auf dem scheinbar unauffälligen Sendeplatz des Vor- und Nachmittages sozial relevante, durchaus heikle und medial kaum präsente Themen öffentlich aufgreifen zu können (Shattuc 1997, Mikos 1998).

In ihrer groß angelegten medienpsychologischen Studie zeigen Bente & Fromm (1997), dass Talkshows – ähnlich wie Magazinsendungen und Dokumentationen – natürlich auch die schon genannten allgemeinen aktuellen Aspekte des Fernsehens verstärkt aufnehmen und bedienen, also medial vermittelte Information und Lebenshilfe zu allen Themen des täglichen Lebens vermitteln oder die popularisierte und boulevardeske Aufbereitung von Informationen aller Art bieten. Der eigentliche Schwerpunkt von Talkshows ist jedoch die Produktion emotionalisierter Unterhaltung, die vor allem über den gesellschaftlich ebenfalls aktuellen Trend der Veröffentlichung des Privaten läuft. Dieser Überhang an Selbstoffenbarung wird mit der Ideologie der Intimität in der modernen Gesellschaft zu erklären versucht (vgl. Sennett 1983, Giddens 1991, Ariès & Duby 1993, genauer ausgeführt in Kap. 2.4.1). Hier kann ein Bereich der möglichen *sinnstiftenden Bedeutung von Talkshows* für RezipientInnen festgemacht werden. Interessanterweise zeigt sich in der schon genannten Studie, dass FernsehnutzerInnen, die sich Talkshows anzusehen, als Hauptmotive auch "Problembewältigung" und "sozialer Vergleich" nennen (Bente & Fromm 1997, 166ff). Der Soziologe Spetsmann-Kunkel (2004) ortet in der zunehmenden Durchdringung des öffentlichen Raumes mit Intimem hingegen Anzeichen für einen Prozess vermehrter Desintegration.

In Anlehnung an Honneths (1990) Begriff der "zerrissenen Welt des Sozialen" sieht der Medienpädagoge Jochen Kade (1999) die sinnstiftende Funktion von Talkshows darin, gesellschaftliche Irritationen aufzunehmen bzw. auszulösen und sie über die persönlichen Darstellungen von Betroffenen schließlich aufzulösen. Eine solche Irritation wäre z.B. die Brüchigkeit der sozialen Normalität, die in Themen steckt wie "*Meine Vergangenheit hat mich eingeholt*" oder "*Ein Leben wurde mir geschenkt*", und indem "von den Betroffenen Auskunft über die Auswirkungen biographischer Risiken gegeben wird, soll Wissen vermittelt werden, das (...) die Folgen antizipierbar macht, damit Zukunft kalkulier- und beherrschbar wird" (Kade 1999, 156). Wie Kade selbst anmerkt und auch meine eigenen Untersuchungen nahe legen, muss dabei jedoch beachtet werden, dass – um der Inszenierung von emotionalisierter Unterhaltung gerecht zu werden – die *Aus*lösung einer Irritation diesem Inszenierungsfaktor eher entgegenkommt als deren *Auf*lösung, welche deshalb allenfalls oberflächlich erfolgt oder sogar der Darstellung der Vielfalt an Erscheinungsformen oder der Zeit geopfert wird.

Die US-amerikanische Medienforschung, in der *daily talks* eine wesentlich längere Tradition haben als im deutschsprachigen Raum, hat sich speziell mit dem Einfluss der Talkshows auf die amerikanische Gesellschaft und Kultur auseinandergesetzt. Donal Carbaugh (1989) sieht Talkshows als Ort, an dem über die Präsentationen von Menschen und Lebensbereichen bestimmte für den US-amerikanischen Raum kulturell relevante Symbole produziert, geformt oder auch verstärkt werden, wie etwa traditionelle Rollenbilder oder Mythen von Individualität, Freiheit und Toleranz. Elaine Showalter (1997) sieht in Talkshows durchaus gefährliche gesellschaftliche Instrumente zur Auslösung so genannter *Hystorien*, also medial ausgelöster hysterischer Epidemien. Sie argumentiert, dass in der Folge einer gehäuften medialen Berichterstattung stets ein Anstieg z.B. von Diagnosen von Krankheitssymptomen wie das Chronische Erschöpfungssyndrom oder von Persönlichkeitsstörungen wie der Multiplen Persönlichkeit zu beobachten ist, aber auch der Anstieg von Berichten über Satanistische Ritualmissbräuche und Entführungen von Außerirdischen (zu weiteren Aspekten vgl. Munson 1993 sowie den Sammelband Dines & Humez 1995). In diesem Sinne kritisiert die Soziologin Elayne Rapping (1995), dass eine vorschnelle und unreflektierte Abwertung von Talkshows völlig den Blick auf das verstelle, was tatsächlich in der Gesellschaft vor sich gehe und welche Rolle das Fernsehen darin spiele, die Diskussion von kontroversen Themen zu steuern.

Talkshows werden oft auch als *moderne Form von Therapie* oder öffentlicher Beichte gesehen (*confession-shows*). Laut Miller & McHoul (1998) beschäftigen sich zwei Drittel der Talkshows im amerikanischen Fernsehen mit psychologischen Themen und machen dabei reichlichen Gebrauch von SozialarbeiterInnen, TherapeutInnen, PsychologInnen und VerfasserInnen von Selbst- und Lebenshilfebüchern. Ironisch meinen die Autoren, dass im Gegensatz zur psychoanalytischen Methode der freien Assoziation sich das Unbewusste nun direkt ausdrücken müsse, um in das Sendungsformat zu passen (inklusive der Werbeunterbrechungen) (Miller & McHoul 1998, 98). Tatsächlich ist es so, dass ein solcher Fernsehauftritt für manche Gäste so etwas wie kathartischen Charakter hat: Er soll den abschließenden Höhepunkt in einer wichtigen Lebensentscheidung oder persönlichen Entwicklung darstellen, also z.B. sich als ehemals alkoholabhängig oder ess-süchtig zu outen. Durch öffentliches Bekennen, an gesellschaftlichen Erwartungen und Normen versagt zu haben und durch die Darstellung der Überwindung wird die gesellschaftliche Ehre wiederhergestellt. Die Absolution ist die Bestätigung des Moderators und vor allem der Applaus des Studiopublikums, das so die soziale Angemessenheit des Tuns bezeugt – und damit natürlich auch die Richtigkeit der gesellschaftlichen Normen und Erwartungen bestätigt (Lalouschek 1998a).

In ihrer Untersuchung zu einer möglichen therapeutischen Wirkweise von Talkshows hat die Medienpsychologin Andrea Hoffmann (1998) herausgearbeitet, dass Talkshows gewisse Wirkmechanismen der Psychotherapie wie die Verbalisierung von Emotionen, die Aktivierung sozialer Ressourcen und die Erhöhung des Selbstwertes imitieren – im schon dargestellten Sinne Faircloughs (1992) diese Diskurstechnologien also importieren. Diese therapieähnlichen Wirkmechanismen sind für viele Gäste ausschlaggebend für die Planung eines Auftritts. Was Talkshows nicht bieten sind therapeutische Deutungen oder Klärungen, was von den Gästen interessanterweise allerdings weniger erwartet wird als eine unspezifische therapeutische Wirkung: Durch die Verbalisierung ihrer Emotionen, die Erhöhung ihres Selbstwertes durch die öffentliche Wahrnehmung und nicht zuletzt auch die Selbsterfahrung des Fernsehauftritts als solchen.

Die Untersuchung der Motivation für Menschen, als *Gäste* in Talkshows aufzutreten, bietet auch weitere Hinweise auf die Frage, welche sinnstiftende Funktion Talkshows erfüllen können. In einer amerikanischen Untersuchung (Priest 1996) zeigen sich folgende zwei Hauptmotive: Erstens eine ehrliche Überzeugung, dass die Öffentlichkeit die jeweilige Geschichte hören sollte, zweitens eine Art "Stigma-Management-Taktik" (Priest 1996, 69), also eine Normalisierung des Images der jeweiligen Randgruppe, als deren VertreterIn jemand geladen war. Dabei erlebten es viele Gäste auch als stark identitätsstiftend und bestätigend, von einer Redaktion angehört und für einen Fernsehauftritt ausgewählt zu werden, also eine Geschichte zu haben, die wichtig oder gut genug war für eine öffentliche Präsentation. Dieser Effekt berührt innerste Schichten des menschlichen Seins, denn die Anerkennung durch andere ist aus psychoanalytischer Sicht (Winnicott 1973, McDougall 1989) ein zentrale Voraussetzung zur Bildung einer Ich-Identität eines Menschen und existenziell unhintergehbar. Durch das Wahrgenommen Werden durch andere "kann er hoffen, sich als jemand zu erkennen, der einen privilegierten Platz und persönlichen Wert in den Augen eines Anderen besitzt, der ihn anschaut und zu ihm spricht" (McDougall 1989: 292). So bieten Talkshows und die durch sie plötzlich leichte Zugangsmöglichkeit zu öffentlicher Wahrnehmung eine sehr moderne Form der Identitätsstiftung. Unterstützt wird dieser Prozess durch die Imageerhöhung die mit einem Fernsehauftritt verbunden ist: "(the stamp) 'as seen on TV" constitutes a new and powerful 'master status determing trait'" (Priest 1996, 80).

In der schon genannten Untersuchung von Hoffmann (1998) zeigte sich, dass es neben dem Wunsch nach therapeutischen Effekten für manche Gäste darum geht, die parasozialen Beziehung mit den ModeratorInnen in "echte" soziale Beziehungen umzuwandeln. Ein besonderer Reiz des Auftritts liegt für andere Gäste auch in der durchaus kreativen, medialen Abbildung der eigenen Person in einer Situation, die außerhalb und unabhängig von ihren sonstigen Lebensumständen stattfindet. Dies bietet ihnen die Möglichkeit, "einen vom Alltag abweichenden Identitätsentwurf zu kommunizieren, (...) um ihre soziale Identität um eine wichtige Dimension zu vervollständigen oder gar die eigene Neuerfindung zu proklamieren" (Hoffmann 1998, 149). Bente & Fromm (1997, 119ff.) beschreiben acht so genannte "Motivtypen", die das durch die genannten Einzelstudien schon aufgefächerte Spektrum noch durch folgende Motive ergänzt: Die Kontaktanbahnung, also die Herstellung oder Erneuerung einer Beziehung, die Rache, also die öffentliche Zur-Schau-Stellung und Vergeltung einer Kränkung sowie nicht zuletzt finanzielle bzw. kommerzielle Bedürfnisse.

Der Vollständigkeit halber muss natürlich erwähnt werden, dass viele von der Realität ihres eigenen Talkshowauftritts enttäuscht sind, weil sie in der dichten Dynamik des ungewohnten Prozesses mehr oder ganz anderes von sich Preis gegeben hatten, als sie eigentlich wollten oder weil sie in der Sendung mehr Zeit, mehr Ruhe und mehr Ernsthaftigkeit gebraucht hätten um ihr Anliegen differenziert darzustellen. Doch es gibt natürlich einen "Deal", der da lautet: Fernsehauftritt gegen Selbstoffenbarung, kurzer

Ruhm gegen Intimes, Peinliches und Scham, ein Mal wichtig sein gegen Glück, Tränen oder Wut (Lalouschek 1998a, Franke 2000).

4.4. Die Spezifika des medialen Diskurses

Im Folgenden möchte ich nun die Spezifika des medialen Diskurses beschreiben, vor allem die Mechanismen der medialen Inszenierung von *talk* und das interaktive Repertoire von ModeratorInnen und Studiogästen. Die entsprechenden Kategorien sollen dann die Grundlage für die Analyse der Medizinsendungen und Talkshows zu medizinischen Themen in Kapitel 6. bilden. Dazu werde ich als Datenmaterial Talkshows zu nicht-medizinischen Themen heranziehen, um den medialen Diskurs in seiner "Reinform" betrachten zu können und eine gute Differenzierbarkeit zu gewährleisten.

4.4.1. Die Inszenierung von *talk*: Bisherige Untersuchungen

Die neueren sprach- und kulturwissenschaftlichen Arbeiten zur diskursiven Praxis in Talkshows[43] beziehen sich auf die gesamte Bandbreite von Abend- bzw. Prominentenshows (vgl. den Sammelband von Röser 1995 sowie Brand & Scanell 1991, Hess-Lüttich 1993 und Faber 1993, 1994), von zumeist politischen Fernsehdiskussionen (Holly, Kühn & Püschel 1986, 1989, Gruber 1995, Kotthoff 1992, 1993) und Streitshows (*confrontainments*, Schütte 1996, Klemm 1996 oder Hutchby 1996). Die meisten linguistischen Arbeiten zu Talkshows (Fairclough 1995, Penz 1996, Mikos 1998) befassen sich mit Verfahren der Selbstdarstellung und den Mechanismen der interaktiven Steuerung und Kontrolle durch die ModeratorInnen.

Die umfangreiche linguistische Studie von Hermine Penz (1996) zu US-amerikanischen Talkshows nähert sich dem Genre Talkshow dabei überraschend unkritisch, indem sie feststellt, dass Talkshows "have elements of a debate: a social problem is posed in terms of two sides; lay persons and experts offer opposing arguments, and there is a chair, the host, who ensures *that both sides get a fair hearing*" bzw. "Talk shows provide an occasion on which painful emotional issues may be discussed *in a personal manner*" (Penz 1996, 3; Hervorh. J.L.). Vermutlich aus diesem Grunde verbleibt die Analyse, die sich stark am interaktiven Repertoire der ModeratorInnen orientiert, vorwiegend deskriptiv und die Ergebnisse werden nicht systematisch auf die spezifischen Ideologien von Talkshows rückgebunden.

Norman Fairclough (1995) beschreibt exemplarisch den komplexen Identitätsentwurf der bekanntesten amerikanischen Talkshow-Moderatorin Oprah Winfrey in ihrer gleichnamigen Sendung: Sie bewegt sich auf einer Bandbreite eines Rollenrepertoires zwischen Unterhalterin und Erzieherin, sie präsentiert sich ebenso als ernstzunehmende Gesellschaftskritikerin wie als witzige, humorvolle, attraktive Gastgeberin oder als Moralistin mit erhobenem Zeigefinger, die sich nicht scheut, eigene schwierige Lebenssituationen zu offenbaren oder ihren ZuschauerInnen durch und durch persönliche Ratschläge für eine gesamtheitlich Lebensführung zu vermitteln. In diesem Sinne wird Oprah Winfrey "constructed as an ordinary person sharing the life world of people in the studio and home audiences" (Fairclough 1995, 142). Als Hauptpunkt ihres interaktiven Repertoires beschreibt auch Fairclough ihre – qua Kontrolle über das Mirofon ermöglichte – interaktive Kontrolle über die Produktion der Beiträge der InteraktantInnen. So gehen die Erkenntnisse dieser Untersuchungen auch nicht über die der schon durchge-

[43] Frühe Arbeiten von Mühlen (1985) und Linke (1985) arbeiten die Unterschiede zwischen Medienkommunikation und Alltagskommunikation sowie diverse Selbstpräsentationsstrategien heraus, diese Ergebnisse betreffen jedoch schon überholte Sendungsformate deutschsprachiger Talkshows.

führten Studien zur institutionellen Kommunikation hinaus, nämlich dass die VertreterInnen der Institution interaktive Macht besitzen und entsprechende interaktive Kontrolle ausüben.[44]

Ausführlich untersuchte Marlene Faber (1996) die Sendung "*Schreinemakers live*", eine 3-stündige Spätabend-Talkshow. Auch Faber beschreibt das kommunikative Repertoire der Moderatorin, – Rollenzuschreibungen, Aufforderungen, Wiederholen, Einhaken etc. – das diese zur Gesprächsorganisation, zur thematischen Progression und zur Pointierung einsetzt. Aber auch Faber bindet diese Ergebnisse nicht an den spezifischen medialen Kontext oder den Unterhaltungsauftrag dieser Show zurück.

In meinen eigenen Arbeiten zu Talkshows (Lalouschek 1997ab, 1999a) habe ich die interaktiven Verfahren der Inszenierung von Spannung und Emotionalität untersucht, die Funktionalisierung der Gäste und die interaktive Bearbeitung ihrer Erzählungen im Sinne des speziellen Unterhaltungsauftrags der Sendungen sowie die Produktion von sozialen Stereotypen und gesellschaftlicher Normalität.

Im Rahmen der geplanten Untersuchung sind diese interaktiven Verfahren und die interaktiven Kontrollmechanismen der ModeratorInnen zentral für die Fragen nach der interaktiven Produktion von medizinischen und gesellschaftlichen Bedeutungen bei der Behandlung von Krankheits- und Gesundheitsthemen und werden – was den medienspezifischen Anteil der diskursiven Prozesse betrifft – die zentralen Analysekategorien darstellen.

4.4.2. Die Dramaturgie von *talk* und *show*

Das Spezifikum von Talkshows ist wie gesagt die Herstellung von emotionalisierter Unterhaltung (*show*) durch Reden (*talk*). Dazu müssen über entsprechend besetzte Themen, über persönliche Erzählungen und über die Dramaturgie der Show starke Gefühle inszeniert werden, oder anders gesagt: Affektfernsehen setzt auf Personalisierung, Authentizität, Intimisierung und Emotionalisierung (Thornborrow & van Leeuwen 2001).

Die *persönlichen Erzählungen* der Gäste sind die eigentliche Grundlage von Talkshows. Der Grund, warum persönliche Erzählungen überhaupt einen so hohen Unterhaltungswert haben, liegt erst einmal im Diskurstyp selbst. Eine Erzählung an sich zeichnet sich dadurch aus, dass die "Geschichte" (Gülich 1976), auf die sie sich bezieht, gewisse Minimalbedingungen von Ungewöhnlichkeit erfüllen muss, damit sie überhaupt erzählenswert ist. D.h., die Ankündigung einer Erzählungen weckt schon Erwartungen, etwas nicht ganz Gewöhnliches geschildert zu bekommen, trägt damit ganz prinzipiell ein gewisses Spannungsmoment. Hand in Hand mit der Relevanz eines Ereignisses geht natürlich auch das persönliche Erleben dieses Ereignisses. Jede Darstellung einer "persönlichen Geschichte" ist immer auch eine Darstellung der mit dem Erleben verbundenen Gefühle und Emotionen (Fiehler 1990).

Persönliche Erzählungen tragen also per definitionem die Ingredienzien von Talkshows, nämlich Ungewöhnlichkeit und emotionale Qualität in sich. Darum nennt der Medizinethiker Maio (2003) die Erschließung von Fakten und deren Deutung über das Erzählen von Geschichten als den "Königsweg in der medialen Darstellung von Sachverhalten (Maio 2003, 277)", weil damit alle medialen Inszenierungsbedingungen wie Personalisierung, Dramatisierung und Emotionalisierung gleichzeitig erfüllt werden könnten.

In ihrer Untersuchung zu Ich-Erzählungen über sexuelle Erlebnisse in Frauenmagazinen stellte Caldas-Coulthard (1996) fest, dass Erzählungen über persönliche Erlebnis-

[44] Zum interaktiven Repertoire von ModeratorInnen und Gästen vgl. Kap. 5.3.4. und Kap. 6.

se einen direkten Zugang zum "wirklichen" Leben des Erzählers bzw. der Erzählerin erlauben; wenn es in diesen Erzählungen zusätzlich um Intimes und sehr Persönliches, u.U. Diskreditierendes geht, so ermöglichen sie zudem für die RezipientInnen eine Art stellvertretender Teilnahme an Normüberschreitungen, Verbotenem oder für sich selbst Unvorstellbarem. Eine intime, persönliche Erzählung kann in der Kommunikation also dazu dienen, sein "wirkliches Selbst" zu enthüllen. Eine derartige Erzählung, noch dazu von einem "gewöhnlichen" Menschen und außerdem öffentlich präsentiert, kann daher auch benützt werden, um (den Eindruck von) Echtheit und Authentizität herzustellen, *Authentizität zu inszenieren*. Eine Steigerung ist möglich durch die Preisgabe von etwas Diskreditierendem oder sozial Abweichendem. So weist man sich ganz speziell in einem Moment, in dem man Beschämendes oder Verbotenes beichtet, oder in dem man sozial inadäquates oder stigmatisiertes Verhalten zugibt, als ernsthaft und echt aus (Tolson 1991, 186). Automatisch steigt damit der Unterhaltungswert, da "Entkommuniziertes" kommuniziert wird. So avancierte der österreichische Talkmaster Hermes Phettberg in den 90er-Jahren mit seiner "*Netten-Leit-Show*"[45] zu einer Kultsendung, weil er gerade diese Form der krassen Selbstenthüllung als Stilmittel einsetzte: Er präsentierte sich offen als ess- und fettsüchtig, sadomasochistisch, homosexuell, depressiv und hilflos bis zur Lebensunfähigkeit und machte in den Gesprächen mit seinen Gästen diese Abweichungen und Stigmata systematisch zum Thema (vgl. Palm 1996). Es wird deutlich, wie eng Authentizität, Emotionalität und Spannung miteinander verflochten sind, und wie unmittelbar der gezielte Einsatz dieser Elemente die Inszenierung von Spannung und Emotionalität unterstützt.

Diese Form der Selbstoffenbarung (*self-disclosure*, Derlega et al. 1993), die von den Talkshowgästen öffentlich praktiziert wird, ist an sich charakteristisch für Kommunikation in nahen sozialen Beziehungen, also für Gespräche unter guten Freunden und Freundinnen, aber auch für Gespräche aus beratenden und therapeutischen Kontexten. Die Übernahme dieses kommunikativen Elements aus privaten Diskursen in eine öffentliche Diskursform macht es möglich, in den Talkshows den Anschein von Vertrautheit und Offenheit zwischen den Beteiligten herzustellen und persönliche Nähe medial zu inszenieren. So können sich ZuschauerInnen via TV nicht nur unterhaltsame Erzählungen über Normverstöße und sozial abweichendes Verhalten anderer Menschen ins Heim holen, sondern auch die Illusion der Teilnahme und Teilhabe an nahen sozialen Beziehungen.

Was die *Auswahl der Gäste* betrifft, zeigt sich, dass in den Talkshows eine beträchtliche Anzahl aus therapeutischen Kontexten wie Gesprächstherapien, Beratungen oder Selbsthilfegruppen rekrutiert wird, diese also eine gewisse "Professionalität" bzw. Schulung in Selbstoffenbarung haben.[46] Der Vorteil dieser Personen für eine mediale Präsentation liegt auf der Hand: Aufgrund ihrer Vorerfahrungen sind sie eher in der Lage, ihr Verhalten und ihre Erlebnisse ausreichend zu verbalisieren - auch in der ungewohnten Situation des öffentlichen Redens vor Kamera und Studiopublikum - und eher geeignet, über die faktische Beschreibung hinaus auch mögliche psychologische Zusammenhänge darzustellen (Franke 2000). Die Erzählungen werden dadurch medial präsentabler, inhaltlich komplexer, und u.U. erreicht die Selbstoffenbarung noch tiefere oder privatere Schichten der Persönlichkeit. Alle diese Faktoren wiederum machen das Zuhören und Zuschauen interessanter.

---

45 Der Name "*Nette-Leit-Show*" ist eine dialektale Verballhornung ("nette Leute") des Genre-Begriffs "Late-Night Show".

46 Dieses Faktum betraf v.a. die Talkshows Mitte der 90er-Jahre.

4.4.3. Die Inszenierung von persönlichen Erzählungen

Ein typisches Beispiel für eine persönliche Erzählung eines "professionell geschulten Gastes" ist die einleitende Darstellung einer ehemals alkoholabhängigen Frau in der Sendung "*Hans Meiser*" (RTL) zum Thema "*Meine Mutter trinkt*". Frau Rahr (KR), die im Anschluss an ihre Entzugstherapie eine Ausbildung als Therapeutin absolviert hat und seitdem selbst als Suchttherapeutin arbeitet, schildert, wie sich ihre Alkoholsucht entwickelt und auf ihre vier Kinder ausgewirkt hat:[47]

038
MO: hmhm[v]
KR: ich wollte auch die gute Mutter sein, die Übermutter, <EA> und hab ganz viel getan und

039
KR: hab mich völlig vergessen. <EA> ich hab auch irgendwann ah - <EA> diese -- Anstrengung

040
KR: auch nich mehr ausgehalten, ich war einfach überlastet ohne Ende, <EA> und dann - half

041
KR: am Anfang einfach n Schluck Alkohol um noch weitermachen zu können, es puscht ja am

042
KR: Anfang einfach mal auf, ne? und dann lief es aus dem Ruder <EA> äh - dass ich immer

043
KR: weniger tun konnte und immer weniger da war, und ich denk das Schlimmste für die Kinder

044
KR: is diese - <EA>/ dass man so unzuverlässig ist., - das is heute "ach mein Liebes, mein

045
MO: hmhm[v]
KR: Schätzchen, mein Süßes", und am nächsten "mein Gott , - geh mir ausm Weg und hau doch ab".

046
KR: die Kinder können sich auf gar nichts verlassen.

Frau Rahr macht für ihre frühere Alkoholabhängigkeit ihre Unfähigkeit verantwortlich, ihre Rolle als "Mutter" ihren damaligen Vorstellungen entsprechend auszuüben. Sie wollte nicht nur eine gute Mutter sein, sondern *die Übermutter (038)*, wodurch sie sich selbst immer stärker überlastete und über den Alkohol zu einer "schlechten Mutter" wurde, da sie nicht für ihre Kinder da war, unvorhersehbar agierte und völlig unzuverlässig wurde. Als Person mit therapeutischem Hintergrund ist sie gut in der Lage, eine offene, in den diversen Zusammenhängen klare, sichtlich schon reflektierte und damit gut nachvollziehbare Darstellung zu produzieren.

Die inhaltlich kurz skizzierten Normverstöße der Alkoholabhängigkeit und der "schlechten Mutter" versprechen weitere unterhaltsame bis spannende Details und können bei den ZuschauerInnen Gefühle von voyeuristischem Interesse über Mitleid und Verständnis bis hin zu Ablehnung und Schadenfreude wecken. Auf die talkshow-spezifische, interaktive Bearbeitung der Darstellung solcher Normverstöße gehe ich weiter unten ausführlich ein (Kap. 4.4.8.).

Es zeigt sich jedoch, dass derartige Erzählungen nicht "einfach und spontan" erfolgen, sondern *ganz spezifischen Inszenierungsschritten* von Seiten der ModeratorInnen unterliegen. Bevor Erzählwillige in einer Talkshow auftreten können, werden sie in Vorgesprächen von der jeweiligen Redaktion ausgewählt.[48] Aus diesen Vorgesprächen beziehen die ModeratorInnen ihre Vorinformationen, die stichwortartig auf Karteikarten festgehalten werden und ihnen während der Sendungen zur Verfügung stehen. Und die-

[47] Die folgenden Gesprächsausschnitte stammen aus meinem eigenen Korpus "Medizinsendungen und Talkshows".

[48] Es ist anzunehmen, dass die persönlichen Geschichten der Erzählenden schon dabei gewissen Transformationen unterzogen werden. Dazu gibt es jedoch keine Untersuchungen.

ses Vorwissen gibt den ModeratorInnen eine Vielzahl von Möglichkeit an die Hand, die Erzählungen ihrer Gäste von Beginn an zu steuern.

So beginnt der Inszenierungsprozess mit der *Herstellung des Erzählrahmens*, und zwar über die Vorstellung des jeweiligen Gastes. In der Sendung "*Ilona Christen – Die Vaterfalle*" geht es um schwierige Vater-Tochter-Beziehungen. Die Moderatorin stellt den ZuschauerInnen ihren zweiten Gast vor, indem sie in aller Kürze deren bisheriges Leben umreißt:

002
MO: Birgit ist mein nächster Gast. Birgit Struck-Hansen <EA> hat eine Bilderbuchehe

003
MO: geführt, - galt als perfekte Mutter, hatte beruflichen Erfolg, nur irgendwann hat sie fest=

004
MO: gestellt, - dass sie gar nicht ihr Leben gelebt hat sondern das ihres Vaters. <EA>

Bei dieser Vorstellung bedient sich die Moderatorin des rhetorischen Mittels der Kontrastierung: Sie stellt sozial hoch besetzte, aber ebenso hochstereotype Begriffe wie Bilderbuchehe, perfekte Mutter und beruflicher Erfolg der persönlichen Erkenntnis der Frau gegenüber, dass das nicht ihr Leben gewesen sei, sondern eines entsprechend den Vorstellungen ihres Vaters. Diese Kontrastierung impliziert, dass das jetzige Leben von Frau Struck-Hansen nicht diesen Stereotypen entspricht. So wird inhaltlich die Erzählung einer Normabweichung vorbereitet und eine entsprechende Erwartung und Spannung hergestellt. Strukturell liefert die Moderatorin den ZuschauerInnen damit einen Orientierungsrahmen für die nun folgende Geschichte, eine Art *abstract*. Dies alles schöpft sie aus ihrem Vorwissen aufgrund der Vorgespräche und der Recherchen der Redaktion. Dann adressiert die Moderatorin ihren Gast (BS) direkt:

004
MO: Birgit, was

005
MO: hat er denn gemacht, dass Sie so geworden sind wie er wollte dass Sie sein sollen.
BS: also, was er

006
BS: konkret gemacht hat kann ich eigentlich gar nicht sagen' - ob er überhaupt was gemacht hat'

007
BS: <EA> also mein Vater - is:/ ja – so n ganz logischer Mensch gewesen. so n wenig/ also er war

008
MO: hm[v]
BS: immer gut drauf' zum Beispiel, sehr gesellig' <EA> und: - traurig hab ich ihn nicht erlebt, <EA>

Frau Struck-Hansen folgt der *Erzählaufforderung* der Moderatorin, indem sie die Eingangsfrage relativierend beantwortet und dann zu einer Beschreibung ihres Vaters überleitet. Es wird deutlich, dass der interaktive Handlungsspielraum von Frau Struck-Hansen, die Erzählung ihrer persönlichen Geschichte eigenständig zu planen und zu gestalten, aufgrund der intensiven Steuerung der Moderatorin von Anfang an äußerst gering ist.

Diese, für Talkshows ganz typische "Unstimmigkeit" bei der Übernahme der Erzählaufforderungen kann darauf hinweisen, dass die Gäste sich in dem vorgegebenen Gerüst einen gewissen erzählerischen Spielraum sichern, indem sie auf die Fragen der ModeratorInnen nur mittelbar eingehen. Sie kann aber auch bedeuten, dass die Fragen der ModeratorInnen lediglich "Stichwortfunktion" haben und nicht immer und unbedingt als "echte Fragen" gemeint sind. Dies ist aufgrund des gemeinsamen Wissens von Gästen und ModeratorInnen über die Geschichte möglich. Hierdurch wird auch der Inszenierungscharakter für die ZuschauerInnen besonders deutlich.

Diese "Stichwortfragen" ähneln strukturell und funktional den Phänomenen der "uneigentlichen Fragen", die Schwitalla (1979) für Experteninterviews herausgearbeitet hat und den "Regiefragen" von LehrerInnen im Unterricht (Ehlich & Rehbein 1986). Nach Partheymüller (1994) finden sie sich auch Medizinsendungen wieder. In allen Fällen geht es hier um eine für Institutionen und Medien typische Form der Frageaktivität, die nicht nur dazu dient, Antworten zu initiieren um ein Wissensdefizit auszugleichen, sondern auch um die jeweilige Interaktionssequenz inhaltlich und gesprächsorganisatorisch zu steuern.

Über die Vorstellungssequenz und eine Erzählaufforderung konstruiert die Moderatorin also einen *narrativen Rahmen*, innerhalb dessen sie ihrem Gast einen ganz bestimmten Einstiegspunkt zur Verfügung stellt (vgl. Faber 1996). An dieser Stelle sei bemerkt, dass in alltäglichen Gesprächen persönliche Erzählungen typischerweise spontan erfolgen; sie werden von der/dem Erzählenden angekündigt und in Interaktion mit den Reaktionen der Zuhörenden aus- und zu Ende geführt. Aber auch bei fremdinitiierten, d.h. eingeforderten Erzählungen übernimmt der/die Erzählende die Kontrolle über die inhaltliche und diskursive Gestaltung der Geschichte. Im Setting der Talkshow obliegt den ModeratorInnen die Konstruktion des narrativen Gerüstes: Sie liefern den Orientierungsteil der Erzählung und nicht die Gäste, die das Erzählenswerte erlebt hat. Diese müssen ihre Erzählaktivitäten "in der Mitte" beginnen, d.h. an dem Einstiegspunkt, den die ModeratorInnen über die Erzählaufforderung bestimmen. Diese beiden Faktoren sind für Alltagserzählungen, die zum Zwecke der Unterhaltung oder Information erfolgen, untypisch (vgl. Quasthoff 1980), sie dienen dem Moderator jedoch zur präzisen Kontrolle über den Inhalt und den Verlauf der Erzählung.

4.4.4. Die Simulation von Nähe und Verstehen

Der mediale Import von persönlichen Erzählung über sehr private Erlebnisse und Gefühle, die eigentlich charakteristisch sind für nahe soziale Beziehungen, erlaubt die Inszenierung persönlicher Nähe, sei es zwischen den Gästen und den ModeratorInnen, sei es zwischen den Gästen und den ZuschauerInnen. Da diese Nähe aber nur simuliert wird, erweisen sich auch die entsprechenden interaktiven Verfahren, die für die Inszenierung eingesetzt werden, als Simulationen mit charakteristischen Verzerrungen. Auch hier spielt das *Vorwissen der ModeratorInnen* die entscheidende Gestaltungsrolle.

Wie oben dargestellt, soll Frau Struck-Hansen ihre Erzählung mit einer Beschreibung ihres Vaters beginnen, der ihre Lebensgestaltung und ihr Selbstbild bis zu einem bestimmten Punkt in ihrem Leben maßgeblich beeinflusst hat:

007
BS: <EA> also mein Vater - is:/ ja – so n ganz logischer Mensch gewesen. so n wenig/ also er war

008
MO: hm[v]
BS: immer gut drauf' zum Beispiel, sehr gesellig' <EA> und: - traurig hab ich ihn nicht erlebt, <EA>

009
MO: wie hat er Sie erzogen? wie hat/ war das
BS: und es hieß immer ja. es hieß einfach immer, ich bin wie er. - das

010
BS: wurde so gesagt von allen, von meinen Großeltern, von meiner Mutter, von meinem Vater

011
MO: und so sollten Sie auch sein. stolz?
BS: auch' und <EA> er machte eigentlich n: - stolzen Eindruck. und so

012
MO: beherrscht? <EA> Herr der Lage?
BS: sollt ich auch sein. also ja' so/ so n - logischer Mensch' wenig emotional'

Frau Struck-Hansen beschreibt ihren Vater u. A. auch als *stolz (011)*. Diese Beschreibung wird von der Moderatorin mit *und (012)* aufgenommen und auf die Erzählerin übertragen: *so sollten Sie auch sein. stolz*? Damit geht sie vertiefend auf die Darstellung ihres Gastes ein und fokussiert zugleich den eigentlichen emotionalen Gehalt der Gesamterzählung: "Mein Vater wollte, dass ich so bin wie er". Frau Struck-Hansen bestätigt die Richtigkeit dieser Übertragung durch eine wörtliche Wiederholung: *so sollt ich auch sein. (012)*. Die Moderatorin bietet ihr noch zwei weitere Zuschreibungen von Persönlichkeitseigenschaften an (*beherrscht* und *Herr der Lage (012)*), beide in Frageform. Und beide werden von Frau Struck-Hansen wieder als zutreffend markiert und durch Nennung weiterer ähnlicher Eigenschaften ergänzt.

Das Interessante an der Weiterführung der Moderatorin ist der Punkt, dass sie die Geschichte ihres Gastes ja bereits kennt, so dass die Inhalte, die sie einführt (*so sollten Sie auch sein*, *beherrscht* etc.), sich nicht „aus dem Gespräch“ ergeben, sondern aus ihrem Vorwissen stammen, und damit auf alle Fälle zutreffen werden. Trotzdem bietet sie diese Zuschreibungen mit Frageintonation an. So müssen sie von Frau Struck-Hansen erst als zutreffend quittiert werden. Mit diesem Verfahren wird die interaktive Weiterführung erstens als "echte Frage" inszeniert, deren Antwort die Moderatorin noch nicht kennt, und zweitens als "echte Vertiefung" des Gesagten, und so dient es dazu, ihr Vorwissen und ihre Steuerungsaktivitäten zu "kaschieren". Da zudem diese Zuschreibungen nur als richtig bestätigt werden können, wird bei den ZuschauerInnen der Eindruck erzeugt, dass die Moderatorin eine gute Zuhörerin ist, sie sich gut in ihren Gast hineinversetzen kann, an ihrer Geschichte persönlich Anteil nimmt und sie sie "wirklich" versteht. Die Bestätigungen und Wiederholungen von Frau Struck-Hansen vermitteln weiter den Eindruck einer sich stark ergänzenden und gemeinsamen Produktion dieser Erzählung. So wird große Nähe und Empathie zwischen der Moderatorin und ihrem Gast inszeniert, also auch ein weiteres Element aus nahen Diskursen.

Faber (1996) meint auch, dass die ModeratorInnen auf diese Weise die Erzählungen *gemeinsam* mit ihren Gästen erzählten. *Gemeinsames Erzählen* impliziert jedoch eine Rollenverteilung mit im Großen und Ganzen ähnlichen diskursiven Rechten und Pflichten. Wie die Analysen deutlich machen, ist dies zwischen ModeratorInnen und Gästen jedoch nicht gegeben, ganz im Gegenteil: die Gäste bekommen das Rederecht immer nur für die Ausfüllung der von den ModeratorInnen geöffneten *slots* zur Verfügung gestellt, nicht für ihre gesamte Geschichte, sie befinden sich immer im Zugzwang und müssen auf die Unterbrechungen und Themenwechsel der ModeratorInnen eingehen.[49] Der – vermutlich durchaus erwünschte – Eindruck des gemeinsamen Erzählens ist lediglich ein weiterer Bestandteil des Inszenierungscharakters der Talk-Shows. Gemeinsames Erzählen impliziert ja, dass beide an der Erzählung Beteiligten das Geschehen auch gemeinsam erlebt haben, es zwischen den Beteiligten also den Anschein einer soziale Beziehung außerhalb der Erzählsituation gibt. Dies wiederum fördert den Eindruck von Nähe und persönlicher Beziehung.

Während in Alltagserzählungen die/der Erzählende für die Zeit der Erzählung die Rolle des "primären Sprechers" inne hat (Quasthoff 1990, 67), dass also nach Unterbrechungen wie etwa durch klärende Nachfragen die Sprecherrolle solange automatisch an sie/ihn zurückfällt, bis die Erzählung abgeschlossen ist, zeigen die Analysen der medialen Erzählungen, dass der verbale Handlungsspielraum der Gäste, die Erzählung ihrer persönlichen Geschichte eigenständig zu planen und zu gestalten, einer intensiven Steuerung der ModeratorInnen unterliegt. Überspitzt formuliert entsteht die paradoxe Situa-

[49] Dies ändert sich übrigens, wenn ein Gast prominent und v.a. medienerfahren ist. Diese/r hat dann durchaus die Möglichkeit, die Rollen zu wechseln und etwa den Moderator/ die Moderatorin zu befragen, seinen/ ihren Moderationsstil zu loben oder zu kritisieren, Antworten zu verweigern oder eigenständig Themen einzubringen.

tion, dass ihre Geschichte präsentiert wird, sie sie aber nicht eigenständig erzählen können (ausführlich in Lalouschek 1997b).

4.4.5. "Instant-Therapie" oder der Import von Diskursen

Wenn es in den Talkshows um psychologische Thematiken geht, sind häufig PsychologInnen, BeraterInnen oder TherapeutInnen als ExpertInnen geladen. Diese äußern sich sowohl zur Fragestellung allgemein wie auch zu den einzelnen Darstellungen der Gäste. Damit wird ein weiteres, sehr spezifisches Element aus privaten Diskursen importiert, und zwar die professionelle psychologische Interpretation oder Deutung von persönlichen Verhaltensmustern. Die diskursive Inszenierung von freundschaftlichem bzw. persönlichem Verstehen durch die ModeratorInnen wird so noch durch die Darstellung von *professionellem Verstehen durch ExpertInnen* verstärkt.

In der Talkshow "*Ilona Christen – Ehe ohne Sex*" erzählt Frau Renate (RW), die gemeinsam mit ihrem Mann auf dem Podium sitzt, dass sie diesem bald nach der Eheschließung jede Form von körperlicher Nähe oder Zärtlichkeit verweigert habe. Auf Nachfragen der Moderatorin gibt sie als mögliche Gründe dafür die schwierigen familiären Verhältnissen in der Kindheit an, sie erzählt auch vom sexuellen Missbrauch durch ihren Vater und von ihrer Tochter, die sie alleine aufgezogen hat. Insgesamt beteuert sie aber, dass sie die Zusammenhänge nicht verstehe. An dieser Stelle schaltet Ilona Christen die Expertin (AB), eine Sexualtherapeutin, ein.

097
AB: ich geh noch mal auf was andres ein. dieser sexuelle Missbrauch ist natürlich in der Tat ein

098
AB: traumatisches Erlebnis. <EA> das heißt Sexualität ist von Anfang an: ganz ganz schlimm

099
AB: und ganz negativ besetzt. <EA> viele Frauen finden meistens dann überhaupt gar keinen

100
AB: Zugang zu ihrer – Sexualität, zu ihrer eigenen, <EA> andre Frauen - funktioniern in

101
AB: Anführungstüddelchen viele Jahre <so wie SIE vielleicht jetzt auch'> <EA> und irgendwann
< *zeigt zu RW* >

102
AB: kommt s halt raus, und bricht halt auch durch. <EA> dazu kommt dass Sie immer für andre

103
AB: da sein mussten, - das heißt Sie mussten immer funktionieren, immer gebm. <EA> das heißt Sie

104
AB: durften nie an sich denken. jetzt ham Sie einen so n tollen Mann, und das erste Mal in Ihrem

105
AB: Lebm dürfen Sie drüber nachdenken <EA> ob Sie eigentlich auch Sexualität möchten. also

106
AB: Sie müssen nicht mehr funktionieren, sondern Sie dürfen es sich erlauben ob Sie s wollen.

107
MO: genießen!
AB: und ( ) ja! - genau.

Die Expertin hebt aus der Erzählung von Frau Renate den sexuellen Missbrauch in der Kindheit hervor, bringt eine allgemeine Darstellung der dadurch ausgelösten möglichen Befindens- und Verhaltensstörungen, dann geht sie mittels direkter Adressierung direkt auf Frau Renate ein und stellt alle von ihr gebotenen Fakten in einen Gesamtzusammenhang. Damit wird ihr Verhalten "professionell verstehbar": Frau Renate habe im Rahmen *dieser* Beziehung erstmals die Möglichkeit, auszuprobieren. Ihre erzählte Verweigerung wir professionell als Selbstschutz und neuer Freiraum interpretiert, der das

Ausprobieren neuer Verhaltensweisen ermögliche. Diese Interpretation wird nicht weiter vertieft, sondern durch einen thematischen Wechsel durch die Moderatorin abgelöst.

Hier kommt es also zur medialen Inszenierung einer scheinbaren "Idealform" bzw. eines Stereotyps von therapeutischer Kommunikation: Auf eine problemorientierte persönliche Erzählung durch den "Klienten"/die "Klientin" erfolgt sofort und umgehend die psychologische Erklärung und/oder Interpretation durch den Therapeuten/ die Therapeutin, also mediale "Instant-Therapie" (Lalouschek 1997a). Diese *Inszenierung therapeutischer Kommunikation* hat einen zusätzlichen Effekt: Die Verbalisierung psychologischer Zusammenhänge macht die Selbstdarstellungen u. U. noch diskreditierender, weil noch offener und noch direkter. Damit wird sie für die ZuschauerInnen noch spannender und emotionalisierender, v.a. da sie an einer Diskursform teilhaben können, die sich üblicherweise jeder Öffentlichkeit entzieht.

Dieser Gesprächsauschnitt ist auch ein Beispiel für den *Import von Gesprächstypen* in das mediale Setting (s. auch ausführlich Kap. 4.2.2.): Ein Bestandteil des Gesprächstyps "therapeutisches Gespräch", in diesem Fall die psychologische Interpretation und Deutung von Verhaltensweisen, wird in das mediale Setting Talkshow importiert und in der spezifischen, oben dargestellten Weise in Szene gesetzt. Dadurch erfährt er automatisch eine medientypische Verzerrung, z.B., dass die Therapeutin nicht direkt mit der Betroffen spricht sondern über sie, dass ihre Antwort auch allgemeine Informationen für die ZuschauerInnen enthalten muss oder dass die Interpretation scheinbar ganz schnell und problemlos erfolgt. Diesem Import von Gesprächstypen, z.B. dem ärztliche diagnostische Gespräch und seinen Verzerrungen, werden wir bei der Analyse der Medizinsendungen wieder begegnen.

4.4.6. Die Inszenierung von Spannung und Betroffenheit

Eine andere Form, die Erzählungen der Gäste weiterzuführen und zu entfalten, ist den Schwerpunkt auf die Aufrechterhaltung der spannenden und betroffen machenden Aspekte zu legen, um dem medialen Auftrag der Inszenierung von emotionalisierter Unterhaltung nachzukommen. Dazu werden vorhandene Erzählteile nicht durch Nachfragen oder Vertiefen interaktiv prozessiert und bearbeitet, sondern lediglich immer neue Teilerzählungen und Anekdoten eingefordert. Oft erfolgen diese Fragen nur stichwortartig.

In der Sendung "*Walter Schiejok – Ängste*" (ORF) beendet Frau Schweichert (IS), die unter massiven Panikattacken und entsprechenden sozialen Einschränkungen leidet, ihre Darstellung ihrer psychischen Probleme mit einem Hinweis auf ihre Schuldgefühle und die eher unverständige Reaktion ihrer Umwelt:

056
IS: also es is scho furchtbar, <EA> und wemma dann no hört, naja du lässt dich eigentlich nur

057
IS: gehen' und jetz reiß di endlich zusammen' was ma eigentlich <EA> sowieso machen möchte'

058
MO: ah wie is es, wenn Sie da so über an Zebra=
IS: <EA> dann is das scho s/ sehr schlimm. <AA>

059
MO: streifen gehen.
IS: <EA> in da Zwischenzeit geht s. aba - am Anfang war s sehr schlimm. also ich bin

060
IS: manchmal - gerade - wenn es eine sch/ eine breite Straße war die zu ü/ überqueren galt, <EA>

061
IS: - da bin i gstanden und hamma gedacht, oh Gott, jetzt kommst da nicht hinüber. und w:ar also

062
IS: wirklich oft Weinkra/krämpfm - nahe' <EA>

Die überaus offene und problemorientierte abschließende Bewertung der Situation der Betroffenen erfährt von Seiten des Moderators keinerlei bestätigende oder aufnehmende Formulierung, nicht einmal ein Hörersignal.[50] Walter Schiejok führt die Darstellung mit einer Frage weiter, die deutlich aus seinem Vorwissen aus den Vorgesprächen stammt, und die lediglich eine weitere spannende Teilerzählung zu ihren alltäglichen Behinderungen elizitieren soll. Frau Schweichert reagiert auf dieses "Stichwort" sofort mit einer entsprechenden, plastischen Darstellung dieses Details. An diesem Beispiel wird es besonders deutlich, dass diese Inszenierung v.a. auch "gefügige Gäste" benötigen.[51]

In der Sendung "*Hans Meiser - Meine Mutter trinkt*" ist wie schon erwähnt, eine ehemals alkoholabhängige Frau und ihre ganze Familie geladen. Der Moderator kündigt an, dass der Schwerpunkt der folgenden Erzählungen bei dem "Familiengeheimnis" liegen wird, das durch die Alkoholabhängigkeit der Mutter entstanden ist. Nach einer kurzen Darstellung Frau Rahrs (KR) über ihre jetzige berufliche Tätigkeit, initiiert der Moderator mittels direkter Frage nach diesem "Familiengeheimnis" eine entsprechende Darstellung dazu. Diese Erzählaufforderung erfolgt direkt und ohne Überleitung:

025
MO: <EA> war der Alkoholismus/ war ihre Krankheit ein Familiengeheimnis?
KR: ja. - das wurde

026
KR: nach außen vertuscht, mein Mann hat es lange vertuscht, ich hatte halt Rückenschmerzen und

027
KR: konnte nicht mitgehen, oder ich hatte pausenlos Magen-Darm-Probleme' die hab ich heut

028
MO: hmhm[v]
KR: überhaupt nicht mehr' <EA> es wurde vertuscht, es wurde auch nicht mit mir gesprochen,

029
KR: es wurde über mich gesprochen so in der weiteren Familie' <EA> äh, es war ein Geheimnis.

030
KR: es war eigentlich fast für mich selber auch n Geheimnis. ich hab nicht drüber nachgedacht.

031
MO: Bengt - wie hat sich das in der Familie ausgewirkt, auf die Kinder.

Wie gefordert, beantwortet Frau Rahr diese Frage mit einer ausführlichen und sehr plastischen Darstellung, in die sie auch eine Pointe einflicht (*es war eigentlich fast für mich selber auch n Geheimnis (030)*. Ohne diese Darstellung weiter zu quittieren, wendet sich der Moderator mittels direkter Adressierung an Bengt, ihren neben ihr sitzenden Sohn und fordert ihn zu einer Darstellung der damaligen Situation aus der Perspektive der Kinder auf.

Der mediale Auftrag des Moderators ist es, unterhaltsame, spannende und intime Erzählungen seiner Gäste zu elizitieren. Da Frau Rahr mit ihrer plastischen und offenen Schilderung des Familiengeheimnisses dieser Aufgabe ausgezeichnet nachgekommen ist, dieser Inszenierungsauftrag quasi erfüllt wurde, müssen nun auch die übrigen Familienmitglieder zu dieser Inszenierung beitragen und Szenen, Gefühle und Geschichten wiedergeben, die das Thema "Familiengeheimnis" für die ZuschauerInnen unterhaltsam, spannend und emotional bebildern. Je mehr solcher Erzählungen produziert werden, desto intensiver und dramatischer wird das Gesamtszenario für die ZuschauerInnen.

Um den Unterhaltungsauftrag zu erfüllen, werden die meisten dieser Teilerzählungen ohne weitere interaktive Bearbeitung "stehen gelassen", u. U. auch unterbrochen, wenn

[50] In einer Alltagssituation wäre dies als Reaktion auf eine derartig massive Selbstoffenbarung nicht nur erwartbar, sondern geradezu unumgänglich, ihr Fehlen hätte potenziell Beziehung störende Konsequenzen. Zum so genannten "Anteilnahmemuster" und den möglichen interaktiven Prozessierungsstrategien von Emotion vgl. ausführlich Fiehler (1990).

[51] Entsprechend den "gefügigen Körpern" (*docile bodies*) Foucaults (s. Kap. 1.6. und Kap. 2.2.2.).

das Wesentliche des Ereignisses oder Erlebnisses geschildert worden ist. D.h., die Enthüllungen bleiben in der Öffentlichkeit stehen, und es wird kein tatsächlicher naher freundschaftlicher oder therapeutischer Rahmen angeboten, in dem diese Inhalte oder Gefühle aufgefangen und weiter thematisiert und bearbeitet werden könnten. Hier wird der Unterschied zu privaten bzw. therapeutischen Diskursen besonders deutlich und damit auch die reine Funktionalisierung der Erzählungen. Aus diesem Grund werden auch mögliche persönliche, in der Ehe oder in der Familienkonstellation liegende Ursachen für die Alkoholabhängigkeit Frau Rahrs nicht weiter angesprochen und problematisiert. Die plastischen Deskriptionen von spannenden, emotional hochwertigen oder diskreditierenden Ereignissen oder Gefühlzuständen im Zusammenhang mit ihrem Alkoholismus sind - im Dienste des Emotainments - ausreichend. So gelingt es auch, schwierige Themen "einfach" aufzubereiten und darzustellen.

4.4.7. Das interaktive Repertoire von ModeratorInnen und Gästen

Die *ModeratorInnen* sind für den Ablauf der Sendung und für die Erfüllung des Emotainment-Auftrags, also für die Inszenierung von Spannung und Emotionalität verantwortlich. Das bedeutet, dass sie nicht nur die Gäste zum Erzählen stimulieren müssen, sondern auch dafür sorgen müssen, dass die Darstellungen lebendig und plastisch sind und dass vor allem auch genügend Spannung steigernde und emotional relevante Details preisgegeben werden. Dazu müssen sie die verbalen Produkte der Gäste ihrer interaktiven Kontrolle unterwerfen.

Ihre exklusive Interaktionsrolle im Setting der Talkshow als die primären SprecherInnen und ihr Vorwissen ermöglicht es den ModeratorInnen, sich dabei ganz *spezifischer diskursiver Verfahren* zu bedienen. Neben der Initiierung der Erzählungen und der Bestimmung der Einstiegspunkte für die Gäste können sie auch unvermittelt neue, spezifische Inhalte einführen, die sich nicht aus dem bisher Gesagten ergeben, sondern lediglich aus ihrem Vorwissen entstammen. Diese Inhalte sind als "relevanten Stichworte" auf Karteikarten festgehalten und werden von den ModeratorInnen häufig abgelesen. Sie sind gewissermaßen Überschriften zu hervorstechenden Details und Erlebnissen und dienen dazu, die Erzählungen – und damit die Gäste – so zu steuern, dass in den Darstellungen das für den Unterhaltungsauftrag Relevante fokussiert wird. So werden ganz gezielt emotional hochwertige, plastische Schilderungen von weiteren Ereignissen oder Erlebnissen initiiert, um die Spannung oder die Betroffenheit beim Publikum zu steigern. Zugleich müssen die ModeratorInnen auf die einzelnen Darstellungen der Gäste nicht weiter eingehen, müssen angesprochene Erlebnisse oder Gefühlszustände nicht weiter thematisieren oder ernsthaft problematisieren.

Wie die Gesprächsausschnitte zeigen, reagieren die *Gäste* immer unverzüglich auf die Aufforderungen der ModeratorInnen und beginnen mit der "passenden" Erzählung. In Anlehnung an den Begriff des "domestizierten Rezipienten" (Burger 1989) möchte ich die Studiogäste als "domestizierte Gäste" bezeichnen. Um die Inszenierung von Emotionalität und Spannung perfekt werden zu lassen, bedarf es nicht nur der gezielten Steuerung der Erzählungen durch die ModeratorInnen. Auch die Gäste müssen bereit sein, sich völlig auf diese Spielregeln einzulassen: sie müssen bereit sein, offen und drastisch das (und nur das) zu erzählen, wozu sie aufgefordert werden, sie müssen bereit sein, ihre persönlichsten Erlebnisse und Gefühle zu Unterhaltungszwecken hochgradig funktionalisieren zu lassen und sie müssen bereit sein, auf ihre Kontrolle über eine eigenständige Gestaltung ihrer Erzählung im Wesentlichen zu verzichten – also in paradoxer Weise ihre eigentliche Rolle als ErzählerInnen ihrer Geschichte aufzugeben. So scheint die Umsetzung des medialen Unterhaltungsauftrags zu einer quasi "medien-

spezifischen" Verzerrung oder Verformung der persönlichen Erzählungen zu führen, die ich "*kontrolliertes Erzählen*" nenne (Lalouschek 1997b).

Durch diese kontrollierte und gesteuerte Elizitierung von Teilerzählungen wird die gesamte, prinzipiell mögliche persönliche Erzählung jedes Studiogastes einem Prozess der Fragmentierung unterzogen. Ein derartiger Prozess scheint insgesamt typisch zu sein für den Umgang von Institutionen mit Erzählungen der KlientInnen und der dazu dient, die Aufgaben und Interessen der Institution durchzusetzen (vgl. Lalouschek 2002a und Kap. 3.). So erhält die Erzählung eine Form, die ganz spezifisch auf den Unterhaltungsauftrag der Talkshows zugeschnitten ist. Die ZuschauerInnen bekommen in erster Linie Ausschnitte zu hören und zu sehen, die das Spannende, Besondere, Extreme, Abweichende oder Diskreditierende der Geschichte beschreiben, komplexere oder differenziertere Zusammenhänge und Hintergründe werden ausgeblendet oder gehen überhaupt verloren.

4.4.8. Die Inszenierung von Abweichung und Normalität

In den Talkshows selbst wird gerne betont, dass es auch Aufgabe des Fernsehens sei – im Sinne des medialen Bildungsauftrages – Toleranz vorzuleben, sich Unüblichem, Abweichendem, aber auch Tabuisiertem zu öffnen und dies scheinbar unvoreingenommen darzustellen. Dazu sollen Personen, die normalerweise keine öffentliche Stimme haben, die Gelegenheit erhalten, ihre entsprechenden Probleme und Anliegen in der mächtigen medialen Öffentlichkeit des Fernsehens darzustellen. Die Frage, die sich aufdrängt, ist, ob dieser Anspruch in den Talkshows erfüllt wird, oder ob nicht viel über das Reden geredet und eine verstehende und tolerant-offene Darstellungsweise suggeriert und simuliert wird.

Dazu möchte ich nochmals auf die Sendung "*Hans Meiser – Meine Mutter trinkt*" eingehen, in der mehrere ehemals alkoholabhängige Mütter und ihre Angehörigen auftreten und deutlich machen, wie die Polarisierung zwischen "guten Müttern" als Symbol gesellschaftlicher Normalität und "schlechten Müttern" als Symbol sozial abweichenden Verhaltens zur Inszenierung von Normalität eingesetzt wird. Frau Rahr (KR) stellt in ihrer, schon zitierten anfänglichen Selbstdarstellung, ihren Wandel von der "guten Mutter" zur "schlechten Mutter" dar:

038
MO: hmhm[v]
KR: ich wollte auch die gute Mutter sein, die Übermutter, <EA> und hab ganz viel getan und

039
KR: hab mich völlig vergessen. <EA> ich hab auch irgendwann ah - <EA> diese -- Anstrengung

040
KR: auch nich mehr ausgehalten, ich war einfach überlastet ohne Ende, <EA> und dann - half

041
KR: am Anfang einfach n Schluck Alkohol um noch weitermachen zu können, es puscht ja am

042
KR: Anfang einfach mal auf, ne? und dann lief es aus dem Ruder <EA> äh - dass ich immer

043
KR: weniger tun konnte und immer weniger da war, und ich denk das Schlimmste für die Kinder

044
KR: is diese - <EA>/ dass man so unzuverlässig ist., - das is heute "ach mein Liebes, mein

045
MO: hmhm[v]
KR: Schätzchen, mein Süßes", und am nächsten "mein Gott , - geh mir ausm Weg und hau doch ab".

046
KR: die Kinder können sich auf gar nichts verlassen.

Das öffentliche Zugeben von Alkoholabhängigkeit ist ein diskreditierender Akt – in unserer Gesellschaft für eine Frau noch stärker als für einen Mann, da Frauen qua Rollenzuschreibung nach wie vor als "Hüterinnen der Moral" zu agieren haben, und dies gilt in besonderem Maße für Frauen mit Kindern, also für "Mütter". In ihrer Erzählung verdoppelt Frau Rahr das Diskreditierende, indem sie als Frau nicht nur ihre Alkoholabhängigkeit öffentlich preisgibt, sondern ein weiteres sozial stigmatisiertes Verhalten, nämlich ihr persönliches Versagen als Mutter. Vervollständigt wird diese Selbstdiskreditierung dadurch, dass in einer Gesellschaft, deren Mitglieder sich über Leistung und Erfolg definieren, Versagen bzw. das Preisgeben von Versagen und Schwäche ganz generell tabuisiert ist.

Frau Rahr macht für ihre Alkoholabhängigkeit ausschließlich ihre eigene Unfähigkeit verantwortlich, die Rolle als "Mutter" ihren damaligen Vorstellungen entsprechend auszuüben. Sie wollte nicht nur einfach eine Mutter sein, sondern die Idealform einer Mutter, also die *gute Mutter sein, die Übermutter (038)*. Dadurch überlastete sie sich selbst immer mehr und wurde über den Alkohol, der sie eigentlich noch leistungsfähiger machen sollte, zu einer "schlechten Mutter", die für die Kinder nicht da war, unvorhersehbar agierte und völlig unzuverlässig wurde.

Mit jeder Äußerung *identifizieren und kategorisieren InteraktantInnen sich selbst und andere*, wobei sie zugleich auf das gemeinsame Wissen über das soziale System referieren (Sacks 1972, 1992). D.h., aufgrund des Alltagswissens werden Personen bestimmten Kategoriengruppen wie Geschlecht, Alter, Ethnie oder Beruf zugeteilt, wie z.B. "Frau" oder "Therapeutin". Diese Kategorien beinhalten eine Menge sozial geteilten Wissens über Eigenschaften, Haltungen und Aktivitäten der VertreterInnen der jeweiligen Kategoriengruppen, also z.B. über Eigenschaften und Tätigkeiten von TherapeutInnen oder von Frauen. Diese Wissenselemente werden bei allen InteraktantInnen mit der aktuellen Zuweisung einer Person zu einer Kategorie aufgerufen, ohne selbst verbalisiert werden zu müssen. Aufgrund dieses intrinsischen Zusammenhangs können Personen auch alleine über die Benennung von Handlungen kategorisiert werden, also z.B. über die Beschreibung "sie arbeitet in ihrer Praxis mit Süchtigen" als Therapeutin, über "sie ist schwanger" als werdende Mutter.

In dieser Darstellung differenziert Frau Rahr unterschiedliche Varianten der kategoriellen Zuschreibung "Mutter", also einerseits die *gute Mutter (038)*, die sie der *Übermutter (038)* gleichstellt, eine Frau, die das Muttersein übertreibt, ganz viel leistet und sich selbst mit ihren eigenen Bedürfnissen vergisst; und andererseits die trinkende Mutter. Diese wird nicht direkt genannt, sondern nur über die Zuschreibung kategoriengebundener Eigenschaften und Merkmale: sie ist wenig für die Kinder da, tut immer weniger und vor allem ist sie unzuverlässig. Da es sich hierbei ausschließlich um negative Zuschreibungen handelt, werden trinkende Mütter automatisch zu schlechten Müttern, die in ihrer Rolle versagen. Wichtig zu betonen scheint mir, dass dies sprachlich völlig indirekt erfolgt.

Allerdings bringt Frau Rahr auch eine kritische Perspektive herein, die durch ihre eigene Erfahrung und die therapeutische Reflexion ihres Verhaltensmusters motiviert ist. Sie kontrastiert den Begriff *Mutter (037)* mit der guten Mutter bzw. Übermutter und unterbindet damit die vorschnelle Gleichsetzung zwischen Mutter und Übermutter, der sie selbst erlegen ist. Dabei streicht sie vor allem die Negativa des "Übermutter-Seins" heraus, also Überanstrengung und Überlastung mit entsprechenden Konsequenzen. Dennoch verbleibt sie auch mit dieser kritischen Perspektive in ihrem eigenen Verantwortungsbereich: sie selbst hat sich überlastet, weil sie dieses Konzept Mutter = Übermutter verfolgt hat, sie übernimmt die komplette Eigenverantwortung für ihre Alkoholabhängigkeit, so als hätte es keinen anderen sozialen oder beziehungsmäßigen Kontext gegeben. Es scheint, als würde sie hier neuerlich die Rolle der für alles alleinverant-

wortlichen Übermutter inszenieren. Nicht überraschend bleibt in ihrer Darstellung so auch die Beteiligung des Ehemannes völlig undeutlich.

Diese differenzierende Darstellung der "Muttertypen" wird vom Moderator als Teil ihrer Darstellung behandelt, er geht in seiner Weiterführung wie schon dargestellt weder darauf ein, noch vertieft er Äußerungen wie *diese Anstrengung (039)* oder *nicht mehr ausgehalten (040)*, die geeignet wären, einen hinterfragenden und problematisierenden Einblick in die gesamte familiäre Situation zu geben. Seine Weiterführung besteht – im Sinne des Unterhaltungsauftrages – darin, den Sohn Bengt nach weiteren Beschreibungen von derart erlebter Unzuverlässigkeit aufzufordern. Damit wird die Auseinandersetzung mit den unterschiedlichen stereotypen Rollenerwartungen, den Problemen, die sie für Frauen bedeuten können, und alternativen Sichtweisen auch hier nicht zu einem möglichen Thema der Sendung gemacht. Der Grund dafür ist, dass die Herausarbeitung der problematischen Umstände der Alkoholabhängigkeit von Frauen bzw. Müttern eine sozialkritische, reflektierende Perspektive erfordern würde; der sprachliche Umgang des Nachfragens und Problematisierens, der damit Hand in Hand ginge, wäre jedoch nicht geeignet, den Unterhaltungsauftrag dieses Sendungsformats einzulösen.

Der Moderator verfügt aufgrund seiner dominanten Rolle nicht nur über mächtige interaktive Ressourcen, er ist über seine Rolle hinaus natürlich eine Person mit einer bestimmten Biographie und Weltanschauung. d.h. er verfügt auch über eigene, professionelle oder laienhafte Konzepte zu gesellschaftlichen Vorgängen oder Zustände, die sein Interaktionsverhalten zusätzlich bestimmen. Im Gespräch mit einer weiteren, ebenfalls alkoholabhängigen Frau und Mutter wird deutlich, dass seinem Frageverhalten eine traditionelle Haltung gegenüber der Ausübung der Rolle "Mutter", die hauptverantwortlich für das Wohl der Familie zu sorgen hat, zugrunde liegt.

Frau Lenning (FL), die mit ihrer erwachsenen Tochter Solveig in der Sendung auftritt, war ebenfalls jahrelang alkoholabhängig, mit dem Unterschied, dass sie trotz diverser Therapien immer wieder rückfällig wurde. Zum Ende des Gesprächs wird sie vom Moderator gefragt, ob sie glaube, dass sie eine gute Mutter gewesen sei:

258
MO: äh warn Sie eigentlich eine gute Mutter? - wenn Sie sich selbst einschätzen müssten? – in den

259
MO: trockenen Phasen?
FL: <EA> ich denke schon. - ich denke ich war zwar - als Solveig eindreiviertl

260
FL: war, wieder ganztags berufstätig, <EA> aber da hab ich die Ma/ die Familie/ die vierköpfige

261
MO: hmhm[v]
FL: Familie trotzdem - gut versorgt. also gekocht, und die Mahlzeiten stand pünktlich auf m

262
FL: Tisch, und ich hab saubergemacht, und: <EA>

Frau Lenning nennt in ähnlicher Weise wie Frau Rahr ihre Tätigkeiten als "gute Mutter", nämlich als Versorgerin der Familie im Haus, wobei sie ihre volle Berufstätigkeit mit zwei kleinen Kindern nur als Detail am Rande erwähnt. In dieser Art der Darstellung manifestiert sich nicht nur die völlige Selbstverständlichkeit der beruflichen und privaten Mehrfachbelastung von Frauen, sondern auch der Versuch bzw. das Bedürfnis von Frau Lenning, diese Überbelastung unhinterfragt perfekt zu meistern. Interessant ist hier die inhaltliche Weiterführung durch den Moderator:

262
MO: nja, aber das hat alles nix mit Liebe zu tun, nicht?
FL: Tisch, und ich hab saubergemacht, und: <EA>

263
MO: - das: Kochen' Liebe geht zwar durch den Magen aber'
FL: nein. sicher nicht. aber ich denke schon

264
FL: dass ich meinen Kindern genügend Liebe gegeben hab. ich: - hab alles gemacht, was sie/ ich

265
FL: hab sie in den Arm nehmen können, ich hab mit: ihnen geschmust' - ich hab mit ihnen

266
MO: Solveig, da frag ich jetzt besser nicht weiter, nich?
FL gespielt' - soweit die Zeit eben auch reichte.

Der Moderator geht nicht auf die gesellschaftliche Problematik der Mehrfachbelastung von Frau Lenning bzw. von Frauen allgemein ein und auf ihre Rolle bei der Entstehung von Alkoholabhängigkeit. Ganz im Gegenteil, er torpediert ihren Versuch einer positiven Selbstdarstellung, indem er eine grundlegende kategoriengebundene Tätigkeit von "guten Müttern" moniert, nämlich das Spenden von Liebe. Damit bagatellisiert er die von Frau Lenning aufgezählten Leistungen und ihre Überforderung (*aber das hat alles mit Liebe nix zu tun (262)*). Als sie in ihrer Antwort versucht, ihre Selbstdarstellung aufrechtzuerhalten, geht der Moderator auch darauf nicht entlastend ein, sondern unterstellt ihr indirekt – durch eine entsprechende Frage an ihre Tochter –, dass sie die Wahrheit beschönige (*da frag ich jetzt besser nicht weiter (266)*). Damit stellt der Moderator die von Frau Rahr später kritisierte Gleichsetzung von guter Mutter und Übermutter her: Eine Frau soll natürlich alle privaten und beruflichen Anforderungen bewältigen, und als "gute Mutter" vor allem in der Liebe zu den Kindern aufgehen. Persönliches Versagen kann im Grunde nicht mehr wieder gut gemacht werden.

Die Analyse zeigt, dass der Moderator durch sein Interaktionsverhalten den typischen patriarchalen gesellschaftlichen Umgang mit Frauen reproduziert, nämlich die Tendenz, die Leistungen von Frauen im Produktions- und Reproduktionsbereich nicht angemessen anzuerkennen und Frauen, die an der Mehrfachbelastung bzw. an den gesellschaftlichen Rollenerwartungen scheitern, zu stigmatisieren. Damit wird in dieser Sendung interaktiv eine *ganz traditionelle, normative Ordnung reinszeniert*.[52]

Nach diesen Darstellungen gibt es für die ZuschauerInnen, die von dem Thema unterschiedlich betroffen sein können, folgenden Schluss: Es gibt die "gute Mutter", die die Qualitäten einer Übermutter oder idealen Mutter hat, die ggf. auch als Berufstätige ihre Rolle erfüllt und die als Ehefrau ihrem Ehemann unterstützend zur Seite steht. Dies ist die Normalität, auf die referiert wird, auch wenn sie als gesellschaftliche Realität durch die Erzählungen der Betroffenen zur gleichen Zeit ständig in Frage gestellt wird (vgl. die Ausführungen zum Fernsehen und der Darstellung des Normalen in Abschnitt 4.1.4.). Diese Normalität wird durch ausschließlich positive und semantisch hochwertige Zuschreibungen interaktiv inszeniert. Die Abweichung, also die "trinkende Mutter", wird ausschließlich über negative und stigmatisierende Zuschreibungen definiert, v.a. über den Begriff der Vernachlässigung. Sie ist für ihre Sucht, ihr Versagen und die entsprechenden Konsequenzen alleine verantwortlich. Dabei werden gesellschaftliche Kontexte ebenso ausgeblendet wie verstehende Prozesse. Die einzige Möglichkeit, dieses Versagen wieder gut zu machen, ist eine radikale Lebensveränderung – im Idealfall eine therapeutischen Ausbildung im Suchtbereich. Aber auch diese Veränderung betrifft lediglich die einzelne Frau, nicht das familiäre oder soziale System.

52 Eine ausführliche und weiterführende Analyse zur Rolle der übrigen Familienmitglieder findet sich in Lalouschek (1999a).

4.4.9. Die Simulation von Offenheit und Toleranz

Diese Analyse zeigt, dass es in Talkshows nicht so sehr um das Verstehen von abweichenden Verhaltensweisen oder um das tolerante und offene Reden über üblicherweise Nicht-Kommuniziertes geht, sondern um die Benützung solcher Darstellungen zum Zweck der emotionalisierten Unterhaltung. Der spezifische Unterhaltungsauftrag lässt sich mit einer offenen, toleranten und verstehenden Problemdarstellung nicht vereinbaren, sondern verlangt *Polarisierung und Extremisierung*. Alle weiteren Differenzierungen stellen automatisch sozialkritische Aspekte in den Fokus der Sendung, Verstehen, Hinterfragen und Relativieren erschweren die Aufrechterhaltung der krassen Gegensätze von gut und schlecht oder abweichend und normal. Das Problem dabei scheint mir nicht zu sein, dass dieser Prozess eher voyeuristischen Interessen dient, sondern dass dadurch ein Kontrast zwischen "gesellschaftlicher Normalität" und "Formen der Abweichung" hergestellt wird, der krasser wird als er tatsächlich ist, und dass so in einem hoch relevanten Informationsmedium zutiefst traditionelle normative Ordnungen reinszeniert werden. So muss man diesen von TalkshowmacherInnen propagierten Anspruch an Demokratisierung, Offenheit und Toleranz als weitere mediale Inszenierung beurteilen, in der Asymmetrien und unterschiedliche Machtverhältnisse lediglich verlagert und verdeckt wirksam werden. Diese Feststellung ist insofern bedeutsam, als es sich bei vielen Themen von Talkshows meist auch um schwierige Themen von hoher psychologischer und gesellschaftlicher Komplexität handelt. Unter dem Auftrag der Boulevardisierung und des Emotainment steht in den Talkshows jedoch der Unterhaltungswert dieser Themen im Vordergrund, nicht eine ernsthafte, vertiefende und problematisierende Exploration oder eine übergeordnete, gesellschaftskritische Darstellung.

Die Analyse von Talkshows zu soziokulturell komplexen Krankheitsthemen wie Krebs oder alternative Medizin wird zeigen, welche Auswirkungen die beschriebenen interaktiven Techniken, Stigmatisierungen und Abweichungen von einer angenommenen Normalität zur Inszenierung von Unterhaltung und Emotionalisierung einzusetzen, auf die Produktion von Gesundheitsinformation in Talkshows, aber auch in anderen Medizintalks haben.

4.5. Von der Vergänglichkeit der Medienforschung

Die wissenschaftliche Untersuchung von Fernsehsendungen birgt immer die Gefahr, sich noch während bzw. kurz nach der Untersuchung selbst zu überholen, weil die entsprechenden, gerade noch völlig aktuellen Sendungen konzeptionell stark verändert oder gar abgesetzt werden. Diese Arrhythmie entsteht nach dem Medienforscher Schmitz (1996) durch die unterschiedlichen zeitlichen Dimensionen von "gründlicher" wissenschaftlicher Forschung und einer in rascher Bewegung und ständiger Veränderung befindlichen Gesellschaft und – damit natürlich zusammenhängend – Medienlandschaft:

> Oft genug ist es so: erst ändern wir uns, dann denken wir nach. Wer zu gründlich analysiert, dessen Gegenstand ist schon Geschichte geworden (Schmitz 1996, 12).

Oder noch prägnanter, wie der "Medienguru" McLuhan es schon in den 60-er Jahren formuliert hat:

> Wenn etwas funktioniert, ist es überholt (McLuhan 1964).

Diese *Überholtheit noch vor ihrer Fertigstellung* gilt natürlich auch für die vorliegende Arbeit, deren erste Konzeption 1996 anzusetzen ist. Damit befindet sie sich allerdings in guter Gesellschaft mit anderen medienwissenschaftlichen Arbeiten: Es gibt weder die

Diskussionsrunde "*Club 2*" des ORF (Gruber 1995) noch eine nennenswerte Anzahl der Fernsehshows und Fernsehmagazine, die von Rosenstein (1995) und Röser (1994) und ihren MitautorInnen untersucht wurden, genauso wenig ist die aktuelle deutsche Talkshowlandschaft ist in der Darstellung in Bente & Fromm (1997) wieder zu finden und auch der Streitshow-Boom der 80er-Jahre (Klemm 1986, Schütte 1986) war nur von kurzer Dauer.

Die schnelle Veränderung trifft besonders für so ein bewegtes Sendungsformat wie *Talkshows* zu: Während der Zeit, in der ich mich mit Talkshows beschäftigt habe, hat keine einzige ihr Gesicht behalten und tatsächlich hat nur der Moderator *Jürgen Fliege* (ARD) diesen Zeitraum "überlebt". Die Sendung "*Fliege*" mit dem gleichnamigen Moderator Jürgen Fliege, einem ehemaligen Pastor, erfreut sich bei seinem Publikum nach wie vor so großer Beliebtheit, dass seine 1998 geplante Absetzung vom Sender ARD wieder rückgängig gemacht werden musste. In meinem Untersuchungszeitraum hat sich die Anzahl der ausgestrahlten Talkshows immer wieder verändert, einige wurden aus dem Programm genommen, einige neue eingeführt, bei einigen wurden konzeptuelle Veränderungen zu einer stärkeren Einbindung von Studiopublikum bzw. ZuseherInnen eingeführt oder die ModeratorInnen ausgewechselt, einige haben sich inhaltlich verstärkt in Richtung Lebenshilfe und Lebensberatung entwickelt, andere wieder in Richtung Streitshows. Wie schon ausgeführt (Kapitel 4.3.1.), ist die nachmittägliche Medienlandschaft zur Zeit von Quizshows, Gerichtsshows, Beratungsshows und Confession-Shows geprägt.

Ein ähnlich bewegtes Schicksal wie die Talkshows erlitt der *Medizintalk* "*Gesundheit!*", der als einzige echte Talkrunde zu Medizinthemen im deutschsprachigen Raum mein primäres Datenmaterial darstellt. Im Herbst 1996 ins Programm des ZDF aufgenommen, erfuhr diese Sendung mehrere grundlegende Veränderungen in Länge, Konzeption, Zuschauerbeteiligung und Sendeplatz, bis sie Anfang 2001 eingestellt und durch ein moderiertes Gesundheitsmagazin mit Filmberichten ersetzt wurde. Lange Zeit war es nicht absehbar, ob dieser oder andere Sender wieder vergleichbare Gesundheitssendungen entwickeln und ausstrahlen würden. Dann begann der deutsche Privatsender PRO7 im Herbst 2002 mit der Ausstrahlung der medizinischen Informationsshow "*Dr. Verena Breitenbach*", im Nachmittagsprogramm um 16.00 an prominente Talkshow-Position gesetzt. Eine vergleichbare Sendung "*Vertrauensarzt Dr. med. Michael Ehrenberger*" gab es in den Jahren 2003/2004 im österreichischen Privatsender ATV plus. Das von den Programmverantwortlichen als "Psycho-Help-Show" kategorisierte Sendungsformat war eine Mischung aus medizinischer Informationssendung und *confession-show*, in der – ähnlich wie bei den schon zitierten Gerichtsshows – tatsächliche oder erfundene Krankheitsfälle mit "richtigen" ÄrztInnen und LaiendarstellerInnen nachgestellt wurden. Die Spannung für die ZuschauerInnen entstand durch die inszenierte Aufdeckung emotionaler Konflikte, die dem Krankheitsgeschehen (in inszenierter Weise) zugrunde gelegt wurden.[53] In logischer Folge dieser Entwicklung könnten wir bald das erste Gesundheitsquiz erleben oder eine Gerichtsshow, in der ausschließlich ärztliche Kunstfehler inszeniert und verhandelt werden.

Neben dieser lebendigen Entwicklung inklusive ihrer bizarren Auswüchse gibt es auch Gesundheitssendungen wie etwa die Sendung "*Sprechstunde*" mit Antje Kühnemann im Bayrischen Rundfunk oder Medizinmagazine wie "*Praxis*" (ZDF), die seit vielen Jahren mehr oder weniger unverändert gesendet werden. Da Gesundheitsinformation im Fernsehen in jedem Falle so etwas wie ein "Quotengarant" ist, wird es interessant

[53] Eine detaillierte Darstellung der Veränderung des Medizintalk "*Gesundheit!*" findet sich in Kap. 5.3.1., eine exemplarische Analyse der Sendung "*Dr. Verena Breitenbach*" unter dem Fokus "Aktuelle öffentliche Gesundheitsinformation im Entertainment-Format in Kap. 5.2.6.3.

sein zu verfolgen, in welche Richtung die weiteren Entwicklungen gehen werden (s. Kap. 8.4.).

Dies bedeutet aber auch, selbst wenn die von mir untersuchten Sendungen sich konzeptuell verändert haben, abgelöst oder durch andere ersetzt worden sind, bleiben die Ergebnisse selbst von allgemeiner und übergeordneter Gültigkeit zur Inszenierung von Medizin im Fernsehen. Dies wird gerade in den exemplarischen Analysen deutlich werden (vgl. Kap. 6. und 7.). In diesem Sinne argumentiere ich wie Schmitz (1996) in seiner Untersuchung zur modernen kulturellen Technik des "Zappens" zwischen den Kanälen:

> Zapping heute ist morgen vielleicht schon anderen Formen gewichen. Nachdenken lohnt dennoch, wenn es zu Mit- und Vordenken beitragen kann (Schmitz 1996, 12).

5. Öffentliche Kommunikation über Krankheit und Gesundheit: Die diskursive Praxis medial vermittelter Gesundheitsförderung

Seien Sie vorsichtig
beim Lesen von Gesundheitsbüchern:
Ein Druckfehler kann Ihr Tod sein.

Mark Twain

Vorschau

In folgendem Kapitel geht es um öffentliche Kommunikation über Krankheits- und Gesundheitsthemen. Dazu gehören öffentliche Gesundheitsinformation (Public Health) im Allgemeinen ebenso wie alle Formen medial vermittelter Gesundheitsinformation im Speziellen. Damit vervollständigt dieses Kapitel die Darstellung des medizinischen Diskurses und des medialen Diskurses um den Diskurs der medialen Gesundheitsförderung.

Im *ersten Abschnitt* werde ich die spezifischen Zielsetzungen von moderner öffentlicher Gesundheitsförderung darstellen und die allgemeinen medialen Strategien öffentlicher Gesundheitskommunikation zur Vermittlung von Wissen und Erfahrung. Als prinzipielles Problem wird sich dabei immer wieder gezielte Steuerung und Nachweis der Wirkungsweise kollektiver Gesundheitsinformation auf Individuen herausstellen.

Im *zweiten Abschnitt* gebe ich einen Überblick über die große Bandbreite aktueller Formen von Gesundheitsinformation im Fernsehen – von medizinischen Informationssendungen im eigentlichen Sinne über Krankenhausserien und TV-Dramen bis hin zu Gesundheits-Shows. Dabei beleuchte ich vor allem die je spezifischen Prägungen, denen die unterschiedlichen Sendungsformate durch die mediale Zielsetzung der Produktion von Unterhaltung unterworfen werden.

Im *dritten und letzten Abschnitt* des Kapitels geht es speziell um die Sendungsformate, die das Datenmaterial der Untersuchung bilden, also Medizin-Talk und Talkshows zu medizinischen Themen. Die spezifischen sendungsrelevante Aspekte wie der Import von Diskursen, die medialen Aspekte von Experten-Laien-Komunikation und das interaktive Repertoire der TeilnehmerInnen werden zur Beschreibung der Kategorien des medialen Gesundheitsdiskurses im Talk-Format zusammengefasst und diskutiert.

5.1. Prinzipien und Ziele öffentlicher Gesundheitsinformation (Public Health)

5.1.1. Moderne Gesundheitsförderung

Öffentliche Gesundheitsförderung und Gesundheitsinformation richtet sich entsprechend der Darstellung der GesundheitswissenschaftlerInnen Ashton & Seymour (1988) und Lupton (1996) im Gegensatz zur medizinischen Versorgung nicht an aktuell erkrankte Individuen, sondern an die gesamte Bevölkerung bzw. an ausgewählte Gruppen innerhalb:[54]

[54] Zur historischen Entwicklung der Begriffe Gesundheitserziehung (*health education*), Gesundheitsförderung (*health promotion*) und Gesundheitsinformation sowie zur Geschichte der Gesundheitserziehung vgl. Armstrong (1983), Sennett (1995), Riegler (1996), Löneke & Sieker (1996), Lupton (1996) und Jazbinsek (2000). Zur Diskussion über die zunehmenden Relevanz des Themas Gesundheit, Kör-

> Public health is a form of medicine, social medicine, which directs its professional attention towards the health of populations, aggregated bodies, instead of individual bodies (Lupton 1996, 2).

Bei *öffentlicher Gesundheitsinformation* geht es um die popularisierte Form der Vermittlung von medizinischem bzw. fachlichem Wissen über die Entstehung von Krankheiten oder Beschwerden, um die Möglichkeiten ihrer Vermeidung (Prophylaxe) bzw. Behandlung, um die Förderung von Wissen über Zusammenhänge. Dabei zielt sie immer in Richtung eigenverantwortlicher Gesunderhaltung des Körpers und einer gesundheitsförderlichen Lebensführung. Sie soll Individuen befähigen, verstärkt Kontrolle über ihre Gesundheit und ihre Umwelt auszuüben und Fähigkeiten für eine gesundheitsförderliche Lebensführung und die Wahl von "gesunden" Alternativen auszubilden (Ashton & Seymour 1988).

Typische *Bereiche öffentlicher Gesundheitsinformation* sind AIDS- und *safer-sex*-Kampagnen, Impfkampagnen (Zeckenschutz, Kinderlähmung) oder Informationen zur Vermeidung von so genannten "Volkskrankheiten" wie Bluthochdruck, Herzinfarkt, Diabetes, Schlaganfall und Übergewicht. Gesundheitsinformation betrifft also sowohl Themen, die mit konkreten Erkrankungen zu tun haben, wie mit dem menschlichen Körper generell, seiner äußeren Erscheinung und mit "gesunder" Lebensführung. Dies sind dann Bereiche wie Ernährungsverhalten, Fitness, Nikotin-, Drogen- und Alkoholkonsum, aber auch Alterserscheinungen und Schönheitskorrekturoperationen. All dies sind Themen, die neben den medizinischen Aspekten ein großes Potenzial an gesellschaftlich relevanten Bedeutungen und geschlechts- und gruppenspezifischen Stereotypen und Stigmatisierungen beinhalten (vgl. Kap 1.5.).

In den 70er-Jahren veränderte sich die öffentliche Gesundheitsinformation weg vom Prinzip der Gesundheits*erziehung* hin zum Prinzip der Gesundheits*förderung*. Diesen Unterschied beschreibt die Medizinsoziologin Deborah Lupton (1996, 47ff) folgendermaßen: Statt rein didaktischer Vermittlung von Informationen wurde sukzessive auf eine stärker humanistische Perspektive, auf "positive Gesundheit" und persönliches Wachstum und eigenverantwortliches Handeln gesetzt. Die Gesundheitsinformationen sollen den Menschen nicht nur zur Vermeidung von Krankheiten dienen, sondern seine "freiwilligen" Entscheidungen im Sinne eines gesundheitsförderlichen Lebens unterstützen und sinnvollen Gebrauch von den diversen Gesundheitseinrichtungen zu machen.

Die Grundidee ist, eine größtmögliche Anzahl von Personen so früh wie möglich von Verhaltensänderungen zu überzeugen, auch oder gerade wenn sie (noch!) nicht direkt der jeweiligen Risikogruppe angehören, statt nur jene anzusprechen, die schon Symptome haben. Damit orientiert sich die moderne Gesundheitsförderung am *modernen Gesundheitsbegriff*, weg von dem ver- und beängstigenden Risikogedanken, der mit Angst und Schuld operiert, hin zu einer der Mischung aus Information, Bewusstwerdung und individueller Verantwortung (vgl. die Ausführungen zu modernen Gesundheitsideologien in Kap. 1.5.). Dies korrespondiert mit der modernen soziokulturellen Sichtweise von Gesundheit und Krankheit als einem existenziellen Motiv menschlicher Auseinandersetzung mit sich selbst und der sozialen, biologischen und technischen Umwelt, in der sich Gesundheit zu einem wichtigen Leitmotiv des Alltagshandelns entwickelt hat (Busch 1999, 105).

pergestaltung und Gesundheitsförderung in der heutigen westlichen Gesellschaft vgl. die Ausführungen in Kap.1.5.

5.1.2. Ziele öffentlicher Gesundheitsinformation

Die Aufgaben von *Informationskampagnen* öffentlicher Gesundheitsförderung stellen sich als weit reichend und komplex dar (zusammengefasst nach Armstrong 1983, Lobnig & Pelikan 1996):

- Ein Gesundheitsproblem in der Öffentlichkeit als relevantes Thema etablieren.
- Das Wissen darüber vergrößern.
- Vorstellungen und Einstellungen verändern, die gesundheitsförderliches Verhalten bisher unterbunden haben.
- Persönliche und soziale Vorteile des gewünschten Verhaltens aufzeigen und dadurch zu Veränderungen motivieren.
- Neue Verhaltensweisen und Fertigkeiten beibringen.
- Selbstmanagement-Techniken zur Aufrechterhaltung der Veränderungen lehren.
- Unterstützung bei der Aufrechterhaltung der Veränderungen anbieten, vor allem durch persönliche Kommunikation.
- Dadurch langfristig zu weit reichenden Veränderungen der sozialen Normen beitragen.

Da die Zielsetzungen für Informationskampagnen so viele persönliche und gesellschaftliche Bereiche tangieren, wird die *steuerbare und wirksame Vermittlung* von Gesundheitsinformation zu einer überaus schwierigen Herausforderung. Bevor ich dieses zentrale Problem öffentlicher Gesundheitsförderung näher beleuchte (s. Kap. 5.2.6.), möchte ich auf einige begriffliche Klärungen eingehen.

5.1.3. *telemedicine* vs. *telehealth*

Hauptverbreitungsmittel öffentlicher Gesundheitsinformation sind die modernen Massenmedien, von Berichten und Anzeigekampagnen in Zeitungen und Zeitschriften, Broschüren und Ratgeberliteratur zu einer großen Bandbreite von allgemeinen und gesundheitsspezifischen Sendungen und Magazinen von Radio und Fernsehen bis hin zum Internet. Nach dem Leitsatz "*Gesundheit geht immer*" werden Gesundheitsthemen im gesamten Medienspektrum unaufhörlich repräsentiert (Busch 1999, 105).

Dabei zeigt sich in den letzten Jahren deutlich, dass das *Internet* dem Fernsehen und den Printmedien zunehmend den Rang als primäre Informationsmedien abläuft. Über Gesundheitsportale, (Patienten-)Foren und Websites allfälliger Organisationen und Interessensgruppen haben Betroffene und Interessierte im Netz vielfältige Möglichkeiten, die für sie relevanten Informationen abzurufen. Der große Vorteil für die BenutzerInnen ist, dass dies zielgerichtet, bedarfsgerecht, zum selbst bestimmten Zeitpunkt und über selbst ausgewählte Informationsanbieter erfolgen kann und sie sich über Chat oder E-Mail sowohl mit ExpertInnen wie auch mit anderen Interessierten, Betroffenen oder VertreterInnen von Selbsthilfeorganisationen direkt austauschen können. Die direkte Kontaktaufnahme mit medialen Informationsanbietern, also z.B. mit den ExpertInnen einer medizinischen Fernsehsendung im Studio zu sprechen, war bis dahin ja auf die dahingehenden Angebote der Sender wie etwa Telefon-Hotlines oder Call-In-Sendungen beschränkt. Das Gleiche gilt für die angebotenen Inhalte und natürlich für die Formen ihrer Vermittlung. (Wie sich diese telekommunikativen Veränderung auf den ganzen Bereich öffentliche Gesundheitsförderung auswirken, ist zum gegebenen Zeitpunkt noch völlig unabsehbar. Eine erste Einschätzung findet sich in Darkins &

Cary 2000. Zurzeit ist es so, dass die Gesundheitsportale zu den am meisten besuchten Informationsportalen gehören und sich z.B. schon jede/r Zweite *vor* dem Arztbesuch über die körperlichen Beschwerden im Internet informiert).

In den frühen 90er-Jahren hat sich für diese Form der medial vermittelten Gesundheitsversorgung der Begriff *telemedicine* (Telemedizin) entwickelt, der zunehmend vom Begriff *telehealth* (Telegesundheit) abgelöst wird (und so wie der Begriff Public Health im Deutschen vielleicht besser unübersetzt bleibt). Dies entspricht der aktuellen WHO-Definition, die *telemedicine* stärker dem klinischen Bereich zuordnet, in dem moderne Telekommunikationssysteme zur Behandlung von Krankheiten eingesetzt werden, während *telehealth* den gesamten Bereich der öffentlichen Gesundheitsförderung abdecken soll:

> If *telehealth* is understood to mean the integration of telecommunications systems into the practice of protecting and promoting health, while *telemedicine* is the incorporation of these systems into curative medicine, then it must be acknowledged that telehealth corresponds more closely to the international activities of WHO in the field of public health. It covers education for health, public and community health, health systems development and epidemiology, whereas telemedicine is orientated more towards clinical aspects (Darkins & Cary 2000, 2f; Hervorh. J.L.).

Diese Unterscheidung wird sich nach Darkins & Cary (2000) langfristig überholen, da Telemedizin im 21. Jahrhundert weit darüber hinausgehen wird, lediglich medizinische Versorgung zu liefern. Die BenutzerInnen von Einrichtungen des Gesundheitswesens erwarten nämlich zunehmend eine Palette von Serviceleistungen, die von Gesundheitsförderung über Krankheitsvorsorge bis hin zu Behandlungen reicht. Darum soll der Begriff *telemedicine* alle Formen von Gesundheitsversorgung umfassen und nicht auf die medizinische Behandlung von bestehenden Krankheiten eingeschränkt werden, während *telehealth* praktisch als Überbegriff für alles steht, was mit Telekommunikationsmitteln und Gesundheit im weitesten Sinne zu tun hat.

Den Begriff *telehealth* für alle Formen medial vermittelter, gesundheitlicher Versorgung zu wählen, kann sich besonders für Ärzte und ÄrztInnen und deren sich veränderndes Rollenverständnis standespolitisch vorteilhaft auswirken. Nach Darkins & Cary (2000) ist der Begriff *telemedicine* eng mit der traditionellen Funktion von ÄrztInnen als "EinzelarbeiterInnen" verbunden. Diese Funktion verändert sich zusehends und ÄrztInnen sind häufiger als früher als Mitglieder in einem Team von ExpertInnen und VertreterInnen des Gesundheitswesens tätig, seien es PflegerInnen, GesundheitswissenschaftlerInnen oder andere FachspezialistInnen. Dieses Prinzip der Teamorientierung betrifft den gesamten Gesundheitsbereich und ist in dem egalitäreren Begriff *telehealth* besser repräsentiert

5.1.4. Gesundheitskommunikation vs. medizinische Kommunikation

Ein weiteres begriffliches Problem bei der Beschäftigung mit öffentlicher Gesundheitsförderung und Gesundheitsinformation ist der Begriff Gesundheitskommunikation, vor allem in Abgrenzung zum Begriff medizinische Kommunikation.

Unter *medizinischer Kommunikation* werden in der medizinsoziologischen und linguistischen Forschung – wie in Kap. 3.2.1. ausgeführt – prototypisch face-to-face-Interaktionen zwischen ÄrztInnen und PatientInnen im Zusammenhang mit der individuellen Diagnose und Behandlung einer aktuellen Erkrankung verstanden, seinen dies diagnostische Erstgespräche (Anamnesen), Aufklärungsgespräche, Diagnosemitteilungen, Besprechung von Therapieplänen, Beratungsgespräche und Entlassungsgespräche. Da die Arzt-Patienten-Interaktion gerade im beruflichen Alltag in Krankenhäusern und Kliniken in eine Vielzahl von anderen Interaktionsereignissen eingewoben ist, werden in

entsprechenden Studien meist alle Formen klinischer Kommunikation unter diesem Begriff subsumiert: z.B. Teamgespräche des medizinischen Personals (Atkinson 1995, Ploeger 2005), die Interaktionen zwischen ÄrztInnen, PatientInnen und Pflegepersonal auf einer Ambulanz (Lalouschek, Menz & Wodak 1990, Gstettner, Lalouschek & Menz in Vorb.) oder die Arzt-Arzt-Interaktionen bei Visitengesprächen (Bliesener 1982, Koerfer, Obliers & Köhle 2005).

Der Begriff *Gesundheitskommunikation* (als Übernahme des angloamerikanischen Begriffs *health communication*) hat sich seit den 80er Jahren ebenfalls in sehr gemischter Weise etabliert. Traditionellerweise fungiert er als allgemeine Bezeichnung für Kommunikation in Gesundheitsförderungsprozessen und wird – entsprechend den oben genannten Zielsetzungen öffentlicher Gesundheitsförderung – prototypisch als Diskurs zwischen GesundheitsvermittlerInnen und Personen, die nicht unbedingt aktuell erkrankt sind, beschrieben (z.B. Fisher 1991). Unter dieser Sichtweise geht es in der Gesundheitskommunikation primär um Prävention und Gesundheitsförderung, also um die Vermittlung von Wissen über Krankheitszusammenhänge und gesundheitsförderliche Lebensweisen. Sie erfolgt nicht unbedingt face-to-face und zwischen Individuen sondern ist in der Regel medial vermittelt.

Der Unterschied zur medizinischen Kommunikation besteht also im Grad der Öffentlichkeit von Gesundheitskommunikation, in ihrer zumeist medialen Vermittlung und in dem Faktum, dass es sich bei den potenziell Angesprochenen nicht unbedingt um Betroffene oder schon Erkrankte handelt. Mit dieser Definition ist der Begriff Gesundheitskommunikation im Wesentlichen auf Medienprodukte eingeengt, die speziell zum Zweck der Gesundheitsinformation erstellt wurden (Jazbinsek 2000, 12).

Innerhalb dieses Definitionsrahmens lässt sich auch die vorliegende Arbeit positionieren: Die Medizinsendungen und Talkshows zu medizinischen Themen richten sich an ein zusehendes Publikum, die Kommunikation über Krankheiten, therapeutische Verfahren und Prävention, die face-to-face zwischen den ärztlichen und nicht-ärztlichen ModeratorInnen, den von den Krankheiten Betroffenen und den ExpertInnen stattfindet, wird im Studio inszeniert und ist lediglich ein bestimmtes Verfahren, um Gesundheitsinformation an ZuschauerInnen medial zu vermitteln.

Unklar bleibt die entsprechende *Zuordnung ärztlicher Vermittlungs- und Beratungstätigkeit*, die im Rahmen medizinischer Betreuung ja standardmäßig auftritt, wenn ÄrztInnen also von ihrer rein kurativen Rolle in die Rolle der GesundheitsfördererInnen wechseln. Diese Unschärfe wurde in der Forschung bisher nicht substanziell thematisiert (Jazbinsek 2000) – eine umfassende Überblicksarbeit mit dem Titel "*Communication in health care contexts*" (Thompson 1995) beschränkt sich z.B. im Wesentlichen auf ärztliche Interaktionsaufgaben in medizinischen Institutionen. Der Klärungsbedarf drängt sich aber umso stärker auf, je mehr die Funktion von modernen ÄrztInnen sich in Richtung GesundheitsfördererInnen und BeraterInnen verschiebt.

Busch (1999) definiert Gesundheitskommunikation wesentlich weiter gefasst als thematisch und wissensmäßig konstituierten, öffentlichen Kommunikationsraum, dessen thematisches Zentrum die Auseinandersetzung mit Gesundheit und Krankheit ist. Gesundheitskommunikation ist deshalb geprägt durch das Miteinander verschiedener medial, fachlich und institutionell geprägter Gesundheitsdiskurse. Hier nennt Busch vor allem den *kurativen Diskurs*, also den Therapie-Diskurs und den *Gesundheitsförderungsdiskurs*. Daneben existieren weitere Diskurse wie der *Diskurs zu alternativen Heilverfahren* und der *Diskurs zur Laienmedikation*. Diese Beschreibung umfasst also – allerdings in einer gewissen Beliebigkeit der Verwendung des Diskursbegriffes (vgl. die Ausführungen dazu in Kap. 2.) – das gesamte Spektrum von Kommunikation im Zusammenhang mit Krankheit und Gesundheit, wobei nicht klar ist, wieweit die medizinische Kommunikation im engeren Sinne darin eingeschlossen ist, z.B. über den kurati-

ven Diskurs. In diesem Falle wäre der Begriff Gesundheitskommunikation der Überbegriff, vergleichbar dem Begriff *telehealth* als Überbegriff zu *telemedicine* (s.o.).

In jüngerer Zeit lässt sich ein Trend zu einer stärkeren *Politisierung und Professionalisierung* ausmachen: Unter Gesundheitskommunikation ist ganz aktuell ein ganzes Forschungsfeld zu verstehen, in dem es um den Einfluss des alltäglichen Medienkonsums auf gesundheitsfördernde und gesundheitsschädigende Verhaltensweisen geht, um den Einfluss von Presse und Fernsehen auf Prioritäten der Gesundheitspolitik und um eine Professionalisierung der Gesundheitswissenschaften durch Gründung eigener Institute, Studiengänge und die Herausgabe von Fachzeitschriften (Jazbinsek 2000, Atkin & Wallack 1990).

5.1.5. Medial vermittelte Erfahrung und mediale Strategien moderner Gesundheitskommunikation

Im Folgenden möchte ich darauf eingehen, wie die moderne Gesundheitsförderung sich die Massenmedien, die ja als "Hauptverbreitungsmittel" von Informationskampagnen gelten, für ihre Zwecke nutzbar machen kann und muss.

In unserer hoch differenzierten Gesellschaft werden viele Erfahrungen nicht mehr persönlich gemacht, sondern durch Printmedien, Fernsehen, Internet oder andere elektronische Medien auf medialem Wege vermittelt (*mediated experience*, Giddens 1991, ausführlich in Kap. 4.1.3.). Dies hängt zum einen mit der großen Diversifikation der Lebensbereiche zusammen, die Fragen aufwirft, die bisher nicht gestellt werden brauchten (Grodin & Lindlof 1996), für die es also keine "kollektiv verankerten Antworten" gibt. Zum anderen hängt es einfach mit der Menge des Wissens und den Zugangsmöglichkeiten zu den immensen Wissensressourcen zusammen (Chouliaraki & Fairclough 1999). Da die interpersonale Kommunikation nicht mehr ausreicht, um alle notwendigen Informationen bereitzustellen (Appel 1996), können diese z.B. über das Fernsehen gesucht, vor allem aber auch vermittelt werden. *Medial vermittelte Erfahrung* bedeutet also auch, dass Menschen sich an spezialisierte Systeme und ExpertInnen wenden müssen, um an Informationen und Verhaltensvorschläge für oftmals sehr persönliche und intime Aspekte ihres Lebens wie Sexualität oder Gesundheitsvorsorge zu gelangen (Chouliaraki & Fairclough 1999, 44).

So haben Berichte und Sendungen zu Krankheits- und Gesundheitsthemen erstens die Funktion, Informationen zu liefern, die früher direkt kommuniziert wurden; zweitens müssen Informationen und Erfahrungen vermittelt werden, die u.U. nicht einmal mehr im allgemeinen Laienwissen repräsentiert sind. Dies wiederum hängt mit dem steigenden Wissenszuwachs in den Naturwissenschaften und der Medizin zusammen. So kann aber auch über Themen berichtet werden, mit denen man im eigenen Leben oder Umfeld möglicherweise nie konfrontiert würde, wie ungewöhnliche Erkrankungen oder auch gesellschaftlich heikle Themen wie AIDS, stationäre Altenpflege, Sterbehilfe etc. Gerade in diesen Bereichen nehmen die Medien aber auch Einfluss auf die Konstruktionsmechanismen und die Qualität der medial vermittelten Erfahrung (vgl. ausführlich Kap. 4.1.3.). So meint der Medizinethiker Maio (2003, 273) z.B. in Bezug auf die Darstellung ethischer Probleme der Gentechnologie, dass die Medien hier eine Wirklichkeit konstruierten, die fast nur in den Medien existierte.

Aber nicht nur die Informationssuchenden sind von den Massenmedien abhängig, sondern auch die *ProponentInnen der Gesundheitsförderung*. Die Gesundheitswissenschaftler Atkin &Wallack (1990, 20) benennen dafür zwei Gründe: Erstens müssen GesundheitserzieherInnen entsprechend dem zunehmenden Wissenszuwachs über Risiko-Reduktion, Krankheitszusammenhänge und neue Behandlungsmöglichkeiten auch immer mehr und differenziertere Informationen vermitteln, zweitens müssen sich die ent-

sprechenden Institutionen im stark umkämpften Gesundheitsmarkt eine entsprechende mediale Präsenz bewahren und ggf. verteidigen. Wallack (1990b, 155ff) skizziert zwei aktuelle Ansätze, mit denen sich die moderne Gesundheitsförderung die Massenmedien so sinnvoll und wirkungsvoll wie möglich nutzbar macht: Soziales Marketing (*social marketing*) und Medien-Lobbyismus (*media advocacy*).

Soziales Marketing kombiniert theoretische Ansätze der Kommunikationswissenschaften und der Sozialpsychologie mit modernen Marketingstrategien. Dies ist der *state of the art* der modernen Gesundheitskampagnen: Positives Gesundheitsverhalten soll nach Werbungs- und Vermarktungsstrategien "verkauft" werden. Dazu übernimmt soziales Marketing die Planungsvariablen des herkömmlichen Marketing wie Produkt, Preis, Werbung und Ort und überträgt sie auf bestimmte Gesundheitsthemen wie etwa Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Brustkrebs, Verhütung oder *safer sex*.

Aktuelle Beispiele sind die aufwendig gestaltete, in den TV-Werbepausen placierte Aufklärungsspots zur Darmkrebsfrüherkennung, gedreht vom prominenten deutschen Filmemacher Wim Wenders, oder eine Kölner Kampagne zur Früherkennung von Schlaganfall: Einige Straßenbahnlinien der Kölner Verkehrsbetriebe liefern statt herkömmlicher Werbeaufschriften auf den Waggons eine flott gestaltete, gut und schnell lesbare Auflistung relevanter Schlaganfallsymptome zur Früherkennung.

Schlüsselprinzip des sozialen Marketings ist die Verringerung der psychologischen, sozialen und praktischen Distanz zwischen KonsumentInnen und Verhalten. Es soll so einfach wie möglich werden in *compliance* mit der Botschaft zu agieren, indem das ideale *marketing mix* aus richtigem Produkt, Preis, Werbung und Ort erzeugt wird. Das Produkt ist das mehr oder weniger neue oder heikle Verhalten oder die Idee, die die KonsumentInnen annehmen müssen. Der Preis kann auch ein psychologischer oder sozialer sein, etwa wenn man trotz Gruppendrucks auf Alkohol beim Autofahren verzichtet. Die Werbung muss das Produkt Kosten kompensierend "verpacken" und den Gewinn – wie etwa Gesundheit, Statuserhöhung und Lebenserwartung – überzeugend kommunizieren. Der Ort bezieht sich auf die Verfügbarkeit des Produkts, im realen wie im übertragenen Sinne. So werden Kondome zur Verhütung nur benutzt, wenn sie tatsächlich "flächendeckend" zu kaufen sind, aber auch, wenn deren Verwendung in den peer-groups und in der Gesellschaft unterstützt und damit immer selbstverständlicher wird.

Der wichtigste Erneuerungspunkt des sozialen Marketings für die moderne Gesundheitsförderung ist der klare *Fokus auf die Bedürfnisse der KonsumentInnen*, die in früheren Kampagnen oft vernachlässigt worden waren. Nun ist es primäres Ziel, die Botschaften auf die einzelnen Zielgruppen ganz spezifisch zuzuschneiden. Methodisch wird dies z.B. über die Arbeit mit "Fokusgruppen" und die Beforschung von Mediennutzungsgewohnheiten unterschiedlicher Gruppen erreicht, sowie über mehrfaches Testen und Modifizieren. Dennoch hat das soziale Marketing klare Limitierungen: Den massenmedialen Produktionsbedingungen unterworfen werden oft allzu einfache Lösungen für komplexe Zusammenhänge geboten und Gesundheitsprobleme und –risiken auf einen individuellen Level reduziert und nicht in ihrem gesellschaftlichem oder ökonomischem Zusammenhang dargestellt (s. auch Kap. 5.2.1.).

Die besondere Verteidigung der Anliegen der öffentlichen Gesundheitsförderung durch eine Medien-Lobby ist ein neuer, progressiver Ansatz, der sich im angloamerikanischen Raum ausgehend von den großen Nichtraucher-Kampagnen entwickelt hat. *Medien-Lobbyismus* begegnet den Massenmedien mit einer durch und durch politischen Haltung. Anders als beim sozialen Marketing, das quasi im Einklang mit den Prinzipien der Konsumgesellschaft agiert, geht es hier um die Umgestaltung gesundheitsgefährdender Verhältnisse. Medien-Lobbyismus zielt eher auf Politik als auf individuelle As-

pekte, agiert aggressiver und macht eher strategischen Gebrauch von den Massenmedien um sozialpolitische Initiativen voranzubringen.

> Media advocacy promotes a range of strategies to stimulate broad-based media coverage in order to reframe public debate to increase public support for more effective policy level approaches to public health problems (Wallack 1990b, 158).

Damit gehen die Lobbyisten der öffentlichen Gesundheitsinformation von der Betonung des individuellen Risikoverhaltens weg und richten die Aufmerksamkeit auf die zugrunde liegenden gesellschaftlichen Ursachen und Problematiken, die dann zu individuellen Entscheidungen über gesundheitsbezogenes Verhalten führen – wie etwa bei allen Formen des Suchtverhaltens. Ziel ist es, die Öffentlichkeit stärker auf die politischen Prozesse aufmerksam zu machen und sie mit Informationen und Fertigkeiten zu versorgen, um das soziale Umfeld, in dem dann gesundheitsbezogene Entscheidungen getroffen werden, mitgestalten zu können. *Media advocacy* bewegt sich also auf dem Kontinuum von Problemlösungen "from the 'individual-simple' to the 'social/political-complex' part (Wallack 1990b, 159)".

Dieser sozialpolitische Ansatz erfordert nicht nur besondere Fertigkeiten in der verständlichen und anschaulichen Darstellung komplexer Zusammenhänge sondern ist auch eine stete Gratwanderung zwischen politischen und ökonomischen Interessengruppen und deren lange abgesteckten *claims*, wie etwa denen der Tabakindustrie und der Werbewirtschaft. Daraus erwachsen natürlich auch seine Grenzen, vor allem die seiner massenmedialen Präsenz.

5.1.6. Die Wirksamkeit öffentlicher Gesundheitsinformation

Die MedienpraktikerInnen sind, was die von den GesundheitsfördererInnen beabsichtigte Wirkung durch die mediale Vermittlung angeht, größtenteils durchaus skeptisch (Karpf 1988, Atkin & Wallack 1990, Göpfert 1993, Appel 2000). Eine Auswertung verschiedener Großstudien zur Prävention von Herzkrankheiten macht ganz deutlich, dass gerade die Wirksamkeit einer Gesundheitsförderung, die auf Veränderung des persönlichen Verhaltens und Lebensstils abzielt, ernsthaft in Zweifel gezogen werden muss (Ebrahim & Smith 1997). Die allgemeine Skepsis und die Kritik an der Uneinschätzbarkeit der Wirksamkeit lassen sich in mehreren großen Punkten zusammenfassen:

Gesundheitsförderung verfolgt ein traditionelles Konzept von Experten-Laien-Kommunikation: Alle älteren Modelle öffentlicher Gesundheitsinformation basieren auf einem sehr traditionellen, patriarchalen Modell der Wissensvermittlung von ExpertInnen an LaiInnen: Es gibt es eine klare Trennung von Wissenden, den v.a. männlichen Experten, und Unwissenden, den LaiInnen; die Kommunikation verläuft relativ autoritär von oben nach unten (*top-down*); diejenigen, die über das akzeptierte medizinische oder epidemiologische Wissen verfügen, verteilen die "richtige" Botschaft an die unwissende Masse. Die LaiInnen geraten durch diese Rollenzuweisung in eine hierarchisch untergeordnete Position, sind nicht PartnerInnen im Austausch sondern werden quasi zu Objekten der Expertise anderer und bekommen zudem häufig die Schuld an Fehlverhalten und Krankheit zugeteilt (Karpf 1988, 226). Modernere Modelle der Experten-Laien-Kommunikation favorisieren egalitärere Vermittlungsmethoden, die kritisches Denken und Hinterfragen fördert und diese Rollentrennung tendenziell aufhebt (vgl. Lupton 1996, Jazbinsek 2000 sowie ausführlich Kap. 5.3.3. unten).

Gesundheitsförderung verfolgt ein traditionelles Sender-Empfänger-Modell von Kommunikation: Untersuchungen zeigen, dass trotz zunehmenden Wissens um die Komplexität von kommunikativen Prozessen und Wissensvermittlung Gesundheitsinformation nach wie vor von einem traditionellen Sender-Empfänger-Modell von Kom-

munikation beeinflusst ist, in dem von so genannten "starken Wirkungsmodellen" (Appel 1996) ausgegangen wird: "Richtige" Information fördert die "richtige" Einstellung, die "richtige" Einstellung fördert das "richtige" Verhalten. Worauf wenig Bezug genommen wird ist, dass RezipientInnen maßgeblich an der gemeinsamen Produktion von Bedeutung beteiligt sind und dass Verstehen von vielfältigen Faktoren wie Vorwissen, Bildung, Einstellung, aber auch von sozioökonomischem Status, Geschlecht und Alter abhängt (vgl. Lutz & Wodak 1987), sowie – speziell auf Gesundheitsinformationen bezogen – von der individuellen aktuellen Betroffenheit. Bei der Evaluierung eines Anti-Drogen-Spots für Jugendliche in den USA stellte man sogar einen Bumerang-Effekt fest: Die Haltung der Jugendlichen der Untersuchungsgruppe war nach der Kampagne weniger negativ als vorher, weil z.B. in den Spots auch Drogenbefürworter oder -nutzer mit ihren Argumenten zu Wort gekommen waren, die bisher so gar nicht bekannt waren (Feingold & Knapp 1977).

Gesundheitsförderung ist geprägt von Missverständnissen über bestimmte soziokulturelle Zusammenhänge: Obwohl die Literatur zur modernen Gesundheitskommunikation und Gesundheitsförderung wie gerade schon beschrieben immer auf den grundlegenden Einfluss sozialer und Umweltfaktoren wie Geschlecht, ethnische Zugehörigkeit, Ausbildungsstand und soziökonomischer Status auf gesundheitsbezogene Einstellungen und Verhalten verweist, werden diese Faktoren häufig als Hindernisse oder "Barrieren" für das Misslingen einer erfolgreichen Informationsvermittlung verantwortlich gemacht. So werden bestimmte gesellschaftliche Gruppen mit dem Label "schwerer zu erreichen als andere" versehen. Dieser Zuschreibung liegt ein Einweg-Modell von Kommunikation zu Grunde, das fälschlicherweise impliziert, wenn nur diese Hindernisse aus dem Weg geräumt würden und die "störenden Hintergrundsgeräusche" beseitigt wären, würden diese Gruppen die Botschaft empfangen und in der Folge ihre Verhaltensweisen ändern (nach Lupton 1996, 110f).

Gesundheitsförderung beruht auf stereotypen Vorstellungen über Laienvorstellungen: Furnham (1988) diskutiert in seiner Arbeit über Laientheorien das so genannte *health-belief-model*, das zeigt, dass sich Gesundheitsverhalten von Personen auch bei Erfassung einer Unzahl von Variablen nicht verlässlich vorhersagen lässt. Die lange Zeit mangelnde qualitative Forschung zum RezipientInnenverhalten führte dazu, dass die Gestaltung vieler Gesundheitsinformationen häufig auf "Vorstellungen über Laienvorstellungen" (Furnham 1988, 12) basierten, und dass evaluative Studien zur Effektivität von Gesundheitsinformationen eher Auskunft darüber gaben, wer welche Nachricht wo und wann und wie oft gesehen hatte, aber nicht, welche Wirkung sie erzeugt hatte (vgl. Lupton 1996, 109).

Gesundheitsförderung simplifiziert Lösungen: In vielen Darstellungsformen, und vor allem in jenen, die auf selbstverantwortliches Gesundheitshandeln zielen, werden allzu simple und allzu direkte Lösungen für die angesprochenen Probleme vorgeschlagen. Sie suggerieren nicht nur, dass Verhaltensgewohnheiten Veränderungen durchaus zugänglich seien, sondern dass die meisten Menschen, wenn ihnen die entsprechenden Risiken klar würden, auch entsprechend im Sinne einer Veränderung handelten (Lupton 1996). Das hängt natürlich auch mit der Boulevardisierung durch die Medien zusammen (vgl. Kap. 5.2.1. unten). In einer *accuracy study* haben die GesundheitswissenschaftlerInnen Appel & Jazbinsek (2000) die "Akkuratheit" der Wissenschafts- und Medizinberichterstattung am Beispiel der Medienresonanz auf die ersten beiden Gentherapie-Versuche in Deutschland durchgeführt. Neben einer Vielzahl von Fehlern bei der Darstellung der Ereignisse ergaben sich einige gravierende Fehlinformationen, die deren Deutung betrafen: Die Therapiestudien an den zwei Orten in Deutschland wurden zu einem Konkurrenzkampf hoch gestuft, das Abwarten der Publikation in einer Fachzeitschrift wurde als Geheimhaltung klassifiziert, und schließlich wurden die Experimente ohne vorliegen-

des Therapieergebnis als Medizin-Sensation hoch gestuft. Allerdings waren an dieser Form der Bedeutungsproduktion auch einige der WissenschaftlerInnen beteiligt, die sich aus forschungspolitischen Gründen der Medienwirkungen bedienen wollten.

Gesundheitsförderung ist zu konsumorientiert: Ein Großteil der aktuellen Gesundheitsförderung betrachtet Gesundheit als Ware und die Öffentlichkeit als ihre KonsumentInnen, die davon überzeugt werden müssen, dass sie zur Erlangung einer bestimmten Form von Gesundheit etwas zu bezahlen haben, in Form von körperlichem Training oder Verzicht auf bestimmte Substanzen. Dieser konsumorientierte Gesundheitsdiskurs impliziert und formt als "Normalfall" ein Individuum, das selbst regulierend, gesundheitsbewusst und zivilisiert ist und seinen Körper bekontrolliert. Diejenigen, die sich diesen Normen nicht unterwerfen und bewusst ihre Gesundheit riskieren, werden als irrational und unverantwortlich verurteilt (*risk takers*, Lupton 1996).

Ein Grundproblem, das der Wirksamkeit öffentlicher Gesundheitsförderung damit ganz generell zu Grunde liegt, ist die *Freiwilligkeit der KonsumentInnen*, dem sich auch das soziale Marketing, so ausgeklügelt eine jeweilige Kampagne auch sein mag, nicht entziehen kann:

> The limited success of typical health promotion programs which offer increased health status, positive image, and presumed peer approval in exchange for delayed gratification (e.g. diet, smoking cessation), increased physical effort (e.g. exercise), risk of social rejection (e.g. abstinence from drugs), or physical discomfort (e.g. withdrawal from cigarettes), does not provide much basis for optimism (Wallack 1990b, 158).

Oder – wie es die Gesundheitswissenschaftlerin Appel (1996) formuliert hat – weil es in den Produktwerbungen um Dinge geht, die die Leute tun wollen, wohingegen die meisten Gesundheitskampagne sie dazu bringen wollen, mit etwas aufzuhören, was sie durchaus gerne tun wollen.

Auf Grund dieser Ergebnisse und vielen aktuellen Veränderungen innerhalb der modernen Gesundheitsförderung geht man von sehr komplexen, aber kaum vorhersagbaren *Wirkungs-Modellen* aus. Am effektivsten scheint die Vermittlung von vielfältigen Informationsfacetten durch unterschiedliche Informationsquellen zu sein (Lupton 1996). Es ist mehr von einem so genannten "Gießkanneneffekt" bei vielfältiger, vielfacher und langzeitlicher Information ganz unterschiedlicher Provenienz die Rede. So zeigten Untersuchungen, dass Medieninformationen am ehesten dann eine Wirkung haben, wenn zusätzlich eine Einflussnahme über den persönlichen Kontakt erfolgt, wenn die Medien also z.B. zur Unterstützung gemeindebezogener Gesundheitsprogramme eingesetzt werden (Appel 1996).

Die Idee, Einfluss auf das Verhalten von Menschen zu nehmen, ist nur noch in hochkomplexen Modellen wie dem *Flay-Modell* denkbar (Flay 1982, zit. in Appel 1996 und Flay & Burton 1990): In diesem "integrierten Modell für Einstellungs- und Verhaltensänderungen" wird deutlich, dass von der Quelle der Information, also z.B. einer Gesundheitssendung, bis zum dauerhaft etablierten Verhalten eine Unmenge Faktoren wirksam sein können und müssen, die mit der Art der Quelle und ihrer Aufnahme (Präsentation, Aufmerksamkeit, Verstehen etc.), mit dem sozialen Umfeld (Wertungen, andere Informationen, Verhaltensmöglichkeiten) und der Persönlichkeit des Rezipienten/der Rezipientin (Überzeugungen, Motivationen, Wissen etc.) zu tun haben. Grundlage dieses integrierten Modells sind auch Theorien des sozialen Lernens, in denen menschliches Verhalten als ein ständig modifizierbares System betrachtet wird, das sich im ständigen Austausch mit der Umwelt befindet.

Zusammenfassend lässt sich also sagen, dass die allgemeine Informiertheit in der Bevölkerung über Gesundheits- und Krankheitsthemen aufgrund der Zunahme der Berichterstattung so groß ist wie nie zuvor, was aber nicht bedeutet, dass die Menschen, die über Krankheiten und medizinische Methoden Bescheid wissen, damit zugleich

schon ein Gesundheitsbewusstsein entwickelt haben oder sich für Prävention interessieren. Zweitens ist deutlich, dass große Skepsis über die spezielle Wirkung von Gesundheitskampagnen und Gesundheitssendungen herrscht, dass aber Konsens besteht, dass die Medien in der Gesundheitsinformation das Potenzial haben, Wissen zu vermitteln, Themen relevant zu setzen, durch Vorbildfunktion zu aktivieren und Einstellungen und Verhaltensweisen zu verstärken.

Diese *sozial regulative Kraft der Medien* kann durch entsprechend gestaltete, zumeist implizite Botschaften aber auch die Wirkungsweise entfalten, dass bestehende Rollenverteilungen und Machtverhältnisse im Gesundheitsbereich festgeschrieben werden, dass das bestehende Gesundheitssystem gestützt und dass eventuell notwendige Veränderungen und Neuorientierungen verhindert werden. Darüber werden die Analysen der Sendungen detaillierter Auskunft geben (s. Kap. 6. und Kap. 7.).

5.2. Formen von Gesundheitsinformation im Fernsehen

Nachdem ich mich mit der Funktion und Bedeutung von Massenmedien allgemein für die öffentliche Gesundheitsinformation beschäftigt habe, möchte ich mich nun speziell dem Fernsehen zuwenden. Das Fernsehen bietet eine stetig steigende Anzahl von Sendungen und Programmen an, seien es spezielle medizinische Ratgebersendungen, seien es Unterhaltungsprogramme und Talkshows, die in unterschiedlicher Weise über Medizin, Krankheit, Gesundheit und gesundheitsförderliche oder -schädliche Lebensweisen berichten (vgl. Karpf 1988, Appel 1996). In den folgenden Abschnitten werde ich nun darauf eingehen, wie die medialen Inszenierungs- und Produktionsbedingungen auf die Präsentationsformen von Gesundheitsinformation Einfluss nehmen, in welchen Sendungsformaten – von medizinischen Informationssendungen bis zum Unterhaltungsfernsehen – Gesundheitsinformation vermittelt wird und wie die Qualität dieser Information zu beurteilen ist.

5.2.1. Inszenierung und Boulevardisierung von Gesundheitsinformation

Aufgabe des Fernsehens war immer schon, Information in unterhaltender Weise anzubieten, sei es spannend, sei es berührend, um das Publikum an die Sendungen zu binden. Dieses mediale Prinzip der Boulevardisierung fokussiert speziell auf affektiv aufgeladene, besondere und spannende Aspekte von Inhalten (Stichworte *infotainment* und *emotainment*). Die daraus erwachsende Spezifik von medial vermittelter Kommunikation ist eine klare, inhaltliche Vorgeplantheit der Sendungsabläufe und die Inszenierung von (Kommunikations)Ereignissen im Studio für die ZuschauerInnen (Stichwort *Mehrfachadressierung*). Die Spezifika boulevardisierter Information sind Vereinfachung und Trivialisierung komplexer Zusammenhänge statt deren Vertiefung, Sensationalisierung und Dramatisierung durch eine rasche Aufeinanderfolge von Höhepunkten und den Einsatz hoch besetzter Metaphern, Vergleiche und Bilder, Personalisierung und Individualisierung abstrakter und/oder gesellschaftlicher Vorgänge, und damit Narrativierung, Bindung an die Alltagserfahrung und Emotionalisierung (vgl. dazu ausführlich Kap. 4.1.5. und Kap. 4.1.6.).

Dieses *Prinzip der Boulevardisierung* gilt auch für Gesundheitsinformation im Fernsehen, die sich dafür besonders gut eignet: Die Darstellung von Krankheit, Leid und Schmerz, aber auch von Heilung können berühren und betroffen machen, die Berichte von spektakulären Operationen und neuesten medizinische Techniken machen jede Sendung spannend und interessant. Gesundheitliche und insbesondere medizinische Themen sind oft auch brisante politische, in denen es um Geld, Macht und um Skandale

geht. Medizinsendungen und Talkshows, die das Datenmaterial meiner Untersuchung bilden, haben natürlich den schon angesprochenen inszenierten Produktionsrahmen, da ExpertInnen und Betroffene im Vorfeld genau ausgewählt, Vorgespräche mit ihnen geführt werden und der Sendungsablauf im Wesentlichen vorgeplant wird. Dieses Vorwissen dient den ModeratorInnen dann zur interaktiven Kontrolle über den gesamten Sendungsablauf und zur interaktiven Steuerung der Erzählungen der Gäste – im Sinne der Produktion von Information und Unterhaltung für die ZuschauerInnen. Wichtig für die emotionale Wirkung dieser Sendungen ist, dass die Informationen im Wesentlichen an konkreten Beispielen und Leidenserzählungen erläutert und durch Betroffene oder LeidensgenossInnen vermittelt werden.

Der Medizinethiker Maio (2003) nennt die Erschließung von Fakten und deren Deutung über das Erzählen von Geschichten als den "Königsweg in der medialen Darstellung von Sachverhalten (Maio 2003, 277)", weil damit alle medialen Inszenierungsbedingungen wie Personalisierung, Dramatisierung und Emotionalisierung gleichzeitig erfüllt werden könnten. Damit die Geschichten wirken, muss die Narrationsstruktur vertraut sein, sie müssen also einem kollektiven Narrationspool entstammen. Mit Karpf (1988, 28f) zählt er dazu folgendes prototypisches Spektrum von Geschichten auf: die Erfolgsgeschichte, die Katastrophengeschichte, die Streitpunktgeschichte, die Skandalgeschichte, die Krisengeschichte, die Epidemiegeschichte und die Verlautbarungsgeschichte.

Die Vermutung liegt nahe, das die Vorstellungen davon, wie Krankheiten zu erkennen, zu behandeln, zu vermeiden oder zu bewältigen sind, sowohl von diesen medialen Produktionsbedingungen wie medialen Inszenierungen beeinflusst werden. Sehr anschaulich dargestellt wird das unter dem Begriff "Hystorien" von der amerikanischen Kulturwissenschaftlerin Elaine Showalter (1997). An Beispielen von körperlichen Zuständen wie dem Chronischen Erschöpfungssyndrom, der multiplen Persönlichkeitsstörung oder der Legionärskrankeit belegt sie, dass das epidemische Auftreten derartiger Erkrankungen, so genannte "Hysterie-Epidemien", durch Geschichten erzeugt wird, "die wiederum durch Ratgeberliteratur, Artikel in Zeitungen und Zeitschriften, Fernsehserien und Talkshows, Spielfilme, das Internet, ja sogar durch die Literaturwissenschaft in Umlauf gebracht werden" (Showalter 1997, 14), (s. auch Kap. 1.5.1.).

Das große Problem der Boulevardisierung von Gesundheitsinformation ist nach Atkin & Arkin (1990) folgende prinzipielle *Unvereinbarkeit*: Die medizinische Wissenschaft ist von großen Komplexität und Unsicherheit geprägt, ebenso sind es die Herausforderungen der öffentlichen Gesundheitsförderung, die Inhalte von medial vermittelter Gesundheitsinformation aber sollen einfach und schnell verständlich sein. Deshalb gibt es einen prinzipiellen Konflikt zwischen dem, was RedakteurInnen und ProduzentInnen für berichtenswert halten und dem, was GesundheitsspezialistInnen glauben, dass die Öffentlichkeit wissen sollte. Die öffentliche Gesundheitsförderung möchte eine Berichterstattung, die die wissenschaftlichen Komplexitäten und Zusammenhänge richtig darstellt, die die strukturellen Risikofaktoren beleuchtet und die auf sozialpolitische Missstände und Veränderungsmöglichkeiten verweist. Die Medien hingegen tendieren in ihrer Profit- und Quotenorientiertheit dazu, neue und damit interessante medizinische Ergebnisse als relevanter und oft auch als abgesicherter darzustellen als es gerechtfertigt ist oder allgemeine und komplexe Gesundheitsaspekte auf persönlicher, emotionaler und damit oft zu simplifizierte Ebene abzuhandeln, wodurch bestehende soziale und ökonomische Arrangements verstärkt werden (Wallack 1990). Oder, wie der Gesundheitswissenschaftler Stuyck es kurz und prägnant formuliert hat:

> The public health community usually looks to the media for support, for attention, and for endorsement (...). The media, in turn, seek 'news' that is interesting and relevant to their audiences (Stuyck 1990, 71).

Die Gesundheitspublizisten Atkin und Wallack (1990, 16) haben diese widersprüchlichen Prioritäten von Massenmedien und Public Health tabellarisch zusammengefasst:

Mass media objectives	*Public health objectives*
• to entertain, persuade, or inform	to educate
• to make a profit	to improve public health
• to reflect society	to change society
• to address personal concerns	to address societal concerns
• to cover short-term events	to conduct long-term campaigns
• to deliver salient pieces of material	to create understanding of complex information

Einige MedizinpublizistInnen wie Atkin & Arkin (1990) schlagen vor, sich den medialen Bedingungen anzupassen, d.h., zu lernen, welche Faktoren eine Information für FernsehredakteurInnen speziell berichtenswert machen, wie abstrakte Inhalte angemessen personalisiert und visualisiert werden können:

> Depending on the channel and the audience it reaches, health educator must adjust by emphasizing different topics, angles, levels of complexity, degrees of brevity, and styles of information presentation (Atkin & Arkin 1990, 24).

Andere, wie der Medizinjournalist Justin Westhoff (2000), beklagen allerdings, dass die Voraussetzungen für einen kompetent-kritischen Medizinjournalismus durch den "Zwang zur Boulevardisierung" im Medienbetrieb im Wesentlichen untergraben werden.

Eine *zentrale Untersuchungsfrage* ist, wie sich diese Formen der Vermischung von Unterhaltung und Information auf die Vermittlung von Gesundheitsinformation auswirkt, vor allem da sich Krankheits- und Gesundheitsthemen besonders gut für Unterhaltung und Emotionalisierung eignen. Während die medizinischen Informationssendungen primär an der Vermittlung von professioneller Gesundheitsinformation, wenn auch unterhaltend, orientiert sind, wirkt in den Talkshows der Emotainment-Auftrag stärker auf das Sendungskonzept: Die Unterhaltung soll durch gefühlsbetonte Inhalte erfolgen, dennoch sollen auch Informationen vermittelt werden. Die Analysen der Sendungen werden zeigen, welchen Tribut die Gesundheitsinformation an den medialen Unterhaltungsauftrag zahlen muss, welche medienspezifischen Verzerrungen wirksam werden und wie sich diese auf die vermittelten Vorstellungen von Krankheiten, ihrer Bewältigung oder Vorbeugung auswirken, sie werden aber auch zeigen, ob das Verfahren, Kommunikation zwischen ModeratorInnen, Betroffen und ExpertInnen über Krankheit zu inszenieren ein sinnvolles Verfahren ist, in dem sich Gesundheitsinformation und medialer Unterhaltungsauftrag miteinander vereinbaren lassen.

5.2.2. Medizinische Informationssendungen

Nun möchte ich mich den einzelnen Sendungsformaten zuwenden: Informationen über Krankheit und Gesundheit gibt es im Fernsehen vor allem in allgemeinen oder spezifischen Ratgebersendungen und Magazinen.

Es gibt das *allgemeine Magazinformat*, in dem in unregelmäßigen Abständen auch medizinische oder gesundheitsrelevante Beiträge untergebracht sind. Diese Beiträge sind üblicherweise kurz, meist aus aktuellem Anlass motiviert und können oft nicht

mehr an Information bieten als auf das jeweilige Thema aufmerksam zu machen. Für Substanzielles ist diese mediale Form ungeeignet.

Zu diesen Sendungen gehören z.B. allgemeine Ratgebersendungen wie "*Help-TV*" (ORF), "*ARD-Buffet*" (ARD), "*Willkommen Österreich*" (ORF) oder "*DAS!*" (NDR), allgemeine Wissenschaftsmagazine wie "*nano*" (3Sat), "*Planetopia*" (Sat1), "*Modern Times*" (ORF) oder "*Abenteuer Forschung* (ZDF) sowie allgemeine Reportage- und Boulevardmagazine wie "*Brisant*" (ARD), "*Thema*" (ORF), "*Explosiv*" (RTL) oder "*Spiegel-TV*" (RTL).

Dazu gibt es regelmäßige oder unregelmäßige *Einzeldokumentationen und Reportagen*, die sich jeweils einem bestimmten Thema aus dem Bereich Gesundheit, Krankheit und Körper wie Diäten, Schönheits-Operationen, Brustkrebs oder Sterbehilfe widmen. In diesem Format können einzelne Themen ausführlich beleuchtet werden, meist sind sie an Einzelschicksalen aufgehängt. Nachteilig auf die Zuschauerbindung wirkt sich der oft unregelmäßige oder späte Sendungstermin aus.

Entsprechende regelmäßige monatliche Sendungen sind z.B. "*37°*" (ZDF), "*Menschen hautnah*" (WDR), "*Nightwatch*" (ORF) oder "*exklusiv – die reportage*" (RTL2). Ein ganz aktuelles verwandtes Format sind die so genannten Doku-Soaps, in denen echte Begebenheiten aus dem Lebensalltag, die mit Krankheit und/oder Gesundheit zu tun haben, festgehalten, oft auch nachgespielt werden. Aktuell dazu ist etwa "*Schnulleralarm!*" (RTL) zu nennen, eine Doku-Reihe über Paare in Köln, die ein Kind erwarten und die von der Schwangerschaft bis zur Geburt und danach vom Fernsehteam begleitet werden. Dieses Sendungsformat kann man wahrscheinlich dem *education-entertainment* zuordnen (vgl. Kap. 5.2.6.).

Des Weiteren gibt es so genannte *Zielgruppen-Sendungen* wie z.B. Sendungen des Frauen-, Familien- und Kinder- und Jugendprogramms, wo häufig und durchaus kritisch frauen- und familienspezifische Gesundheitsfragen angesprochen werden.

Dazu gehören z.B. die regelmäßigen Frauenmagazine "*Mona Lisa*" (ZDF) und "*Frau-TV*" (WDR) oder die Kinder- und Jugendmagazine "*Staun TV*" (KIKA), "*Mörmel TV – Wissen mit Pfiff!* (BR) oder "*Genau*" (ZDF).

Und schließlich gibt es eine Vielfalt von *Gesundheits- und Medizinsendereihen* mit festem Sendeplatz wie medizinische Ratgebersendungen, in denen ZuschauerInnen z.T. auch anrufen können, vermischte Gesundheitsmagazine und an das Talkshowformat angelehnte Medizin-Talks und Gesundheitsshows, die von ÄrztInnen moderiert werden. Die Einschaltquoten für diese Sendungen betragen 1-10% (GFK-Zuschauerforschung, zit. in Appel 1996), was im Vergleich mit anderen Informationsprogrammen und Spezialthemensendungen als gut zu bewerten ist. Diese medizinischen Fernsehsendungen verändern sich häufig in der Konzeption, werden reduziert, in andere Sendungsreihen eingebunden und umbenannt oder auch einfach abgesetzt.

Medizinische Ratgebersendungen mit im Studio moderierten Experteninterviews und Filmeinspielungen sind z.B. "*Die Sprechstunde*" (BR), "*Gesundheit live*" (NTV) und die Call-In-Sendung "*Teletipps vom Hausarzt*" (3Sat). Gesundheitsmagazine, die vorwiegend aus einer Sammlung von Filmbeiträgen bestehen, die an- und zwischenmoderiert werden sind "*Visite*" (NDR), *Gesundheitsmagazin Praxis* (ZDF), "*Praxis täglich*" (ZDF), "*ARD-Ratgeber: Gesundheit*" (ARD), "*Modern Times – Gesundheit*" (ORF) und "*Hauptsache gesund*" (MDR). Der Medizintalk "*Gesundheit!*" (ZDF) wurde zum schon genannten Gesundheitsmagazin "*Praxis täglich*" (ZDF) umgestaltet (ausführlich in Kap. 5.3.1.). Aktuell gibt es auch Medizinshows wie "*Dr. Verena Breitenbach*" (PRO7) oder "*Vertrauensarzt Dr. Ehrenberger*" (ATV), ein Hybridformat aus Gesundheitsinformationssendungen und *confession-show* (ausführlich in Kap. 5.2.6.3.).

Es hat sich mittlerweile durchgesetzt, dass alle dieser Gesundheitssendungen einen begleitenden Beratungsservice anbieten, sei es, dass Broschüren angefordert werden

können, Faxe abgerufen oder ExpertInnen im Anschluss an die Sendung für telefonische Auskünfte zur Verfügung stehen. Standard ist inzwischen auch, die jeweiligen Sendungsinformationen und Kontaktmöglichkeiten über Internet zugänglich zu machen.

5.2.3. Gesundheits- und Krankheitskonzepte in Medizinsendungen: Bisherige Untersuchungen

Die Bedingungen medialer Inszenierung formen also Gesundheitsinformation in spezifischer Weise und bestimmen Vorstellungen über Krankheit und Gesundheit. Fernsehen hat Einfluss darauf, *wie* über bestimmte Dinge gedacht wird, es hat als relevantes Informations- und Unterhaltungsmedium aber auch großen Einfluss darauf, *worüber* gedacht wird. Diese prinzipielle Wirkungsweise von Medien liegt dem kommunikationswissenschaftlichen *Agenda-Setting-Ansatz* zu Grunde. Damit ist gemeint, dass die Medien ein Thema überhaupt erstmal auf die Tagesordnung des öffentlichen Diskurses setzen und diesen dadurch entsprechend lenken und strukturieren (Wallack 1990a, Appel 1996, Jazbinsek 2000). Aus diesem Grund stellt sich nicht nur die Frage, in welche Weise Gesundheitsinformationen durch die Bedingungen der medialen Aufbereitung und Vermittlung und durch die Boulevardisierung (Kap. 4. und Kap. 5.2.1.) geformt werden, sondern auch welche Konzepte von Krankheit und Gesundheit an die ZuschauerInnen transportiert werden und welche Medizinform im Fernsehen Dominanz gewinnt.

Die Gesundheitswissenschaftlerin Andrea Appel (1996, 2000) hat in einer inhaltsanalytischen Untersuchung von regelmäßigen Medizinsendungen überprüft, welche Gesundheits- und Krankheitsbegriffe in den vermittelt werden. Dabei kommt sie zu folgenden Ergebnissen:

- *Dominanz der Biomedizin*: Die Vorstellungen von Krankheit und Gesundheit sind eng an den biomedizinischen Begriff angelehnt, d.h. dass Gesundheit als die Abwesenheit von Krankheit definiert wird als das Ergebnis erfolgreicher medizinischer Krankheitsbekämpfung dargestellt wird. Zudem werden wesentlich mehr Therapieverfahren der klassischen Schulmedizin erklärt und vorgestellt als alternative Verfahren. (vgl. dazu auch unten Karpf 1988, Bury & Gabe 1994).
- *Präferenz für somatische Aspekte*: Die Thematisierungen von Krankheit erfolgen überwiegend auf der somatischen Ebene, soziale Aspekte von Krankheit und Gesundheit werden nach wie vor wenig berücksichtigt.
- *Psychische Aspekte*: Die Bedeutung der Psyche für das gesundheitliche Geschehen wird zwar wahrgenommen, konkrete Thematisierungen erfolgen jedoch ausschließlich über akute Probleme wie Schmerzen oder Ängste vor Operationen. Es gibt nach wie vor keine gesamtheitliche, psychosoziale Betrachtung von Krankheit und Gesundheit, psychosomatischen Ansätzen zur Krankheitsentstehung wird mit einer erkennbaren Reserviertheit begegnet.
- *Herkömmliches Experten-Laien-Modell*: Auf Grund der in den Sendungen festgestellten Verteilung von Laien/Betroffenen und Experten, was Redezeit und personelle Anzahl betrifft, werden Gesundheit und Krankheit als Angelegenheit medizinischer ExpertInnen dargestellt. Laiensysteme tauchen nur als unterstützendes Moment der medizinischen Versorgung auf, auf Laienkompetenz wird wenig Wert gelegt. Es lässt sich eine starke Tendenz zur Verdinglichung von Betroffenen ("die Schlagader") bei der Darstellung von Vorgängen oder Symptomen und ein größeres Interesse an Befunden statt am Befinden feststellen.

- *Grenzen ärztlicher Moderation*: Die häufige Moderation durch medizinische ExpertInnen hat zur Folge, dass die Themen in schulmedizinisch lehrbuchhafter Reihenfolge behandelt werden (Definition, Symptome, Ursachen, Risikofaktoren, Diagnose, Therapie, Prophylaxe). So wird erreicht, dass sich eine bestimmte professionelle kategorielle Unterteilung des Krankheitsgeschehens bei den ZuschauerInnen einprägt und ein bestimmtes, nämlich schulmedizinisches Krankheitsverstehen gefördert wird (vgl. auch Partheymüller 1994).
- *Dispräferenz für Prävention*: Die Darstellung von Präventionsaktivitäten, deren Bedeutung im Gesundheitsförderungsbereich hoch ist, ist in den medizinischen Sendungen gering. Dies ist der mangelnden Attraktivität und der Schwierigkeit des komplexen Themas und seiner Darstellung im Infotainment geschuldet.
- *Technikorientierung*: Auffällig war schließlich der große Anteil von Operationsbildern und Informationen zu neuen medizinischen Geräten, wobei die Technik teilweise menschliche Züge bekam, während die menschliche Seite des Themas nahezu verloren ging, z.B. "Der Computer weiß jetzt genau, wie er den Knochen auffräsen muss" (Appel 2000, 104).

5.2.4. Die mediale Dominanz der Schulmedizin

Die kritische Untersuchung von medizinischen Informationssendungen befasst sich nicht nur mit der Frage, welche Gesundheitsinformationen über das Fernsehen vermittelt werden, sondern auch mit der Frage, in welcher Form die Medizin selbst im Medium Fernsehen repräsentiert wird.

Anne Karpf beschreibt in ihrer umfangreichen und breit rezipierten Untersuchung "*Doctoring the Media*" (1988) folgende *Entwicklung der Gesundheitsberichterstattung*: Vor dem Zweiten Weltkrieg war die mediale Berichterstattung, v.a. das Radio, von reinen Gesundheitsthemen dominiert, einfach aus dem Grund, dass die kurative Medizin damals nur begrenzt erfolgreich war und dass es nicht üblich war, derartige "intime Angelegenheiten" öffentlich darzustellen. Ab den 50er Jahren erfolgte eine Wende durch die Gründung öffentlicher Fernsehsender und die zunehmende Realisierung des breiten Einflusses und der Macht der Medien. Gesundheit und Medizin wurden v.a. im Hinblick auf den pharmazeutischen und technischen Fortschritt dargestellt. Seit den 80er Jahren haben die zunehmende Konsum- und Patientenorientiertheit, aber auch der zunehmende Fortschrittsskeptizismus an der dominanten Position der ÄrztInnen und medizinischen ExpertInnen gekratzt. So lassen sich in der modernen Berichterstattung klare Tendenzen zur Öffnung gegenüber medizinkritischen Strömungen im Gesundheitsbereich nachweisen. Diese Wende wurde dadurch markiert, dass in der medialen Berichterstattung Stimmen laut wurden, die bis dahin üblicherweise keine Öffentlichkeit hatten wie z.B. Frauen, Behinderte, PatientInnen oder medizinkritische Organisationen (s. auch Fairclough 1992 sowie die entsprechenden Ausführungen zum Import von Diskursen in Kap. 2.4. und unten Kap. 5.3.2.). Die zunehmende Berichterstattung und die gestiegene Sensibilisierung für die Interessen des Publikums ist auch der Grund dafür, dass das öffentliche Interesse an Gesundheitsinformation im Fernsehen in den vergangenen Jahren insgesamt so stark zugenommen hat (Atkin & Arkin 1990, 14).

Wie die oben skizzierten Untersuchungsergebnisse zu den in den Medien dominanten Medizinkonzepten deutlich machen, hat sich trotz dieser Öffnung aber nicht viel an den grundlegenden Einstellungen zur Medizin geändert. Karpf erklärt diesen auffälligen Prozess am Beispiel der *alternativen Medizin*: Über sie wird in Gesundheitssendungen viel diskutiert, bei Ratschlägen oder Tipps wird sie dann aber in einer Form inkorporiert, die das dominante Modell nicht stört (vgl. auch Kap. 6.11):

> The media, even in their most recent mode, not only shape the dominant beliefs about medicine, they help strengthen them (Karpf 1988, 132).

Eine weitere Untersuchung von Bury & Gabe (1994) zeigt, dass es zwar immer mehr *medizinkritische Sendungen* gibt, dass diese sich – gemäß den medialen Produktionsbedingungen von unterhaltsamer Information – jedoch meist auf bestimmte krasse Einzelfälle beschränken und in ihrer Darstellung das Besondere fokussieren, was dazu führt, dass sich die Kritik gegen einzelne Personen oder Institutionen, aber nicht substantiell gegen das gesamte gesundheitspolitische System richtet.

Diese Ergebnisse machen deutlich, dass die beiden gesellschaftlich mächtigen Informationsinstrumente *Fernsehen und Schulmedizin* Hand in Hand miteinander arbeiten, die medialen Repräsentationen von medizinischer Macht lediglich subtiler ausfallen, unter einem Mantel von Aufgeschlossenheit und Laienbezogenheit. Letztlich stellt sich nur die Frage, ob die Medizin die Medien und ihre Gesundheitsberichterstattung dominiert – im Sinne eines *the box is doctored* (Karpf 1988) – oder ob die Medien größere gesellschaftliche Kräfte widerspiegeln. Nach Bury & Gabe (1994, 70) scheinen sich in der Analyse die kontrollierenden Aspekte von medialer wie medizinischer Dominanz zu überlagern. Dieser Aspekt wird uns auch bei den linguistischen Analysen wieder begegnen, vor allem bei den Analysen der Sendungen, in denen die ModeratorInnen auch ÄrztInnen sind, also die RepräsentantInnen der Medien zugleich RepräsentantInnen der Medizin (s. Kap. 6.10.).

5.2.5. Unterhaltungssendungen mit Gesundheitsinformation

Neben den medizinischen Informationssendungen und Magazinen gibt es im Fernsehen nun auch alle Formen von *Unterhaltungsprogrammen*, die intendiert oder nicht jede Menge öffentlicher Gesundheitsinformation anbieten.

Dazu zählen z.B. die nachmittäglichen Talkshows, bei denen Gesundheitsthemen 10-15% des gesamten Themenspektrums abdecken (Bente u. Fromm 1997, Semeria 1999; vgl. detailliert Kap. 5.3.1. unten), womit ein nicht unbeträchtlicher Teil der medialen Information in Bereich Gesundheit und Lebenshilfe übernommen wird bzw. wurde. Hier ist vor allem eine der am längsten laufenden Talkshows zu nennen, nämlich "*Fliege*" (ARD) mit dem Moderator Jürgen Fliege, der sich ganz besonders der Vermittlung von alternativen Medizinthemen widmet, aber auch "*Arabella*" (Pro7) und "*Vera am Mittag*" (Sat1) sowie "*Hans Meiser*" (RTL) bis 2001.[55]

Zu diesen Unterhaltungsprogrammen gehören auch einzelne TV-Spielfilme und TV-Dramen speziell zu Themen wie Krebs, AIDS oder gewollten und ungewollten Schwangerschaften, alle Jugend- und Familienserien des Vor- und Hauptabendprogramms, in denen episodenweise Krankheitsthemen relevant werden sowie auch die sehr beliebten Arzt- und Krankenhausserien. Nicht zu vergessen sind Werbespots von Organisationen, Selbsthilfegruppen oder Gesundheitsministerien, die zunehmend produziert werden, um Informationen über Krankheit, Gesundheit, Medikamentenwirkung und Gesundheitsverhalten zu vermitteln.

Auf diese unterhaltenden Sendungsformate werde ich in den folgenden Ausführungen näher eingehen, da sich die Frage stellt, wie diese Unterhaltungsprogramme gezielt zur Vermittlung von öffentlicher Gesundheitsförderung eingesetzt werden (können), welche spezifischen Eignungen sie dafür bieten, aber auch welche spezifischen Limitierungen sich hierbei auftun. Die Ergebnisse der Überlegungen dienen der differenzierten Betrachtung der Mechanismen der Gesundheitsinformation in den Talkshows zu medizinischen Themen.

---

[55] Zur wechselhaften Geschichte der Talkshows siehe Kap. 4.3.

5.2.6. Gesundheitserziehung im Unterhaltungsformat: *entertainment- education*

Das allgemeine Unterhaltungsprogramm des Fernsehens wird immer häufiger als Mittel für Gesundheitsförderung und –erziehung eingesetzt (*entertainment-education*, Roger & Singhal 1990), indem gezielt (gesundheits)erzieherische Inhalte in unterhaltsame Botschaften verpackt werden. Die Medienforscherin Montgomery bezeichnet diese Strategie auch als *message television* (Montgomery 1990, 114). Die spezifische Eignung des Unterhaltungsfernsehens resultiert aus dem Umstand, dass es weite Teile der Bevölkerung über einen breiten Bereich von Programmen und Sendungen erreicht und als niedrigschwellige und positiv bewertete Vermittlungsform ZuschauerInnen in einer Weise ansprechen kann, wie es den üblichen Nachrichtensendungen und Spartenprogrammen nicht möglich ist (Montgomery 1990, Rosenstein 1995). Über das Fernsehen hinaus finden sie diese Botschaften übrigens auch in Radiosendungen, Printmedien und Popsongs.

Die entsprechenden Gesundheitsinformationen kommen entweder gezielt über die Bemühungen von Gesundheitsförderungsorganisationen ins Fernsehen oder aber über DrehbuchautorInnen und ProduzentInnen, die stets nach aktuellen Themen Ausschau halten (müssen). Und bestimmte Krankheitsbilder und Gesundheitsfragen sind wie gesagt eben besonders gut geeignet, sowohl aktuelle wie emotionalisierte und spannende Unterhaltung zu produzieren: Krankheiten wie AIDS, Brustkrebs oder Herpes "have spawned dozens of 'disease-of-the-week' TV movies (...). Other health issues – such as drug abuse, birth control, and smoking – have been peppered throughout episodic TV (Montgomery 1990, 115)". So spielt das Unterhaltungsfernsehen eine zunehmend wichtige Rolle als Forum für relevante gesellschaftliche Themen. In den letzten Jahren hat sich der Trend herauskristallisiert, sich bei der Gestaltung der Unterhaltungsprogramme durch die aktuellen Nachrichten inspirieren zu lassen und "Schlagzeilen" in Fernsehspielfilme und Episoden von Serien dramatisch aufzubereiten und nachzuspielen. Dies führt allerdings dazu, dass ZuschauerInnen ihre tagesaktuellen Informationen zunehmend in einer Mischung aus *fact and fiction* erhalten.

5.2.6.1. Familienserien

Vor allem Unterhaltungsprogramme wie Familienserien und Seifenopern (*soap-operas* oder *soaps*) werden und wurden in vielen Ländern und Regionen für die Vermittlung von Gesundheitsinformation genützt, manchmal wurden ganze Serien lediglich für den Zweck produziert, prosoziale und gesundheitsförderliche Inhalte aufzubereiten und zu vermitteln (Atkin & Arkin 1990, Roger & Singhal 1990). Einige davon möchte ich im Folgenden kurz darstellen, weil sie noch mal einen ganz anderen, wenig bekannten Blick auf Möglichkeiten und Erscheinungsformen popularisierter Gesundheitsinformation werfen.

Das Konzept der *entertainment-education television soap operas* stammt aus Mexiko, aus dem Jahre 1974. Es entstand nach der Idee von Miguel Sabido, einem bekannten mexikanischen Theaterregisseur, Drehbuchautor und Produzenten, in Zusammenarbeit mit Televisa, einem kommerziellen mexikanischen Fernsehsender. In der Familienserie "*Acompáñame"* ("*Begleite mich*") ging es spezifisch um die Aspekte von Familienplanung in Mexiko, sie erreichte hohe Zuschauerzahlen und konnte eine halbe Million MexikanerInnen davon überzeugen, allerdings gemeinsam mit anderen Gesundheitsförderungsfaktoren, staatliche Familienplanungsstellen aufzusuchen (Roger & Singhal 1990, 177). In späteren, ähnlich erfolgreichen Serien ging es dann um Themen wie Kindererziehung, Gleichberechtigung von Frauen und sexuelle Aufklärung für Jugendliche. Die ebenfalls von Miguel Sabido produzierte Serie "*Sangre Joven*" ("*Junges Blut*"), in die

neben dem Hauptthema Familienplanung auch Sub-Themen wie AIDS-Vorsorge und Drogenmissbrauch verwoben wurden, wurde auch in sechs Lateinamerikanischen Ländern und im spanischen Fernsehen der Vereinigten Staaten ausgestrahlt.

Die populäre indische Familienserie "*Hum Log*" ("*Wir Menschen*") integrierte gesundheitspolitische Themen wie Familienplanung, Gleichberechtigung von Frauen und Alkoholmissbrauch in unterhaltsame Handlungsstränge. Am Ende jeder Episode wurde der Inhalt von Ashok Kumar, einem berühmten indischen Schauspieler, für die ZuschauerInnen in kurzen entsprechenden Handlungsanweisungen zusammengefasst. Jeder Epilog dauerte 30 bis 50 Sekunden und war eine konzentrierte Erziehungsbotschaft, "drawing out key lessons for behavior change (Singhal & Rogers 1989)".

Der große Erfolg der Serie "*Hum Log*" führte dazu, dass auch in Kenia Ende der 80er Jahre die Familienplanungs-Fernsehserie "*Tushauriane*" ("*Sprechen wir darüber*") entwickelt und ausgestrahlt wurde. In Ägypten gab es eine humoristische Fernsehserie "*Ana Zananna*" ("*Ich bin hartnäckig*"), ebenfalls zum Thema Familienplanung, bestehend aus 14 Mini-Fernsehdramen von jeweils einminütiger Dauer. 1988 wurde diese Serie fast wie ein Werbespot über 100 Mal mit beträchtlichem Erfolg ausgestrahlt.

In Südafrika wurde 2002 für die Kindersendung "*Takalani Sesame*" (die lokale Version der "*Sesamstraße*") die Puppe *Kami* (tswana, "Akzeptanz") entwickelt, ein HIV-positives Waisenmädchen, und zwar in Zusammenarbeit mit dem Bildungsministerium Südafrikas und einer afrikanischen Versicherungsfirma. *Kami* ist 5 Jahre alt, trotz HIV gesund, liebt die Natu, liest gerne und soll über AIDS aufklären und Tabus ansprechen. In Südafrika sind ca. 5 Mio. Menschen HIV-positiv, also jede/r Neunte, davon 250 000 Kinder. 104 halbstündige Folgen sind geplant (Süddeutsche Zeitung Magazin vom 27.12.02, 16).

Wichtig ist, dass solche *entertainment-education*-Kampagnen ihre Botschaften nicht zu marktschreierisch oder zu schwer verkäuflich gestalten, da sie sonst keine ausreichende Anzahl an ZuschauerInnen anziehen; v.a. die steten Wiederholungen haben sich als förderlich erwiesen (Atkin & Arkin 1990).

5.2.6.2. Krankenhaus- und Ärzteserien

In diesem Zusammenhang sei auch ein kurzer Blick auf die Krankenhaus- und Ärzteserien des Vor- und Hauptabendprogramms geworfen. Dieses Sendungsformat verweist auf hohe Zuschauerquoten zwischen 11 - 23% (z.B. "*alphateam – Die Lebensretter im OP*" (Sat1), "*Emergency Room*" (Sat1/ORF)) und repräsentiert, wenn auch fiktionalisiert, das Gesundheitswesen in einigen seiner gesellschaftlich relevanten Facetten. Die besondere Eignung dieses Sendungsformats für die Anforderungen des Unterhaltungsfernsehens liegt auf der Hand: In jeder Geschichte von ÄrztInnen und PatientInnen geht es um Leben und Tod, es gibt dramatische Lösungen für die medizinischen Probleme und die ZuschauerInnen lieben die idealisierten Darstellung "ihrer" ExpertInnen (Atkin & Arkin 1990, 15).

Es stellt sich die Frage, welche gesundheitsspezifischen und gesundheitserzieherischen Botschaften sich über dieses Unterhaltungsformat vermitteln. Die einschlägigen Untersuchungen von Turow (1989), Weiderer (1995), Suchsland (1997) und Igersky & Schmacke (2000) zeichnen kurz zusammengefasst folgendes Bild: In allen Serien überwiegt das positive Rollenbild von MedizinerInnen als der helfenden, einfühlsamen ÄrztInnen, was allerdings bei den ZuschauerInnen zu übersteigerten Erwartungshaltungen gegenüber den realen ÄrztInnen und ihrer Einsatzbereitschaft wecken könnte. US-amerikanische Serien wie etwa "*Emergency Room*" fokussieren in einem andersläufigen Trend verstärkt die persönlichen und sozialen Probleme und Schwächen der ÄrztInnen. Das könnte jedoch auch ins Gegenteil umschlagen und das Vertrauen der Öffentlichkeit

in die Handlungsfähigkeit der MedizinerInnen untergraben. Nicht überraschend ist, dass die Möglichkeiten der modernen Medizin überhöht dargestellt werden und mit höherem Behandlungserfolg als in der Realität. Politik und Ökonomie des Gesundheitswesens werden zwar stärker ins Blickfeld gerückt, die wirklichen Probleme des Gesundheitswesens werden jedoch nach wie vor nicht gezeigt.

In vielen Sequenzen inszenierter ärztlicher Gespräche in diesen Serien findet sich zwar nach wie vor der klassische dominante Kommunikationsstil von ÄrztInnen, zugleich beginnen in den aktuellen Serien auch die PatientInnen vermehrt ihre Interessen zu artikulieren und einen gleichberechtigteren Kommunikationsstil einzufordern. Aufgrund dieser Ergebnisse schlagen Igersky & Schmacke (2000) in Anlehnung an Bury & Gabe (1994) vor, sich die Themen setzende Funktion des Fernsehens (*agenda-setting*, s. Kap. 5.2.3,) und das breite Vermittlungspotenzial von Unterhaltungsprogrammen für die Förderung moderner Gesundheitsinformation zu Nutze zu machen, d.h. medizinnahe TV-Serien verstärkt so zu konzipieren, dass den ZuschauerInnen solche PatientInnen gezeigt werden, die z.B. den Mut haben, Fragen zu stellen. So könnten diese Serien den potenziellen "echten" PatientInnen alternative Rollenbilder nahe bringen, sie mit bestimmten Fertigkeiten wie etwa erfolgreichen Fragetechniken vertraut machen und damit neue Standards setzen und zur Entwicklung einer stärker patientenorientierten Medizin beitragen.

Ganz in diesem Sinne hat das Office of Public Affairs der John Hopkins School of Public Health im Internet eine Seite eingerichtet, in der Schlüsselsequenzen der jeweiligen aktuellen Folge von "*Emergency Room*" vorgestellt und zum Zwecke der gesundheitlichen Aufklärung kommentiert werden; ergänzt wird dies durch Interviews mit ExpertInnen aus dem Gesundheitsbereich, aber auch aus den Kommunikationswissenschaften im Sinne einer handfesten Patientenberatung (Igersky & Schmacke 2000, 145).

5.2.6.3. "Medizinischer Rat und die ganze Wahrheit" in der Medizinshow

Seit Herbst 2002 wird vom Privatsender PRO 7 die Medizinshow "*Dr. Verena Breitenbach*" mit der Gynäkologin und Paarberaterin Dr. Breitenbach ausgestrahlt, ca. ein Jahr später folgte der österreichische Privatsender ATV+ mit der vergleichbaren Medizinshow "*Vertrauensarzt Dr. Michael Ehrenberger*". Da der Ausstrahlungsbeginn dieser Sendungen in den Zeitrahmen der Endabfassung der Arbeit gefallen ist, konnte sie nicht mehr in das vorhandene Datenmaterial und die Analyse integriert werden, ich möchte sie aber ihrer Aktualität und auch ihrer Besonderheit halber in Form einer ausführlichen Beschreibung als Exempel für den äußerst problematischen Einfluss der Produktionsbedingungen von Unterhaltungsfernsehen auf medizinische Informationen darstellen.

Diese nachmittäglichen, einstündigen Sendungen orientieren sich an dem Sendungsformat der Beratungsshows bzw. Psycho-Help-Shows wie "*Zwei bei Kalwass*" (SAT1) mit der Psychologin Angelika Kalwass, die ab 2001 mit Erfolg eingeführt worden ist. Das Format der Beratungsshows wiederum orientiert sich einerseits am Format Talkshow, da die "Schicksale" der Gäste Themen leitend sind und nicht so sehr die psychologischen Informationen (zu dieser Differenzierung vgl. Schwabe 1999) und andererseits am Format Bekenntnis-Show (*confession-show*), in denen die Beteiligten bisher geheim gehaltene Verfehlungen oder verdeckte Lebensumstände öffentlich zugeben.

Im Folgenden möchte ich die Sendung "*Dr. Verena Breitenbach*" etwas genauer betrachten: Entsprechend den Presseinformationen von ProSieben[56] handelt es sich bei der Sendung um eine "unterhaltsame Gesundheitsshow, service-orientiert und mit einer

[56] Alle sendungsspezifischen Informationen finden sich auf der Homepage des Senders http://www.prosieben.de/talk/breitenbach.

kompetenten Gastgeberin". Behandelt werden "medizinische Probleme, verbunden mit emotionalen Konflikten". Dieser zweifache Auftrag der Sendung, medizinische Information und Unterhaltung zu liefern, wird zu Beginn jeder Falldarstellung von einem Sprecher durch die stets gleich lautende Formel "*Medizinischer Rat und die ganze Wahrheit. Jetzt, bei Dr. Verena Breitenbach.*" verdeutlicht. Die Themen sind alltagsnah und praxisbezogen, v.a. aus den Bereichen Gynäkologie, Sexualität und Partnerschaft, aber auch aus der Allgemeinmedizin. Pro Sendung werden drei Fälle mit LaienschauspielerInnen vorgespielt, die Betroffenen erscheinen immer in Begleitung von PartnerInnen oder nahen Angehörigen "in der Praxis" und schildern ihr Gesundheitsproblem. Dr. Verena Breitenbach, praktizierende Fachärztin für Gynäkologie, Paar-Beraterin und Medizinjounalistin, die in den Senderinformationen als "attraktiv, charmant und einfühlsam, kompetent und glaubwürdig" charakterisiert wird, gibt pro Fall ihre beratende Einschätzung und bietet ihren Gästen Lösungsvorschläge, "ganz ohne kompliziertes Ärzte-Latein".

Im *Werbejingle* für die Sendung erscheint Frau Breitenbach in einem modernen, hellen Praxisraum, in weißem Mantel, das Stethoskop in der Hand. Sie stellt sich vor: "Ich bin Dr. Verena Breitenbach, Ärztin und Mutter. Aus meiner Praxis weiß ich, Körper und Seele gehören zusammen. Ich finde für beides einen Weg." Ein Sprecher aus dem Off ergänzt: "Probleme zusammen lösen. Erfahrung hilft." Dr. Breitenbach wird in Presseinformationen und der Sendung selbst in der Rolle als erfahrene, ganzheitlich denkende Ärztin inszeniert, der es natürlich um die *medizinische* Abklärung von Krankheitssymptomen geht, die es aber nicht dabei bewenden lässt, sondern die vor allem Interesse daran hat, den jeweils ganz persönlichen Hintergrund von Erkrankungen oder körperlichen Symptomen zu ergründen und die Betroffenen dahingehend *psychologisch* zu beraten. Damit verkörpert sie das Idealbild einer Ärztin, die zuhört, versteht, aufdeckt, Zusammenhänge sieht und deutet und dazu verständliche medizinische Informationen und Beratung gibt.

Die Falldarstellung und *medizinische Konsultation* beginnt mit einem Gespräch zur Abklärung der rein medizinisch-körperlichen Aspekte. Die Betroffenen schildern Frau Dr. Breitenbach die Beschwerden, dabei werden auch Untersuchungen oder ärztliche Tätigkeiten wie das Verbinden von Wunden oder das Verschreiben von Rezepten simuliert. Anschließend gibt es Informationen, Erklärungen oder Handlungsanweisungen und Tipps zu den jeweils spezifischen medizinischen Aspekten. Dies ist der Sendungsteil "medizinischer Rat". Damit ist die ärztliche Behandlung aber nicht abgeschlossen, denn regelmäßig an diesem Punkt beginnt Frau Dr. Breitenbach Fragen nach den Ursachen zustellen, also den Sendungsteil "die ganze Wahrheit" einzuleiten. Damit signalisiert sie persönliches Interesse, Verantwortlichkeit und vor allem Zeit. Diese weiterführenden Fragen führen dann ebenso regelmäßig zu einem *inszenierten Konflikt* (Klemm 1996) zwischen den Betroffenen: Entweder besteht die Begleitperson auf den großen Sorgen um die kranke Person, während diese die Symptome bagatellisiert, oder es ist die Begleitperson, die mögliche Zusammenhänge verleugnet und sich als unbelehrbar darstellt. Dieser inszenierte Konflikt dient Frau Dr. Breitenbach dann zur Aufdeckung der persönlichen Hintergründe und zur Bereitstellung von Lösungen, also zur *psychologischen Beratung*. Inhaltlich stecken hinter dieser "ganzen Wahrheit" fast immer ganz persönliche Geheimnisse wie verheimlichte Affären und Wunscherfüllungen, Abhängigkeiten und Süchte. Die beratenden Tätigkeiten Dr. Breitenbachs beziehen sich deshalb neben spezifischen medizinnahen Informationen zumeist auf zu Tage tretende Lebensbereiche, Beziehungskonflikte, ungelöste Ereignisse, die weit von den körperlichen Phänomenen entfernt sind und oft überhaupt nichts mehr miteinander zu tun haben. Jede Falldarstellung wird durch einen kurzen Filmbericht über den Beratungserfolg abgerundet.

Zur Veranschaulichung sei eine typische Fallgeschichte geschildert: Unter dem Titel "*Pummelchen trotz Leistungssport*" erscheinen Magda, ein siebenjähriges Mädchen, ihre Mutter und ihr Kindermädchen bei Dr. Breitenbach. Magda ist trotz intensiven Ballettunterrichts übergewichtig. Nachdem Frau Dr. Breitenbach Magda untersucht hat und entsprechende Informationen in Bezug auf Übergewicht und seine möglichen körperlichen Ursachen gegeben hat, wendet sich das Gespräch den Unerklärlichkeiten zu. Die berufstätige Mutter verdächtigt das Kindermädchen, Magda zu viel zu füttern. Schließlich stellt sich durch beharrliches Nachfragen seitens der Ärztin heraus, dass Magda im Ballettunterricht massive Probleme mit der dortigen Lehrerin hat, von der sie auch geschlagen wurde, und dass sie unter dem Wunsch der Mutter, sie solle Ballett tanzen, leidet. Um vom Unterricht ausgeschlossen zu werden, hat sie absichtlich zugenommen. Die Lösung liegt darin, dass die Mutter von ihrem Wunsch ablässt, die Betreuung ihrer Tochter nicht zu stark an das Kindermädchen delegiert und Magda sich eine sportliche Betätigung suchen kann, die ihr besser entspricht.

Diese umfassende Inszenierung gesundheitlicher Probleme erscheint auf den ersten Blick dem aktuellen Anspruch von PatientInnen bzw. ZuschauerInnen an eine gesamtheitlich und auf Verstehen und Beratung ausgerichtet medizinische Versorgung entgegenzukommen. In der Mischung aus medizinischen Erklärungen und Tipps und psychologischen Sichtweisen und Ratschlägen scheint sich ein modernes und aufgeklärtes Bild der Medizin und den entsprechenden ärztlichen Fähigkeiten und Aufgaben zu vermitteln und gefördert zu werden und so einer durchaus modernen öffentlichen Gesundheitsförderung zu dienen. Diese Sichtweise wird in dem schon dargestellten Ausspruch Dr. Breitenbachs "Körper und Seele gehören zusammen" von den Sendungsverantwortlichen eindeutig impliziert.

Der *Knackpunkt* liegt in dem Sendungsteil "die ganze Wahrheit", der dem Infotainmentauftrag des Unterhaltungsfernsehens geschuldet ist. Wie für Unterhaltungssendungen typisch, werden gesundheitliche Probleme auf ganz individuelle Ursachen zurückgeführt (s. Kap. 5.2.1.), aber diese Sendung geht hier noch einen Schritt weiter: Bei diesen persönlichen Ursachen handelt es sich nämlich in den seltensten Fällen um die für eine ganzheitliche Medizin relevanten psychosozialen Krankheitszusammenhänge oder Krankheitsursachen im eigentlichen Sinne. Darunter ist nämlich zu verstehen, dass sich z.B. belastende, überfordernde oder beängstigende Lebenssituationen in Beziehung oder Beruf bei einer Person als körperliche Beschwerden manifestieren, im Sinne einer intrapersonalen und nicht bewussten "Konfliktlösungsstrategie" (s. Kap. 1.2.2.). Es handelt sich aber auch nicht um Symptome, die durch einen bestimmten und auf andere Personengruppen übertragbaren, Gesundheit schädigenden Lebensstil hervorgerufen werden, so dass eine Lösung dann im Dienste einer öffentlichen Gesundheitsaufklärung und Prävention für die ZuschauerInnen stünde.

Hinter den dargestellten körperlichen Symptomen offenbaren sich zur Inszenierung von Spannung, Emotionalität und Betroffenheit fast immer ganz konkrete, den Betroffen völlig bewusste persönliche Geheimnisse, die sie zu Verhaltens- und Handlungsweisen veranlassen, die für die PartnerInnen oder Angehörigen unerklärlich sind und die sie ab einem bestimmten Punkt in Form von körperlichen Verletzungen, Suchtsymptomen oder Gesundheit schädlichen Verhaltensweisen beeinträchtigen, was regelmäßig zu einem Beziehungskonflikt führt.

Damit wird bei genauerer Betrachtung aber ein *systematisch verzerrtes Bild einer ganzheitlichen medizinischen Betreuung* und eines ganzheitlichen Medizin- und Krankheitsverständnisses vermittelt: Die jeweils dargestellten bzw. inszenierten problematischen Lebensbedingungen sind natürlich schon in gewisser Weise ursächlich für die jeweiligen Beschwerden und Krankheitssymptome verantwortlich, in erster Linie handelt es sich dabei aber um ganz konkrete externe Einwirkungen und nicht um komplexe

intrapersonale Konfliktbewältigungsprozesse. Zudem sind die zugrunde liegenden Konflikte den Betroffenen durchaus bewusst, sie versuchen lediglich, sie vor ihren Angehörigen zu verheimlichen oder sie zu bagatellisieren; dieser Grad an Bewusstheit trifft für psychosomatische Krankheitsprozesse üblicherweise eben gerade nicht zu. Um der medialen Inszenierung entgegenzukommen, wird in dieser Sendung also auf ein ganz spezifisches und exklusives Segment ärztlicher Betreuung fokussiert, nämlich auf PatientInnen und/oder Angehörige, die gesundheitsschädigende Lebensbedingungen und Verhaltensweisen verheimlichen. Diese Art der medialen Darstellung kann u.U. völlig unzutreffende Erwartungen bei den ZuschauerInnen erzeugen, ÄrztInnen wären für alle Lebensbereiche beratend zuständig. Man könnte aber auch soweit gehen zu sagen, dass der ganzheitlichen Medizin damit ein Bärendienst erwiesen wird, weil falsche Vorstellungen und Ängste geschürt werden, es ginge bei einer vertiefenden ärztlichen Befragung zur Erschließung psychosozialer Krankheitsursachen und –zusammenhänge um das Herausfinden persönlicher Geheimnisse.

Neu ist der umfassende medizinisch-professionelle *Internetauftritt*, der dieses Sendungsformat begleitet und der bis dahin nur für medizinische Informationssendungen und Ratgeber üblich war. Es können – abgesehen von den "Geheimnissen" – die Inhalte der einzelnen Sendungen seit Ausstrahlungsbeginn aufgerufen werden und dazu die entsprechenden medizinischen Information zu den Beschwerden und Krankheitsbildern. Zu allen Themen wird eine umfangreiche Sammlung von Links zu allgemeinen und spezifischen Gesundheitsseiten bereitgestellt. Außerdem können über E-Mail "Anfragen an Dr. Breitenbach" geschrieben werden, die anonymisiert mit den Antworten dann ebenfalls ins Netz gestellt werden und für alle UserInnen abrufbar sind. Es fällt auf, dass die Informationen im Internet im Gegensatz zur Sendungsaufbereitung im Sinne einer verständlichen und patientenorientierten Gesundheitsaufklärung in erster Linie auf die medizinischen Aspekte der Themen fokussieren.

5.2.7. Die Grenzen unterhaltsamer Gesundheitsinformation im Fernsehen

Die Grenzen von Unterhaltungsprogrammen als Mittel zur Gesundheitsaufklärung sind einigermaßen eng. Dies liegt im Widerspruch der Funktion von Fernsehsendungen begründet, als Informationsvermittler auf der einen Seite und als "Umgebung" für Botschaften der Konsumindustrie auf der anderen. Dies trifft ganz besonders für die TV-Serien zu, die ja von den Einschaltquoten und damit von den Einkünften aus den Werbeunterbrechungen "leben". So stammt ja die Bezeichnung *soap-opera* aus der Zeit des Hörfunks: *soap* steht für die Werbeeinschaltungen für Waschmittel und Kosmetika, an die die damals vor allem weiblichen ZuhörerInnen durch unterhaltsame und dramatische Hörspiele, eben *operas*, gebunden werden sollten.

Und so haben die Bedingungen des freien Marktes die Inhalte und Darstellungsformen von medialer Gesundheitsinformation mit entsprechenden Verzerrungen und Auslassungen nachhaltig geprägt (Montgomery 1990, Signorelli 1990, Wallack 1990b): Es gibt einen Fokus auf ein prinzipiell dramatisches Themenspektrum wie Missbrauch von Alkohol und Drogen oder stigmatisierende bzw. unheilbare Krankheiten wie Krebs. Akuterkrankungen werden chronischen Erkrankungen vorgezogen und körperliche Krankheiten den psychischen. Psychische Störungen werden tendenziell als beängstigende Phänomene dargestellt, oft im Zusammenhang mit Aggression und Versagen. Komplexe Zusammenhänge werden simplifiziert oder verzerrt, gesellschaftliche Probleme werden auf individuelle Probleme reduziert. Die genannten Themen sind weitgehend kompatibel mit den Bedürfnissen von Unterhaltungsprogrammen, sie sind leicht sowohl als Fallgeschichten wie als Hintergrundsgeschichten in die Drehbücher einzuarbeiten und die öffentliche Haltung zu den Themen ist wenig kontroversiell. Gerbner &

Gross (1976) bezeichnen dies als "the backdrop of reality in the world of television". Häufig werden diese Themen nur solange gebracht, solange sie aktuell sind und es kommt zu keiner kontinuierlichen Weiterbearbeitung.

Zudem zeigt sich auch, dass die Unterhaltungsprogramme üblicherweise eine äußerst *konservative Sicht auf Gesundheit und Gesellschaft* verstärken:

> A health problem with some social stigma visits an intact, middle-class family. The family either denies the problem by making believe it does not exist or tries to deal with it by relying on internal resourses. Either way, the problem creates tension in the family and strains the capacity of family members. After a period of struggle, a crisis arises, usually as a consequence of an adverse interaction with the police, friends, or a social welfare agency. The family is finally forced to to seek help after it reluctantly realizes that the problem is simply too big to be handled without expert help. Help often consits of professional counseling or medical intervention. Some positive resolution is almost always reached – at the very least, hope is restored and the family unit is left intact. In the case of fatal desease, acceptance and family unity are the positive outcome (Wallack 1990b, 151).

Als zu Beginn der 80er Jahre Untersuchungen zur Darstellung von Alkoholgenuss in Unterhaltungsprogrammen ergaben, dass mit der Darstellungsform, einen angebotenen Drink nie zurückzuweisen oder krisenhaften Momenten standardmäßig mit Alkoholkonsum zu begegnen, die damals üblich war, Sucht förderndes Verhalten an die ZuschauerInnen vermittelt wurde, entwickelten sich medienkritische Kampagnen gegen diese dysfunktionale Art der Gesundheitsförderung. Als Pioniere einer neuen Form von Zusammenarbeit mit ProduzentInnen und DrehbuchautorInnen in Hollywood gelten die Gesundheitswissenschaftler Breed & DeFoe von der Havard School of die Public Health. Sie entwickelten *cooperative consultation*-Techniken mit den AutorInnen, um die Darstellung angemessener Trinkpraktiken zu verbessern, d.h. sie präsentierten ihnen die Ergebnisse der Forschung, bestanden aber nicht auf einer generellen Entfernung des Themas aus den Drehbüchern, sondern auf einer Darstellung von Alkohol- oder Drogenmissbrauch in einem prinzipiell erzieherischen, gesundheitsförderlichen und vor allem realistischen Sinne (Breed & DeFoe 1982; s. ausführlich Atkin & Wallack, eds 1990).

1983 hat das Entertainment Industries Council (EIC) im Bestreben der Darstellung des Drogen- und Alkoholgebrauchs seinen Glamour zu nehmen, folgende *Anweisungen für DrehbuchautorInnen* formuliert (zit. nach Montgomery 1990, 119):

- Um zu betonen, dass Alkohol eine Droge ist, wird gebeten explizite Ausdrücke wie "der Missbrauch von Alkohol und anderen Drogen" zu benutzen statt lediglich "Missbrauch von Stoffen" (*substance abuse*).
- Es gibt keinen Genuss von illegalen Drogen "als Freizeitbeschäftigung". Es wird gebeten, jeden Drogengenuss als "Genuss von illegalen Drogen" zu verdeutlichen.
- Der Ausdruck "Stimmung verändernde" (*mood altering*) Drogen ist eine schwache und ungenaue Beschreibung der tief greifenden Auswirkungen, die Drogen auf das Gehirn haben. Es wird empfohlen den Ausdruck *mind altering* zu verwenden.
- Der Begriff *workaholic* trivialisiert das Problem der Alkoholabhängigkeit. Es wird gebeten ihn durch den Ausdruck "zwanghaft Arbeitende/r" (*compulsive worker*) zu ersetzen.

Die Bereitwilligkeit der Fernsehindustrie zur Zusammenarbeit mit den entsprechenden Organisationen muss auch unter einem Image fördernden Aspekt gesehen werden: Abgesehen davon, dass Themen wie Alkohol- und Drogenmissbrauch mit den Produktionsaspekten des Unterhaltungsfernsehens kompatibel sind, dient die Art der "verantwortlichen" Darstellung den Sendern auch dazu, das Image von Fernsehen als gesell-

schaftlich verantwortlichem Medium zu erhöhen (Montgomery 1990, 118). Zugleich stimulieren Filme zu Themen wie AIDS, Brustkrebs und Drogen häufig die öffentliche Diskussion und helfen, das Verständnis für Zusammenhänge und eine größere Toleranz zu fördern (Wallack 1990b).

Dennoch sind die Grenzen eng und die Beteiligten schrauben ihre Erwartungen auf eine schmale Bandbreite an möglichen Eingriffen herunter (Montgomery 1990). Normalerweise bitten die betroffenen Teams oder die entsprechenden Organisationen lediglich um einen *reality reminder* (Breed & DeFoe 1982, 92), also ein Wort oder einen Satz oder eventuell einen Scherz, der auf die tatsächliche Realität des Trinkens verweist, ohne dass irgendjemand seine Rolle verändern muss. Meist kann es in den Darstellungen nur um die persönliche Verantwortung und das individuelle Verhalten gehen, kontroversiell diskutierte gesellschaftliche Aspekte wie die Einführung von Steuererhöhung auf alkoholische Getränke oder Werbungsverbot werden ebenso selten berührt wie die Aufarbeitung sozialpolitischen Auslöser für Alkohol- und Drogenabhängigkeit.

Dies führt uns einmal mehr zum *Aspekt der Boulevardisierung* zurück: Diese Art der Themenbehandlung entspricht exakt der Art und Weise wie Unterhaltungsfernsehen mit den meisten sozialen und politischen Aspekten umgeht, ein Muster, das Gitlin (1983) als "Domestizierung gesellschaftlicher Aspekte" (*domestication of social issues*) bezeichnet. Die Aufmerksamkeit darauf zu lenken, was Individuen tun können, schafft einfach weniger Probleme für Programm-Macher, Sender und Werbeleute (Montgomery 1990). Auf der anderen Seite betont der Gesundheitsjournalist Paisley (1981, 40; zit. in Flay & Burton 1990, 146), dass Gesundheitskampagnen im Fernsehen wie ein lärmender und ineffizienter Weg wirken um gesellschaftliche Veränderungen herbeizuführen – bis man sich die Alternativen überlegt.

Was die *Wirkung von Gesundheitsinformation* im Unterhaltungsfernsehen betrifft, so gibt es keine eindeutigen Ergebnisse. Tendenziell lässt sich sagen, dass durch die vor allem wiederholten Botschaften im Vorder- und Hintergrund von Sendungen das Fernsehen bestimmte gesundheitsförderliche Verhaltensweisen als normativ markieren und dadurch eine Rolle in der Prävention übernehmen kann (Signorelli 1990, Rogers & Singhal 1990). Wenn also Fernsehdarsteller in ihren Rollen z.B. alkoholische Getränke prinzipiell reduzieren, könnten die ZuschauerInnen angeregt werden, ein vergleichbares Verhalten in ihren eigenen Alltag zu übernehmen (Montgomery 1990). Der tatsächliche Nutzen von Unterhaltungsfernsehen für die Darstellung von Gesundheitsthemen und für die öffentliche Gesundheitsförderung bleibt nach wie vor fragwürdig.

5.3. Medialer Gesundheitsdiskurs in Medizintalk und Talkshow

Nach den Überlegungen zum Einfluss der Produktionsbedingungen von Fernsehsendungen auf die Gestaltung von Information über Krankheits- und Gesundheitsaspekte und Medizin, möchte ich mich speziell den beiden Sendungsformaten zuwenden, die das Datenmaterial der vorliegenden Untersuchung bilden – Medizintalk und Talkshow. Es folgt eine ausführliche Beschreibung der Sendungsformate, eine Reihe von Überlegungen zu sendungsrelevanten Aspekten wie der Import von Diskursen, Experten-Laien-Kommunikation und das inhaltliche und interaktive Repertoire der TeilnehmerInnen in den ihnen zugewiesenen Rollen sowie abschließend eine Beschreibung der Kategorien des medialen Gesundheitsdiskurses in den genannten Sendungen.

5.3.1. Medizintalk und Talkshow: Das Datenmaterial der Untersuchung

Bei den zwei Sendungen bzw. Sendungsformaten, die das Datenmaterial der vorliegenden Untersuchung bilden, handelt es sich um den Medizintalk "*Gesundheit!*" (ZDF) und um einige Talkshows deutschsprachiger Sender, in denen es um medizinische Themen geht. Diese zwei Sendungsformate sind für eine vergleichende Untersuchung der Gestaltung von Gesundheitsinformation im Fernsehen deshalb so gut geeignet, da sie primär *interaktiv* konzipiert sind, in ihnen also ModeratorInnen, Betroffene und ExpertInnen gemeinsam zu Wort kommen, der Medizintalk sich jedoch primär als Informationssendung versteht, Talkshows hingegen stärker auf Unterhaltung ausgerichtet sind.

Medizintalk "*Gesundheit!*"

Der Medizintalk "*Gesundheit!*" (ZDF) wurde von Oktober 1996 bis Februar 2001 ausgestrahlt. Es war die erste tägliche Medizinsendung im deutschsprachigen Fernsehen und die erste, die Gesundheits- und Medizininformation in talkshowartiger Weise im Studiogespräch mit Betroffenen und ExpertInnen zu vermitteln versuchte. Sie wurde vier Mal wöchentlich am frühen Nachmittag vor Studiopublikum ausgestrahlt, jeweils zu einem Thema, dauerte 25 Minuten und umfasste praktisch die gesamte Bandbreite an möglichen Krankheits- und Gesundheitsbereichen. Als medizinisches Talkformat konzipiert (ZDF-Pressemitteilung 1998 und www.zdf.de/gesundheit), waren zu jeder Sendung neben einem meist medizinischen Experten oder einer Expertin zwei bis drei Betroffene eingeladen, die ihre Beschwerden darstellten. Mittwochs, wenn "alle ärztlichen Praxen geschlossen hatten", war die Sendung als allgemeine oder themenspezifische Anrufsendung konzipiert, um den Servicecharakter zu verdeutlichen. Der Moderator, Dr. Günter Gerhardt, war selbst praktizierender Allgemeinarzt mit psychotherapeutischer Qualifikation, also auch medizinischer Experte.

Die konzeptuelle Entscheidung, sich am Sendungsformat Talkshow zu orientieren, lag darin begründet, Gesundheitsaufklärung *um die Perspektive der PatientInnen und Betroffenen* zu erweitern, da "Patienten die größte Hilfe oft bei anderen Erkrankten finden. Sie können authentisch von Beschwerden, Diagnosemethoden und Therapien berichten, hilfreiche Tips geben, aber auch von den Möglichkeiten erzählen, trotz Krankheit ein erfülltes Leben zu führen (ZDF Pressemitteilung 1998)." Ein wichtiger Unterschied zu den Talkshows war, dass der Moderator selbst Arzt war, also auch fachlich-medizinischer Experte. Als Allgemeinarzt präsentierte er sich als "Hausarzt" und war den ZuschauerInnen auch aus anderen medizinischen Informationssendungen bekannt. 1998 wies die Sendung eine Einschaltquote von knapp 600.000 ZuschauerInnen auf (Bailo 1998).[57]

In dieser ursprünglichen Form von 1996 war das Studio einem ärztlichen Sprechzimmer nachempfunden, es gab typische Praxismöbel, eine Krankenliege, Poster mit medizinischen Abbildungen und Organmodelle – jeweils an das aktuelle Sendungsthema angepasst. So wurden die Gespräche mit den Betroffenen alleine durch die räumliche Gestaltung in die Nähe von Gesprächen in der ärztlichen Sprechstunde gerückt. Allerdings saßen der Moderator und seine Gäste in der für Talkshows typischen Form in einer halbrunden Sesselreihe, dem Publikum gegenüber. Ab März 1998 erhielt die Sendung im Zuge einer umfassenden Neustrukturierung der nachmittäglichen Programmschiene des ZDF eine komplett neue Gestaltung, die noch stärker in Richtung einer ärztlichen Praxis ging: Die gesamte Studiodekoration wurde heller und moderner, Dr. Gerhard saß hinter einem großen Schreibtisch, an dem er seine Gäste in Empfang nahm, das

[57] Ich danke Meike Schwabe (Universität Bielefeld) für die genaue Recherche.

Publikum wurde verbannt, aber im Unterschied zu den Aufzeichnungen der früheren Sendungen wurde ab dann tatsächlich live gesendet. Die Sendungsdauer wurde auf 15 Minuten verkürzt, die TeilnehmerInnen zumeist auf einen bzw. eine Betroffene und einen Experten/ eine Expertin reduziert. Diese ExpertInnen standen im Anschluss an die Sendung eine Stunde telefonisch zur Verfügung. Inhaltlich wurde stärker auf "Neues und gerade Aktuelles" wie z.B. Heuschnupfen wegen Frühlingsbeginn oder neueste Methoden der Bandscheibenchirurgie fokussiert. Im Jahre 2000 wurde die Sendung nochmals verändert und auf einen vormittäglichen Sendeplatz verlagert, ab März 2001 wurde sie gänzlich eingestellt und durch ein vormittägliches Gesundheitsmagazin "*Praxis täglich*" ersetzt, in dem Dr. Gerhardt die Filmbeiträge moderiert oder vereinzelt ExpertInnen-Interviews durchführt.

Talkshows zu Krankheitsthemen

Das Sendungsformat Talkshow hat sich in den letzten Jahren seines Booms verstärkt Gesundheits- und Medizinthemen und der Vermittlung von Lebenshilfe zugewandt, so dass medizinbezogene Themen 10-15% des Themenspektrums ausmachten (Bente/Fromm 1997, 95).[58]

Talkshows wurden und werden üblicherweise vorproduziert, der Medizintalk "*Gesundheit!*" wurde in seinen Anfängen vorproduziert, später live ausgestrahlt. Interessanterweise wurden diese tatsächliche Live-Ausstrahlungen dann durch Nennung des Wochentages und der Uhrzeit vom Moderator speziell markiert. Ebenso wird die Live-Ausstrahlung von Talkshows, z.B. zu Jubiläumssendungen, ganz speziell angekündigt und bei der Ausstrahlung mit entsprechenden Einblendungen am Bildschirm versehen. Es gibt also einen beträchtlichen Unterschied zwischen dem Eindruck von "Live-Sendung" und tatsächlicher Live-Austrahlung.

In den einzelnen Talkshows sind und waren die Krankheitsthemen völlig unterschiedlich verteilt: "*Jürgen Fliege*" (ARD) nahm und nimmt regelmäßig Krankheits- und Gesundheitsthemen in sein Programm, mit der Präferenz für Themen wie Herzinfarkt, Schlaganfall, Brustkrebs, Problemschwangerschaft oder chronische Schmerzen, also Krankheiten, die mit großem Leid und/oder Tod verbunden sind, und der Präferenz für alternativmedizinische und exotische Diagnose- und Behandlungspraktiken. Das gleiche galt für die Sendung "*Schiejok täglich*" (ORF). "*Hans Meiser*" (RTL) hatte weniger Krankheits- als Gesundheitsthemen im Programm, schwerpunktmäßig zu den Themen Diäten und Schönheitsoperationen, ebenso wie "*Arabella*" (PRO7), die sich stark auf Körperthemen wie Schönheitsoperationen, Fitness-Tipps, Cellulite-Behandlungen und Diäten und Ess-Störungen konzentrierte (dazu ausführlich die exemplarische Analyse in Kap. 7.2.).

Im Gegensatz zur medizinischen Informationssendung sind Talkshows als Unterhaltungsfernsehen stärker auf Unterhaltung, auf die Inszenierung von emotionalisierten Themen und auf die Schicksale und Lebensgeschichten der Betroffenen ausgerichtet. Naturgemäß ist deshalb die Anzahl der Sendungen zu exotischen oder dramatischen Krankheitsthemen und zum Bereich Lebensführung und Körpergestaltung bei den Talkshows anteilmäßig größer, da hierin auch ein größerer Unterhaltungswert liegt.

[58] Das Sendungsformat Talkshow und seine vielfältigen Veränderungen in den letzten Jahren wurde in Kap. 4.3.1. ausführlich dargestellt.

5.3.2. Der Import von Diskursen in Medizintalk und Talkshow

In der aktuellen medialen Berichterstattung lässt sich wie gesagt ganz generell ein Trend zur Öffnung gegenüber Laien und normalerweise unterrepräsentierten Gruppen feststellen (Karpf 1988, Fairclough 1992 und Kap. 5.2). Mit dieser Öffnung reagiert das Fernsehen auf die Notwendigkeit, der allgemeinen Sensibilisierung der Bevölkerung für diese Thematiken Rechnung zu tragen. Es reagiert aber auch auf den allgemeinen aktuellen gesellschaftlichen Trend der Informalisierung und der Demokratisierung von Diskursen bzw. der Überlagerung von öffentlichen und privaten Diskursen (vgl. ausführlich Kap. 2.4.).

Bei medialer Informalisierung und Diskursüberlagerung geht es um die Einmengung bestimmten Diskursformen aus der Lebenswelt von Menschen in die medialen Diskurse, den so genannten "Import von Diskursen". Dabei handelt es sich um *private Diskursformen* wie Gespräche unter guten Freunden und Freundinnen und Tratsch, aber auch Streit und Konfliktaustragung, und um *beratende Diskursformen* wie Beratungs- und Therapiegespräche und ärztliche oder seelsorgerische Konsultationen. Dieser Trend führt zu einer gewissen "Dedifferenzierung" bisher klar unterschiedene Sendungsformate wie es sich z.B. bei den Sendungsformaten Medizintalk und Talkshow schon andeutet. Dieser Trend ermöglicht es aber auch, die importierten privaten und beratenden Diskurse bzw. Diskurselemente strategisch zur Inszenierung von Unterhaltung oder der Steigerung von Betroffenheit zu benützen.

Diese Öffnung und Informalisierung stellt sich im Medizintalk und den Talkshows zu medizinischen Themen so dar, dass neben den medizinischen ExpertInnen auch Betroffene und deren Angehörige zu Wort kommen, ebenso wie VertreterInnen alternativer medizinischer und therapeutischer Praktiken.

Die *Öffnung gegenüber LaiInnen* gibt die Möglichkeit, Betroffene selbst erzählen zu lassen. Dies erlaubt so etwas wie einen direkten Zugang zum "wirklichen" Leben, wodurch Interesse und Identifikation der ZuschauerInnen ebenso gefördert wird wie deren emotionale Bindung an die Sendung (Caldas-Coulthard 1996, Lalouschek 1997a sowie Kap. 4.4.3.). Diese persönlichen Erzählungen erfahren gerade bei Krankheiten und medizinischen Themen noch eine zusätzliche Steigerung an Interessantheit und Betroffenheit durch die Themen per se. In den Talkshows wird dies durch Fokussierung auf das damit verbundene persönliche Schicksal oder besonders einschneidende Ereignisse ein weiteres Mal verstärkt. Die persönlichen Erzählungen kommen zudem einem wesentlichen Bestandteil der Boulevardisierung entgegen, der Intimisierung und Personalisierung von (Krankheits)Themen, mit dem Zweck der emotionalen Bindung und Unterhaltung der ZuschauerInnen.

Die *Öffnung gegenüber alternativen medizinischen Richtungen* erhält ihren Unterhaltungswert durch die Möglichkeit, neue, wenig bekannte oder ungewöhnliche und/oder spektakuläre Diagnosearten und Behandlungsweisen zu präsentieren, zu denen den ZuschauerInnen oft die eigenen Erfahrungen und Zugangsmöglichkeiten fehlen. In den Talkshows wird zur Verstärkung des Unterhaltungsaspekts dabei häufig auf besonders spektakuläre Heilungserfolge ("Wunderheilung") fokussiert.

Die bekannteste Form des Imports von Diskursen stammt aus abendlichen Talkshows mit Prominenten, in denen die ModeratorInnen freundschaftliches Geplauder, *small talk*, mit ihren Gästen zur Unterhaltung des Publikums inszenieren (Faber 1994). In den 90er Jahren wurden abendliche Diskussions-Shows konzipiert, in denen Streit und Konflikte inszeniert wurden, um das Interesse der ZuschauerInnen zu binden (Schütte 1996, Klemm 1996). Dieser Interaktionsmodus wurde später in manche Talkshows übernommen und ist auch Bestandteil von Gerichts- und Beratungsshows, wenn Beziehungskonflikte vor laufenden Kameras inszeniert – und meistenteils aufgedeckt oder gelöst – werden. Gerade die zurzeit aktuellen Beratungsshows importieren eine

Bandbreite therapeutischer Techniken wie die Verbalisierung emotionaler Inhalte, Interpretieren und Deuten oder therapeutisches Verstehen (Lalouschek 1997a, Hoffmann 1998).

Im Medizintalk "*Gesundheit!*", in der der Moderator zugleich Arzt ist und dies auch ein expliziter Bestandteil seiner Rollenausstattung ist ("Hausarzt im Fernsehen"), werden zwei Gesprächstypen importiert: Das ärztliche Gespräch mit den Betroffenen, die zugleich PatientInnen sind, und das medizinische oder wissenschaftliche Fachgespräch mit den anwesenden ExpertInnen. Hier überlagern sich bestimmte Formen medizinischer Kommunikation mit medialer Kommunikation.

Die Sendungen sind, wie schon mehrfach ausgeführt, für ein zusehendes Publikum gemacht und sollen den Zielen der Gesundheitsinformation und dem medialen Unterhaltungsauftrag dienen. Dies bedeutet, dass alle Gesprächstypen ihrer eigentlichen bzw. ursprünglichen pragmatischen Funktion enthoben sind und zur Unterhaltung bzw. Gesundheitsinformation eines zusehenden Publikums dienen, nicht dem Gespräch der jeweiligen InteraktantInnen. Und das bedeutet auch, dass die importierten Gesprächstypen systematischen, medienspezifischen Verzerrungen unterliegen. Es wird sich auch zeigen, dass deshalb gerade die schulmedizinische Gesprächsführung aufgrund ihrer Charakteristika für den Import in Medizinsendungen formal besonders gut eignet ist, da die Gesprächskontrolle in ärztlicher Hand bleibt und sie "schnell" ist, also eine schnelle Diagnosefindung bietet und eine schnelle Problemlösung. Dies kommt der Inszeniertheit der Sendungen, der starken Gesprächskontrolle durch die ModeratorInnen und der zügigen Durchsetzung der Sendungsziele entgegen.

In der Analyse wird es darum gehen, die Konsequenzen dieser Diskursimporte für die SendungsteilnehmerInnen und die Qualität der so vermittelten Gesundheitsinformation herauszuarbeiten

5.3.3. Medizinsendungen und Experten-Laien-Kommunikation

Die direkte Kommunikation in den medizinischen Fernsehsendungen lässt sich als eine Bandbreite unterschiedlicher Formen von Experten-Laien-Kommunikation darstellen. Entsprechend der Ausführungen im Eingangsabschnitt (Kap. 5.1.) handelt es sich bei der medialen Gesundheitsinformation um die populärwissenschaftliche Vermittlung von medizinischem Wissen zu Gesundheit und Krankheit zwischen ExpertInnen und LaiInnen.

ExpertInnen in den medizinischen Sendungen und Talkshows sind die eingeladenen Fachleute aus dem Gesundheitsbereich, dies sind aber auch jene ModeratorInnen, die ausgebildete MedizinerInnen sind. *LaiInnen* sind einerseits die ZuschauerInnen der Sendungen (bzw. vermutlich der größte Teil davon), die mehr oder weniger, aktuell oder nicht, von dem jeweiligen Thema betroffen sind. LaiInnen sind aber auch die Betroffenen, die von den ModeratorInnen zur Darstellung ihrer Beschwerden aufgefordert oder von den anwesenden medizinischen ExpertInnen weiter befragt werden.

Nach Brünner (1999, 2005) ist Experten-Laien-Kommunikation allgemein dadurch charakterisiert, dass die beiden Aktantengruppen über differierende Wissensbestände verfügen und in der Kommunikation ein *Wissenstransfer* stattfindet. ExpertInnen verfügen über professionelles und/oder wissenschaftliches Wissen, LaiInnen über nichtprofessionelles Alltagswissen. In der Experten-Laien-Kommunikation werden die differierenden Wissensbestände verbalisiert, mental und interaktiv bearbeitet und teilweise ausgeglichen (Brünner & Gülich 2002, 20). Dieser Wissenstransfer läuft in beide Richtungen, also auch von den LaiInnen zu den ExpertInnen, z.B. im ärztlichen Gespräch: LaiInnen verfügen als Kranke über ein exklusives krankheitsbezogenes Erlebniswissen, das den medizinischen ExpertInnen nicht direkt zugänglich, für Diagnose und Therapie

aber unerlässlich ist. Dieses so genannte *partikulare Erlebniswissen* (Rehbein & Löning 1995) ist besonders bedeutsam, denn zu ihm gehört die Erfahrung der körperlich-geistigen und Prozesse und Zustände, die das eigene Krankheitserleben ausmachen. Dies trifft auch für die *compliance*, die Mitarbeit von PatientInnen zu, die den beidseitigen Wissenstransfer zur Basis hat (Gülich 1999).

Für die medizinische Experten-Laien-Kommunikation unterscheiden Rehbein & Löning (1995) beim Gebrauch von Krankheits- und Symptombezeichnungen semi-professionelle und pseudo-professionelle Kategorisierungen. *Semi-professionell* steht für die Verbalisierungen der ÄrztInnen gegenüber den PatientInnen, mit denen eine sprachliche Adaptation des professionellen Wissens für Laien geleistet wird (z.B. Nierenbeckenentzündung), *pseudo-professionell* sind krankheitsbezogene Verbalisierungen von Patienten in medizinischen Fachausdrücken, die medizinisches Wissen ohne professionelle Wissensbasis vortäuschen. Cicourel (1995) bezeichnet dieses Phänomen als *doctor's talk*. Besonders PatientInnen mit chronischen Erkrankungen und/oder vielfältigen Erfahrungen mit dem Gesundheitswesen verfügen oft über ein beträchtliches semi-professionelles Wissen – aus ärztlichen Gesprächen, Ratgebern, Informationssendungen, Selbsthilfegruppen und zunehmend aus dem Internet. Dieses ist jedoch typischerweise selektiv auf das jeweilige relevante Beschwerdenbild bezogen, fragmentiert und besitzt nicht die interne Vernetztheit und Komplexität des professionellen Expertenwissens.

Der angesprochene wechselseitige Wissenstransfer geht in der patientenzentrierten Medizin noch einen ganzen Schritt über die Krankheitsdarstellung selbst hinaus. Koerfer, Köhle & Obliers (1994, 65f) machen deutlich, dass das Therapieziel ärztlicher Kommunikation, die Wiederherstellung der Autonomie eines Patienten/ einer Patientin, nur über eine von beiden Seiten tatsächlich geteilte Überzeugung erreicht werden kann, was das Beste für ihn oder sie sei. Dieses Ziel macht einen, die gesamte Behandlung dauernden, zirkulären Prozess von aufeinander aufbauenden Informationsschleifen erforderlich, in dessen Verlauf sich beide PartnerInnen, ÄrztInnen und PatientInnen, wechselseitig als ExpertInnen benutzen. Diese Expertenrollen verweisen auf je spezifische Symmetrie- und Asymmetrieverhältnisse, insofern beide InteraktionspartnerInnen gleichermaßen Wissende und zugleich Nicht-Wissende sind und dies wiederum in Bezug auf verschiedene individuelle bzw. professionelle Wissensbestände, für die sie sich bis zu einem gewissen Grad erst wechselseitig kompetent machen müssen. Diese Überlegungen zeigen auch, dass die Unterscheidung ExpertInnen und LaiInnen in Bezug auf Kompetenzunterschiede nur eine grobe Orientierung bietet (Gülich 1999).

In den *Medizinsendungen* ist zwischen ExpertInnen und LaiInnen folgendermaßen zu unterscheiden: ExpertInnen in den Sendungen sind Fachleute, die wegen ihrer fachlichen Qualifikation geladen sind, "allerdings praktizieren sie im Medium nicht ihr Fach, sondern geben ... Informationen *über* ihr Fach" (Burger 1996a, 41). Dabei ist eine Person immer nur Fachmann/Fachfrau in Bezug auf ihr Fachgebiet, in Bezug auf andere wissenschaftliche oder gesellschaftliche Phänomene sowie in Bezug auf das Medium Fernsehen ist sie Laie (Furnham 1988, 20). Einen Sonderfall stellen gerade in Medizinsendungen die ModeratorInnen dar, die selbst auch ÄrztInnen sind, sich also in der Doppelrolle medizinische/mediale ExpertInnen befinden. LaiInnen sind diejenigen Personen, die nicht von ihrer beruflichen Tätigkeit oder Ausbildung her als ExpertInnen für bestimmte Thematiken eingeladen worden sind, sondern um persönliche Darstellungen zu dem jeweiligen Thema zu liefern. D.h., ihnen wird in den Sendungen die Rolle der LaiInnen zugewiesen, weitgehend unabhängig von ihrem alltagsweltlichen ExpertInnenstatus. Selbstverständlich gibt es immer wieder Ausnahmen, wie z.B. ExpertInnen, die auch Betroffene sind.

Die Zuschreibungen ExpertInnen und LaiInnen erfolgen also nicht nur auf Grund unterschiedlicher Kompetenzen, sondern auch auf Grund spezifischer *Rollenzuschreibungen* und Rollenerwartungen, d.h. ExpertInnen sind auch ExpertInnen und LaiInnen sind auch LaiInnen, "weil sie sich in der Kommunikation als solche darstellen und von den Kommunikationspartnern als solche wahrgenommen und angesprochen werden (Gülich 1999, 172). ExpertInnen z.B. wird in den Sendungen von den ModeratorInnen über Anrede, Rollenzuschreibungen und die Aufforderung, fachbezogene Information zu vermitteln, die Rolle von ExpertInnen zugewiesen. Und auch sie selbst konstituieren sich in ihren Redebeiträgen über den Einsatz bestimmter sprachlicher Mittel wie Fachvokabular, ausdrückliche Bezugnahme auf Forschungsergebnisse, Beurteilung von Informationsmaterialien etc. als Autoritäten, die über objektives und wissenschaftlich abgesichertes Fachwissen verfügen. Dabei entsteht eine Spannung zwischen der Konstituierung einer bestimmten Identität und der Vermittlung von verständlicher und verlässlicher Information: Expertise ist nicht zu trennen von Autorität und hohem gesellschaftlichen Status. So kann der Einsatz von Fachlexik und komplexen syntaktischen Konstruktionen Expertise konstituieren, dies geht aber immer auf Kosten der Verständlichkeit – oder wie Elisabeth Gülich es formuliert:

> Nicht Expertise ist somit hinderlich für das Gelingen von Kommunikation, sondern nur das zu starke (unkooperative) Ausagieren der Expertenrolle (Gülich 1999, 179).

Ein wesentlicher "Knackpunkt" beim Wissenstransfer ist das Aufeinandertreffen von *Fachsprache* und *Allgemeinsprache*, denn Information und Wissensvermittlung sollen die LaiInnen zu Mitarbeit bei therapeutischen Maßnahmen oder zu selbstverantwortlichem und selbständigem Gesundheitshandeln motivieren. Eine ausreichende Verständnissicherung ist dafür allererste Voraussetzung.

Fachsprache ganz allgemein unterscheidet sich nach dem Grad der *Fachlichkeit*, also von abstrakter, schriftlicher Theoriesprache über Berufssprache am Arbeitsplatz bis zu fachbezogener Umgangssprache, die eher informell und stärker an die Allgemeinsprache angelehnt ist.[59] In den Medizinsendungen ist üblicherweise der letztgenannte Typ vorherrschend. Das jeweilige fachliche Wissen, das der Fachsprache zugrunde liegt, entspricht den jeweiligen Konzepten und Ideologien, die qua Ausbildung und berufliche Praxis internalisiert werden (vgl. Kap.3.1). Ein Hauptcharakteristikum von Fachsprache ist der *Fachwortschatz*, wobei auch hier wieder eine Bandbreite existiert von fachterminologischen Ausdrücken, die allgemeinsprachlich nicht vorkommen und/oder dort eine andere Bedeutung haben, bis zu Jargonausdrücken (Brünner 1997, Hoffmann-Richter 1985, Dressler & Wodak 1989). Auf syntaktischer Ebene sind Nominalisierungen und Passivkonstruktionen vorherrschend, über die Prozesse und Aktivitäten in Zustände und Objekte transformiert werden und Konkretes in Abstraktes (Brünner 1997). Die gerade genannten Besonderheiten der Fachsprache kommen dem Informationsauftrag von Fernsehsendungen, der schnelle, leichte und dabei unterhaltsame Verständlichkeit erfordert, ganz generell wenig entgegen.

Allgemein werden die Diskurse von Laien als "lebensweltliche Diskurse" bezeichnet (vgl. z.B. *voice of the lifeworld* bei Mishler 1986 oder Fisher 1991), die sich auf sprachlicher Ebene durch Subjektivität, assoziative Themenführung und Alltagssprache auszeichnen. Die Allgemeinssprache und Wissensbestände der LaiInnen basieren auf so genannten "Laientheorien" oder "subjektiven Theorien". In seiner Bestandsaufnahme

[59] Die traditionelle Fachsprachenforschung hat sich primär auf textinterne Phänomene auf lexikalischer und syntaktischer Ebene in schriftlichen Fachtexten konzentriert hat, während die moderne Fachsprachenforschung vor allem aufgrund der Methoden der Textlinguistik (Beaugrande & Dressler 1981) und der Ergebnisse der Gesprächsforschung in Institutionen einen wesentlich breiteren, kontextbezogenen und interaktiven Ansatz verfolgt und schriftliche wie mündliche Fachtexte untersucht.

über die Bedeutsamkeit von Laientheorien charakterisiert Furnham (1988) diese u.A. folgendermaßen: Sie sind implizit und lückenhaft, oft formal inkohärent und inhaltlich widersprüchlich und häufig affektabhängig. So haben Leute oft – ohne es zu merken – gleichzeitig widersprüchliche Erklärungen für ein und dasselbe Phänomen parat. Die Funktion von subjektiven Theorien ist es, gesellschaftliche, technische oder naturwissenschaftliche Phänomene zu erklären, der Alltagswelt Sinn zu geben. Aufgrund der mangelnden empirischen Verankerung werden sie jedoch schnell falsifikationsresistent. Nach Hartog (1993) beinhalten "subjektive Theorien" sowohl Informationen aus dem Laienbezugssystem, also aus dem sozialen Netzwerk und aus populärwissenschaftlichem Material, als auch aus dem schon genannten professionellen Bezugssystem, seien dies HausärztInnen oder heterogene Elemente aus wissenschaftlichem Wissen. Individuell gibt es hier natürlich je nach Bildung, Beruf, Interessen etc. grundlegende Unterschiede. Dies ist übrigens ein wichtiger Aspekt für den Anspruch von Gesundheitsinformation, Personen zur Änderung von ungesunden Lebensgewohnheiten zu motivieren. Speziell die Laientheorien über Krankheit und Gesundheit allgemein oder über spezifische Erkrankungen stehen in direktem Zusammenhang mit der Bereitschaft der Person, sich medizinisch behandeln zu lassen, neue Informationen aufzunehmen, Verhaltensweisen zu ändern, eigenes und das Verhalten anderer zu beurteilen und darzustellen, und mit den Ratschlägen und Erklärungen, die sie anderen anbietet.

Ganz prinzipiell kann *Verständnissicherung* zwischen ExpertInnen und Laien v.a. durch die Vermeidung von Fachlexik erreicht werden und durch das Ersetzen durch alltagssprachliche Begrifflichkeiten oder Umschreibungen und Paraphrasen (Brünner 2005). Eine frühe Untersuchung einer Fernsehdiskussion zum Thema AIDS (Lalouschek & Nowak 1988) kam zu vergleichbaren Ergebnissen: Die Diskurse der anwesenden epidemiologischen und dermatologischen ExpertInnen waren umso "anschlussfähiger" für Darstellungen der mittelbar oder unmittelbar Betroffenen (LaiInnen), je sorgsamer Fachlexik eingesetzt und je stärker die Alltagsperspektiven und Laientheorien in die wissenschaftlich motivierten Äußerungen antizipierend miteinbezogen wurden. Gerade dem Aspekt, zwischen den verschiedenen Perspektiven von ExpertInnen und LaiInnen zu vermitteln, die zumeist divergieren, ist ein ganz relevanter Bestandteil der Verständnissicherung in der Experten-Laien-Kommunikation, dem nach Gülich (1999) bisher zu wenig Beachtung geschenkt worden ist.

Wie wirken sich nun die *medialen Rahmen- und Produktionsbedingungen* speziell auf die Experten-Laien-Kommunikation in den Medizinsendungen aus?

Ein grundlegender Faktor der medialen Wissensvermittlung ist, dass es sich hierbei nicht um face-to-face-Interaktion handelt wie etwa bei einer Beratung im Rahmen eines ärztlichen Gesprächs. In den Medizinsendungen sind alle Beiträge der ModeratorInnen und der ExpertInnen "mehrfachadressiert" (vgl. Kap. 4.2.1.), also zugleich an die anderen Anwesenden vor der Kamera, ggf. an das Publikum im Studio und an die ZuschauerInnen vor den Fernsehgeräten gerichtet. Die ZuschauerInnen, die ja die eigentliche Zielgruppe des Wissenstransfers bilden, können keinen Einfluss auf die Interaktion der ExpertInnen nehmen und dem eigenen Wissens- und Verstehensstand angemessen nachfragen oder Nicht-Verstehen demonstrieren. In Medizintalks und Talkshows, in denen Betroffene, also LaiInnen anwesend sind, ist üblicherweise kein substanzieller Austausch zwischen diesen und den ExpertInnen vorgesehen. Bei Call-in-Sendungen, in denen einzelne ZuschauerInnen per Telefon mit den ExpertInnen direkt sprechen können, führt der Faktor Mehrfachadressierung dazu, dass die ExpertInnen in ihren Antworten sehr schnell auf Aspekte von allgemeinem Interesse fokussieren und nicht so sehr auf die individuellen Gesichtspunkte der Fragen. Häufig passiert es auch, dass die AnruferInnen sehr früh wieder "ausgeklinkt" werden und so keine Ratifizierungen der medizinischen Auskünfte erfolgen können und die Verständnissicherung fehlt – die An-

ruferInnen werden lediglich zu "StichwortgeberInnen" für zu behandelnde Themen degradiert und die "individuelle Betreuung" ist nur simuliert (Brünner 1999, Lalouschek 1998b).

Was die Darstellungen und Erzählungen der Betroffenen bzw. LaiInnen betrifft, so muss man davon ausgehen, dass es sich hier nicht um spontan sprachliche Realisierungen handelt, sondern um durch die Vorbereitetheit und mediale Inszeniertheit verzerrte Varianten. Die "Geschichten" der Betroffenen haben üblicherweise schon einige Vorgespräche mit den Redaktionen und ModeratorInnen durchlaufen, wodurch sie transformiert und kanalisiert wurden, in der Sendung selbst erfolgt m.E. nach eine weitere Transformation durch die Gesprächsführung der ModeratorInnen (Lalouschek 1997b) – ganz abgesehen von den Einflüssen der jeweiligen Rezeptionserfahrungen der Betroffenen als FernsehkonsumentInnen. Aus diesen Gründen betonen Untersuchungen zur "Laiensprache im Fernsehen" (Holly & Püschel 1993, Holly 1996, Burger 1996a) als Hauptmerkmal eine "kontrollierte Spontaneität", also eine Mischung aus Mündlichkeit und Schriftlichkeit, aus spontaner Produktion und Vorbereitetheit. Sprachliche Kategorien dafür sind u.A. klischierte Formulierungen, leichte Anklänge an Schriftsprachlichkeit, nicht alltagssprachlicher Wortschatz oder Fachwortschatz, Hyperkorrekturen und speziell im Österreichischen die Präteritumverwendung, die die Spontansprache durchdringen.

Wie schon erwähnt, benützen die Betroffenen zur öffentlichen Darstellung ihrer körperlichen Beschwerden häufig *medizinische bzw. medizinnahe Ausdrücke* und Beschreibungen. Dies resultiert aus ihren alltagsweltlichen Erfahrungen mit ÄrztInnen und Einrichtungen des Gesundheitswesens. Meine eigenen Untersuchungen haben gezeigt, dass gerade PatientInnen mit chronischen oder multiplen Erkrankungen in den "schulmedizinischen Diskurs" hineinsozialisiert werden und diesen als Beschreibungsrepertoire verwenden (Lalouschek 2000a) – und meist handelt es sich bei den Betroffenen um derart routinierte PatientInnen (vgl. auch Rehbein & Löning 1995, Brünner 1999 und die Ausführungen unten in Kap. 5.3.4.). Daher ist anzunehmen, dass die öffentlichen Beschwerdenschilderungen der Betroffenen stark vom medizinischen Diskurs durchsetzt sein werden.

Doris Partheymüller (1994) kommt in ihrer diskursanalytischen Untersuchung der medizinischen Ratgebersendung "*Die Sprechstunde*" (BR3), die von einer Ärztin moderiert wird und in der nur ExpertInnen im Studio sitzen, zu dem Ergebnis, dass die professionelle Diskursart "Experteninterview" durch die medialen Rahmenbedingungen einen wesentlichen *Zuwachs an Komplexität* erfährt. Partheymüller legt ihr Hauptaugenmerk auf die medienspezifische, institutionelle Funktionalisierung des alltagssprachlichen Frage-Antwort-Musters: Die linguistische Pragmatik sieht der Zweck einer Frage in der Initiierung einer Frage-Antwort-Sequenz, die einen Wissenstransport zwischen Antwortendem und Fragendem in Gang setzen soll. Die Frage setzt voraus, dass beim Sprecher ein Wissensdefizit vorliegt, über das er sich so weit im Klaren ist, dass er ein "bestimmtes Gewusstes" von einem "bestimmten Nicht-Gewussten" abgrenzen kann. War die Antwort, also der verbale Wissenstransfer, geeignet, das Wissensdefizit auszufüllen, reagiert der Fragende üblicherweise durch irgendeine Form eines "o.k.s", andernfalls kann er eine weiteren Frage-Antwort-Schritt initiieren (Partheymüller 1994, 133).

Die Aufgabe, stellvertretend für die ZuschauerInnen angemessene Fragen zu stellen, obliegt also üblicherweise den ModeratorInnen. Diese sind in vielen medizinischen Informationssendungen selbst auch ÄrztInnen, also medizinische ExpertInnen. Diese Moderatorenaufgabe hat zur Konsequenz, dass sich ihre Fragen und die entsprechenden Beiträge der ExpertInnen nicht an den individuellen Wissensvoraussetzungen unmittelbar Anwesender orientieren, sondern an einer angenommen durchschnittlichen Basis von "Wissen" bzw. "Nicht-Wissen" der ZuschauerInnen (Partheymüller 1994, Brünner

1999). Bei den so produzierten Fragen handelt es sich um "uneigentliche Fragen": Der Fragende weiß schon, was er erfragt (Schwitalla 1979, 276). Oder, wie Furchner (1999) ausführt, handeln die ModeratorInnen hier als "eigentliche Nichtexperten". Partheymüller (1994, 134) betont, dass es dabei jedoch nicht die Aufgabe der ModeratorInnen ist, die Fragen wie "Unwissende" auszusprechen, sondern ihre eigene Sachkompetenz als ÄrztInnen dahingehend zu nutzen, dass sich ein sinnvoller, an den Interessen der ZuschauerInnen orientierter Gesprächsablauf ergibt und auch die Verständlichkeit gesichert ist. Gerade dadurch, dass ihnen die Antworten bekannt sind, können die ModeratorInnen das Gespräch in einem Maße inhaltlich kanalisieren, wie es für jemand, für den/die sich die nächste Frage immer erst aus der erfolgenden Antwort ergibt, nicht möglich wäre.

Hier kommt übrigens der andere Expertenstatus der ModeratorInnen zum Einsatz: Nur als *mediale ExpertInnen* haben sie qua Interaktionsrolle die Möglichkeit, das Interaktionsverhalten der medizinischen ExpertInnen den inhaltlichen und sendungsorganisatorischen Zielsetzungen entsprechend zu steuern (vgl. unten Kap. 5.3.4). Vergleichbar den Untersuchung zu Unterrichtsstunden (Ehlich & Rehbein 1986) können die Fragen der ModeratorInnen als "Regiefragen" kategorisiert werden, durch deren Einsatz ein "Vortrag mit verteilten Rollen" zustande kommt: Die Inhalte des Vortrags werden auf die Aktantengruppen ExpertInnen und Moderatorin verteilt, "indem bestimmte in der Frage enthaltene Vorgaben in der Antwort – dem Plan und der Erwartung der Fragenden entsprechend – fortgesetzt werden (Partheymüller 1994, 135)".[60]

Partheymüller (1994, 136ff) ortet in dieser medientypischen Informationsvermittlung Vorteile und Nachteile für die ZuschauerInnen: Vorteile sind Verstehenserleichterungen und –optimierungen durch die spezifische Form der kontrollierten inhaltlichen Aufbereitung. Die Moderatorin gibt den ExpertInnen Hinweise für die Bearbeitung der Fragen, die sich am antizipierten Nicht-verstehen der ZuschauerInnen orientiert, sie trichtert die Antwortmöglichkeiten durch sukzessive Spezifizierungen und Präzisierungen, sie orientiert die Themenentwicklung an einer typisch "lehrbuchhaften Reihenfolge" und sie steuert die Verwendung von Fachtermini durch Hinzufügung von umgangssprachlichen Konstruktionen. Die Nachteile sind, dass erstens kein wie auch immer geartetes inhaltliches Korrektiv durch anwesende LaiInnen erfolgen kann und dass zweitens ein Modell einer "glatten und professionellen" Fragetechnik gegenüber ExpertInnen vermittelt wird, das LaiInnen nicht befähigt, ihr eigenes Frageverhalten im Alltag z.B. gegenüber ihren eigenen ÄrztInnen zu überprüfen und ggf. zu optimieren.

Schließlich gibt es auch Untersuchungen zu den interaktiven *Veranschaulichungsverfahren*, die in der medizinischen Experten-Laien-Kommunikation verwendet werden, um sich gegenseitig komplexe Sachverhalte zu vermitteln. In ihren umfangreichen Untersuchungen zu Veranschaulichungen in der Experten-Laien-Kommunikation haben Brünner & Gülich Metaphern, Analogien, Vergleichen, Beispielerzählungen und Szenarios als typische interaktive Darstellungsverfahren beschrieben (Brünner 1999, Gülich 1999, Brünner & Gülich 2002). Es zeigt sich, dass diese in der medialen Inszenierung ebenfalls charakteristische Veränderungen, Verzerrungen und Vermischungen erfahren – stets um dem medialen Unterhaltungsauftrag entgegenzukommen und das Spektakuläre und Besondere des Dargestellten zu betonen oder zu erhöhen. Allzu häufig geht dies auf Kosten von Informations- und Aufklärungszwecken. So werden beispielsweise Metaphern, die von Betroffenen zur Beschreibung ihrer Krankheitsgefühle eingesetzt werden, in den Medizinsendungen von ärztlichen ModeratorInnen in der interaktiven Weiterverarbeitung oft hoch gestuft oder dramatisiert (Brünner 1999), die Betroffenen werden dadurch zugleich im medientypischer Weise ihrer Bilder und Geschichten "enteig-

[60] Dies gilt auch für die medientypische interaktive Prozessierung von Erzählungen in Talkshows (vgl. Kap. 4.3.3.)

net".[61] Oder es erfolgt eine kompakte und rasch erfolgende Mischung und Verschränkung von sprachlichen Veranschaulichungen mit unterschiedlichsten semiotischen, also visuellen und akustischen Mitteln, die zu einer zwar opulenten, gleichzeitig jedoch verwirrenden Vielfalt und Verzahnung von Analogien, Vergleichen und Bildern führt. Deren Informationswirkung auf die ZuschauerInnen ist jedoch nicht mehr beurteilbar (Brünner 1999).

5.3.4. Das interaktive Repertoire von ModeratorInnen und Gästen

Fernsehsendungen sind auf Grund der spezifischen Anforderungen der medialen Inszenierung von Information und Unterhaltung und ihrer entsprechenden Limitierungen in ihrem Ablauf inhaltlich wie zeitlich durch Programmgestaltung und Sendungskonzeption deutlich geregelt. Dies betrifft auch die klare *Rollenverteilung der InteraktantInnen*, also ModeratorInnen, Gäste bzw. Betroffene, ExpertInnen, Studiopublikum und ggf. AnruferInnen. Diese Rollenzuweisungen gehen mit der Zuweisung von spezifischen, stark verbindlichen interaktiven Handlungsmöglichkeiten und Kompetenzen einher (ModeratorInnen z.B. weisen die Gesprächsrollen zu und kontrollieren den thematischen Verlauf) und stehen mit den Zielsetzungen, Information und Unterhaltung für ein Publikum zu produzieren, in unmittelbarem Zusammenhang.

Dies trifft natürlich auch für die Sendungsformate zu, die der Untersuchung zu Grunde liegen, der Medizintalk "*Gesundheit!*" und einige Talkshows. Es stellt sich nun die Frage, wie diese Rahmenbedingungen die jeweiligen interaktiven Handlungsspielräume der SendungsteilnehmerInnen formen und in welcher Weise sich diese Handlungsmöglichkeiten auf die Präsentation der Gesundheitsthemen und die sprachliche Realisierung der unterschiedlichen Diskursen auswirken.

ModeratorInnen

In den Medizinsendungen agieren die ModeratorInnen als VertreterInnen bzw. AgentInnen der Institution "Fernsehanstalt/Sender". In dieser Rollenzuweisung obliegt es ihnen, für einen dem Konzept angemessenen Sendungsablauf der zu sorgen. Sie müssen im Sinne des Infotainment- bzw. Emotainment-Auftrags dafür sorgen, dass die Sendungen nicht nur informativ, sondern auch unterhaltsam, spannend und persönlich bleiben und speziell in Talkshows auch ungewöhnlich und emotionalisierend. Als "*Garanten der Trialogizität*" (Schütte 1996) müssen sie in ihren Redebeiträgen immer auch die Perspektive und die Interessen der ZuschauerInnen wahrnehmen und die Redebeiträge der Betroffenen und der ExpertInnen interaktiv entsprechend formen und kontrollieren. In der Rolle der ModeratorInnen verfügen sie also über mächtige interaktive Ressourcen (*interactional control features*, Fairclough 1992, die sich im Einzelnen folgendermaßen manifestieren:[62]

- Die ModeratorInnen stellen den *Inszenierungsrahmen* her, d.h. sie eröffnen und beenden die Sendung, und haben auch die Kontrolle über den zeitlichen Verlauf. Dies gibt ihnen die Möglichkeit, Darstellungen von Gästen mit Hinweis auf die Zeit zu kürzen, thematische Vertiefungen auszulassen oder interaktiv problematische Stellen abzubrechen.

[61] Zur "Enteignung der eigenen Geschichte" vgl. die einschlägigen Analysen in Kap. 4.4.4. zu Talkshows und in Kap. 6.6.3. zum Medizintalk.

[62] Die folgenden Überlegungen basieren auf den entsprechenden Ausführungen in Kap.3. und Kap.4.

- ModeratorInnen haben als "primäre SprecherInnen" (Quasthoff 1990) die *Kontrolle über die Redebeiträge der anderen SprecherInnen* und über den Rahmen, innerhalb dessen sich diese bewegen können, d.h. sie erteilen oder entziehen das Wort, stellen Fragen und können ggf. unterbrechen.
- Die ModeratorInnen übernehmen die *Identifikation der InteraktantInnen* über Anrede und einführende Vorstellung. Durch die Form der Adressierung und die rollengebundene Zuschreibung von Tätigkeiten und Eigenschaften (*category bound activities/features*, Sacks 1972) können sie maßgeblich auf deren Rollenkonstitution Einfluss nehmen – und damit tendenziell zumindest auch auf die zu erwartenden Diskurse derselben.
- Die ModeratorInnen *initiieren persönliche Darstellungen* und Erzählungen der Gäste. Aufgrund ihres Vorwissens übernehmen sie dabei meist einen Teil der Darstellung, stellen den Gästen bestimmte Einstiegspunkte zur Verfügung und fordern spezielle Erzählteile ein, die inhaltlich relevant, sehr persönlich, spannend, unterhaltsam oder emotionalisierend sind. Zur Unterstützung der Darstellungen setzen sie sprachliche Mittel der Personalisierung ein, wie z.B. die Konkretisierung von Aussagen, die Fokussierung auf individuelles Erleben und die Elizitierung von Gefühlen. Zugleich müssen sie die Ausführungen der Betroffenen allgemein genug halten, damit diese nicht zu persönlich werden, sondern den ZuschauerInnen als allgemein nachvollziehbare Krankheits- und Gesundheitsinformation dienlich bleiben. Damit können die ModeratorInnen die Kontrolle über die Länge und die Inhalte der Darstellungen, aber auch über die Art und das Ausmaß der Vertiefung von einzelnen Aspekten übernehmen.
- Die ModeratorInnen *initiieren fachbezogene Darstellungen der ExpertInnen*. Dabei sichern sie die Verständlichkeit durch Nachfragen, Übersetzen und Reformulieren unverständlicher Fachausdrücke oder durch die Demonstration von fehlendem Fachwissen. So können sie selektieren, auf welche aller möglichen "Laienkonzepte" sie referieren und auf welche nicht, d.h. welche thematisch und damit öffentlich werden und welche nicht. An diesen Stellen wird der vorhandene oder fehlende medizinische Expertentatus der ModeratorInnen natürlich besonders wirksam.
- In beiden Fällen übernehmen die ModeratorInnen als "GarantInnen der Trialogizität" *stellvertretend die Rolle der ZuschauerInnen*, die eben nicht in einen Dialog mit Betroffenen und ExpertInnen eintreten können.
- Generell können die ModeratorInnen *Aussagen und Redebeiträge der anderen InteraktantInnen bewerten*, zusammenfassen und reformulieren. Zusammenfassungs- und Reformulierungsaktivitäten bieten aber nicht nur die Möglichkeit, Standpunkte oder Aussagen zu verdeutlichen oder Bedeutungen zu klären, sondern auch, andere Konzepte miteinfließen zu lassen, die Kontextualität der gegebenen Aussagen zu verändern und diese so u.U. ideologisch anders zu färben, die Inhalte also interaktiv zu kontrollieren (vgl. Sacks 1972, Heritage & Watson 1979, Gülich 1999).
- Die ModeratorInnen haben somit die *Kontrolle über den thematischen Verlauf*, d.h. sie führen das Thema ein und behalten die thematische Steuerung über Weiterführung und Vertiefung von Einzelaspekten, thematische Wechsel etc. Hierbei folgen sie aufgrund der Sendungsvorbereitung und der Vorgespräche mit den Gästen einem vorbereiteten Schema, das für die übrigen InteraktantInnen und ZuschauerInnen nicht transparent werden muss. So können sie steuern, worüber in welcher Form geredet wird. Hier wird die mögliche Kontrolle der ModeratorInnen über die Konzepte, die von den jeweiligen InteraktantInnen realisiert werden, besonders deutlich.

Insgesamt zeigt sich, dass ModeratorInnen über die Realisierung der ihnen zugeordneten sprachlichen Handlungen quasi automatisch ihre sozial mächtigere Position interaktiv manifestieren. In einigen medizinischen Informationssendungen und Talksshows sind die *ModeratorInnen selbst auch ÄrztInnen*, also medizinische ExpertInnen. Dies trifft auch für den Medizintalk *"Gesundheit!"* zu. Als Arzt verfügt der Moderator quasi über ein doppeltes Repertoire interaktiver Kontrollmechanismen. In der linguistischen Analyse wird es auch darum gehen festzustellen, wie diese Vielfalt an möglichen Handlungsmöglichkeiten interaktiv bewältigt oder aber auch funktionalisiert wird, z.B. in der Inszenierung eines ärztlichen Gesprächs mit den Betroffenen (vgl. Kap. 6.6.2.). Es stellt sich aber beispielsweise auch die Frage, ob ärztliche ModeratorInnen fachspezifischere Fragen formulieren, was die anwesenden ExpertInnen zu einer höheren Bereitschaft verleitet, stärker fachsprachlich zu reagieren als etwa in den Talkshows (vgl. Kap. 6.9.4.).

Betroffene/LaiInnen und ExpertInnen

Die anderen SendungsteilnehmerInnen, die "Gäste" der ModeratorInnen, teilen sich in die Gruppe der Betroffenen bzw. LaiInnen und der ExpertInnen.

In den Medizintalks und Talkshows haben die von den jeweiligen Krankheitsbildern *Betroffenen*, die ihre persönlichen Geschichten darstellen, in Bezug auf das jeweilige Thema die Rolle der LaiInnen inne – relativ unabhängig von ihrem Status außerhalb des Mediums. Bei diesen Betroffenen handelt es sich fast immer um aktuelle oder ehemalige PatientInnen, oftmals PatientInnen der eingeladenen ExpertInnen, manchmal sind es auch mittelbar Betroffene wie Eltern oder PartnerInnen von Erkrankten. Häufig sind die Betroffenen auch VertreterInnen von Selbsthilfegruppen oder überregionalen Vereinen und aufgrund dieses Status auch eingeladen worden. Die Rollenzuschreibung Laie oder Laiin ist dadurch wie schon angemerkt natürlich relativ, deshalb beziehe ich sie ausschließlich auf die Gruppe der "medizinische LaiInnen".

Die Funktion der Betroffenen ist in Abhängigkeit vom Sendungsformat etwas unterschiedlich, inhaltlich aber klar geregelt: Im Medizintalk *"Gesundheit!"* sollen sie ihre gesamte Krankheits- oder Beschwerdengeschichte zur Verfügung stellen, von Ausbruch über Diagnose und Therapie über etwaige Komplikationen und besondere Ereignisse bis zur Heilung, soweit erfolgt. Zugleich sind sie nicht nur als Einzelpersonen mit einer bestimmten individuellen Krankengeschichte eingeladen, sondern sie fungieren auch (oder vor allem) exemplarisch als RepräsentantInnenen für jeweils unterschiedliche Ausprägungen der Erkrankung oder unterschiedliche therapeutische Vorgangsweisen; insofern sollen ihre Darstellungen zwar persönlich, dennoch verallgemeinerbar genug erfolgen. In den Talkshows, die stärker einer emotionalisierten Unterhaltung verpflichtet sind, geht es häufig nicht um eine umfangreiche Exploration der Krankengeschichte; hier haben die Betroffenen die Aufgabe, emotional gefärbte Schilderung von Details oder Besonderheiten zu bieten, ihr "Schicksal" zu erzählen. So treten im Medizintalk eher "durchschnittliche" Erkrankte auf, in den Talkshows häufiger Personen mit außergewöhnlichen Erlebnissen zum Thema.

In direkter Bezogenheit auf die interaktiven Rechte und Pflichten der ModeratorInnen sind die Betroffenen qua Rollendefinition in ihrem interaktiven Handlungsspielraum beschränkt. Dieser ist komplementär auf den der ModeratorInnen bezogen und damit prinzipiell reaktiv, d.h. die Betroffenen müssen sich den gesprächsorganisatorischen Handlungen der ModeratorInnen wie Erzählaufforderungen, Fragen und Themeneinführungen fügen, ebenso wie etwaigen Verkürzungen, Unterbrechungen und Themenwechsel. So sind sie in ihren interaktiven Möglichkeiten was die Sendungsmitges-

taltung oder die formale wie inhaltliche Gestaltung der eigenen Beiträge betrifft, enorm eingeschränkt.

Die *ExpertInnen* in den Medizinsendungen sind zum größten Teil Fachleute aus dem medizinischen Bereich, also FachärztInnen unterschiedlicher hierarchischer Positionen oder AllgemeinärztInnen, je nach Thematik sind häufig ÄrztInnen mit Zusatzausbildungen in gesamtheitlicher Medizin, Akupunktur, Homöopathie, Naturheilkunde oder auch einer zusätzlichen therapeutischer Ausbildung eingeladen. Weiters gibt es themenabhängig ExpertInnen wie ErnährungswissenschaftlerInnen und Physiotherapeuten sowie PsychologInnen und TherapeutInnen. Auffallend und zugleich symptomatisch für die gängige gesellschaftliche Praxis ist, dass in den Sendungen wesentlich mehr Experten geladen sind als Expertinnen, die Experten präferiert aus dem statushöheren Bereich der Biomedizin rekrutiert werden, die Expertinnen gerne für den "weichen" therapeutischen oder ernährungswissenschaftlichen Bereich herangezogen werden.

Funktion der ExpertInnen in den Sendungen ist es, objektive und wissenschaftlich fundierte Informationen zum Thema zu geben, Begriffe zu klären oder zu erklären, fachliche Fragen zu beantworten und Darstellungen der Gäste aus fachlicher Perspektive einzuschätzen oder zu bewerten. Franke (1993) unterscheidet bei diesen aufklärenden Tätigkeiten zudem Tipps, Anleitungen, Rezepte, Instruktionen und Hinweise. In den Medizinsendungen können diese jedoch auch von den ModeratorInnen und den Betroffenen realisiert werden. Im Gegensatz zu den Betroffenen geht es bei den ExpertInnen im Normalfall nicht um Informationen zur ihrer privaten Person oder um die Darstellung persönlicher Erlebnisse, es sei denn, es handelt sich um die Darstellung persönlicher Erfahrungen im beruflichen Bereich.

Diese inhaltlichen Restriktionen gehen auch mit Restriktionen auf gesprächsorganisatorischer Ebene einher. Ebenso wie die Betroffenen sind die ExpertInnen qua situativer Rollenverteilung verpflichtet, der interaktiven Steuerung der ModeratorInnen zu folgen, auf Fragen und Nachfragen zu antworten, das erteilte Rederecht zu übernehmen und Aufforderungen nach Kürze oder Verständlichkeit etc. nachzukommen.

5.3.5. Medialer Gesundheitsdiskurs im Talkformat: Kategorien und Forschungsfragestellungen

Es hat sich gezeigt, dass der Diskurs der öffentlichen Gesundheitsförderung generell unmittelbar vom Diskurs der sozial etablierten Medizinform und seinen zugrunde liegenden Konzepten geprägt ist, in diesem Falle von den Konzepten der Biomedizin, die die sozial etablierten Formen des Sprechens über Krankheit und Gesundheit bestimmen.. Beim öffentlichen Gesundheitsdiskurs im Fernsehen gesellt sich der Einfluss der medialen Produktionsbedingungen, also des medialen Diskurses dazu und seine Fokussierung auf unterhaltsame und Aufmerksamkeit bindende Themenauswahl und Berichterstattung. Beide Bedingungen prägen den in den Talk-Sendungen produzierten medialen Gesundheitsdiskurs.

Als Sendungen mit dem Ziel der Gesundheitsinformation im Sinne der *öffentlichen Gesundheitsförderung* geht es in Medizintalk und Talkshows zu medizinischen Themen um die Vermittlung von medizinischem bzw. fachlichem Wissen über die Entstehung von Krankheiten oder Beschwerden, um die Möglichkeiten, sie zu erkennen, zu behandeln bzw. sie zu vermeiden und um die Förderung von Wissen über Zusammenhänge und eine gesundheitsförderlichen Lebensführung. Als Fernsehsendungen sind sie den *medialen Produktionsbedingungen* unterworfen, d.h., dass die in den Sendungen stattfindende Kommunikation zwischen den ärztlichen und nicht-ärztlichen ModeratorInnen, den von den Krankheiten Betroffenen und den ExpertInnen inszenierte Kommunikation ist und lediglich ein bestimmtes Verfahren darstellt, um Gesundheitsinformation an die

ZuschauerInnen medial zu vermitteln, und dass diese Kommunikationsinszenierungen den Bedingungen des medialen Unterhaltungsauftrages genügen müssen.

Es ist anzunehmen, dass die Sendungsformate Medizintalk und Talkshow und die Qualität der durch sie vermittelten Gesundheitsinformation von den medialen Produktionsbedingungen unterschiedlich betroffen sind: Im Medizintalk steht der *Infotainment-Auftrag* stärker im Vordergrund; die Sendung ist primär an der Vermittlung von professioneller Gesundheitsinformation orientiert, jedoch durchaus unterhaltend angelegt. Dies manifestiert sich konzeptuell darin, dass überhaupt Beschwerdendarstellungen von Betroffenen als Basis für Gesundheitsinformationen gewählt werden, was eine gewisse emotionale Bindung der ZuschauerInnen erzeugt, aber auch darin, dass die Sendung live und z.T. vor Studiopublikum stattfindet, welches stellenweise miteinbezogen wird.

In der Talkshow wirkt der *Emotainment-Auftrag* stärker auf das Sendungskonzept; die Unterhaltung soll durch gefühlsbetonte Inhalte erfolgen, dennoch sollen auch Informationen vermittelt werden. Dies manifestiert sich in einer gewissen Vorliebe für die Darstellung von tendenziell krassen oder ungewöhnlichen Fällen, wie z.B. extrem übergewichtige Personen oder stigmatisierten "ungesunden" Verhaltensweisen wie Alkoholsucht von Frauen, in der Präferenz für schwere Erkrankungen und ungewöhnliche Heilerfolge oder in der schwerpunktmäßigen Präsentation alternativer oder esoterischer Heilverfahren.

Eine Aufgabe der linguistischen Analyse wird es sein herauszuarbeiten, in welch unterschiedlicher Weise sich Infotainment- bzw. Emotainment-Ausrichtung der Sendungen jeweils auf die Qualität der Informationen über die jeweiligen Themen, die den ZuschauerInnen vermittelt wird, auswirkt. Eine erste These ist, dass in den Talkshows auch die Gesundheitskommunikation ihre pragmatische Funktion der Wissensvermittlung verliert und sie primär der emotionalisierten Unterhaltung dient, die Lebenswelt lediglich für Entertainment benutzt wird.

Boulevardisierung manifestiert sich in Form von Vereinfachung, Sensationalisierung, Personalisierung, Dramatisierung und Emotionalisierung. D.h. es geht in den Sendungen nicht um umfassende oder vollständige Darstellungen der Krankheitsgeschichten, sondern um die prägnante Schilderung der aus medizinischer Sicht wichtigsten Teile (Medizintalk) oder der aus medialer Sicht präsentabelsten Teile (Talkshow). Um dies zu erreichen, müssen die Darstellungen der Betroffenen stark fragmentiert werden. Fragmentierung bedeutet, dass die Betroffenen die Ausführlichkeit oder inhaltliche Richtung bei der Darstellung ihrer Geschichten nicht kontrollieren können, sondern dass auf besondere, spannende oder affektiv geladene Ausschnitte fokussiert wird. Hier wird die interaktiv steuernde Rolle der ModeratorInnen besonders bedeutsam: Fragmentierung bedeutet auch, dass umfassendere, psychosozial relevante Erlebenszusammenhänge zerstört werden, und gerade diese können bei der Entstehung von Erkrankungen, bei Suchtverhalten oder bei der Veränderungen oder Beibehaltung von "ungesunden" Lebensgewohnheiten wichtige Informationen für die ZuschauerInnen sein. Die entsprechenden interaktiven Prozesse und ihr Anteil bei der interaktiven Produktion von Bedeutung wird Teil der linguistischen Analyse werden.

Bei besonders spannenden und damit medial auch besonders präsentablen Themen handelt es sich oft um diffizile Themen von hoher psychologischer und/oder sozialer Komplexität, meist auch von hoher gesellschaftlicher Relevanz. Unter dem Auftrag der Boulevardisierung steht jedoch der Unterhaltungswert dieser Themen für die ZuschauerInnen im Vordergrund, nicht eine ernsthafte, vertiefende und problematisierende Exploration oder eine Gesamtdarstellung, schon gar nicht eine kritische oder hinterfragende Einbindung in einen gesamtgesellschaftlichen Kontext. Daher ist zu erwarten, dass speziell medizinkritische Thematisierungen oder gesellschaftspolitisch relevante Inhalte

interaktiv nur bedingt vertieft werden und die angesprochenen Probleme als individuelle Probleme behandelt werden.

Insgesamt ist bei der Analyse davon auszugehen, dass auf Grund der spezifischen Zielsetzungen von medizinischen Informationssendungen und auf Grund ihres medialen Unterhaltungsauftrages nur ein ganz bestimmtes Spektrum an medizinischen, gesundheitspolitischen, psychologischen und soziokulturellen Bedeutungen, Konzepten und Werthaltungen an die ZuschauerInnen vermittelt wird, die nur bestimmte Betrachtungsweisen zu Krankheiten, ihrer Entstehung, Behandlung und individuellen Bedeutung eröffnen. Die entsprechende „interaktive Selektion“ erfolgt nicht zufällig, sondern durchaus systematisch in Übereinstimmung mit bestimmten gesellschaftlichen Normen, die in der Vermittlung durch ein relevantes öffentliches Informationsmedium reproduziert werden. Bei dieser Selektion spielen die ModeratorInnen die eigentliche Rolle. Auf Grund der insgesamt klaren Rollenverteilung zwischen ModeratorInnen, Betroffenen und ExpertInnen ist zusätzlich dazu zu erwarten, dass es in den Sendungen weniger um eine Repräsentation einer gesellschaftlich vielleicht bestehenden Vielfalt an Diskursen geht, die sich gegenseitig beeinflussen oder durchdringen, sondern dass es eher darum geht, welcher Diskurs relevant gesetzt wird und welche Bedeutungen damit interaktiv produziert und durchgesetzt werden.

6. Von Befund und Therapie, Schicksal und Erlösung: Das Sprechen über Krankheit in Medizintalks und Talkshows

Man schließt sich gerne einem an
der sich aufs Suchen versteht
und nicht sofort damit aufhört,
wenn er etwas gefunden hat.

Arno Widmann (über Cees Noteboom)

Vorschau

In diesem Kapitel wird anhand von exemplarischen linguistischen Analysen von Ausschnitten aus Medizintalks und Talkshows zu Krankheitsthemen das Spektrum der diskursiven Praxis dieser Sendungen aufgefächert, das sich zwischen medialem Diskurs, dem Diskurs öffentlicher Gesundheitsinformation und medizinischem Diskurs bewegt.

Im *ersten Abschnitt* erfolgt ein Überblick über Analysekategorien und Untersuchungsfragen. Dies dient erstens der Zusammenfassung der bisherigen Ausführungen zu den Aspekten medialer Gesundheitskommunikation, zweitens – und vor allem – dient es der Möglichkeit, dieses zentrale Analysekapitel als eigenständiges Kapitel rezipieren zu können. Betont kurze Kapitelabschnitte sollen ein rasches "Navigieren" in der Fülle der Informationen ermöglichen

Im *zweiten Abschnitt* geht es um die Frage der Etablierung der relevanten Diskurse durch die ModeratorInnen – und zwar in Abhängigkeit von Sendungsformat, Rollenspektrum der ModeratorInnen und Krankheitsthema. Exemplarisch dafür stehen deshalb die Sendungsanfänge mit Begrüßung, Themenpräsentation und Vorstellung der von der jeweiligen Krankheit Betroffen und der ExpertInnen durch die ModeratorInnen. Die ersten Analysen machen das Prinzip des "Diskurs-Patchworks" dieser Sendungsformate deutlich.

Im *dritten Abschnitt* geht es um das Zusammenspiel zwischen Rollen und Rollenzuweisungen der TeilnehmerInnen und Diskursrealisierungen. Exemplarisch dafür stehen die Gespräche zwischen ModeratorInnen und Betroffenen. Diese machen den wesentlichen Bestandteil der Sendungen aus, da in ihnen die mediale Inszenierung ärztlicher Gespräche bzw. die Erzählung von Krankheitsschicksalen ihren Schwerpunkt findet. Analysiert werden sowohl die interaktiven Prozesse der Zuweisung der Teilnehmerrollen und deren Übernahme oder auch Zurückweisung seitens der Betroffenen, wie auch die unterschiedlichen Darstellungsweisen und interaktiven Bearbeitungsformen der "Geschichten der Betroffenen". Die Instrumentalisierung der Betroffenen und ihrer Diskurse werden ebenso deutlich wie die mächtigen interaktiven Ressourcen, die den ModeratorInnen durch ihr jeweiliges breites Rollenspektrum zur Verfügung steht.

Im *vierten Abschnitt* geht es um das Aufeinandertreffen unterschiedlicher medizinischer Diskurse. Exemplarisch dafür stehen die Gespräche mit den medizinischen ExpertInnen. In der Analyse geht es dabei schwerpunktmäßig um die Funktionalisierung der Expertendiskurse für die jeweiligen Sendungsziele, also etwa um die mediale Inszenierung von Ernsthaftigkeit und Wissenschaftlichkeit. Exemplarisch dafür stehen auch Sendungen, in denen es um chronische Erkrankungen und die Darstellung alternativer Heilmethoden geht. Am Beispiel des Aufeinandertreffens unterschiedlicher Medizinformen können interaktive Prozesse wie Inkorporation und Hybridisierung transparent gemacht werden. Besonders deutlich wird die Instrumentalisierung alternativmedizinischer Methoden und ganzheitlicher Medizinformen in beiden Formaten.

6.1. Schwerpunkte und Struktur der linguistischen Analyse

Eingangs möchte ich die Analysekategorien und die Untersuchungsfragen überblicksartig darstellen. Das dient dazu, die umfangreichen Ausführungen und Überlegungen zu den zahlreichen Aspekten medialer Gesundheitskommunikation noch einmal zusammenfassend darzustellen, dies soll aber auch die Möglichkeit bieten, das Kapitel der Sendungsanalysen als eigenständiges Kapitel zu rezipieren. Betont kurze Kapitelabschnitte mit "sprechenden Überschriften" sollen ein rasches Navigieren in der Vielfältigkeit der Ergebnisse erlauben.

6.1.1. Die Rahmenbedingungen medialer Gesundheitskommunikation

Das Thema Gesundheitskommunikation im Fernsehen steht im Spannungsfeld dreier unterschiedlicher Rahmenbedingungen:

- erstens die Rahmenbedingungen der *gängigen Schulmedizin*, die eine bestimmte Form des Sprechens *mit* Kranken (ärztliche Kommunikation) sozial etabliert hat, ebenso wie eine bestimmte Form des Sprechens *über* Krankheiten (Gesundheitsinformation);
- zweitens die Rahmenbedingungen der *öffentlichen Gesundheitsinformation*, die zum Ziel hat, verständliches medizinisches Wissen zu vermitteln und in der Bevölkerung zu gesundheitsförderlichem Handeln zu motivieren,
- und drittens die Rahmenbedingungen der *medialen Inszenierung*, in der Kommunikation mit dem Zweck der Vermittlung von Information und/oder Unterhaltung an ZuschauerInnen inszeniert wird und in der Krankheits- und Gesundheitsthemen unter den Aspekten einer unterhaltsamen und Aufmerksamkeit bindenden Berichterstattung auswählt und produziert werden.

6.1.2. Die drei Diskurse

Jeder dieser drei Bereiche wird über bestimmte sprachliche (und nicht-sprachliche) Verfahren realisiert und wird so als Diskurs manifest. Diese Diskurse referieren im Sinne des Konzepts der Diskursordnungen auf die ihnen jeweils zugrunde liegenden spezifischen Konzepte, Wissens- und Bezugssysteme mit entsprechenden Normen, Werten, Bedeutungen und Rollenzuschreibungen, die über sie vermittelt und re-etabliert werden und die sie selbst wiederum auch bedingen. Entsprechend der vorangegangen Aufzählung handelt sich also um den *medizinischen Diskurs* bzw. seine Ausprägungen als biomedizinischer und ganzheitlich-medizinischer Diskurs, um den *Diskurs der öffentlichen Gesundheitsinformation* und um den *medialen Diskurs*.

6.1.2.1. Charakteristika des medizinischen Diskurses

Der *schulmedizinische Diskurs* basiert auf dem Bezugssystem der Biomedizin und zeichnet sich demgemäß durch folgende Konzeptualisierungen aus: Krankheit wird als Funktionsstörung von Organen oder körperlichen Prozessen definiert, die im Wesentlichen von der Person getrennt abläuft; in der Prophylaxe wird primär ein Konzept der Krankheitsvermeidung, nicht der Gesundheitserhaltung, verfolgt, das pathogen und an Risikofaktoren orientiert ist: komplexere, biopsychosozial bedingte Befindensstörungen werden als somatische Krankheiten klassifiziert und einem entsprechend einseitigen

Behandlungsprozess unterworfen; das Arzt-Patienten-Verhältnis ist paternalistisch definiert und setzt entsprechenden Rollenzuschreibungen und –erwartungen fest.

So lässt sich die diskursive Praxis der Schulmedizin als eine krankheits- oder organorientierte beschreiben, die dadurch gekennzeichnet, dass die ÄrztInnen die gesprächsorganisatorische und inhaltliche Kontrolle über das Interaktionsgeschehen übernehmen und über bestimmte sprachliche Verfahren den psychosozialen und affektiven Anteil des lebensweltlichen Diskurs der PatientInnen aus dem Interaktionsgeschehen ausschließen.

ÄrztInnen eröffnen und beenden die Gespräche, initiieren Frage-Antwort-Sequenzen, kontrollieren den thematischen Verlauf und kanalisieren die Äußerungen der PatientInnen zeitlich wie inhaltlich. Entsprechend der biomedizinischen Ausrichtung sind die ärztlichen Fragen auf die Erfassung von somatischen Phänomenen bezogen, sie dienen der medizinisch korrekten Symptomerfassung und der "fachsprachlichen Übersetzung" der Beschwerdendarstellungen der PatientInnen. Themenwechsel, Unterbrechungen oder Übergehen von Äußerungen der PatientInnen, also das Fragmentieren der Darstellungen, dienen der Ausblendung affektiver und individuell erlebensrelevanter Anteile der Krankheitsbeschreibungen. Diese sprachlichen Verfahren werden eingesetzt, um den biomedizinischen Diskurs und sein Spektrum an Bedeutungen und Normen relevant zu setzen, ihn kohärent und geschlossen zu halten und ihn gegenüber dem lebensweltlichen Diskurs bzw. gegenüber bestimmten Anteilen und anderen Bedeutungsspektren durchzusetzen.

Ein *ganzheitlicher medizinischer Diskurs* basiert auf einem integrativ-systemischen Konzept der Krankheitsentstehung und -behandlung, in dem körperliche, soziale, psychische und emotionale Phänomene gleichermaßen beteiligt sind. In der Prophylaxe wird ein Konzept der Gesundheitserhaltung statt Krankheitsvermeidung verfolgt, das salutogen und auf Individualität ausgerichtet ist. Das Arzt-Patienten-Verhältnis ist als ein gleichberechtigtes festgesetzt, es zeichnet sich dadurch aus, dass die Integration des individuellen Relevanzsystem der Kranken in das professionelle Relevanzsystem der jeweiligen Medizinform im Vordergrund steht.

Der ganzheitliche medizinische Diskurs orientiert sich als patientenzentrierter Diskurs daher am lebensweltlichen Diskurs der Kranken, so dass die ÄrztInnen Einblick in deren individuelle Relevanzsystem und Lebenswelt bekommen. In ganzheitlichen ärztlichen Gesprächen wechseln die sprachlichen Verfahren und die interaktive Rollenverteilung je nach Gesprächsphase. Die ärztliche Fragetätigkeit ist vor allem in explorativen Gesprächsphasen prominent, in den Phasen der Krankheitsdarstellung dominieren wiederkehrende Erzählaufforderungen seitens der ÄrztInnen und eigenständige Darstellungen seitens der PatientInnen, in den Phasen der diagnostischen Abstimmung gibt es gemeinsame Formulierungsaktivitäten. Über weitere sprachliche Prozessierungsverfahren wie Thematisieren, Hinterfragen und Vertiefen werden bestimmte Ausschnitte aus der Lebenswelt und affektive Anteile des Krankheitserlebens elizitiert und gemeinsam bearbeitet. Die ÄrztInnen lassen sich vom lebensweltlichen Diskurs und der Bedeutungsstruktur der PatientInnen führen, allerdings ohne ihren professionellen Diskurs aufzugeben. Dieser dient – im Sinne der Integration – der Strukturierung und Ordnung der Relevanzen und Erkennen der Bedeutungszusammenhänge bzw. der Wiederherstellung der Ordnung, die verloren gegangen ist.

6.1.2.2. Charakteristika des Diskurses der öffentlichen Gesundheitsinformation

Der Diskurs der öffentlichen Gesundheitsinformation lässt sich prototypisch als Diskurs zwischen Gesundheitsvermittlern und Personen, die nicht unbedingt aktuell erkrankt sind, beschreiben, inhaltlich geht es um Prävention und Gesundheitsförderung, also um

die Vermittlung von Wissen über Krankheitszusammenhänge und gesundheitsförderliche Lebensweisen. Er erfolgt üblicherweise nicht face-to-face sondern medial vermittelt.

Als öffentlicher Diskurs des Gesundheitswesen erweist er sich generell als stark geprägt vom Diskurs der sozial etablierten Medizinform, in diesem Falle vom Konzept der Biomedizin, die die sozial etablierten Formen des Sprechens über Krankheit und Gesundheit bestimmt; als medial vermittelter Diskurs ist er geprägt durch das jeweilige Medium und seine Produktionsbedingungen, in Falle dieser Untersuchung ist das das Fernsehen bzw. das Sendungsformat Medizintalk und Talkshow, seine Inszenierungsprinzipien und seine Fokussierung auf unterhaltsame und Aufmerksamkeit bindende Themenauswahl und Berichterstattung.

Trotz dieser prinzipiell starken biomedizinischen Prägung lässt sich – abhängig von Thema und initiativer Organisation und Medium – eine Bandbreite an *Varianten* des Diskurses der öffentlichen Gesundheitsinformation beschreiben. Diese reicht von der traditionellen Ausprägung, die stark einem biomedizinischen Konzept der Krankheitsentstehung und –behandlung verhaftet ist, einen pathogenetischen Ansatz verfolgt (Stichworte "Risikofaktor" und "Krankheitsvermeidung") und ein paternalistisches Verständnis von Informationsvermittlung (*top-down*) bis hin zu modernen Ausprägungen, die auch für ganzheitliche und egalitäre Ansätze offen sind, ein salutogenetisches Modell verfolgen und Begriffe wie Selbstverantwortung und Individualität bei der Informationsaufbereitung voranstellen (Stichworte "sanfte Methoden", "Wellness" und "Gesundheitserhaltung").

Zur Verdeutlichung muss an dieser Stelle folgende *Differenzierung* festgehalten werden: Wenn im Medizintalk z.B. schulmedizinischer Diskurs produziert wird, handelt es sich dabei niemals um schulmedizinischen Diskurs im engeren Sinne, da er ja nicht der Diagnose oder Behandlung einer akuten Erkrankung dient. Er ist von seiner pragmatischen Funktion her im Grunde *immer* ein Diskurs der öffentlichen Gesundheitsinformation, da er zur Vermittlung von Information über Krankheit eingesetzt wird, so wie jede Äußerung in den Sendungen *immer* zugleich auch medialer Diskurs ist, da jeder Kommunikationsanteil ein medial inszeniertes Produkt ist. Der Diskurs der öffentlichen Gesundheitsinformation bedient sich des schulmedizinischen Diskurses bzw. bestimmter charakteristischer Anteile, um in bestimmter Weise öffentlich über Krankheit zu sprechen und ein bestimmtes Spektrum an Information, Aufklärung und Bedeutungen zu vermitteln und diese für die ZuschauerInnen relevant zu setzen. Insofern müsste man immer von einem schulmedizinisch geprägten Diskurs der öffentlichen Gesundheitsinformation sprechen. Die verkürzte Bezeichnung schulmedizinischer Diskurs dient im Analyseprozess der heuristischen Verdeutlichung.

6.1.2.3. Charakteristika des medialen Diskurses

Der mediale Diskurs des Fernsehens zeichnet sich dadurch aus, dass er für ein zusehendes Publikum produziert wird. Die Kommunikation, die im Studio inszeniert wird, dient nicht so sehr der face-to-face-Kommunikation zwischen den InteraktantInnen, sondern der Vermittlung von Information und Unterhaltung für FernsehzuschauerInnen. Die Redebeiträge der InteraktantInnen sind daher prinzipiell "mehrfachadressiert", d.h. sie sind sowohl an die anderen anwesenden GesprächsteilnehmerInnen gerichtet wie an die ZuschauerInnen und nehmen immer auch – explizit oder implizit – die Perspektive und die (angenommenen) Interessen des Publikums wahr. Bedingt durch die Inszeniertheit sind der inhaltliche Ablauf von Sendungen durch die Programmgestaltung und Sendungskonzeption deutlich geregelt, ebenso die Rollenverteilung der InteraktantInnen (also ModeratorIn, Gast, ExpertIn, StudiozuschauerIn und ggf. AnruferIn). Diese Rol-

lenzuweisungen gehen mit spezifischen, hoch verbindlichen Handlungsmöglichkeiten und Kompetenzen einher (ModeratorInnen z.B. verteilen die Gesprächsrollen und kontrollieren den thematischen Verlauf; Gäste müssen Persönliches erzählen) und sind den Zielsetzungen der Sendungen untergeordnet, Information und Unterhaltung für ein Publikum zu produzieren.

Das Inszenierungsprinzip medialer Informationsvermittlung ist es, Information und Unterhaltung zu vereinen ("Boulevardisierung", "Infotainment", "Emotainment"), und bedingt bestimmte *sprachliche Verfahren* bei der Aufbereitung und Darstellung von Informationen, z.B.:

- Vereinfachung und Trivialisierung komplexer Zusammenhänge durch Weglassen oder Aufbau einfacher und linearer wenn-dann-Relationen,
- Sensationalisierung durch Selektion und Elizitation von Besonderem und von Höhepunkten und deren rasche Verkettung (Fragmentierung) sowie durch lexikalische Präferenzen, z.B. für Superlative und Schlagwörter,
- Dramatisierung und Emotionalisierung von Inhalten und Erleben durch den Einsatz hoch besetzter Metaphern, Vergleiche und Bilder, durch die Inszenierung von Interaktionsmodi wie Konflikte oder Geständnisse und durch die Selektion affektiv besetzter Gehalte,
- Personalisierung und Individualisierung abstrakter und/oder gesellschaftlicher Vorgänge durch Narrativierung.

Davon werden ganz speziell die persönlichen Krankheitsdarstellungen der Betroffenen und ihre interaktive Prozessierung durch die ModeratorInnen geformt. Die *Sendungsformate Medizintalk und Talkshow* lassen sich dahingehend unterscheiden, dass der mediale Diskurs im Medizintalk stärker an unterhaltender Information ("Infotainment") ausgerichtet ist und der mediale Diskurs der Talkshow stärker an emotionalisierter Unterhaltung ("Emotainment").

6.1.2.4. Die gegenseitige Durchdringung von Diskursen

Die genannten Diskurse durchdringen, beeinflussen und bedingen sich gegenseitig: So prägt z.B. wie schon erwähnt der Diskurs der Biomedizin als sozial dominante Medizinform den Diskurs einer öffentlichen Gesundheitsförderung und Aspekte beider Diskurse sind in der aktuellen sprachlichen Realisierung eng miteinander verwoben. Ebenso prägt der mediale Diskurs, da es sich um Fernsehsendungen und um die Herstellung von Information und Unterhaltung handelt, alle anderen in diesen Sendungen stattfindenden Diskurse – der mediale Diskurs als Handlungskontext ist quasi "immer". Mit anderen Worten: Jede sprachliche Äußerung in den Sendungen enthält immer Aspekte *aller* der möglichen dargestellten Diskurse – und diese Aspekte werden je nach Situation und pragmatischer Funktion jeweils unterschiedlich dominant.

In der Analyse gilt es daher, die Frage zu beantworten, in welcher Form die zu erwartenden Diskurse in den Medizintalks und Talkshows sprachlich realisiert und relevant gesetzt werden und wie sie miteinander verquickt werden, d.h. wann welche Diskurse bzw. Diskursaspekte innerhalb dieser Diskurse relevant gesetzt werden, wie sich diese Diskurse oder Aspekte dieser Diskurse gegenseitig durchdringen, bedingen und formen, sei es in interaktiven Sequenzen oder in einzelnen Äußerungen selbst. Daran anschließend stellt sich die Frage, ob und wie sich diese Prozesse in den einzelnen Sendungsformaten unterscheiden und welche Funktionen mit diesen diskursiven Prozessen verbunden sind.

Die Frage, welche Diskurse oder Diskursaspekte wie etabliert werden, ist bedeutsam, da über die jeweiligen sprachlichen Realisierungen die zugrunde liegenden Konzepte und das zugrunde liegende Bezugssystem relevant gesetzt wird, was wiederum dieses Bezugssystem legitimiert und stabilisiert. Gerade im öffentlichen medialen Kontext erlangen etablierte Diskurse "Normalitätsstatus". Dies ist eine grundlegend wichtige Beobachtung im Zusammenhang mit den Fragen, wie die Diskurse zweier gesellschaftlich mächtiger Systeme, also Medien und Medizin, miteinander interagieren und wieweit Fernsehen dazu beitragen kann, bestehende gesellschaftliche Verhältnisse zu stärken und zu unterstützen.

6.1.3. Sprachliche Verfahren der Relevantsetzung[63]

Die interaktive Etablierung von Diskursen kann über eine Bandbreite verschiedener sprachlicher Verfahren der Relevantsetzung erfolgen, die von den kontextuellen und interaktiven Faktoren und Bedingungen von Medizintalks und Talkshows abhängen. *Kontextuelle Faktoren* sind Inszenierungsrahmen, Verlauf und Ziel des jeweiligen Sendungsformats, das Krankheitsthema selbst, der außermediale Berufsrollenstatus des Moderators/der Moderatorin (also z.B. selbst praktizierender Arzt oder nicht) und die Auswahl der medizinischen und nicht-medizinischen ExpertInnen und Betroffenen.

Interaktive Faktoren sind erstens die *Verfahren der Gesprächsorganisation* (Sacks, Schegloff & Jefferson 1978, Atkinson & Heritage 1984, Bergmann 1980 & 2001, Streeck 1983, Deppermann 1999) wie das Eröffnen und Beenden von Interaktionen, die Verteilung des Sprecherwechsels, die Initiierung von Frage-Antwort-Sequenzen, die Sequenzierung von Redebeiträgen und das Durchsetzen von Unterbrechungen, Korrekturen und Reparaturen. Bei diesen gesprächsorganisatorischen Aufgaben, die v.a. den ModeratorInnen zukommen, handelt es sich um mächtige interaktive Ressourcen (*interactional control features*), die diesen die Kontrolle über den Interaktionsverlauf gewährleisten.

Zweitens handelt es sich bei den interaktiven Faktoren um *Verfahren der Rollenzuweisung* bzw. Rollenübernahme (Schwittalla 2001) und Verfahren der *Durchführung sozialer Kategorisierungen* und expliziten oder impliziten Zuschreibungen von rollengebundenen Handlungen oder Eigenschaften (Sacks 1972, 1992). Die ModeratorInnen übernehmen die Identifikation der InteraktantInnen nicht nur über Anrede, sondern über die einführende Vorstellung und die Elizitierung von Meinungen, Ratschlägen oder Beschreibungen von Tätigkeiten etc., ebenso wie sich InteraktantInnen selbst über ihre Darstellungen und Erzählungen von eigenen Handlungen und Verhaltensweisen und Einstellungen bestimmten Kategoriengruppen zuordnen. V.a. die ModeratorInnen können damit maßgeblich auf die Rollenkonstitution der InteraktantInnen Einfluss nehmen – und damit auch auf die zu erwartenden Diskurse.

Drittens handelt es sich um *Verfahren der Relevanzsetzung* wie *Fokussierung* (Kallmeyer 1978) und *Hervorhebung* (Hausendorf 2000). Damit ist ganz allgemein die gemeinsame Aufmerksamkeitsausrichtung der InteraktantInnen gemeint, die Verdeutlichung, welche kommunikativen Aufgaben oder Inhalte interaktiv im Vordergrund stehen, unter Einsatz der gesamten Bandbreite lexikalisch-syntaktischer, prosodischer und nonverbaler Möglichkeiten (eine differenzierte Diskussion findet sich in Sator 2003). Verquickt damit sind die *Verfahren der interaktiven Prozessierung von Äußerungen* (Fiehler 1990). Dies sind sprachliche Verfahren, mit denen explizit oder implizit Inhalte

[63] Dieses Analyseinventar ist in seiner methodologischen Eingebundenheit in Kap. 2.6. ausführlich dargestellt worden, ich beschränke mich an dieser Stelle deshalb nur auf die Nennung der notwendigsten Literaturhinweise.

oder Bedeutungsgehalte, die von den anderen InteraktantInnen realisiert wurden, weitergeführt, vertieft oder ausgeschlossen werden, also z.B. Thematisieren, Eingehen, Hinterfragen, Dethematisieren und/oder Übergehen. Die Anwendung dieser Kategorien, die speziell für die interaktive Prozessierung von Erleben und Emotion konzipiert wurden, hat sich als Methode zur Erfassung der interaktiven Bearbeitung von Bedeutungen bewährt (Fiehelr 2005, Lalouschek 2002). Aufgabe der linguistischen Analyse wird es sein, den Einsatz sprachlicher Prozessierungsverfahren und ihre Implikationen für die Durchsetzung von Diskursen und die Produktion von Bedeutung herauszuarbeiten.

6.1.4. Untersuchungsfragestellungen

Anhand von Ausschnitten aus Medizintalks und Talkshows zu Krankheitsthemen sollen folgende Bereiche herausgearbeitet werden:

- die *Charakteristika der diskursiven Praxis* von medizinischen Informationssendungen,
- die *Unterschiede zwischen den beiden Sendungsformaten* und ihren unterschiedlichen medialen Zielsetzungen und
- die Probleme des Aufeinandertreffens, der Überlagerung und/oder der Ausschließung *unterschiedlicher Diskurse und Diskursordnungen*.[64]

Die zentralen Untersuchungsfragen basieren auf folgenden Überlegungen: *Erstens*: Die Zusammenhänge zwischen unterschiedlichen medizinischen Konzepten, den Normen- und Wertesystemen, auf die sie sich beziehen und ihren weit reichenden sozialen Implikationen, die sie haben, sind äußerst komplex. So werden bei der Darstellung von Krankheits- und Gesundheitsthemen nicht nur faktische wissenschaftliche Informationen vermittelt, sondern auch soziokulturell relevante Konzepte und Normen von Krankheitsentstehung und -behandlung, also vom "Wissen" über Erkrankungen und Beschwerden, von angemessenem oder abweichendem Verhalten und von kranken und gesunden Körperzuständen und Lebensstilen. Eine der Fragestellungen ist deshalb, welches Spektrum an medizinischen, psychologischen, sozialen und kulturellen Bedeutungen und Werthaltungen wird in diesen Sendungen über die interaktiven Prozesse der TeilnehmerInnen produziert und an die ZuschauerInnen vermittelt, welche Betrachtungsweisen zu Krankheiten, ihrer Entstehung, Behandlung und individuellen Bedeutung eröffnen oder verschließen sich. Besonders interessant sind hierbei natürlich alle Formen der indirekten und sublimen interaktiven Produktion von Bedeutung.

Zweitens: Bei Kommunikation im Fernsehen handelt es sich um inszenierte Kommunikation, also um Kommunikation, die für den Konsum durch ZuschauerInnen hergestellt wird und die in mehr oder weniger großem Ausmaß dem medialen Unterhaltungsauftrag untersteht. Dies wirft die Frage auf, wie sich die spezifischen medialen Produktionsbedingungen auf die Darstellung und Aufbereitung von Gesundheitsinformation auswirken, welche systematischen Verzerrungen wirksam werden, und ob und wie Krankheit und Leid, aber auch die Betroffenen und die ExpertInnen, die in den Sendungen auftreten, für Unterhaltungszwecke eingesetzt und funktionalisiert werden. Die konzeptionellen Unterschiede der ähnlichen Sendungsformate Medizintalk und Talkshow erlauben hierbei interessante Vergleiche und Kontrastierungen.

[64] Der Vollständigkeit halber möchte ich hier nochmals deutlich machen, dass ich in dieser Arbeit auf globale interaktive Prozesse und zugrunde liegende Konzeptionen eingehe, nicht auf die Form der Gesundheitsinformationen selbst wie etwa Tipps und Ratschläge, Informationen zu Prophylaxe, Akutbehandlung und Nachbehandlung oder Formen der Veranschaulichung.

Und *drittens* geht es auch um die Frage, wie sich das gesellschaftlich mächtige System der Medizin im gesellschaftlich mächtigen Medium Fernsehen selbst präsentiert, d.h., welche der kulturell präsenten Medizin- und Heilformen (Biomedizin bzw. Schulmedizin, psychosomatische Medizin, gesamtheitliche "alternative" Heilformen etc.) in den Sendungen in welcher Form relevant gesetzt werden. Spezielles Augenmerk liegt darauf, wie – gerade im Medizintalk – bestimmte Bestandteile ärztlicher Gespräche in den Sendungen dazu eingesetzt werden, um Symptome, krankheitsbezogene Zusammenhänge und angemessene therapeutische Umgangsweisen mit den Betroffenen interaktiv darzustellen und zu bearbeiten, aber wie sie im interaktiven Prozess auch eingesetzt werden können, um bestimmte Bedeutungen auszuschließen. Diese Ergebnisse lassen auch Rückschlüsse darauf zu, welche Rollenverteilungen und Machtverhältnisse im Gesundheitsbereich dadurch festgeschrieben werden, ob und wie das bestehende Gesundheitssystem gestützt wird und eventuell notwendige Veränderungen und Neuorientierungen gestärkt oder verhindert werden.

Ausgehend von diesen Ergebnissen soll festgestellt werden, welche spezielle Art von medialer Gesundheitskommunikation in diesen Sendungen durch die genannten Rahmenbedingungen geformt wird. Diese Ergebnisse bilden die Basis für die Überlegungen, welche Veränderungen bei der Konzeption und Produktion von medizinischen Informationssendungen dieser Art sowohl sinnvoll wie vor allem machbar wären.

6.1.5. Aufbau der linguistischen Analyse der Sendungen

Um diese umfassenden Fragestellungen in einer Form zu bearbeiten, die angesichts der großen Materialfülle sowohl darstellbar wie auch interessant lesbar bleibt, die vielfältig, aber nicht überfrachtet wirkt, und die verallgemeinerbar ist, ohne allzu redundant zu werden, habe ich mich für folgende Vorgangsweise entschieden: Die Analyse der Sendungen bezieht sich auf einige ausgewählte, zentrale Aspekte der Untersuchung und ist exemplarisch jeweils an bestimmte Teile des Datenmaterials gebunden, die sich auf Grund der Voranalysen dafür als besonders relevant herausgestellt haben. Umgekehrt bedeutet dies, dass bestimmte Teile des Datenmaterials – quasi unter Vernachlässigung schon beschriebener Phänomene – nur unter neu hinzukommenden ausgewählten Aspekten betrachtet werden.

Im ersten Abschnitt geht es um die Frage der *Etablierung der relevanten Diskurse und Diskursaspekte durch die ModeratorInnen* – und zwar in Abhängigkeit von Sendungsformat, Rollenspektrum der ModeratorInnen und Krankheitsthema. In den Voranalysen hat sich gezeigt, dass die Etablierung der eigentlichen oder präferierten Diskursrichtung schon in den ersten Minuten des jeweiligen Sendungsanfangs stattfindet, und zwar jeweils unterschiedlich in Abhängigkeit von Sendungsformat, Rollenspektrum der ModeratorInnen und Krankheitsthema. Deshalb werden exemplarisch für die Etablierung der Diskurse die Sendungsanfänge mit Begrüßung, Themenpräsentation und Vorstellung der von der jeweiligen Krankheit Betroffen und der ExpertInnen durch die ModeratorInnen dargestellt.

Im zweiten Abschnitt geht es um das Zusammenspiel zwischen *Rollen der TeilnehmerInnen und Diskursrealisierungen*. Exemplarisch dafür stehen die Gespräche zwischen ModeratorInnen und Betroffenen, die ja den wesentlichen Bestandteil der Sendungen ausmachen und in denen die mediale Inszenierung ärztlicher Gespräche ihren Schwerpunkt findet. Analysiert werden sowohl die interaktiven Prozesse der Zuweisung der Teilnehmerrollen durch die ModeratorInnen und deren Übernahme oder auch Zurückweisung seitens der Betroffenen wie auch die unterschiedlichen Darstellungsweisen und interaktiven Bearbeitungsformen der "Geschichten der Betroffenen".

Im dritten Abschnitt geht es um die *Frage des Aufeinandertreffens unterschiedlicher medizinischer Diskurse*. Exemplarisch dafür stehen die *Gespräche mit den medizinischen ExpertInnen*. In den Analysen geht es dabei zuerst um die Funktionalisierung der Expertendiskurse für die jeweiligen Sendungsziele und Diskursetablierungen, also etwa um die Inszenierung von Ernsthaftigkeit und Wissenschaftlichkeit im schulmedizinischen Kontext oder aber um die Inszenierung von Offenheit und Zugänglichkeit im alternativmedizinischen oder auch unterhaltungsorientierten. Gerade am Beispiel des Aufeinandertreffens unterschiedlicher Medizinformen können interaktive Prozesse wie Inkorporation und Hybridisierung deutlich verfolgt werden.

An dieser Stelle sei auch auf das nachfolgende Kapitel 7 hingewiesen, in dem – ergänzend zur Analyse der Vielfalt sprachlicher Verfahren zur Produktion von Diskursen – anhand dreier Fallbeispiele dargestellt wird, wie die interaktiven Konstruktion soziokultureller Bedeutung von Krankheit und Körper durch Sendungsgestaltung, Prozessdynamik und entsprechende Relevanzsetzungen vor sich geht.

6.2. Medizintalk: Die Etablierung des schulmedizinischen Diskurses

In den Voranalysen hat sich gezeigt, dass die Etablierung der eigentlichen oder präferierten Diskursrichtung schon in den ersten Minuten des jeweiligen Sendungsanfangs stattfindet, und zwar in Abhängigkeit vom Krankheitsthema. Darum werde ich drei Anfangspassagen des Medizintalks "*Gesundheit!*" zu drei unterschiedlichen Themen kontrastierend untersuchen, und zwar erstens zum Thema "Spannungskopfschmerz und Migräne", also einer chronischen Erkrankung, dann zum Thema "Prostatakrebs", einer lebensbedrohlichen schweren Erkrankungen, und schließlich zu einer Befindlichkeitsstörung, dem prämenstruellen Syndrom (PMS).

Jede Sendung beginnt standardmäßig mit der Begrüßung der ZuschauerInnen durch den ärztlichen Moderator, einer Einführung des Themas und einer kurzen Vorstellung der von der Krankheit Betroffenen und der eingeladenen ExpertInnen.

6.2.1. "Spannungskopfschmerz und Migräne" – eine chronische Erkrankung

001
MO: hallo: liebe Zuschauer' und herzlich willkommen zu unserer heutigen Ausgabe von: Gesund-

002
MO: heit' |EA| |geht es Ihn/| ist es::/ ist es Ihnen auch schon so gegangen' dass Sie
| Applaus || 10s Applaus |

003
MO: morgens mit einem dicken Kopf aufgewacht sind' also mit Kopfschmerzen' |EA| obwohl

004
MO: Sie die Ursache genau wussten' |EA| nämlich eine f:euchtfröhliche durchzechte Nacht' |EA|

005
MO: und dann auch gleich Schmerztabletten' genommen habn' |EA| aber' Kopfschmerzen: sind

006
MO: nicht gleich Kopfschmerzen' |EA| nicht jeder der Kopfschmerzen hat, hat auch gleich: äh mit

007
MO: Alkohol zu tun gehabt' |EA| die Hälfte der Bevölkerung immerhin' leidet unter Kopfschmerzen'

008
MO: und die zwei häufigsten Kopfschmerzarten, ist einmal die Migräne' |EA| und dann

009
MO: der - Spannungs |EA| kopfschmerz. und darüber wollen wir uns unterhalten' |EA| (...)

6.2.1.1. Die Begrüßung – die Etablierung der para-sozialen Beziehung

Dr. Gerhardt, der ärztliche Moderator begrüßt zuerst die ZuschauerInnen. Diese Begrüßung richtet sich in der medientypischen Art der Mehrfachadressierung an die ZuschauerInnen vor den Fernsehgeräten ebenso wie an das Publikum im Studio.[65] Im weiteren spricht er direkt in die Kamera, adressiert also primär die ZuschauerInnen vor den Fernsehgeräten. Dies ist *prototypischer medialer Diskurs* um die so genannte "para-soziale" Beziehung zwischen Moderator und ZuschauerInnen zu etablieren und die Qualität einer "Live-Sendung" zu inszenieren, die Talkformate charakterisiert (vgl. Kap. 4.1.).

6.2.1.2. Die Einführung des Themas – die Verquickung von Diskursen

Die Einführung des Themas Spannungskopfschmerz und Migräne geschieht folgendermaßen: Der Moderator initiiert einen Quasi-Dialog mit den ZuschauerInnen (*ist es Ihnen auch schon so gegangen? (002)*) und führt eine Alltagserfahrung mit einer Kopfschmerzform ein, dem Kater nach Alkoholgenuss. Dies dient dazu, die ZuschauerInnen gerade zu Beginn der Sendung persönlich anzusprechen und sie, an ihrem Alltagswissen anknüpfend, thematisch "abzuholen". Der Bezug zum Katerkopfschmerz sorgt dabei für ein gewisses *Unterhaltungselement*: Üblicherweise wird darüber öffentlich nicht so unmarkiert und selbstverständlich gesprochen. Dies ist ein Bestandteil des Infotainment-Anteils der Sendung. Der Katerkopfschmerz dient dazu, die eigentlichen medizinischen Fachinformationen einzuleiten: Kopfschmerzen sind nicht gleich Kopfschmerzen und die häufigsten sind "Spannungskopfschmerz und Migräne". Damit ist das Thema genannt, der aufklärende Aspekt öffentlicher Gesundheitsinformation deutlich gemacht und auch die Struktur der weiteren Sendung vorgegeben: Es wird um eine Gegenüberstellung dieser beiden Kopfschmerzarten gehen. Wichtig ist zu betonen, dass diese diagnostische Differenzierung dem *biomedizinischen Modell* entstammt und sie damit auf dieses zugrunde liegende Medizinkonzept verweist. Zugleich wird auch einem möglichen Vorurteil entgegengewirkt, Kopfschmerzen seien immer alkoholbedingt bzw. Menschen mit chronischen Kopfschmerzen seien AlkoholikerInnen. Auch dies ist Teil einer öffentlichen Gesundheitsaufklärung: Unrichtige Vorannahmen und Vorurteile zu korrigieren und der Bagatellisierung von körperlichen Beschwerden bei sich selbst oder anderen entgegenzuwirken. Die in diesem Kontext erfolgende Nennung einer respektablen Menge von Betroffenen, *die Hälfte der Bevölkerung immerhin (008)*, dient der Relevanzhochstufung dieses Themas: Da Kopfschmerzen jede/n zweite/n betreffen, sind sie als Volkskrankheit ernst zu nehmen. Natürlich ist diese Angabe nicht wirklich informativ, da alle Erscheinungsformen von Kopfschmerz darunter subsumiert sind.

Dieses erste ausführliche Analysebeispiel zeigt schon deutlich das Prinzip der ständigen *Verquickung der unterschiedlichen Diskurse*, das dieses Medizinsendungsformat und jede in ihr realisierte sprachliche Äußerung prägt: Medialer Diskurs, Diskurs der öffentlichen Gesundheitsförderung und medizinischer Diskurs – ganz abgesehen von den noch möglichen Binnendifferenzierungen innerhalb dieser Diskurse – sind ständig ineinander verschlungen; funktional werden jeweils Aspekte des einen oder des anderen Diskurses dominant. Dieses Prinzip der ständigen Verquickung wird die gesamte weitere Analyse begleiten. Schon die ersten einleitenden Worte des ärztlichen Moderators weisen alle Elemente eines in den Kapiteln 4. und 5. beschriebenen *medialen Gesundheitsdiskurses* auf: Unterhaltende Elemente werden mit medizinischen Fachinformationen und mit aufklärenden Elementen verbunden. Inhaltlich steht bei den medizinischen Informationen (vorerst) das biomedizinische Diagnoseschema von Krankheiten im Vor-

[65] Dies betrifft alle Sendungen vor März 2000 (vgl. Kap. 5.3.1.)

dergrund. Nach Schwabe (1999) befindet sich der Medizintalk damit in größerer Nähe zu Ratgebersendungen aus dem Gesundheitsbereich als zu Talkshows.

In diesem Beispiel deutet sich auch schon der *Grenzgang öffentlicher Gesundheitsinformation* an: Die Aufforderung, auf körperliche Beschwerden aufmerksam zu sein und sie nicht zu bagatellisieren, dient einerseits der Gesundheitsvorsorge, kann andererseits aber zu einer übertriebenen Selbstbeobachtung führen und einer Hypochondrisierung der Bevölkerung Vorschub leisten. Dies ist ja ein prinzipieller Kritikpunkt an übertriebenen Gesundheitsideologien (vgl. Kap. 1.5.4.). Umso interessanter oder wichtiger ist es, welche Umgangsformen mit den Beschwerden in der weiteren Sendung dann erfolgen, also welchen Stellenwert die Beschwerden dann zugewiesen bekommen: Als zu korrigierende Symptome in biomedizinischem Sinne oder auch als Hinweise auf notwendige Veränderungen in der Lebensgestaltung in einem gesamtheitlichen Sinne (vgl. Abschnitt 6.6.3.).

6.2.1.3. Der Übergang zum *talk* – die Simulation von Unterhaltung

Bevor der Moderator die eingeladenen Betroffenen und den Experten persönlich vorstellt, gestaltet er einen Übergang zwischen der monologischen Einleitung und dem folgenden dialogischen Sendungsteil, dem *talk*:

009
MO: der - Spannungs |EA| kopfschmerz. und darüber wollen wir uns unterhalten' |EA| und ich

010
MO: habe wie immer - Gäste eingeladen' die über - Kopfschmerzen, Migräne mir was zu erzählen

011
MO: können' |EA| zunächst einmal Frau Sabine Herrmann' |EA| sie leidet seit siebzehn Jahren

Die Einführung des Themas beschließt der Moderator mit der Ankündigung *darüber wollen wir uns unterhalten (009)*. Damit ist die eingeleitete Sendung als "Talkformat" charakterisiert. Mit dieser Einleitung der Vorstellungsrunde inszeniert Dr. Gerhardt den Beginn einer lockeren Gesprächsrunde: Das inklusive *wir* simuliert ein Gespräch auf gemeinsamer Ebene, noch unbestimmt von Rollenverteilung und spezifischen Funktionen. Durch die Kategorisierung der auf dem Podium im Studio Anwesenden als Gäste, die er sich *eingeladen* habe, betont Dr. Gerhardt seine Rolle als Moderator. Mit der Weiterführung *Gäste eingeladen die (...) mir was zu erzählen können (011)* distanziert er sich gänzlich von seiner medizinischen Expertenrolle und dreht die bestehende Experten-Laien-Situation um. So simuliert er Offenheit und Lockerheit der Interaktionssituation unter Bezug auf den alltäglichen Gesprächstyp der Unterhaltung. Dies soll bei den ZuschauerInnen die Erwartung von unterhaltsamer Information über persönliche Darstellungen der Betroffenen und wenig Fachjargon im Gespräch zwischen dem Moderator und dem Fachmann fördern – alles Charakteristika von *Infotainment*. Zudem simuliert Dr. Gerhardt eigene Unwissenheit bezüglich des Themas, nimmt also stellvertretend für die ZuschauerInnen die Laienposition ein und demonstriert Neugierde, was dazu dienen könnte, den Neuigkeitswert des Folgenden zu erhöhen. Dies ist eine Realisierungsvariante des so genannten "laienhaften" oder "uneigentlichen Fragens" (Kap. 5.3.3.), mit der ModeratorInnen als "NichtexpertInnen" handeln. Als Teil seiner Selbstdarstellung dient Dr. Gerhardt dies hier dazu, sich als offen und unprätentiös darzustellen, also als ein Experte, der auch von seiner Expertenrolle Abstand nehmen kann.

Diese *Simulationen* dienen dazu, dem hohen Grad der Inszeniertheit, Vorbereitetheit und Bedingtheit der Sendung entgegenzuwirken. De facto ist es ja so, dass Dr. Gerhard als Arzt erstens medizinischer Experte ist und deshalb aufgrund seines Fachwissens über alle Arten des Kopfschmerzes informiert ist. Zweitens ist er als Moderator auf-

grund seiner Vorbereitungstätigkeit gemeinsam mit der Redaktion sowohl über die Krankheitsgeschichten der beiden Gäste informiert als auch über die speziellen medizinischen Aspekte, die der Migräne-Experte einbringen wird. Drittens sind auch die Betroffenen und der Experte über die Vorgespräche auf die Fragen des Moderators und die relevanten Sendungsinhalte vorbereitet.

Interessant ist die Gleichstellung der Geladenen über die Bezeichnung *Gäste*, dabei handelt es sich ja um zwei medizinische Laien, die von Kopfschmerz betroffen sind und um einen medizinischen Experten mit dem Spezialgebiet Migräne. Über die Gleichstellung formuliert Dr. Gerhardt einen quasi demokratischen Ansatz der Sendung im Sinne eines offenen, gemeinsamen Sprechens über das Thema. Damit verschleiert er die de facto aber vorhandenen hierarchischen Unterschiede und die damit verbundenen unterschiedlichen interaktiven Möglichkeiten der *Rollenausgestaltung*. Diese Unterschiede betreffen einerseits die Ungleichheit in Bezug auf Berufsrollen und Fachlichkeit – Dr. Gerhardt ist Arzt wie der geladenen Experte, die Betroffenen sind fachliche Laien – und andererseits die Ungleichheit in Bezug auf die Situationsrollen – Dr. Gerhardt ist Moderator, die anderen InteraktantInnen sind Gäste. Damit blendet er auch aus, dass die einzelnen TeilnehmerInnen für die ZuschauerInnen ganz unterschiedliche Funktionen haben: Die Betroffenen sollen Erfahrungsberichte abgeben, die ExpertInnen Fachwissen vermitteln.

An dieser Stelle stellt sich die Frage, wieweit dieser gleichberechtigte Anspruch im weiteren Verlauf der Sendung eingehalten wird .vgl. Abschnitt 6.6.3.). Das ist deswegen bedeutsam, weil dieser gleichberechtigte Anspruch ja auch konstitutiver Bestandteil einer gesamtheitlichen Haltung in der Medizin oder unterschiedlichen Diskursen gegenüber, medizinischen wie soziokulturellen wie lebensweltlichen, ist. In dieser Form indiziert die Vorstellungsrunde also auch eine Offenheit gegenüber einer gewissen Diskursvielfalt.

6.2.1.4. Die Vorstellungsrunde – die Betroffenen als schulmedizinische Fälle

Schon die eigentliche Vorstellungsrunde erfolgt in anderer Form:

011
MO: |EA| zunächst einmal Frau Sabine Herrmann' |EA| sie leidet seit siebzehn Jahren

012
MO: unter - Migräne' |EA| Herr Rolf Denker, immerhin seit fünfzehn Jahren unter Kopfschmerzn'
SH: hmhm[v]

013
MO: |EA| u:nd Herr Doktor Jan Brand:' |EA| er leitet eine - Migräneklinik in – Königstein'

014
MO: herzlich willkommen.

Die Vorstellung der *Betroffenen* erfolgt über deren Krankheitsausprägung im Sinne des Sendungsthemas: Frau Herrmann hat Migräne, Herr Denker Spannungskopfschmerz. Dr. Gerhardt nennt also jeweils den Eigennamen, danach die Dauer des Leidens und seine diagnostische Klassifikation als Migräne oder Spannungskopfschmerz. Diese zwei unterschiedlichen Formen von Kopfschmerz müssen, wenn von ärztlicher Seite diagnostiziert, unterschiedlich behandelt werden. Die Kategorisierung der Betroffenen lautet also "Personen mit spezifisch unterschiedlichem chronischem Kopfschmerz". Das relevante Unterscheidungskriterium zwischen den beiden ist die Kopfschmerzart, wodurch sie praktisch als *medizinische Fälle* präsentiert werden – und da es sich hier um ein schulmedizinisches Diagnose- und Unterscheidungsmuster handelt, handelt es sich entsprechend um schulmedizinische Fälle. Es zeigt sich also, dass die Betroffenen von der

Sendungsredaktion als exemplarische Fälle der zwei relevanten Symptomatiken ausgewählt wurden, um die unterschiedlichen Formen, Symptome und Behandlungen von speziellen Krankheitszuständen darzustellen. Die Kategorisierungen fungieren also auch als spezifische Rollenzuweisung an die Betroffenen. Die ZuschauerInnen können deshalb erwarten, dass diese beiden Kopfschmerz-Arten je nach Symptomatik, Ursachen und Behandlungsmöglichkeiten dargestellt und besprochen werden. Hierbei handelt es sich also um eine ganz spezifische und streng funktionale Form der sozialen Kategorisierung im Sack'schen Sinne (Sacks 1972, 1992 und Kap. 4.4.8.).[66] Die Emotionalisierung erfolgt wiederum durch die Betonung des in beiden Fällen beträchtlichen Leidenszeitraums (17 bzw. 15 Jahre) und durch die Präsensverwendung: Beide leiden immer noch, das Leiden ist aktuell.

Die Vorstellung der Betroffenen als medizinische Fälle steht in gewissem Gegensatz zu der Ankündigung des Moderators, seine *Gäste* könnten im etwas über chronisches Leiden *erzählen*. Diese Ankündigung suggeriert nämlich, dass die Eingeladenen in der Gestaltung ihrer Erzählungen relativ frei wären und sich beispielsweise auch als kranke und leidende Individuen präsentieren könnten. In der Rollenzuweisung als medizinische Fälle – und zwar genauer gesagt als schulmedizinische Fälle – ist zu vermuten, dass sie in ihren Gesprächsbeiträgen weitaus stärker auf die Darstellung ihrer körperlichen Symptomatiken beschränkt (sein) werden als etwa auf die Darstellung des subjektiven Leidensaspekts. Schon hier manifestiert sich ein prinzipielles Dilemma von Infotainment und öffentlicher Medizininformation: Infotainment lebt von Subjektivität, der Darstellung und Nachvollziehbarkeit von Leiden und der Herstellung von Betroffenheit, öffentliche Medizininformation benötigt Objektivität, Verallgemeinerbarkeit und Sachlichkeit der Darstellung. Es wird interessant sein zu sehen, wie weit die Betroffenen mit dieser Rollenzuweisung und Rollenübernahme kongruent bleiben und welche Folgen das notwendige *Wechselspiel zwischen Lebenswelt und Medizininformation* hat (siehe Kap. 6.6.3.). Damit einhergehend werden aber auch schon Probleme der Vereinbarkeit der beiden Rollen Dr. Gerhardts als Moderator eines Medizintalks und als Arzt deutlich.

Nun zur Vorstellung des *Experten*: Dr. Gerhardt nennt dessen Titel, Namen und Funktion. Die Beschreibung *Leiter einer Migräneklinik* stellt ihn in einer hierarchisch gehobenen Berufsposition innerhalb des Gesundheitswesens dar und kategorisiert ihn damit als hoch qualifizierten Experten. Die unmarkierte Form *eine Migräneklinik* lässt auf eine prinzipiell schulmedizinisch orientierte Einrichtung schließen, da Einrichtungen anderer Medizinformen in den Sendungen üblicherweise immer entsprechend markiert werden und in unserer Gesellschaft die Schulmedizin die unmarkierte Form (Normalform) repräsentiert. Auch die Spezialisierung auf eine bestimmte Symptomatik bzw. einen Ausschnitt des menschlichen Körpers ist ein Hinweis auf Schulmedizin. Die Einladung eines schulmedizinischen Experten gehobener Stellung dient zum Einen der Relevanzhochstufung des Themas, aber auch der Sendung selbst, zum Anderen legt sie die *konzeptionelle Stoßrichtung der Sendung* fest. Nicht zu vergessen sei, dass es sich um einen (schul)medizinischen Experten handelt und nicht z.B. um einen psychologischen oder physiotherapeutischen Experten oder einen Vertreter einer gesamtheitlichen Heilkunde oder eine Kombination davon. Damit steht fest, dass diese "Stimmen" in dieser Sendung also qua Auswahl der ExpertInnen schon von vorneherein unterrepräsentiert sein werden, da die Vielfalt der Stimmen durch die Auswahl der Beteiligten bedingt ist (vgl. Kap. 6.9.4.5.). Der gesamte strukturelle Ablauf der Vorstellungsrunde kann als typisch für die Sendung an sich bezeichnet werden.

[66] Diese für Medizintalks typische Form der Kategorisierung findet sich z.B. auch in der Analyse der Sendung zu Brustkrebs (Kap. 7.1.).

6.2.2. "Prostatakrebs" – eine lebensbedrohliche Erkrankung

Wie sieht nun – im Vergleich zu einer chronischen und belastenden, aber nicht lebensgefährlichen Erkrankung wie Kopfschmerz – die Einleitung zu einer lebensbedrohlichen Erkrankung aus. Dies möchte ich am Beispiel einer Sendung zum Thema Prostatakrebs aufzeigen.

6.2.2.1. Die Einführung des Themas – die Inszenierung von Ernsthaftigkeit

002 MO: guten Tag liebe Zuschauer. herzlich willkommen zu – *Gesundheit!* unser Thema lautet heute'

003 MO: - Prostatakrebs. der Prostatakrebs ist die häufigste Krebserkrankung beim Mann' und die

004 MO: zweithäufigste Todesursache beim Mann nach dem Lungenkrebs. wir wollen uns heute

005 MO: unterhalten' wie man: vielleicht das verhindern kann' dass es überhaupt zu dieser schlimmen

006 MO: Diagnose kommt' aber wenn s dann trotzdem passiert is' wie kann man - diesen Krebs

007 MO: behandeln' und wie muss man sich auch anschließend verhalten.

Nach der Begrüßung der ZuschauerInnen führt Dr. Gerhardt das Thema direkt und unvermittelt ein: *unser Thema lautet heute' - Prostatakrebs (003)*. Dann gibt er medizinisch-quantitative Informationen über die Häufigkeit der Erkrankung als Krebserkrankung und über ihre Bedrohlichkeit als Krankheit mit Todesfolgen. Die quantitativen Aussagen (*häufigste Krebserkrankung (003), zweithäufigste Todesursache (004)*) und die Erwähnung der Todestatsache bewirken eine beträchtliche Relevanzhochstufung des Krankheitsthemas – im Sinne einer ernsten Erkrankung. Im Unterschied zum Thema Kopfschmerz erfolgen die medizinischen und inhaltlichen Informationen direkt und ohne bildhafte Präliminarien, wodurch ein hoher Grad an Sachlichkeit und damit *Ernsthaftigkeit* vermittelt wird. Die Nennung der hohen Erkrankungs- und Sterblichkeitsrate dient zugleich auch dazu, bei den ZuschauerInnen so etwas wie "Betroffenheit" auszulösen, dient also der Inszenierung von emotionalisierter Information. Verstärkt wird diese *Emotionalisierung* gerade beim Thema Krebs quasi automatisch dadurch, dass das Naheverhältnis zur Sterbethematik eine Vielfalt an soziokulturell heiklen, stigmatisierenden und tabuisierten Bedeutungsdimensionen aktualisiert – ohne dass diese explizit thematisiert werden müssten (vgl. auch die Fallstudie des Medizintalks zum Thema Brustkrebs in Kap. 7.1.).

Diese Äußerung ist übrigens ein Beispiel dafür, dass die Aspekte des medizinischen Diskurses, des Diskurses der Gesundheitsförderung und des medialen Diskurses manchmal nicht voneinander zu unterscheiden sind, weil der Inhalt selbst alle möglichen pragmatischen Funktionen gleichzeitig aktualisiert: medizinische Information, Gesundheitsaufklärung und Emotionalisierung.

Nach der Einführung des Themas geht Dr. Gerhardt auf den geplanten inhaltlichen Schwerpunkte der Sendung ein: Wie lässt sich Prostatakrebs verhindern, wie behandeln und wie nachfolgend in die weitere Lebensgestaltung integrieren. Dies ist die Ankündigung prototypischer *Gesundheitsinformation*: Die Verhinderung bzw. Prophylaxe einer Erkrankung, deren akute und langfristige Behandlung sowie Vorschläge zu angemessenem Gesundheitsverhalten.

Auffallend ist Bezeichnung *schlimme Diagnose (005)* für den Ausdruck Prostatakrebs. Mit diese Wortwahl markiert der Moderator einen Wechsel im Modus: Er reduziert die Fachlichkeit nach der vorangegangenen ernsthaften und fachlichen Einführung

und wechselt im Rahmen seiner Rolle als Arzt von der Teilrolle des fachlichen Experten, indiziert durch Symptom- und Zahlenbezogenheit, zu der des Hausarztes, indiziert durch Patientenbezogenheit und Empathie. Dieser Wechsel erfolgt logischerweise nach dem Übergang von der eher abstrakten einleitenden thematischen Information zum Gespräch über die Krankheit (*wir wollen uns heute unterhalten (004)*). Dazu passt auch die umgangssprachliche Formulierungsweise *wenn s dann trotzdem passiert is (006)* und die vage, wenig fachsprachliche Formulierung *wie man vielleicht das verhindern kann (005)*.

Speziell hinter den Partikeln *trotzdem* und *vielleicht* verbirgt sich auch das große Glaubwürdigkeitsproblem der Biomedizin, vor allem der biomedizinischen Vorsorgemedizin: Trotz regelmäßiger Vorsorge und gesundheitsförderlicher und risikobewusster Lebensweise lässt sich die Entstehung von Krebserkrankungen nur bedingt kontrollieren. Dies läuft dem in Kapitel 1 ausführlich diskutierten Anspruch der Biomedizin zuwider, Krankheiten müssten prinzipiell heilbar, aber ebenso verhinderbar sein, da es ihre Glaubwürdigkeit und ihren Machbarkeitsanspruch untergräbt. Dieses Glaubwürdigkeitsproblem ist auch ein Problem von öffentlicher Gesundheitserziehung, da trotz aller naturwissenschaftlicher Messmethoden nicht garantiert werden kann, dass die vorgeschlagenen Verhaltensmaßnahmen in jedem Falle und immer wirksam sind und Krankheit verhindern können. Dies ist also auch ein Problem in der Sendung selbst.

Bedeutsam ist die *Gleichsetzung von Krankheit und Diagnose* (006). Eine solche Gleichsetzung kann nur ihm Rahmen eines biomedizinischen Konzepts erfolgen und entspricht auch der traditionellen soziokulturellen Wahrnehmung von Krankheit: Eine erlebte Symptomatik muss von medizinischen ExpertInnen als krankhaft diagnostiziert werden, um als Krankheit wahrgenommen zu werden und dazu muss sie v.a. in eine vorhandenen fachliche Terminologie eingeordnet werden. Wichtig ist, dass diese Zuschreibung von außen über das Expertensystem erfolgt. Dies ergänzt die schon erwähnte Formulierung *wenn s dann trotzdem passiert is (006)*: Sie suggeriert, dass man dem körperlichen Geschehen weitgehend ausgeliefert ist. Beides weist den Erkrankten die passive Rolle der Opfer der Ereignisse zu und den ExpertInnen die aktive und entscheidungsrelevante Rolle. Auch diese aktiv-passiv-Zuschreibung entstammt einer biomedizinischen Konzeption von Krankheitsentstehung und –bewältigung und einem paternalistischen Verständnis des Arzt-Patienten-Verhältnisses, ist damit also als Teil eines biomedizinischen Diskurses zu werten.

Es zeigt sich demnach, dass ein lebensbedrohliche Erkrankung wie Prostatakrebs durch sprachliche Handlungen auch entsprechend als "ernste Erkrankung" relevant gesetzt wird: Dies erfolgt z.B. über die sachliche Nennung der Erkrankungs- und Sterbezahlen und die Vermeidung von unterhaltsamen bildhaften Illustrationen. Dennoch erfolgt auch eine Emotionalisierung der Information, hier allerdings über Hinweise zur Höhe der Erkrankungszahlen und über die Einführung eines soziokulturell heiklen Themas, nämlich Sterben und Tod. So wird diese lebensbedrohliche Erkrankung auch als "ernste Erkrankung" inszeniert.

6.2.2.2. Die Vorstellungsrunde – die Repräsentation der Heilbarkeit

008
MO: ich begrüße hier im Studio - zunächst Herrn Gerd Andre. - Herr Andre wurde

009
MO: zweimal operiert' - und gilt heute als geheilt. Herr Robert Karl - bei ihm wurde die Krebs=

010
MO: erkrankung erfolgreich konservativ' das heißt also mit Medikamenten behandelt' - dann unser

011
MO: Experte Herr Professor Peter Faul. er ist Leiter der urologischen Abteilung am Klinikum

012
MO: Memmingen' UND Herr Doktor ä Stephan Lermer, Psychologe in München, er arbeitet - die
013
MO: starken psychischen Belastungen die gerade diese Erkrankung mit sich bringt mit den
014
MO: Betroffenen AUF. - herzlich willkommen.

Die Vorstellung der Teilnehmer erfolgt – der Sendung zum Thema Migräne vergleichbar – über die Einführung als eingeladene Gäste. Wieder vertreten die beiden *Betroffenen* zwei Fälle, diesmal aber nicht der Erkrankungsausprägung sondern der Therapieform – und zwar speziell der *erfolgreichen Therapie*: Herr Andre vertritt den Fall des operierten Prostatakrebses, Herr Karl den des *konservativ*, also medikamentös behandelten. Und in dieser Weise entspricht die Auswahl der Betroffenen dem in (006-010) schon formulierten Sendungsziel – nämlich die Prophylaxe und die Behandlungsformen von Prostatakrebs darzustellen und nicht mögliche unterschiedliche Symptomatiken. Die beiden Ausprägungsfälle benennen zwei eindeutig biomedizinische Therapieverfahren: Operation oder medikamentöse Behandlung.

Bei beiden Betroffenen betont der Moderator das Moment der Heilung: Herr Karl wurde *erfolgreich (...) behandelt (013)*, Herr Andre *gilt (...) als geheilt (012)*. Damit verweist der Moderator – gerade im Kontext von schulmedizinischen Therapieverfahren – auf die therapeutische Kompetenz und die erfolgreiche Behandlungstätigkeit der Schulmedizin, sei es durch Operation, sei es durch Medikamente. Dies dient auf einer allgemeinen Ebene der positiven Selbstdarstellung der Schulmedizin und ihrer ÄrztInnen als kompetente AnsprechpartnerInnen bei ernsthaften Erkrankungen. Im Besonderen wichtig wird dies beim Thema Krebs, das der Moderator selbst gleich zu Beginn mit Tod und Sterben in Verbindung gebracht hatte. Hier dient die positive Darstellung der schulmedizinischen Kompetenz auch den Prinzipien der Gesundheitsvorsorge, gerade bei Krankheiten wie Krebs die Angst vor Tod und medizinischem Versagen zu nehmen, die Betroffene daran hindert, sich bei den ersten Anzeichen in ärztliche Behandlung zu begeben.

Es zeigt sich also, dass bei einem ernsten und lebensbedrohlichen Krankheitsthema der Aspekt der Behandlung und zwar der erfolgreichen Behandlung stärker in den Vordergrund gerückt wird als die Information über die möglichen unterschiedlichen Krankheitsausprägungen.

Interessant ist die Formulierung *<Herr Andre> gilt heute als geheilt (012)*. Diese Formulierung entspricht der formalen Definition: Eine Person gilt als geheilt, wenn sich innerhalb eines bestimmten Zeitraums keine neuerlichen Krankheitssymptome entwickelt haben. Eine Person gilt als geheilt bedeutet aber nicht, sie IST geheilt. Gilt meint – neben der Bezugnahme auf die formale Definition – auch eine Bewertung von einem bestimmten Bezugssystem aus; gilt bedeutet, andere als die Person selbst erklären sie für geheilt, nicht sie selbst. Und diese anderen sind im dargestellten Kontext der Therapieverfahren ÄrztInnen mit biomedizinischer Orientierung. Der Zustand des Geheiltseins ist also eine externe professionelle Zuschreibung des Befindenszustandes einer/s Betroffenen. Damit erweist sich diese Formulierungsweise aus einem biomedizinischen Bezugssystem stammend: Herr Andre wurde operiert und gilt als geheilt. In dieser Darstellungsform tritt er beide Male als *Objekt*, nicht als Subjekt in Erscheinung, seine Körperzustände werden extern vom Expertensystem bestimmt und zugeordnet, die therapeutische und diagnostische Verantwortung liegt alleine bei den ÄrztInnen. Dies entspricht ziemlich genau dem biomedizinischen Verständnisansatz der Rollenaufteilung zwischen ÄrztInnen und PatientInnen.

Bei dieser Sendung sind zwei *Experten* eingeladen. Der eine ist Arzt, fachlicher Spezialist in hierarchisch hoch stehender Position, was – wie schon ausgeführt – dem The-

ma und der Sendung Relevanz verleiht. Der andere ist Psychologe. Bei der Vorstellung fällt auf, dass dieser über die Beschreibung seiner Tätigkeit eingeführt wird, was bei den medizinischen Experten nicht der Fall ist: *er arbeitet - die starken psychischen Belastungen' die gerade diese Erkrankung mit sich bringt' mit den Betroffenen auf (017ff)*. Der psychologische Aspekt der Krankheitsbewältigung muss also im Gegensatz zum schulmedizinischen extra kommentiert und erklärt werden. Diese Markierung indiziert, dass der psychologische Aspekt kein selbstverständlicher Bestandteil der schulmedizinischen Behandlung ist, so wie sie allgemein als bekannt voraussetzbar ist – sonst wäre auch die Anwesenheit eines psychologischen Experten selbstverständlich und bräuchte keine weitere Kommentierung. In der Tätigkeitsbeschreibung wird deutlich, dass sich der für die Sendung relevante psychologische Aspekt nicht auf den psychologischen Anteil der Erkrankungsentstehung bezieht, was eine Bezugnahme auf eine genuine psychosomatische bzw. gesamtheitliche Perspektive wäre. Mit *die gerade diese Erkrankung mit sich bringt (013)* wird die Relevanz dieses Aspekts auf den Anteil der Nachbetreuung speziell bei Krebserkrankungen eingeschränkt, d.h. auf jenen Bereich, der von der Schulmedizin heutzutage weitgehend akzeptiert ist.

Für den weiteren Verlauf dieser Sendung im Speziellen und den *Stellenwert der Psychologie* im Allgemeinen– und damit für die Information der ZuschauerInnen bedeutet dies Folgendes: Es ist neben dem medizinischen auch ein psychologischer Experte eingeladen, wodurch im Rahmen des Themas Prostatakrebs auch der psychologischen Stimme bzw. einem psychologischen Diskurs Raum gegeben werden wird. Das Ausmaß dieses Raumes wird über die Tätigkeitsbeschreibung des Psychologen zu Beginn ganz konkret auf das Thema der Nachbetreuung eingeschränkt und ist nicht für andere Aspekte wie z.B. die Krankheitsentstehung gedacht. Zudem wird die psychologische Stimme in ihrer Relevanz auf speziellen Krankheiten wie z.B. Krebserkrankungen beschränkt. Die Vorstellung des psychologischen Experten entspricht also einer sukzessive Einschränkung und exakten Zuweisung des psychologischen Diskurses im Rahmen einer biomedizinischen Sichtweise von Krankheitsgeschehen und Therapie: Nachbetreuung bei Krebserkrankungen.

Die Auswahl dieser beiden Experten spiegelt auch eine gängige *Trennung von Biomedizin und Psychologie* in der Behandlung von Krankheiten wider: MedizinerInnen sind für den Körper zuständig, PsychologInnen für die Psyche. Es ist nicht ein Experte geladen, der z.B. eine um die psychologische Dimension erweiterte schulmedizinische Position vertritt, beide Ansätze also in sich und in seinem Zugang zum Krankheitsgeschehen und zu den Betroffenen vereint und dies in der öffentlichen Darstellung vertritt. Der Aspekt, dass auch ein Psychologe als Experte geladen ist, mag der Sendung eine gewisse Aufgeklärtheit, Offenheit und Patientenorientiertheit verleihen und eine bestimmte Form des *modernen schulmedizinischen Diskurses* indizieren, der sich in bestimmten Grenzen und mit kritischer Aufmerksamkeit als offen für psychosomatische und ganzheitlich-alternative Aspekte bei der Entstehung und Behandlung von Krankheiten zeigt (vgl. Kap. 6.9.6.).

6.2.3. "Prämenstruelles Syndrom" – eine Befindlichkeitsstörung

Abschließend möchte ich die Einleitungssequenz einer Sendung zum Thema Prämenstruelles Syndrom (PMS) darstellen. PMS gilt im Vergleich zu den beiden vorangegangenen Themen nicht als Erkrankung, sondern als eine mehr oder weniger stark ausgeprägte körperliche Befindlichkeitsstörung, bedingt durch den weiblichen Zyklus. Auffallend ist hier schon die umgangssprachliche Erweiterung bei der Themenformulierung, nämlich "*Prämenstruelles Syndrom (PMS) – Die Tage vor den Tagen*". Da sich bei ernstzunehmenden oder lebensbedrohlichen Erkrankungen solche spielerischen Ti-

telformulierungen nicht finden, ist diese Erweiterung schon ein Hinweis auf reduzierte Ernsthaftigkeit und etwas stärkere Unterhaltungsorientierung.

6.2.3.1. Die Einführung des Themas – die Herstellung von gesellschaftlicher Relevanz

001 MO: herzlich willkommen zu einer weiteren Ausgabe - von *Gesundheit!*' - Frage an Sie liebe -

002 MO: Zuschauerinnen, - kennen Sie das? - an den Tagen vor den Tagen sind Sie gereizt' habm

003 MO: geschwollne Hände' - sind nervös' schlafen vielleicht schlecht, - so ein Bauchgrimmen? -

004 MO: ich seh schon, viele von Ihnen werden nicken' Sie kennen diese - Beschwerden - vor den

005 MO: Ta:gen - das so genannte - prämenstruelle Syndrom/Syndrom! aber - das is kein reines -

006 MO: Frauenthema. deswegen die Männer jetzt bitte NICHT abschalten. auch WIR, wir Männer

007 MO: müssen es lernen, den Umgang mit diesen Beschwerden, wenn die Partnerin das hat'

Zur Einführung des Themas tritt Dr. Gerhardt in einen Dialog, und zwar explizit nur mit seinen "Zuschauerinnen". Er adressiert sie direkt über eine Fragehandlung und nennt dabei einige der typischen prämenstruellen Beschwerden wie Gereiztheit, Schlafstörungen und geschwollene Hände. So holt er, wie beim Thema Spannungskopfschmerz, die Zuschauerinnen bei ihrer Alltagserfahrung ab. Da es sich bei PMS nicht um eine Erkrankung handelt, sondern um eine überaus häufige Befindlichkeitsstörung von Frauen, kann er problemlos davon ausgehen, dass diese einem Großteil der Zuschauerinnen in der einen oder anderen Form bekannt ist und viele Zuschauerinnen davon betroffen sind bzw. waren. Aus diesem Grund kann er auch von einem ganz grundlegenden Interesse an dem Sendungsthema bei Frauen ausgehen, ohne dass er deren Interesse erst mittels spezieller Verfahren der Emotionalisierung wecken müsste. So kann er auch davon ausgehen, dass seine Frage von den Zuschauerinnen bejaht würde und deshalb in (005) auf diese angenommene "bestätigende Antwort" in Form einer stellvertretenden Beschreibung eingehen: *ich seh schon, viele von Ihnen werden nicken*. Diese "Antwort" nutzt er zur Nennung des Themas, wobei er zuerst die umgangssprachliche Bezeichnung nennt (*die Beschwerden vor den Tagen (004)*) und sie in die fachsprachliche Bezeichnung (*das so genannte Prämenstruelle Syndrom (005)*) übersetzt. Dies ist *prototypische moderne Gesundheitsinformation*: an Alltagserfahrungen und Alltagswissen orientiert, zielgruppenspezifisch und auf Verständlichkeit und Nachvollziehbarkeit ausgerichtet.

Bisher hatte Dr. Gerhardt explizit nur die zusehenden Frauen adressiert. Mit der Äußerung *aber das ist kein reines Frauenthema (005)* wendet er sich nun den Männern unter den ZuschauerInnen zu, mit der Aufforderung, nicht abzuschalten. Der Grund dafür ist, dass er sich des prinzipiellen Interesses von Frauen sicher sein konnte, nicht aber des der Männer. Und dieses muss er nun wecken. Er tut es, indem er sie bei ihrer Verantwortung anspricht, den Umgang mit diesen Beschwerden der Partnerin zu lernen. Die Relevanz dieser Aufforderung wird verstärkt, indem Dr. Gerhardt sich über ein "inklusives wir" (*wir Männer (006)*) dieser Gruppe zurechnet. Diese Aufforderung dient also primär den *Prinzipien der Gesundheitserziehung*, nämlich aufzuklären und Vorurteile und fälschliches Verhalten zu verändern. In diesem Falle betrifft das zuerst die Vorstellung von Männern, PMS sei eine "reine Frauensache", so dass das Sprechen darüber sie automatisch ausschließe – im Sinne des sozialen Stereotyps der "weiblichen Geheimnisse", oder dass sie deshalb dafür nicht verantwortlich wären. Es betrifft aber auch die Wahrnehmung dieser Symptomatik als wichtiges und ernstzunehmendes kör-

perliches Beschwerdenbild. Über die explizite Adressierung der Männer kann eine Hochstufung der Relevanz des Themas als soziokulturell hoch zustufendes Phänomen und nicht als weibliche "Idiosynkrasie" erreicht werden.

Wenn man diese Sendungseinleitung mit der Einleitung zum Thema Prostatakrebs vergleicht, so fällt auf, dass Prostatakrebs ebenfalls eine Erkrankung ist, die nur ein Geschlecht, in diesem Falle Männer betreffen kann. Bei der Sendungseinleitung erfolgt jedoch interessanterweise keine entsprechende Differenzierung der ZuschauerInnen und deren unterschiedliche Betroffenheit. Der Grund liegt m. E. darin, dass *Beschwerden und Beschwerdendarstellungen von Frauen anders wahrgenommen werden als von Männern*, und zwar werden sie beispielsweise auch als weniger relevant und ernsthaft eingestuft. Und dies trifft ganz besonders ein Thema, bei dem es nicht um eine "ernsthafte Erkrankung" sondern um eine Befindlichkeitsstörung geht, die noch dazu mit dem weiblichen Zyklus zusammenhängt, der in unserer Gesellschaft traditionellerweise keiner positiven Wertschätzung unterliegt (s. dazu die ausführliche Darstellung und entsprechende Literaturhinweise in Kap. 1.5.1.). Darum wird bei einer einerseits ernsthaften, andererseits männlichen Erkrankung wie Prostatakrebs selbstverständlich vorausgesetzt, dass sie von allgemeinem Interesse ist, und vermutlich auch vorausgesetzt, dass Frauen sich für das Befinden ihrer Partner selbstverständlich verantwortlich fühlen und nicht extra dazu aufgefordert werden müssten, da dies mit in der traditionellen Frauenrolle verankert ist. Bei einer weiblichen Befindlichkeitsstörung gibt es diese Voraussetzungen nicht. Aus diesem Grunde ist die Hochstufung des Themas als relevantes Thema notwendig; dies geschieht dadurch, dass erstens überhaupt eine Sendung dem Thema PMS gewidmet ist und dass zweitens speziell den Männern die Bedeutung des Themas nahe gelegt wird. Weil – und hier schließt sich (leider) der Kreis – ein Thema nach wie vor gesellschaftliche Relevanz erhalten kann, wenn es von Männern wahr- und wichtig genommen wird.

Die Ankündigung, sich über den "Umgang" mit dem prämenstruellen Syndrom unterhalten zu wollen, ist wiederum *typische Gesundheitsinformation*: einerseits "Umgang" im weiteren Sinne einer Veränderung der Einstellung gegenüber diesem Beschwerdenkomplex, andererseits "Umgang" im engeren medizinischen Sinne von Behandlungen und entsprechenden Ratschlägen dazu.

6.2.3.2. Die Vorstellungsrunde – die Herstellung von biomedizinischer Relevanz

008
MO: und über diesen - Umgang möcht ich mich heute mit meinen - Gästen - unterhalten' - mit

009
MO: Frau Karin Heintzel. sie litt unter massiven - prämenstruellen Symptomen, also Beschwerden'

010
MO: und Frau Bettina Nopper - hat auch - prämenstruelle Beschwerden, aber sie hat einen

011
MO: anderen Weg außerhalb von Tabletten gefunden, und: Herr Dr. Klaus Ih:m' er ist nieder=

012
MO: gelassener - Gynäkologe und kennt sich auch - mit diesem Krankheitsbild sehr gut aus.

Beide eingeladene Frauen sind durch die Ausprägung "prämenstruelle Beschwerden" charakterisiert. Die Unterschiede fokussieren Bedingungen, die die Geschichten der Betroffenen jeweils medial präsentabel machen. Bei Frau Heintzel handelt es sich um die Massivität, also die Schwere ihrer Beschwerden, deren Darstellung Besonderes verspricht. Bei Frau Nopper handelt es sich um eine andere als die traditionelle medikamentöse Behandlungsweise, die als *einen anderen Weg außerhalb von Tabletten (011)* angekündigt wird. Die Auswahl der Betroffenen und die entsprechenden Kategorisierungen dienen also der *medialen Inszenierung von unterhaltender Information* durch die

Präsentation von Besonderem und Abweichendem – in welcher Relation auch immer. Interessant ist hier der Aufbau der Opposition *einen anderen Weg (011)*: Dass Frau Heintzel vermutlich erfolgreich behandelt wurde, ist aus der Präteritalform *litt* zu erschließen; diese unmarkierte Darstellung einer Behandlung bedeutet den unmarkierten Normalfall, also die "normale" bzw. übliche schulmedizinische Behandlung mit Tabletten. Damit wird das schulmedizinische Modell als Normvariante kategorisiert und andere Behandlungsformen als Abweichung davon. Dies ist eine weitere sprachliche Realisierungsvariante um den *schulmedizinischen Diskurs* relevant zu setzen.

Auf den ersten Blick eher nichts sagend erfolgt die Kategorisierung des medizinischen *Experten* als einem, der sich mit diesem Krankheitsbild *auch sehr gut auskennt (012)*: Ein Experte, noch dazu ein in eine medizinische Informationssendung eingeladener, ist per definitionem eine Person, die sich mit dem entsprechenden Thema "gut auskennt". Im Gegensatz zu den meisten anderen Themen ist kein hochgradiger Spezialist eingeladen, sondern ein niedergelassener Gynäkologe. Dies nimmt dem Thema natürlich einiges von der zuvor aufgebauten Relevanz, wird vermutlich allerdings dem "alltäglichen Brot" von niedergelassenen GynäkologInnen gerecht, die mit dem Thema prämenstruelle Beschwerden am häufigsten konfrontiert sind. Weiters fällt auf, dass kein psychologischer Experte bzw. keine psychologische Expertin eingeladen ist, wie etwa bei Thema Prostatakrebs, was ja gerade ein solch weit verbreitetes Beschwerdenbild von anderer Seite beleuchten könnte und damit der Veränderung von Vorurteilen hilfreich sein könnte.

Die Aussparung der Psychologie dient also möglicherweise gemeinsam mit der Einladung eines männlichen Experten und der abschließenden Bezeichnung als *Krankheitsbild (012)* der weiteren Relevanzhochstufung des prämenstruellen Symptoms als biomedizinisch ernstzunehmende *körperliche* Beschwerde. Damit wird die anfängliche Relevanzhochstufung zu einer zweischneidigen Sache, denn diese Strategie könnte jetzt in eine "Medikalisierung von PMS" umschlagen, also in die bekannte Transformation eines körperlichen Zustandes von Frauen, der unter biologischen, psychologischen und soziokulturellen Dimensionen zu betrachten wäre, zu einem Krankheitsbild, das schulmedizinisch zu behandeln wäre, d.h. dass die Befindensstörung medikalisiert und ihrer Vieldimensionalität in Behandlung und Verstehen beraubt würde (s. dazu die Analyse des Gesprächs mit Frau Heintzel in Kap. 6.6.2.).

Weitere Analysen von Einleitungen des Medizintalks zu einem Tabuthema wie Brustkrebs und einem kulturgebundenen Syndrom wie dem Chronischen Erschöpfungssyndrom finden sich in Kap. 7.3.

6.3. Talkshow: Die Etablierung des dramatisierten lebensweltlichen Diskurses

Talkshows sind – wie in Kap. 4.3. ausführlich dargestellt – quasi "per definitionem" dem emotionalisierten medialen Unterhaltungsauftrag verpflichtet. Darum findet sich in Talkshows zu Gesundheitsthemen nicht die gesamte Bandbreite an Krankheits- und Medizininformation, sondern eine Auswahl an tendenziell Aufsehen erregenden oder tabubehafteten Krankheitsthemen (z.B. Herzinfarkt, Krebs, Süchte und Abhängigkeiten) oder emotionalisierenden Aspekten von Krankheiten und Körperzuständen (z.B. Komplikationen in der Schwangerschaft, massives Über- oder Untergewicht). Für die charakteristische emotionalisierte Inszenierung von Talkshows eignen sich zudem am besten alternative oder exotische Heilmethoden, besonders bei lebensbedrohlichen oder schweren chronischen Erkrankungen, bei denen die Methoden der Schulmedizin versagt haben. So werden Erkrankungen wie Migräne oder andere chronische Schmerzzustände z.B. präferiert im Zusammenhang mit alternativen Therapieformen dargestellt. Krank-

heiten wie etwa Rheuma oder Allergien alleine sind medial nicht so präsentabel und darum nimmt es nicht Wunder, dass sich diese Darstellungen nur in den frühen Talkshows finden. Körperliche Befindensstörungen wie z.B. das schon erwähnte Prämenstruelle Syndrom (PMS) werden gar nicht mehr unter gesundheitsförderlichen oder medizinischen Aspekten präsentiert, sondern nur unter dem Aspekt des Belastungs- und Störfaktors in Beziehungen oder im Alltag (z.B. "*Hilfe, ich habe meine Tage!*" (Arabella, PRO 7)).

Talkshows unterscheiden sich vom Medizintalk schon in der *Themenformulierung*: Das Thema Rheuma wird z.B. zu "*Rheuma – Das stille Leiden*" erweitert (Juliane & Andrea, ARD), eine Sendung zum Thema Herzinfarkt lautet "*Der Tag, als mein Herz aufhörte zu schlagen*" (Fliege, ARD), Sendungen zu Ess-Störungen laufen unter reißerischen Titeln wie "*Schlank, aber tot*" (Schiejok täglich, ORF) und "*Ich hasse meinen Körper*" (Arabella, PRO7) oder unter euphemistischen wie "*Ich will eine bessere Figur*" (Arabella, PRO7).[67] Die für Talkshows spezifischen Formulierungen zeichnen sich durch die Wahl emotionstragender Ausdrücke wie Leid, Tod oder Hass aus, durch den Einsatz direkter Rede, noch dazu in Form von Hilferufen, und durch die Formulierung Aufmerksamkeit heischender Erzählanfänge. Die emotionalisierte Wort- oder Formulierungswahl dient der Inszenierung von Spannung und Besonderheit und ist Teil des medialen Diskurses zur Unterhaltung durch Emotionen.

Da auch für Talkshows gilt, dass die Etablierung der eigentlichen oder präferierten Diskursrichtung schon in den ersten Minuten des Sendungsanfangs und abhängig vom Krankheitsthema stattfindet, stelle ich einige Einleitungen von Talkshows zu unterschiedlichen Krankheitsthemen einander gegenüber: das Thema "Rheuma" als Beispiel für die Darstellung eines wenig spektakulären chronischen Krankheitsbildes, das Thema "Schwangerschaft" als Beispiel für einen körperlichen Zustand mit Krankheitspotenzial, das Thema "Kopfschmerz und Sanfte Medizin" als Beispiel für eine chronische Erkrankung im Kontext alternativer Heilmethoden und das Thema "Prostatakrebs" bzw. "Brustkrebs bei Männern" als Beispiel für lebensbedrohliche Erkrankungen.

6.3.1. "Rheuma, das stille Leiden" – eine chronische Erkrankung

6.3.1.1. Die Einführung des Themas – die Bindung an den Alltag

In der Talkshow "*Juliane & Andrea*" (ARD), geleitet von den Moderatorinnen Juliane H. (JH) und Andrea B. (AB), die selbst keine Ärztinnen sind, wird das wenig spektakuläre Thema Rheuma, also eine chronische schmerzhafte Gelenksentzündung, folgendermaßen eingeführt:

001 JH: hallo' einen schönen Nachmittag' herzlich willkommen bei J und A:! die Tage werden immer
002 JH: kürzer, die Nächte immer kälter, und die Luft immer feuchter. der Winter kriecht so langsam
003 JH: in unsere Knochen' und wir krümmen uns warm eingepackt um Väterchen Frost ja nicht an
004 JH: uns rankommen zu lassen. was dagegen hilft sind wollene Unterhemden und viel heißer
005 JH: Tee' - bei Bedarf mit einem Schlückchen Rum angereichert. aber leider is das für all die=

[67] Die Erzählung einer jungen Frauen mit Ess-Störungen aus dieser Sendung wird unter dem Titel "Ess-Störungen: Das Dilemma der Normalität" in Kap. 7.2. fallstudienartig analysiert.

006
JH: jenigen kein Patentrezept die das ganze Jahr über das Gefühl haben, in ihrem Körper macht
007
JH: macht sich Novembernebel breit. wer unter Rheuma leidet' und das sind nicht nur ein Hand
008
JH: voll Großmütterchen' der kämpft ständig mit den Schmerzen' und dem ist es auch im Juli
009
JH: nicht zu heiß. das leidige Leben mit grantigen Gelenken.

Die Moderatorin JH wendet sich direkt an die ZuschauerInnen, sie knüpft an deren aktuelle Alltagssituation an, dem beginnenden Winterwetter, und an alltäglichen Umgang mit Kälte. Dies wird metaphorisch kontrastiert mit dem ganzjährigen *Novembernebel* im Körper von Rheumakranken. Die ausführliche Darstellung ist zwar mit Informationen aus dem Bereich der *öffentlichen Gesundheitsinformation* versehen, etwa die Schmerzhaftigkeit der Erkrankung oder die falsche Vorstellung, Rheuma beträfe nur alte Menschen, enthält aber keinerlei weitere medizinische Fachinformation und besticht vor allem durch die Häufung an bilderreichen Formulierungen, die dem *medialen Unterhaltungsauftrag* geschuldet sind. Dies wird auch an der Reformulierung des Themas deutlich: *das leidige Leben mit grantigen Gelenken (009).*

6.3.1.2. Die Vorstellungsrunde – Krankheitserleben als Information

Besonders deutlich wird der Unterschied zum Medizintalk bei der Vorstellung der Teilnehmenden:

009
JH: darüber sprechen wir heute mit dem
010
JH: Präsidenten der Rheumaliga Sachsen' herzlich willkommen Doktor Seidl' <*Applaus*>
011
AB: eingeladen ham wir unter anderem eine Frau deren Gelenkrheuma SO schlimm war' dass sie
012
AB: nicht mal mehr eine Tasse halten konnte' eine Frau die mit viel Sport und ohne Medikamente
013
AB: gegen ihr Rheuma ankämpft' eine zweiunddreißigjährige Frührentnerin' und ein Mann
014
AB: der an Morbus Bechterew erkrankt ist, danke dass sie alle gekommen sind! <*Applaus*>

Der *medizinische Experte* wird – ähnlich wie in den Medizintalks – unmarkiert über seine berufliche Funktion und Position vorgestellt, der in dieser Talkshow ein Vertreter des schulmedizinischen Systems ist. Die Auswahl dieses Experten könnte ein Hinweis darauf sein, dass die Konzeption dieser frühen Talkshow ist, zwar unterhaltsame, aber in erster Linie ernstzunehmende Gesundheitsinformation zu liefern. Die *Betroffenen* werden von der Moderatorin aber nicht in Form ihrer unterschiedlichen "differentialdiagnostischen" Krankheitsausprägungen von Rheuma kategorisiert und präsentiert, sondern als zunächst persönlich undifferenzierter, bunt gemischter Reigen unterschiedlicher, mehr oder weniger spektakulärer lebensweltlicher Krankheitsfolgen und Behandlungsweisen: Eine Frau, die nicht einmal mehr die Tasse halten konnte, eine Frau, die mit 35 Jahren in Rente gehen musste und eine weitere Frau, die sich selbst mit Sport behandelt. Die Informationsfunktion des genannten Mannes mit Morbus Bechterew erschließt sich an dieser Stelle ohne medizinisches Vorwissen allerdings nicht: Bei Morbus Bechterew handelt es sich um eine rheumatische Erkrankung des Achsenskeletts mit fortschreitender Versteifung von Wirbelsäule und Brustraum. Diese fachspezifische Krankheitsbezeichnung ist an dieser Stelle eine Alibi-Information, da sie nicht

weiter erklärt wird. Ihr Einsatz kann möglicherweise die Funktion haben, Fachlichkeit zu demonstrieren, und verdichtet die Hinweise auf die eher fachbezogene Konzeption dieser Sendung.

Typisch für Talkshows ist, dass die Betroffenen und ExpertInnen nicht unbedingt gleich zu Beginn gemeinsam und persönlich vorgestellt werden, sondern immer jeweils vor ihrem eigentlichen Auftritt. Dies kann der Aufrechterhaltung von Neugierde und Spannung dienen (s.u.).

Die für die weitere Sendung erwartbaren Schwerpunkte der einzelnen Krankheitsdarstellungen sind also nicht die jeweils unterschiedlichen Krankheitsausprägungen im schulmedizinischen Sinne, sondern erlebensmäßig bedeutsame Details. Der Vorteil dieser Fokussierung auf das besondere Erleben ist, dass mit der Krankheitsdarstellung automatisch das persönliche Schicksal der Betroffenen thematisch wird oder sogar werden muss, da das Besondere anders ja nicht darstellbar ist: Hilflosigkeit im Alltag, Frührente oder ungewöhnliche Heilungsversuche jenseits der Schulmedizin können in der Talkshow als interessante Geschichten und Erzählungen aufbereitet werden. In dieser Weise wird der *dramatisierte lebensweltliche Diskurs* relevant gesetzt. Was speziell das Thema Rheuma betrifft, so kann das von sich aus wenig Spektakuläre des Themas durch Vielfalt, Lebensnähe und schicksalhafte Darstellungen medial präsentabler gemacht.

6.3.2. "Ich bin schwanger" – ein Körperzustand mit Krankheitspotenzial

Im Vergleich zu dieser zwar unterhaltsamen, aber primär fachlich orientierten Talkshow möchte ich auf einen Sendungsanfang der Talkshow von Jürgen Fliege (ARD) eingehen, in der üblicherweise neben der Gesundheitsinformation hoch emotionalisierte Unterhaltung im Vordergrund steht – und zwar ebenfalls zu einem an sich ganz normalen Thema, nämlich der Schwangerschaft.

6.3.2.1. Die Einführung des Themas – die Herstellung emotionaler Bereitschaft

004 JF: und: <EA> das Thema worüber wir heute red n, da kann ich nur sag n – wer s nicht erlebt hat,

005 JF: hat keine Ahnung, und kann eigentlich gar nicht mitreden. und auch unsre Sprache ist of gar

006 JF: nicht in der Lage, <EA> davon überhaupt was/ was: rüberzubringen. sagt einfach - äh <EA>

007 JF: äh in andern Umständen sein. na wie billig hört sich das an' - aber sch/ <EA> aber - ein Kind

008 JF: unter dem Herzen tragen, is schon ein bisschen besser, oder in guter Hoffnung sein, <EA> und

009 JF: was man mit Worten nicht beschreiben kann' vielleicht reichen da Bilder. <EA> kucken Sie sich

010 JF: doch mal diese Bilder an. <*Filmeinspielung zur Befruchtung*>

Das Thema "Ich bin schwanger" ist ein an sich alltägliches Thema. Fliege führt es ein, indem er sich auf einige emotional hochwertige Gehalte und Stereotype von Schwangerschaft und Mutter-Sein bezieht, wie etwa Schwangerschaft als (geheimer) weiblicher Initiationsschritt von Frau zu Mutter: *wer s nicht erlebt hat, hat keine Ahnung und kann eigentlich gar nicht mitreden (004/5).* Damit elizitiert er stereotype Vorstellungen zu Schwangerschaft als etwas Geheimen, als Teil des nicht-öffentlichen Wissens von Frauen, das in der Sendung dann öffentlich gemacht werden wird. Diese an sich wenig zeitgemäße Wahrnehmung – "Mysterium Frau" – dient vermutlich zur Kontrastierung von "sehr privat" und "öffentlich", denn eine angekündigte Preisgabe von etwas Geheimem

erzeugt Spannung. Zur Verstärkung setzt auch Betonungen und Pausen ein, die das jeweils Gesagte als etwas Besonderes markieren. Dazu kommt bei Fliege eine für ihn typische Modulation: Er spricht langsam und gleichmäßig, fast getragen und etwas gedämpft, manchmal beinahe geflüstert, d.h. er verwendet exakt jene Stilmittel, die im mündlichen Erzählen der Aufmerksamkeitssteuerung dienen, und zwar der Hinführung zum Höhepunkt.

Jürgen Fliege führt weiter, indem er das Thema Schwangerschaft als eines darstellt, das über Sprache in seiner wesentlichen Bedeutung nicht erfassbar sei, eine inhaltliche Möglichkeit, die Besonderheit zu betonen. Wieder bedient er sich des Stilmittels des Kontrastes: Er stellt eine euphemistisch-sachliche Umschreibung (*in anderen Umständen sein (007)*) einer emotional hochwertigen Metapher wie *ein Kind unter dem Herzen tragen (007/8)* gegenüber. Die erste bewertet er betont negativ (*wie billig (007)*), die zweite positiver (*bisschen besser (008)*). Er beendet diese Einführungssequenz mit dem Ergebnis, dass letztlich alle sprachlichen Versuche angesichts des "Unfassbaren" dieses Themas zum Scheitern verurteilt wären und leitet so zu einem kurzen Informationsfilm über Befruchtung und Risikoschwangerschaften über. Der Moderator bedient sich also vieler Stilmittel der Dramatisierung und Emotionalisierung, die die ZuschauerInnen vor allem in eine *hohe emotionale Bereitschaft* versetzen sollen.

6.3.2.2. Die Vorstellungsrunde – stellvertretende Thematisierung des Besonderen

In der Vorstellung seiner Gäste bedient sich Jürgen Fliege ebenfalls einer ganz spezifischen Strategie, der vorausgreifenden szenischen Darstellung:

031
JF: mein erster Gast, das ist Frau Beate Gebert' Frau Gebert <EA> bekam Zwillinge. und

032
JF: merkte auf einmal mitten während der Schwangerschaft, Moment' meine Zwillinge, die ich da

033
JF: habe <EA> die kämpfen miteinander. und der eine kämpft gegen den andern. - und der

034
JF: Kleine kämpft wahrscheinlich in diesem Augenblick sogar um sein nacktes Überleben.

Der Moderator stellt seinen ersten Gast namentlich vor, dann in der kategoriellen Funktion einer Frau, die schwanger war – und zwar mit Zwillingen. Das Besondere folgt aber noch: Diese Zwillinge kämpften im Mutterleib gegeneinander ums Überleben. Zur Spannungserzeugung bedient sich Fliege dabei der für Erzählungen typischen sprachlichen Realisierungsformen: er zitiert direkte Rede (*meine Zwillinge die ich da habe (032)*, er greift einen ganz bestimmten Zeitpunkt der Erlebens heraus (*in diesem Augenblick (034)*) und er benützt emotional hoch besetzte Ausdrücke wie Babies, die *miteinander kämpfen* und *um sein nacktes Überleben*. Zur Spannungssteigerung wechselt er durch die Formulierung in der 1. Person singular sogar in ihre Erzählrolle. Inhaltlich liefert er den ZuschauerInnen damit ein Orientierungsgerüst für die nun folgende Geschichte, eine Art *abstract*. Dies alles schöpft er aus seinem Vorwissen aufgrund der Vorgespräche und den Recherchen der Redaktion. Damit übernimmt der Moderator stellvertretend für die Betroffene die Erzählung des Themas der Geschichte, das "Besondere", das das Erleben überhaupt erzählenswert macht. Dies entspricht den Ergebnissen von Talkshows generell (s. Kap. 4.4.).

An dieser Stelle wird deutlich, warum es im Unterschied zum Medizintalk zu Beginn keine gesammelte Vorstellung aller auftretenden Gäste gibt: Jeder Auftritt eines neuen Gastes dient zur Inszenierung einer dramatischen Darstellung. So erfolgt mit jedem Gast eine Kurzdarstellung des besonderen Ereignisses oder Erlebens, das mit der Vor-

stellung verflochten wird. Ein weiterer "Inszenierungsvorteil" dieses sprachlichen Verfahrens ist, dass die Gäste mit dem Auftritt unmittelbar in einen affektiv aufgeladenen Aspekt ihrer Geschichte einsteigen und nicht erst hingeführt werden müssen.

Es stellt sich heraus, dass es in dieser Sendung, die den an sich unspektakulären Titel "Ich bin schwanger" trägt, um besondere Problemschwangerschaften gehen wird (der Verzicht darauf, dieses Besondere im Titel zu verwerten, ist an sich allerdings unüblich). Dies belegt die für Unterhaltungszwecke spezifische Präferenz von Talkshows für erlebensmäßig bedeutsame Aspekte von Körperzuständen und Erkrankungen. Zudem zeigt sich, dass bei Fliege zu Beginn der Sendung der Fokus eindeutig auf dem *besonderen individuellen Erleben und der lebensweltlichen Dramatik* liegt und nicht auf der medizinischen Information.

Nach der kurzen szenischen Darstellung wechselt der Moderator von der Adressierung der ZuschauerInnen zur Begrüßung seines Gastes. Diese Begrüßung wird in die Bitte um Bestätigung der schon erfolgten stellvertretenden Darstellung eingeflochten:

035
JF: - is das so richtig Frau Gebert' <EA> herzlich willkommen. wie kann
BG: guten Tag' *<8 s Applaus>*

036
JF: man das mitkriegen'. dass man Zwillinge hat weiß ich. das s/s/s/ aber dass sie - m/miteinander,

037
JF: kämpfm, wie spürt man das.
BG: also ich selber hab s eigentlich gar nicht gespürt, ich hab in der

038
BG: Zeit wo das auch festgestellt worden war mit den Zwillingen' <EA> also auch – sehr wenig

039
BG: Bewegung gehabt, weil ich sehr viel Fruchtwasser schon hatte' durch dieses fetische

040
BG: Teiltransfusionssyndrom.

Es zeigt sich, dass das so eindringlich geschilderte Erleben in dieser Form bei Frau Gerber gar nicht stattgefunden hat, ja dass es mit der von Frau Gerber tatsächlich erlebten Realität geradezu in Kontrast steht. Das vermag eine weitere Funktion der vorausgreifenden dramatisierten Darstellung zu erhellen: Gemeinsam mit der Betroffenen hätte der Moderator diese Dramatisierung nicht erzielen können. Frau Gerber korrigiert die Darstellung des Moderators ganz faktisch und nennt auch den medizinisch korrekten Begriff für das Schwangerschaftsproblem: *fetisches Teiltransfusionssyndrom* (eine anormale Gefäßverbindung zwischen den Föten, die zum Tod eines der Kinder auf Kosten des anderen führen kann).

Damit realisiert Frau Gerber einen *medizinisch-symptomatisch geprägten Diskurs*, der nicht geeignet ist, den vom Moderator realisierten dramatisierten lebensweltlichen Diskurs als durchgängigen Diskurs zu etablieren. Die Fachwortnennung führt nachfolgend z.B. zu einer ausführlichen Medizininformationssequenz. Diese anfängliche szenische Darstellung ist also ausschließlich der medialen Inszenierung geschuldet und kann deshalb in der Form auch nur vom Moderator sprachlich realisiert werden. Der so relevant gesetzte dramatisierte lebensweltliche Diskurs hat mit dem tatsächlichen Erleben der Betroffenen nur am Rande zu tun und konkurriert in diesem Falle sogar mit deren Realisierung eines medizinisch-symptomatischen Diskurses. Die sequenzielle Analyse greift an dieser Stelle, in der es um die Einleitungen der Sendungen geht, zwar ein wenig voraus, macht aber schon auf ein Phänomen aufmerksam, das sich in den weiteren Analysen immer deutlicher zeigen wird: Der Moderator kann auf Grund seiner interaktiven Ressourcen, die ihm zur Verfügung stehen, den von ihm präferierten Diskurs immer wieder relevant setzen, so dass ein Art von *Wechsel zwischen den Diskursen* stattfindet, zwischen emotionalen inszenierten Passagen und Passagen mit Medizin- und

Gesundheitsinformationen, ohne dass diese sich notwendigerweise miteinander verquicken, sondern *patchworkartig* hinter- oder nebeneinander stehen (vgl. die weiteren linguistischen Analysen mit den Betroffenen und den ExpertInnen).

6.3.3. "Sanfte Medizin: Kopfschmerzen" – chronische Erkrankung und Alternativmedizin

Wie sieht nun die Einführung für ein Thema wie chronische Kopfschmerzen im Kontext eines alternativen Heilverfahrens wie der Traditionellen Chinesischen Medizin aus. Als Beispiel dient wieder eine Sendung von Jürgen Fliege mit dem Titel "Sanfte Medizin – Kopfschmerzen".

6.3.3.1. Die Einführung des Themas – die szenische Darstellung von Krankheitserleben

001
JF: |Tag' meine Damen und Herrn. - volles Haus:! ja. - schön dass Sie da sind. - herzlichen
Applaus

002
JF: Dank für Ihren Empfang' herzlichen Dank für Ihren Applaus'| herzlichen Dank dass - S:ie wieder
Applaus |

003
JF: eingeschaltet habm' |EA| den richtigen Knopf gedrückt habm' ich bin Jürgen Fliege. |EA|

004
JF: rasender Kopfschmerz' ham Sie schon mal rasende Kopfschmerzen gehabt? - da geht man

005
JF: mit |rasendem Kopfschmerz| zum Arzt' |EA| weiß überhaupt nicht, wie man sich helfen soll'
|hält sich mit beiden Händen den Kopf, das Gesicht schmerzverzerrt|

006
JF: und was sagt der Arzt einem? verschreibt einem kein Mittel sondern sagt |EA| wissen Sie

007
JF: was. |EA| Sie ham nicht: Schmerzen im Kopf, Sie ham Schmerzen im Bauch' und will einem

008
JF: den Bauch behandeln, will Nadeln rein stechen, stellen sich mal vor' |EA| b:liebm Sie bei dem?

009
JF: würden Sie sagen, okay Herr Doktor' es is nicht der Kopf' es is wirklich der Bauch? mal ehrlich.

010
JF: |EA| s würden Sie vielleicht sagen |EA| wenn Sie schon ganz andre Erfahrungen gemacht

011
JF: habm, mit Ärzten die an ihrem Kopf herumlaboriert habm, hat DOCH alles nichts genützt. |EA|

Jürgen Fliege beginnt diese Sendung zum Thema Kopfschmerz – ähnlich wie der Medizintalk "*Gesundheit!*" zu diesem Thema (6.2.2.1.) – mit einem lebensweltlichen Vergleich zu Kopfschmerzerfahrungen, den er jedoch – und nun im Unterschied zum Medizintalk – mit *stark dramatisierenden Elementen* versieht. Er verwendet hoch stufende, emotionalisierende Adjektive wie *rasend*, er wiederholt den zentralen Inhalt *rasender Kopfschmerz (004, 005)* und verstärkt seine Worte mit entsprechender Mimik und Gestik. Durch die gesamte Einleitung hindurch bleibt er in einem fiktiven Dialog mit den ZuschauerInnen. Nach der Schmerzdarstellung führt er als überraschendes Element eine "unerwartete" Behandlungsform ein: die Akupunktur (*Nadeln rein stechen (008)*) und die ganzheitliche Diagnostik (*Schmerzen im Bauch (007)*, beides Verfahren der Traditionellen Chinesischen Medizin, um die es in der Sendung gehen wird. Er benennt diese Verfahren aber nicht mit ihren fachlichen Bezeichnungen, sondern übernimmt stellvertretend die Laienperspektive und die unmittelbare Erlebensperspektive der ZuschauerInnen. Damit macht er das Erleben der Schmerzen und der alternativen Behandlung direkt nachvollziehbar. Er thematisiert, weiterhin im fiktiven Dialog mit den ZuschauerInnen verbleibend, die möglichen Zweifel an der Methode, aber auch die mögliche

Zustimmung dazu, wenn die traditionelle ärztliche Kunst versagt hat; wiederum direkt fassbar durch den zitierten Dialog (010-011). Damit knüpft er direkt an die Lebenserfahrung von ZuschauerInnen an und an den mittlerweile üblichen Prozess der Nutzung der verschiedenen Medizinformen, die zur Verfügung stehen: Wenn die "normale" Medizin keinen Erfolg zeitigt, wendet man sich "alternativen Methoden" zu. An dieser Stelle erhält der mediale Diskurs des Moderators eine relevante *gesundheitserzieherische Dimension*: Die Thematisierung von Unwissenheit, falschen Vorstellungen und Vorurteilen gegenüber alternativen Heilmethoden wird angekündigt.

Im Gegensatz zu medizinischen Informationssendungen, in denen die kommenden Inhalte explizit angekündigt und benannt werden, bedient sich Jürgen Fliege hier also des Mittel der *dramatisierten szenischen Darstellung* einer möglichen Alltagserfahrung mit Kopfschmerz. Diese Alltagserfahrung enthält aber nicht nur das Schmerzerleben, sondern auch die gängigen Vorurteile und Zweifel gegenüber einer neuen Behandlungsweise im Sinne einer Laienvorstellung von Akupunktur und chinesischer Medizin. Diese Art der Einleitung dient auch der Zuschauerbindung, da diese die kommenden Inhalte anhand der bildhaften Darstellungen in gewisser Weise selbst rekonstruieren müssen. Dies ist emotionalisierte Unterhaltung im besten Sinne.

Die Koppelung der Darstellung einer relevanten chronischen Erkrankung, die in milderen Ausprägungen allen ZuschauerInnen geläufig ist, mit der Darstellung einer alternativen Medizinform kommt den Inszenierungsprinzipien der Boulevardisierung und des Emotainments besonders entgegen, da sich die dramatisierten Darstellungen beider Bereiche gegenseitig verstärken – nicht nur in der Einführung der Sendung, sondern auch in den Erzählungen der Betroffenen und in den Gesprächen mit den ExpertInnen. Dieser Befund vermag zu erklären, warum "normale Erkrankungen" in Talkshows präferiert im Kontext einer alternativen Heilmethode präsentiert werden (und erklärt auch, warum keine Talkshow zur Darstellung von Kopfschmerz alleine im Datenmaterial zur Verfügung steht).

6.3.3.2. Die Vorstellungsrunde – die Stilisierung alternativer Heilmethoden

Es zeigt sich, wie schon in der Sendung zum Thema Schwangerschaft (Kap. 6.3.2.2), dass diese umfangreiche szenische Darstellung eine Re-Inszenierung der Geschichte des ersten Gastes ist, Frau Knierim (CK):

012
JF: Christl Knierim blieb nur diese eine Hoffnung' es könnte was dran sein - mit meinem Bauch'

013
JF: herzlich willkommen, |EA| Frau Knierim!: | Frau Knierim' - - | aus Düsseldorf'
CK: guten Tag'
|Applaus und Auftrittsmusik |

Fliege führt die Szene weiter und stilisiert die alternative Heilmethode zum bekannten "Strohhalm", wieder emotionalisiert durch den Ausdruck *nur diese eine Hoffnung (012)* und durch die zitierte direkte Rede *es könnte was dran sein - mit meinem Bauch (012)*. Bei Jürgen Fliege liegt zu Beginn der Sendung der Fokus eindeutig auf der Etablierung eines medialen Diskurses, in dem die lebensweltliche Dramatik der Erkrankung relevant gesetzt wird und – im Falle der alternativen Heilmethoden auch das besondere individuelle Erleben dieser Methode und ihrer Verfahren in Diagnose und Behandlung.

Diese dramatisierte Darstellung legt nahe, dass die Traditionelle Chinesische Medizin in dieser Sendung nicht als eine eigenständige, sei es komplementäre oder sei es alternative Medizinform mit ihren Stärken und Schwächen dargestellt werden wird, sondern klischeehaft als "letzte Rettung", als Mittel der "Wunderheilung" im Kontrast

zum Versagen der Schulmedizin bearbeitet werden wird. Dies dient zwar ebenfalls der emotionalisierten Unterhaltung, nicht aber der Chinesischen Medizin bzw. der Alternativmedizin insgesamt als eigenständige, ernstzunehmende Heilmethode. Dies bedeutet aber auch, dass die eigentliche medizinische oder gesundheitsförderliche Information dazu funktionalisiert wird, emotionalisierende Inhalte zu transportieren. Die weiteren Analysen werden zur Erhärtung dieses Befundes beitragen (vgl. dazu ausführlich 6.4.).

Die *Kluft zwischen Infotainment und öffentlicher Medizininformation*, die sich schon in den einleitenden Sequenzen des Medizintalks gezeigt hat (6.2.2.), wird bei den Talkshows durch den Emotainment-Auftrag noch um einiges größer und damit deutlicher: Emotainment benötigt, in Weiterführung des Infotainments nicht nur Subjektivität, sondern das besondere Schicksal, und nicht nur Nachvollziehbarkeit von Leiden, sondern lebensbedrohliche und ungewöhnliche Erkrankungen, und Emotainment benötigt auch das Spektakuläre der Medizinformen, seien es ungewöhnliche Diagnose- und Behandlungstechniken durch alternative Verfahren oder Wunderheilungen nach dem Versagen der Schulmedizin.

In diesem Zusammenhang sei erwähnt, dass die Talkshows bzw. ihre ModeratorInnen sich gerne ihrer Funktion als öffentliche Institutionen der Lebenshilfe rühmen, was in direktem Kontrast zur Fokussierung inszenierter Unterhaltung steht. Dieses Thema wurde nach immer wiederkehrender Kritik an zu reißerischer Aufmachung und Missbrauch der persönlichen Schicksale von Menschen für Unterhaltungszwecke wichtig. Ein Beispiel aus einer weiteren Sendung Jürgen Flieges zum Thema "*Migräne – Die neuen sanften Heilmethoden*" möge dies illustrieren:

001 JF: und wissen Sie wann am meisten Leute Fliege kucken? - wann am meisten Menschen in Deutsch=
002 JF: land um 16 Uhr Erstes Programm kucken? - na wenn WIR etwas für Menschen tun. - und das ist
003 JF: natürlich bei Medizin am schnellsten. wenn wir Ratschläge geben, - wenn wir Menschen erzählen
004 JF: lassen wie sie heil geworden sind. - und dann: gibt es tausende von Anrufen' - es gibt
005 JF: tausende von Briefen, meine Damen und Herrn' - und wenn wir durchforsten, was wollen
006 JF: denn die Menschen, wenn sie uns schreibm' - dann merk ich immer, sie wollen gar nicht so sehr
007 JF: - Hilfe in völlig exotischen Krankheiten' sondern in den alltäglichn! - also: ist die meiste
008 JF: Rückmeldungszahl in Briefen wo sie sagen, gib uns doch einen Tipp wie wir mit unsrem Kopf=
009 JF: schmerz fertig werden. das sind die meisten Briefe' und wir sagen, das müssen wir ernst nehmen,
010 JF: da müss ma nochmal ran' da haben wir vielleicht noch nicht genu:g - geforscht, noch nicht
011 JF: genug Tipps verteilt' und deswegen - machen wir heute weiter mit sanfter Medizin und Migräne.

6.3.4. "Prostatakrebs" – eine lebensbedrohliche Erkrankung

Abschließend komme ich zur sprachlichen Bearbeitung eines lebensbedrohlichen Krankheitsthemas am Beispiel des Prostatakrebses. In der Talkshow *Schiejok täglich* (ORF), moderiert vom Journalisten Walter Schiejok (WS), werden im Laufe jeder Sendung üblicherweise mehrere völlig unterschiedliche Themen berührt. Das hat zur Folge,

dass z.B. bei Krankheitsthemen meist nur ein Experte/eine Expertin und ein Betroffener/eine Betroffene eingeladen sind.

6.3.4.1. Die Einführung des Themas – das Tabu als Unterhaltung

Beim Thema Prostatakrebs befindet sich die Sendung etwa im letzten Drittel, das Thema wird folgendermaßen eingeführt:

001
WS: |die Prostata. ist das Sorgendkind Nummer eins des Mannes, heißt es hier. | – und auch
WS liest ab

002
WS: das größte Tabu. warum das so ist möchte ich ihnen in einer kurzen Filmeinblendung

003
WS: meiner Redaktion zeigen' und dann reden wir' |EA| / a paar Minuten sind s nur, aber wir werden

004
WS: das wichtigste herausgreifen, das wichtigste herausgreifen über diese/ über diese Tabus des

005
WS: Mannes. bitteschön!

<*Filmeinblendung*: Was ein echtes Mannsbild ist will, bewundernde Blicke auf sich ziehen und strotzen vor Manneskraft. Schwächen geben sich die Herren der Schöpfung nicht gern, am wenigsten an ihrer delikatesten Stelle. Und dennoch: Jeder zweite Mann über 50 laboriert an Leiden der Prostata, jener Drüse, die ein Sekret aussondert, das den Spermien zu ihrer Beweglichkeit verhilft. Krebs ist die schlimmste Ausprägung von Prostataleiden und verursacht fatalerweise vorerst keine spürbaren Beschwerden. Die so genannte PSA-Untersuchung ist die verlässlichste Methode den Krebs aufzuspüren und sollte nach Ansicht der Ärzte endlich in die Gesundenuntersuchung integriert werden. Prostata ist gleich mehrfach mit Tabus belegt: Potenzverlust und Inkontinenz sind heikle Angelegenheiten, über die "Mann" nicht gerne spricht. Und dennoch ist es wichtig, die Dinge beim Namen zu nennen, denn falsche Scham kann gerade hier fatale Folgen haben.>

Die einleitenden Worte und der Text der Filmeinblendung machen das vorrangige Ziel der Sendung deutlich: ein Tabu soll angesprochen werden, d.h., Vorurteile sollen deutlich gemacht und Gesundheitsverhalten und soziales Verhalten soll verändert werden. Dies entspricht einem vorrangigen Aspekt von *öffentlicher Gesundheitsinformation*, aber auch dem selbst auferlegten *Lebenshilfeauftrag* von Talkshows. Der Text der Filmeinblendung enthält zum Einen medizinische Informationen zu Prostataerkrankungen, vor allem Prostatakrebs, thematisiert zum Anderen weitere Tabubereiche wie Potenzverlust und Inkontinenz. Die starke Fokussierung auf den Aspekt des Tabus und weniger auf den Aspekt der Erkrankung in den einleitenden Worten des Moderators dient der Inszenierung von Besonderheit und Betroffenheit. Dazu genügt schon das Wort Tabu alleine und die Ankündigung, über ein Tabuthema sprechen zu wollen. Wieder zeigt sich, dass Dimensionen der öffentlichen Gesundheitsförderung – in diesem Fall von lebensbedrohlichen Erkrankungen – benutzt werden, um die Zielsetzungen emotionalisierter Unterhaltung umzusetzen. Aus diesem Grund werden – wie schon erwähnt – in Talkshows ja auch präferiert tabubehaftete und lebensgefährliche Erkrankungen dargestellt. Diese anfängliche Einführung des Themas Prostatakrebs in der Talkshow unterscheidet sich also durch die Betonung der Aspekte Scham und Tabu von der Einführung des Themas im Medizintalk, in dem die medizinische Ernsthaftigkeit der Erkrankung hervorgehoben wird.

6.3.4.2. Die Vorstellungsrunde – die Dramatisierung der Bedrohung

006
WS: ja' bei mir - Herr Primarius Doktor Günther Fischer' Urologe am Krankenhaus Göttlicher

007
WS: Heiland' herzlich willkommen Herr Primarius:' und Herr Ekkehard Büchler' er ist verheiratet,
008
WS: hat drei Kinder, Versicherungsangestellter, - und er hat die erste Selbsthilfegruppe nach
009
WS: Prostatakrebs gegründet' und beiden Herrn noch einmal danke, dass Sie gekommen sind.

Diese Vorstellungsrunde weicht anfangs nur wenig von der im Medizintalk ab. Der medizinische *Experte* wird über Titel- und Positionsbezeichnung als schulmedizinischer Facharzt in hoher beruflicher Positionen kategorisiert, was dem Thema entsprechende Relevanz verleiht. Der *Betroffene* hingegen wird – im Gegensatz zum Medizintalk – nicht über die Ausprägung der Erkrankung kategorisiert, sondern über persönliche Informationen wie Stand, Kinderanzahl und Beruf, aber auch über seine Position als Gründer einer Selbsthilfegruppe dargestellt. Interessant ist, dass nur daraus und nur auf indirektem Wege sein persönlicher Bezug zur Krankheit erschlossen werden kann. Als Vertreter der Selbsthilfegruppe qualifiziert er sich aber in besonderer Weise, das Thema öffentlich zu vertreten und das Sendungsziel, über ein Tabuthema zu reden, umzusetzen. Die vorangegangen persönlichen Informationen haben allenfalls die Funktion, den Betroffenen für die ZuschauerInnen weniger abstrakt erscheinen zu lassen, ihn sozusagen "menschlicher" zu machen, und ihn eben nicht lediglich als "anonymen medizinischen Fall" zur präsentieren. Zur Inszenierung von emotionalisierter Unterhaltung dienen sie nicht. Dann kommt es jedoch zu einer überraschenden Wendung:

011
WS: und zum Herrn Büchler darf ich noch: was sagn. die Frau Büchler'/ mir ist das so bekannt
012
WS: vorgekommen heute irgendwie der Name' ja? die Frau Büchler war bei mir' und wir ham
EB: ja'
013
WS: vor einiger Zeit, es is scho länger her' gesprochen über das Thema |EA| ich stehe zu dir,
014
WS: oder ich helfe dir oder so' und Ihre Frau ist heut bei uns im Publikum. sie hat ma gsagt ich
015
WS: DARF das sagen, ich begeh hier keine Indiskretion' |EA| die Frau Büchler war bei uns |EA|
016
WS: wegen eines Brust - krebs - vorfalls' ja? und: Ihr Mann steht zu Ihnen, ham Sie damals
017
WS: erzählt' und das war beeindruckend für uns. |EA| und heute ist er hier. er hat nämlich
018
WS: Prostatakrebs. SIE stehen - zu ihm' |EA| und das Ganze nach 35 Jahren Ehe, ja? dass
019
WS: zwei Menschen von: solchen Schicksalsschlägen betroffen werden, also |EA| das war
020
WS: wirklich/ das war wirklich für uns zu/ zutiefst beeindruckend. herzlichen Dank' und ich
021
WS: gratulier Ihnen zueinander. – einer zum Andern. <*Applaus*> dem einen zum andern.

Es stellt sich heraus, dass die Frau des Betroffenen einige Zeit zuvor in der gleichen Sendung war und zwar auf Grund ihres Brustkrebses, eine für Frauen in vergleichbarer Weise tabubehafteten und lebensgefährlichen Erkrankung wie Prostatakrebs für Männer. Dies erlaubt Walter Schiejok zusätzlich zum Tabubehafteten des Themas Prostatakrebs noch eine *dramatische Darstellung eines besonderen Schicksalswegs* in die Sendung einzubringen: Unterschiedliche Krebserkrankungen sind ganz plötzlich und mehrfach über die Normalität einer langjährigen Ehe hereingebrochen, haben zuerst das Leben der Frau, dann des Mannes bedroht, aber aus beider Bewältigung ist das Paar nun gemeinsam gestärkt hervorgegangen ist. Die relativ unscheinbare Präsentation des Be-

troffenen zu Beginn erhält also hochemotionale Dimensionen. Diese Einleitung lässt für den weiteren Sendungsverlauf eine spezielle Mischung aus medizinischem Diskurs bzw. Diskurs zur öffentlichen Gesundheitsinformation und dramatisiertem lebensweltlichem Diskurs erwarten.

Weitere Analysen für unterschiedliche Einleitungen in Talkshows finden sich zum Thema Ess-Störungen von der Moderatorin Arabella Kiesbauer und zu einer "modernen Krankheit", dem Chronischen Erschöpfungssyndrom in Kap. 7.3.

6.4. Fazit 1: Etablierung und Vermischung von Diskursen

Diese ersten Ergebnisse der Analyse zeigen, dass die sendungsrelevanten Diskurse von den ModeratorInnen tatsächlich in den Einleitungssequenzen der Sendungen etabliert werden, sei es der medizinische Diskurs im Medizintalk, sei es der dramatisierte lebensweltliche in der Talkshow, sie zeigen aber auch, dass in allen Äußerungen zugleich auch Aspekte aller anderen Diskurse und ihrer unterschiedlichen Ausprägungen – medizinischer, gesundheitsinformativer und medialer – in einer ständigen Verquickung und Vermischung realisiert werden, je nach Sendungsziel, Thema und lokaler pragmatischer Funktion, so dass man von einer ständigen Verflechtung von Diskursanteilen sprechen kann.

In den Einleitungssequenzen des *Medizintalks* wird die *biomedizinische Orientierung* deutlich. Sie beginnt bei der Auswahl der Betroffenen, die jeweils spezifische Ausprägungen der jeweiligen Erkrankung oder Befindensstörungen als medizinische Fälle vertreten. Diese Ausprägung orientiert sich am schulmedizinischen Diagnoseschema. Ebenso schulmedizinisch orientiert sind die angesprochenen Behandlungswege und Heilungsvorstellungen. Generell wird das schulmedizinische System als die unmarkierte Normalform hingestellt. Ebenso ist es bei der Auswahl der schulmedizinischen ExpertInnen; hier erfolgen Hinweise auf Status und Fachspezifik, nicht auf die Medizinform. Diese Auswahl bedingt die potenzielle Diskursvielfalt in der weiteren Sendung. Allerdings zeigt die Sendung eine gewisse Offenheit z.B. gegenüber psychologischen Aspekten bezüglich der Rekonvaleszenzzeit von Krebserkrankungen oder gegenüber nicht rein schulmedizinischen Behandlungsformen bei Befindensstörungen wie dem PMS. Die Aspekte des *medialen Diskurses*, zeigen sich in interaktiven Verfahren wie der Adressierung der ZuschauerInnen und der Einführung von unterhaltsamen Elementen, also etwa die Betonung der Massivität oder die besonders lange Dauer der Erkrankung eines der Eingeladenen oder die Herstellung von Betroffenheit bei heiklen Themen. Der *Diskurs der öffentlichen Gesundheitsinformation* zeigt sich inhaltlich in der Vermittlung von medizinischen Fachinformationen zu Krankheiten, deren Entstehung und Verbreitung, aber auch in der Vermittlung von Verhaltensvorschlägen und Informationen zur Veränderung von unrichtigen Wissensbeständen, Krankheitsvorstellungen und Vorurteilen.

Schon in den ersten Analysen der Einleitungssequenzen der Sendung wird deutlich, dass der stete Wechsel zwischen informierenden und unterhaltenden Elementen, also z.B. zwischen Fachinformation und affektiven Aspekten oft schwer zu vereinbaren sind. Erste Ambivalenzen zwischen dem Unterhaltungsauftrag und ernsthafter öffentlicher Medizininformation zeigen sich auch in der Darstellung der Betroffenen als eingeladene Gäste, die etwas über ihre Krankheiten zu erzählen hätten und/oder als medizinische Fälle, über die gesprochen würde. Ebenso deuten sich schon Schwierigkeiten dabei an, beide Rollen, die des Moderators eines Medizintalks und die eines medizinischen Experten in einer Person zu erfüllen.

In den Einleitungssequenzen der *Talkshows* zu Krankheitsthemen wird ihre Verpflichtung zur emotionalisierten Unterhaltung deutlich. Von Anfang an wird in den

Sendungen ein dramatisierter lebensweltlicher Diskurs etabliert und der Diskurs der öffentlichen Gesundheitsinformation in den Hintergrund gedrängt oder als Vehikel zur Etablierung besonderer Krankheitsaspekte funktionalisiert. Der *dramatisierte lebensweltliche Diskurs* zeichnet sich durch die Darstellung von Vielfalt und Besonderheit im Krankheitserleben aus, unter Einsatz von emotionalisierenden und szenisch inszenierenden interaktiven Verfahren. Vielfalt meint hier nicht eine Vielfalt an medizinischen Erscheinungsformen einer Erkrankung, also keine diagnostisch unterschiedlichen "medizinischen Fälle", sondern eine Vielfalt der individuellen und besonderen Erlebensformen, die mit einer Erkrankung zusammenhängen. So werden in Talkshows Betroffene präferiert unter dem Gesichtspunkt unterschiedlicher Krankheitsschicksale ausgewählt, ebenso präferiert werden lebensbedrohliche und tabuisierte Krankheiten. Die Frage des individuellen und besonderen "Schicksals" spielt bei der Etablierung des dramatisierten lebensweltlichen Diskurses eine spezielle Rolle, und dies beeinflusst entsprechend auch die Darstellung der unterschiedlichen Medizinformen.

In den Talkshows zeigt sich also auch eine *Präferenz für alternativen Medizinformen*, da deren ungewöhnlichen Diagnose- und Behandlungstechniken medial präsentabel sind; ebenso zeigt sich eine Präferenz für die Darstellung von "Wunderheilungen" nach Versagen der Schulmedizin, da ein medial wirksamer Kontrast zwischen dem zuerst bestehenden, "unheilbaren" Leid und der nachfolgenden wundersame Heilung hergestellt werden kann. Die *Koppelung* der Darstellung von relevanten chronischen, lebensbedrohlichen oder tabubehafteten Erkrankung mit der Darstellung von Besonderheiten alternativer Medizinformen und Heilmethoden kommt den Inszenierungsprinzipien der Boulevardisierung und des Emotainments besonders entgegen, da sich die dramatisierten Darstellungen beider Bereiche gegenseitig verstärken. Die Konsequenz dieser Selektion im Auftrag von emotionalisierter Unterhaltung ist, dass die alternativmedizinischen Behandlungsmethoden dadurch in eine heikle Position geraten: Es werden überhöhte Erwartungen an "Wunderheilungen" genährt, die bestehenden Methoden werden beliebig als Heilmethoden propagiert, Heilmethoden, die sich langsam etablieren wie etwa die Traditionelle Chinesische Medizin werden wieder "exotisiert".

6.5. Fazit 2: Inkorporation, Verkettung oder Patchwork

Prozesse der Diskursvermischung werden als Hybridisierung (Stollberg 2002), Inkorporation (Karpf 1988) oder Verkettung (Heim 1999) bezeichnet (s. ausführlich die Darstellungen und Diskussionen in Kap. 2.4. und Kap. 3.1.). Sie beziehen sich jedoch nur auf derartige Prozesse zwischen unterschiedlichen medizinischen Diskursen, also zwischen Schulmedizin und Traditioneller Chinesischer Medizin oder Homöopathie, und beschreiben zumeist eine generalisierte Ebene, nicht die der realen Sprachproduktion (z.B. die Inkorporation der Akupunktur in das schulmedizinische System). Sie sind als Beschreibungskategorien so grob, dass sie nur schwer voneinander trennbar sind; Hybridisierung ist überhaupt zu einem allgegenwärtigen Begriff für aktuelle gesellschaftliche Durchmischungsprozesse geworden (s. auch Kap. 6.9.6. und 6.11. zum Thema des Aufeinandertreffens unterschiedlicher medizinischer Diskurse).

Für die komplexen Prozesse der Vermischung von unterschiedlichen medizinischen, gesundheitsförderlichen und medialen Diskurse, wie er in diesen Sendungen stattfindet, scheint mir ein Begriff wie *Patchwork* besser geeignet.[68] Er impliziert, dass aus den

[68] Er ist dem Begriff "Patchwork-Familie" nachgebildet, der die moderne Gestalt von Familien beschreibt, die durch das Prinzip der Vermischung von Bestandteilen zeitlich aufeinander folgender Beziehungskonstellationen gekennzeichnet ist, also z.B. Kind oder Kinder aus früheren Beziehungen,

vorhandenen Diskursen wie aus unterschiedlichen Geweben jeweils Anteile unterschiedlicher Größe und Form (*patches*) herausgenommen und über die sprachlichen Realisierungen (*work*) miteinander verwoben werden. Damit enthält er die Dimension des Nebeneinanders und "Umeinanders", also nicht nur linear, wie Verkettung impliziert, aber auch die Dimension der Inkorporation und ihrer Implikation als Bearbeitungsprozess. Der Begriffsteil *work* hebt zudem den aktiven und oft durchaus intentionalen Produktionsprozess hervor. Die Auswahl und Mischung von *patches* ist beliebig möglich, je nach Kontext und Funktion der Äußerungen. In der Gesamtschau ergibt sich ein immer wieder unterschiedliches Muster oder Gewirk, in dem die einzelnen *patches* in den Hintergrund treten und dennoch eine Farbe oder eine Struktur dominant bleiben kann.

Hinweise aus ersten interaktiven Sequenzen zwischen ModeratorInnen und Teilnehmenden im Anschluss an die Vorstellungsrunden lassen erwarten, dass es auch im weiteren Verlauf der Sendungen zu einem derartigen Mit- und Nebeneinander von Diskursen bzw. Diskursanteilen kommen wird, in den einzelnen Äußerungen selbst oder in den aufeinander folgenden Redebeiträgen, indem einmal der eine, dann der andere relevant gesetzt wird – allerdings ohne dass der Diskurs, der vom Moderator relevant gesetzt wird, bedroht wird. Diese Vermischung von Diskursen und Diskursanteilen erscheint an dieser Stelle der Analyse wahrscheinlicher als ihre Integration.

6.6. Medizintalk: Die Betroffenen und die Funktionalisierung von Krankheitserfahrung

Im folgenden möchte ich untersuchen, wie die Diskurse, die in den Einleitungssequenzen etabliert wurden und die Zuschreibungen, die in den Vorstellungssequenzen erfolgten, interaktiv weitergeführt, umgesetzt und gegebenenfalls ausgehandelt werden, d.h. welche Rollen den vom jeweiligen Krankheitsbild Betroffenen vom Moderator weiterhin zugewiesen werden, welche sprachlichen Verfahren dafür eingesetzt werden und wie diese Bedingungen die diskursiven Handlungsspielräume der Betroffenen und ihre Realisierung von Diskursen formen. Zudem werde ich überprüfen, ob und wie sich die schulmedizinische Orientierung durch die weitere Sendung fortsetzt.

6.6.1. Die Betroffenen als GarantInnen für den Diskurs der Lebenswelt

Ein zentraler Punkt des Medizintalks und der Talkshows zu Krankheitsthemen sind die Gespräche mit den Betroffenen bzw. deren Krankheitsdarstellungen. Da eine Erkrankung nicht nur ein rein organischer Vorgang ist, sondern üblicherweise ein Ereignis, das mehr oder weniger stark mit persönlichem Erleben verbunden ist, enthalten persönliche Krankheitsdarstellungen nicht nur faktisch-medizinische Informationen über Krankheitsentstehung, Behandlungsweisen und Erfolge oder Komplikationen, sondern auch subjektive und affektive Informationen zum Erleben der biographischen, psychischen und/oder sozialen Prozesse, die mit der Erkrankung zusammenhängen oder durch sie ausgelöst oder verändert wurden und werden (s. Kap. 3.3.5.). Dies macht Krankheitsdarstellungen von Betroffenen in einem medialen Kontext zu einem günstigen Mittel der Zuschauerbindung (dies gilt für persönliche Erzählungen ganz generell; vgl. Kap. 4.4.3). Der Medizinethiker Giovanni Maio nennt die Erschließung von Fakten und deren Deutung über das Erzählen von Geschichten als den "Königsweg in der medialen Darstellung von Sachverhalten (Maio 2003, 277)", weil damit alle medialen Inszenie-

gemeinsame Kinder aus der aktuellen Beziehung, ein oder zwei Elternteile, ständig oder nicht, oder auch Mitglieder andere Generationen oder entferntere Verwandtschaftsgrade usw.

rungsbedingungen wie Personalisierung, Dramatisierung und Emotionalisierung gleichzeitig erfüllt werden könnten. Damit könnte man die *Betroffenen als GarantInnen für den Diskurs der Lebenswelt* bezeichnen.

Im Medizintalk sind von einer Erkrankung Betroffene zwar als aktuell kranke oder ehemals erkrankte Individuen eingeladen, vor allem aber auch als RepräsentantInnen je spezifischer Ausprägungen der Erkrankung oder ihrer Behandlungsformen. So sollen die Krankheitsdarstellungen persönlich sein, um den Unterhaltungsanspruch zu gewährleisten und Interesse und/oder Betroffenheit zu erzeugen, zugleich sollen die Informationen, die über diese Darstellungen vermittelt werden, die ZuschauerInnen befähigen, ihren Körperzustand gegebenenfalls als krank oder gesund zu diagnostizieren und entsprechende Maßnahmen zu ergreifen, sei es einen Arzt/ eine Ärztin aufzusuchen oder ihr Gesundheitsverhalten zu verändern. Darum dürfen die persönlichen Krankheitsdarstellungen auch nicht zu individuell ausfallen, so dass sie ausreichend typisch und verallgemeinerbar bleiben.

Die Rollenzuweisung als "medizinische Fälle" erfolgt üblicherweise initial in der Vorstellungsrunde durch den Moderator. In den auf die Einleitungsphase folgenden Sequenzen müssen diese Teilnehmerrollen nun interaktiv weiter bearbeitet werden. Hierzu werden vom Moderator bestimmte sprachliche Verfahren der Rollenzuweisung eingesetzt, die dazu dienen, das Sendungsziel und eine bestimmte Art der Darstellung von Krankheit umzusetzen. Diese Zuweisungen können von den Betroffenen angenommen und interaktiv ausgefüllt werden, sie können aber auch mit ihren Bedürfnissen der Krankheitspräsentation kollidieren.

6.6.2. Die mediale Inszenierung eines ärztlichen Gesprächs

Ein beliebtes interaktives Verfahren des ärztlichen Moderators Dr. Gerhardt zur Durchsetzung der initialen Rollenzuweisung ist es, die Erkrankung, deren Entwicklung und Diagnose über die Inszenierung eines ärztlichen Gesprächs mit den Betroffenen darzustellen.

6.6.2.1. Die Rollenzuweisung als medizinischer Fall

In der Sendung "Prämenstruelles Syndrom" wurde diese Befindensstörung zuerst unter seiner sozialen Relevanz präsentiert *Männer, bitte jetzt nicht abschalten*!), dann sukzessive unter seiner medizinischen Relevanz als genuines Krankheitsbild (s. Kap. 6.3.2.3.). Die erste der beiden Betroffenen, Frau Heintzel (KH) wurde mit *sie litt unter massiven - prämenstruellen Symptomen, also Beschwerden (009)* vorgestellt. Die damit einhergehende Rollenzuweisung impliziert: Frau Heintzel und ihre folgende Krankheitsdarstellung ist repräsentativ für eine besonders schwere Ausprägung des Beschwerdenbilds (*massiven*)und sie ist – im Kontrast zu der anderen Betroffenen – repräsentativ für eine erfolgreiche Behandlung (*litt*) mit herkömmlichen, also schulmedizinischen Methoden.

6.6.2.2. Die Rollenzuweisung als Patientin

Die weitere Aufbereitung ihres Beschwerdenbildes gestaltet sich nun wie folgt:

013
MO: ja. <- Frau Heintzel. > Frau Heintzel, welche Beschwerden hatten Sie.
KH: ähm ja, massive
<MO setzt sich zu den Gästen>

014
MO: also die Hände richtig dick?
KH: - Wasser/er/einlagerungen ähm, die Hände richtig dick, die ganzen

015
MO: Finger? Ringe? ja.
KH: Oberarme man kann sagen, im Gesicht, auch' genau' man kriegt dann die Ringe nicht

016
MO: ja. ja.
KH: mehr von den Fingern. ähm: - Esslust <*räuspert sich*> ziemlich unkontrolliert einfach.

017
MO: hmhm[v] einfach so? null Bock?
KH: depressi:v. ähm schlecht gelaunt einfach auch. ja: so richtig - null Bock, und

018
MO: hmhm[v] ja.
KH: lustlos, und energielos, - und ja.

In der einleitenden Frage des Moderators liegt auch die von ihm relevant gesetzte Fokussierung: Die Frage *welche Beschwerden hatten Sie (013)* zielt auf die Darstellung der einzelnen Symptome des prämenstruellen Syndroms ab. Frau Heintzel soll, im Sinne der Information für die ZuschauerInnen, die relevanten Beschwerden des prämenstruellen Syndroms schildern. Die Frageformulierung Dr. Gerhardts fördert eine Aufzählung von Symptomen und nicht eine sich szenisch entwickelnde Beschwerdenschilderung. Sie erlaubt es der Betroffenen nicht, mit einer eigenständig strukturierten Darstellung des prämenstruellen Syndroms, so wie es von ihr erlebt wird und wurde, zu beginnen und diese nach ihren Relevanzen durchzuführen. Dies müsste sie gegen die Rollenzuweisung des Moderators interaktiv durchsetzen.

Mit der Fokussierung auf die Nennung von Einzelbeschwerden als "Erzählaufforderung" orientiert sich Dr. Gerhardt am *Relevanzsystem der öffentlichen Gesundheitsinformation* für die ZuschauerInnen: Einzelbeschwerden sind gut an sich selbst diagnostizierbar. Damit führt er die initiale Rollenzuschreibung als "stellvertretender medizinischer Fall" konsequent weiter. Zugleich entstammt eine solche initiale, stark vorstrukturierende Frageformulierung zu Einzelsymptomen dem schulmedizinischen Diskurs (im Gegensatz etwa zu einer offenen, Erzählung fördernden einleitenden Frage eines gesamtheitlichen medizinischen Diskurses, in dem eine so detaillierte Frage erst in einer späteren Gesprächsphase eingesetzt würde). So wird auch die schulmedizinische Relevantsetzung der Einleitungssequenz vom Moderator weitergeführt.

6.6.2.3. Der Import sprachlichen Verfahren der Schulmedizin

Die Formulierung dieser Frage als initiale Darstellungsaufforderung weist Frau Heintzel die *Interaktionsrolle einer Antwortenden* zu, nicht einer Erzählenden, was ihren interaktiven Handlungsspielraum im Wesentlichen auf reaktives sprachliches Handeln beschränkt. Als Erzählende wäre sie für die Zeit ihrer Darstellung in der aktiven Position der primären Sprecherin und der Moderator in der Rolle des Zuhörenden. Mit der Frage nach Einzelbeschwerden weist sich Dr. Gerhardt selbst jedoch die Interaktionsrolle des Fragenden zu, wodurch ihm alle interaktiven Steuerungs- und Kontrollmechanismen erhalten bleiben.

Wie eingangs dargestellt, gilt die *Initiierung von Frage-Antwort-Sequenzen* zur Beschwerdenschilderung und die entsprechende Zuteilung der Redebeiträge (ärztliches Fragen, patientenseitliches Antworten) als ein Charakteristikum für eine schulmedizinisch geprägte Arzt-Patienten-Kommunikation (s. auch Kap. 3.3. zur ärztlichen Gesprächsführung). Sie gewährleistet den VertreterInnen der Institution die Zuständigkeit für den Interaktionsverlauf und die strukturelle wie thematische Kontrolle. Durch die Formulierung dieser Frage, die die Beschwerdenschilderung durch die Betroffene ein-

leiten soll, importiert Dr. Gerhardt ein charakteristisches Feature des Diskurstyps "herkömmliches Arzt-Patienten-Gespräch" in das mediale Setting und inszeniert somit ein schulmedizinisch geprägtes ärztliches Gespräch (oder zumindest dessen Beginn). Dies betrifft sowohl die strukturelle Ebene (hierarchisch orientierte Gesprächsführung) wie die inhaltliche Ebene (Erhebung von Einzelsymptomen). Ermöglicht wird dies jedoch nur durch seine (außermediale) Berufsrolle als Arzt.

Die Vorteile dieses Verfahrens, einen Gesprächstyp bzw. Teile davon in die Fernsehsendung zu importieren, sind: Der Gesprächstyp ist den ZuschauerInnen aus ihrer eigenen Alltagserfahrung gut bekannt, und das dient der Zuschauerbindung. In der Rolle des „gesprächsführenden Arztes“ kann der Moderator die thematische Kontrolle über den Darstellungsverlauf und die Umsetzung des Sendungsziels behalten.

6.6.2.4. Die kooperative Rollenübernahme durch die Betroffene

Wie sieht nun die auf die einleitende Frage erfolgende interaktive Reaktion der Betroffenen aus: Frau Heintzel nennt, zum Teil fast stichwortartig, typische Beschwerden wie Wassereinlagerungen in Armen und Händen, unkontrollierte Esslust und Energie- und Lustlosigkeit. Damit fügt sie sich vollkommen in die Rollenzuweisung des Moderators.

Die *Übernahme der Rollenzuweisung* wird noch facettenreicher in der detaillierten Analyse: Auf die initiale Frage nach Beschwerden nennt sie tatsächlich eine Beschwerde, ohne einen eigenständigen Aussagesatz zu produzieren: *ähm ja, massive Wasser/er /einlagerungen (014)*. Mit der Wortwahl *massiv* erfüllt sie exakt die initiale Rollenzuweisung, dass sie unter *massiven - prämenstruellen Symptomen* gelitten habe. Bei ihrer Formulierung handelt es sich um einen medizinischen Jargonausdruck, der von Dr. Gerhardt mit *also die Hände richtig dick? (014)* reformuliert wird. Diese Reformulierung dient zum einen der anfänglichen Orientierung Frau Heintzels, sich umgangssprachlicher Beschreibungen zu bedienen bzw. bedienen zu dürfen (begonnen hatte sie ja mit einem relativ hoch gestuften Jargonausdruck). Indiz dafür ist, dass sie in der Weiterführung ihrer Darstellung diese Formulierung aufgreift und sie weiter ausführt.

Diese Reformulierung dient zugleich auch der Verständnissicherung für die ZuschauerInnen durch den Moderator, dem Erhalt der Bildhaftigkeit der Informationen, indiziert durch die Reformulierungspartikel *also*. Mit der Reformulierung tritt Dr. Gerhardt – bildlich gesprochen – aus der Inszenierung des ärztlichen Gesprächs heraus und in die Interaktion mit den ZuschauerInnen ein, vergleichbar einem *à part Sprechen* im Theater, wodurch eine Bühnenfigur dem Publikum ihre Gedanken zum Bühnengeschehen mitteilt. Dieses Pendeln zwischen unterschiedlichen Rollenanteilen und unterschiedlichen AdressatInnen ist dem Faktor der *Mehrfachadressierung* geschuldet, dem grundlegenden Inszenierungscharakteristikum medialen Diskurses. Da die Sendung für ein zusehendes Publikum produziert wird, wird auch alle stattfindende Kommunikation für die ZuschauerInnen geführt, mit dem Zweck der Informationsvermittlung oder Herstellung von Unterhaltung für ein Publikum, es geht nicht primär um die Kommunikation selbst. Dies bedeutet, dass – auch wenn eine Interaktion zwischen einem Moderator und einer Betroffenen stattfindet – die "eigentlichen AdressatInnen" die ZuschauerInnen sind (vgl. dazu ausführlich Kap. 4.2.1.).

Die starke Anpassung Frau Heintzels an die Gesprächsführung und inhaltlichen Vorgaben des Moderators zeigt sich auch weiterführend: Sie nennt beispielhaft Oberarme und Gesicht (015) als Orte von Wasseransammlungen im Gewebe, Dr. Gerhardt ergänzt, parallel sprechend mit *Finger? Ringe?*, was sie nicht nur bestätigt, sondern auch mit einem entsprechenden Bild illustriert: *man kriegt dann die Ringe nicht mehr von den Fingern (016)*. Der von ihr eingeführte Inhalt *Gesicht* wird z.B. nicht weiter thematisiert. Ähnliches wiederholt sich mit der Äußerung *Null Bock (017)*. Diese umgangs-

sprachlich etwas flapsige Art Dr. Gerhardts hat übrigens auch mit dem Thema zu tun: So wird das Prämenstruelle Syndrom als "nicht-ernsthaftes Krankheitsbild" markiert (vgl. Kap. 6.2.3.2.). Frau Heintzel beendet ihre Aufzählung mit elliptisch abschließendem *und ja. (018)*, womit sie indiziert, dass sie die Gesprächsführung nicht übernehmen möchte.

Es zeigt sich, dass Frau Heintzel in dieser Inszenierung eines ärztlichen Gesprächs auch tatsächlich die *Rolle einer Patientin* übernimmt und diese – im Sinne einer guten Patientin im schulmedizinisch geprägten ärztlichen Gespräch – interaktiv vollständig erfüllt: Sie antwortet so kurz wie möglich, geht über die Darstellung der unmittelbaren Symptomatik nicht hinaus und benützt z.T. Fachjargon (*doctor's language*), d.h. auch der lebensweltlicher Diskurs, der von ihr realisiert wird, ist vom schulmedizinischen durchdrungen. Aus diesem Grund sind sehr erfahrene, langjährig oder vielfältig kranke PatientInnen medial weniger präsentabel, da sie beim Sprechen über Krankheit keinen nachvollziehbaren lebensweltlichen Diskurs mehr realisieren, sondern fachsprachlich und abstrakt werden, obwohl die Gespräche mit ihnen "ungestörter" verlaufen. Frau Heintzel reagiert kooperativ auf jeden interaktiven Schritt Dr. Gerhardts, weist ihm stets die Rolle des Gesprächsführenden zu und trachtet an keiner Stelle danach, eigenständig strukturierte Darstellungen einzubringen oder die Gesprächsführung zu übernehmen. Damit indiziert sie, dass sie sich in die Rollenzuweisung als "medizinischer Fall" einfügt und arbeitet zugleich – im Sinne einer *joint production* – an der Etablierung seiner Rolle als "Arzt" mit.

6.6.2.5. Ein Beispiel für Diskurs-Patchwork

Der Beginn dieser Sequenz ist ein gutes Beispiel für die patchworkartige Verquickung der Diskurse (vereinfachte Transkription):

MO: Frau Heintzel, welche Beschwerden hatten Sie?
KH: ähm ja, massive Wasser/er/einlagerungen,
MO: also die Hände richtig dick?

Grundlegend handelt es sich um einen Diskurs der öffentlichen Gesundheitsinformation, da das Beschwerdenbild des prämenstruellen Symptoms nachvollziehbar für die ZuschauerInnen aufbereitet werden soll. Dazu wird als ein *patch* ein charakteristisches sprachliches Verfahren aus dem schulmedizinischen Diskurs eingesetzt, die ärztliche Frage nach Einzelsymptomen als Aufforderung zur Beschwerdendarstellung: *Frau Heintzel, welche Beschwerden hatten Sie?* Als *patch*, das aus dem Gesamt des schulmedizinischen Diskurses herausgelöst und in ein anderes Setting implementiert wird, verliert die Frage ihre eigentliche pragmatische Funktion als Diagnoseinstrument in einem tatsächlichen ärztlichen Gespräch. Sie verliert aber nicht ihre Wirkung als Instrument der Gesprächssteuerung und als Instrument der Rollenzuweisung und sie verliert nicht ihre Wirkung als Ordnungsinstrument des lebensweltlichen Diskurses der Betroffenen und als Instrument, eine Krankheitsdarstellung in bestimmter, nämlich schulmedizinischer Weise aufzubereiten. So erhält dieses *patch* die "veränderte pragmatische Funktion", eine schulmedizinisch bestimmte Art des öffentlichen Sprechens über Krankheit zu realisieren.

Das nächste Äußerung des Moderators *also die Hände richtig dick?* ist in ihrer Funktion als Reformulierung eine primäre Adressierung der ZuschauerInnen, also ein *patch* aus dem medialen Diskurs. Sie erfolgt nicht explizit, aber über die pragmatische Funktion. Denn die Reformulierung dient dem Moderator nicht als Verständnissicherung mit einer Patientin und seiner eigenen Veranschaulichung als behandelnder Arzt, sondern sie steht im Dienste der Verständnissicherung der ZuschauerInnen. Auf lexikalisch-

semantischer Ebene handelt es sich bei der Formulierung *die Hände richtig dick* auf Grund ihrer Umgangssprachlichkeit um ein *patch* aus dem lebensweltlichen Diskurs: Im Sinne von verständlicher Gesundheitsinformation soll die vermittelte Information anschaulich und nachvollziehbar bleiben und z.B. an der Alltagssprache der ZuschauerInnen anknüpfen. Das ist notwendig geworden, weil die Antwort Frau Heintzels *massive Wassereinlagerungen* stark fachsprachlich verformt und damit sehr abstrakt ist.

Ohne diese Sequenz analytisch überstrapazieren zu wollen, aber doch um den Gedanken einmal durchzuspielen, könnte man dieses *patch* auch als Inszenierung von Nähe oder Patientenorientiertheit interpretieren, also in ganz anderer Weise dem medialen Diskurs zuordnen. Der Moderator nähert sich mit der Reformulierung ins Umgangssprachliche dem lebensweltlichen Diskurs der Betroffenen. Gemeinsam mit der Fragetätigkeit inszeniert er damit verstehende Nähe bzw. das Bedürfnis danach, ein typisches Instrument des Emotainments, das in Talkshows systematisch eingesetzt wird (vgl. die Analysen in Kap. 4.4.). Damit kommt er sogar in eine gewisse Nähe einer patientenbezogenen ärztlichen Gesprächstechnik, die aus dem ganzheitlichen medizinischen Diskurs stammt. Dies kommt einem Teil seines Rollenspektrums als "zugänglicher Hausarzt" entgegen. Diese Funktion ist an dieser Stelle des Gesprächs vom Moderator sicherlich nicht intentional gesteuert, aber doch ein interessanter Mehrfacheffekt.

6.6.2.6. Die Instrumentalisierung des lebensweltlichen Diskurses

Ein medial inszeniertes ärztliches Gespräch unterscheidet sich von einem tatsächlichen ärztlichen Gespräch natürlich in der pragmatischen Funktion: Während es in einem genuinen ärztlichen Gespräch um die Diagnose und Behandlung von aktuellen Beschwerden geht und um die gemeinsame Erarbeitung einer zutreffenden Symptomatik, dient das medial inszenierte ärztliche Gespräch der Gesundheitsinformation der ZuschauerInnen und nicht dem oder der Betroffenen. Dazu kommt, dass, im Gegensatz zu einem behandelnden Arzt, der Moderator die Geschichte jedes Betroffenen im Wesentlichen schon kennt. Die Konsequenzen dieser unterschiedlichen pragmatischen Funktionen werden in der Weiterführung besonders deutlich – vor allem auch in der damit einhergehenden Instrumentalisierung der Betroffenen und der Anteile ihres lebensweltlichen Diskurses.

Frau Heintzel schildert auf weitere Nachfragen, wann die Beschwerden begonnen hätten, dass deren Massivität seit einem Jahr deutlich zugenommen hätte und sie später zu ihrer Frauenärztin gegangen sei, diese aber auch nicht wirklich helfen konnte:

030
MO: hmhm^{v} sind Sie dann gleich: - zum Arzt gegangen oder habm Sies erst mal
KH: massiv auf. hmhm^{v}

032
MO: hingenommen?
KH: <ich hab das hingenommen'> und pf:: ich hab mich eigentlich nur gewundert
< *mit Nachdruck* >

034
KH: - was mit mir eigentlich los is, weil es war als wenn ich ein anderer Mensch geworden

035
MO: hmhm^{v}
KH: wäre. u:nd ich bin eigentlich nicht direkt zum Arzt gegangen, <EA> erst später - ein paar

036
KH: Monate später eigentlich auch, und: - hab dann so geschildert was wa:r und ahm: <EA> dass

028
KH: ich so: eigentlich gedacht habe, es hat was mit meinen Hormonen zu tun, und meine Frauen=

029
MO: ja. hmhm^{v} aber das war
KH: ärztin aber auch meinte, naja:' und man müsste auch kucken, und: <EA><*Räuspern*>

030
MO: Ihnen nicht so: jetzt gleich als Krankheitsbild wie jetzt äh: vereiterte Mandeln oder: Blindarm
KH: überhaupt

031
MO: bekannt? also - dass Sie jetzt gedacht habm, ich habe ein prämenstruelles Syndrom.
KH: nicht. - nein. nein. nein nein, gar nicht. nein

032
MO: überhaupt nicht. ja, das is ja das: immer wieder. <ja:> - das prämenstruelle
KH: überhaupt nicht. *<lacht>* hm.
<MO in die Kamera>

033
MO: Syndrom:, - also diese Beschwerden: in den Tagen vor den Tagen, <EA> so hundertprozentig

034
MO: - k/wissen wir gar nicht was dahinter steckt' wir vermuten - eine hormonelle Geschichte, (…)

Die Darstellung Frau Heintzels enthält einige Hinweise auf körperlich wie auch psychosozial belastende Zeiten durch die Massivität, lange Dauer und Unklarheit der Beschwerden. Dr. Gerhardt geht auf diese Hinweise jedoch nicht weiter ein, sondern begleitet die Darstellung lediglich mit einigen Hörersignalen. Erst als Frau Heintzel die Unklarheit des Krankheitsbildes anspricht, macht es diese mittels einer klärenden Frage zum Thema: *aber das war Ihnen nicht so jetzt gleich als Krankheitsbild (...) bekannt? (029-031)*. Als sie erwartungsgemäß verneint, wendet er sich direkt an die ZuschauerInnen und macht anhand ihrer Schilderung das Problem deutlich: das Prämenstruelle Syndrom wird als solches von den Frauen selbst als Krankheitsbild nicht erkannt.

Es zeigt sich deutlich, dass der Moderator nur jene Bereiche und Inhalte aus der Darstellung der Betroffenen aufnimmt und diese interaktiv prozessiert, die seinen Relevanzen bzw. der Zielsetzung der Sendung dienen. Die eigentliche Zielsetzung der Sendung ist, die ZuschauerInnen zu informieren, dass es überhaupt so etwas wie ein prämenstruelles Syndrom gibt, so dass diese anhand der Beschwerden PMS ggf. an sich selbst diagnostizieren können. Diese Form der Aufklärung über vorhandene, jedoch zu wenig bekannte Krankheits- und Beschwerdenbilder ist ein genuines Anliegen von öffentlicher Gesundheitsinformation. Aus diesem Grunde wendet Dr. Gerhardt sich an dieser Stelle mit der Bewertung *ja, das is ja das: immer wieder (032)* auch direkt an die ZuschauerInnen, um weitere fachliche Informationen dazu zu vermitteln und wechselt in die Rolle des medizinischen Experten.

Das Problem dabei ist, dass er das persönliches Anliegen von Frau Heintzel instrumentalisiert, es also benützt, um dieses Anliegen zu transportieren, das persönliche Anliegen Frau Heintzels dabei übergeht. Das interaktive Verfahren, das er dazu einsetzt ist eine *Mischung aus Thematisierung, Verallgemeinerung und De-Thematisierung* (dazu füge ich den relevanten Ausschnitt nochmals ein):

029
MO: ja. hmhm^{v} aber das war
KH: ärztin aber auch meinte, naja:' und man müsste auch kucken, und: <EA>*<Räuspern>*

030
MO: Ihnen nicht so: jetzt gleich als Krankheitsbild wie jetzt äh: vereiterte Mandeln oder: Blindarm
KH: überhaupt

031
MO: bekannt? also - dass Sie jetzt gedacht habm, ich habe ein prämenstruelles Syndrom.
KH: nicht. - nein. nein. nein nein, gar nicht. nein

Frau Heintzel schildert die Unklarheit der Beschwerden. An einer inhaltlich für Dr. Gerhardt relevanten Stelle übernimmt er die Gesprächsführung mit einer Frage (029). Dabei unterbricht er Frau Heintzel in ihrer geplanten Weiterführung (indiziert durch ein *und* gefolgt von Einatmen, erleichtert dadurch, dass sie sich räuspern muss). Die Frage thematisiert die diagnostische Unsicherheit, das Unwissen, dass es sich um so etwas wie

ein prämenstruelles Syndrom handeln könnte, dass es so ein Krankheitsbild überhaupt gibt. Mit der Weiterführung *also - dass Sie jetzt gedacht habm, ich habe ein prämenstruelles Syndrom (031)* kategorisiert er Frau Heintzel als eine aus der Gruppe der Frauen bzw. Personen, die "(noch) nicht ausreichend informiert sind". Durch diese *Typisierung* wird sie zu einem möglichen Identifikationsobjekt für die ZuschauerInnen, denen ebenfalls diese Gesundheitsinformation fehlt – die für Dr. Gerhardt in dieser Sendung relevante Bezugsgruppe. Durch diese Thematisierung und verallgemeinernde Weiterführung *de-thematisiert* Dr. Gerhardt auf der anderen Seite den für Frau Heintzel individuell erlebensrelevanten Aspekt des jahrelangen Leidens an diesen Beschwerden aufgrund der Unwissenheit.

Diese Stellen zeigt sich auch sehr deutlich ein Dilemma dieser Form von medialer Gesundheitsinformation, v.a. für die Betroffenen: Die Darstellungen der Betroffenen sollen persönlich sein, um über authentische und plastische Erfahrungsberichte den Unterhaltungsaspekt zu erfüllen und das Interesse der ZuschauerInnen zu binden, zugleich sollen sie nicht zu persönlich ausfallen, um als Gesundheitsinformationen typisch und verallgemeinerbar zu bleiben. Es ist auch anzunehmen, dass diese spezielle Konzeption des Medizintalks als Talkshow *und* als Ratgebersendung den Moderator in einen prinzipiellen *Rollenkonflikt* bringt, der vermutlich nie genügend bewältigt werden kann (vgl. Schwabe 1999, 127): Einerseits muss er die Betroffenen zu persönlichen Erzählungen auffordern, andererseits muss er einen Großteil dieser Erzählungen ignorieren, um den ZuschauerInnen die generalisierenden Aspekte nahe zu bringen.

6.6.2.7. Die Abblockung des lebensweltlichen Diskurses

Etwas später fordert Dr. Gerhardt Frau Heintzel nochmals auf, sich zum Auftreten der Beschwerden zu äußern. Im Rahmen der folgenden Darstellung werden ihre Hinweise auf die individuelle Erlebensrelevanz der körperlichen und psychischen Belastungen explizit:

039
MO: Frau Heintzel. diese Beschwerden' wann treten die denn immer so auf?
KH: <*Räuspern*> das war

040
MO: Woche vorher?
KH: eigentlich immer schon: mindestens ne Woche vorher. ich mein ich hab auch/ ja:/ ich mein

041
MO: hm. hmhm^{v}
KH: ich hab auch äh Zyklen erlebt, da war das den ganzen Zyklus: konstant durch, ne. wo ich

042
MO: hmhm^{v} <EA> also diese Zyklus:beschwerden oder diese Ta:ge
KH: mich also nur mies gefühlt hab.

043
MO: vor den Tagen - das is/kann schon sehr langwierig sein. ja? hmhm^{v}
KH: es war ziemlich massiv. ja.

044
MO: hmhm^{v} <EA> jaja'
KH: auch sehr belastend eigentlich so. es hat: mein Lebm irgendwo komplett

045
MO: hmhm^{v} <EA> Frau Nopper, wie ist das bei IHNEN?
KH: <EA> - ja, belastet einfach. hmhm^{v}

Frau Heintzel weist nun explizit auf die Massivität und Belastung durch die Beschwerden hin, dass sie sich oft den ganzen Zyklus hindurch schlecht gefühlt hätte. Hier dringt ihre *persönliche Relevantsetzung*, die vorangehend de-thematisiert wurde, nun explizit durch: Die Wahrnehmung der sie so belastenden Bedeutung der Beschwerden des prä-

menstruellen Syndroms. Dr. Gerhardt begleitet auch hier die Darstellung lediglich mit Hörersignalen, allenfalls mit einer Reformulierung wie *das kann schon sehr langwierig sein, ja? (043)*. Obwohl Frau Heintzel diesen Belastungs- und Leidensaspekt *mehrfach reformulierend wiederholt*, nimmt der Moderator ihn nicht auf, macht ihn nicht zum Thema, sondern wendet sich an die zweite eingeladene Betroffene und fordert sie mit *Frau Nopper, wie ist das bei Ihnen? (045)* auf, ihre Geschichte darzustellen.

Frau Heintzel hat ihre Aufgabe, sich als Betroffene mit der Rollenzuweisung "massive Symptomatik" zu präsentieren, ausreichend erfüllt, indem sie ihre Symptomatik präsentiert hat, und sie hat sich auch für die Typisierung als "nicht ausreichend informiert" zur Verfügung gestellt. Damit hat sie den Relevanzen des Moderators, die Symptomatik von PMS darzustellen und PMS als Krankheitsbild zu verdeutlichen, ausreichend entsprochen. Zu einem späteren Zeitpunkt der Sendung, wenn der Moderator das Thema Behandlungsmöglichkeiten abarbeitet, wird sie auch noch über ihren schulmedizinischen Behandlungsweg und ihre Befreiung von den Beschwerden Auskunft geben dürfen, um auch diesen Teil der initialen Rollenzuschreibung auszufüllen (vgl. Kap. 6.2.3.2.). Alles andere, was darüber hinausgeht, also wo sich ein *eigenständiger lebensweltlicher Diskurs* etabliert, wird vom Moderator aus der medialen Bearbeitung des Krankheitsbildes ausgeschlossen. So kann er das Sendungsziel und die für die Darstellung der Krankheit relevanten Bereiche umsetzen und seinen Diskurs kohärent halten.

An diesen Stellen der Darstellung stehen eine ganze Reihe von Inhalten zur Disposition, die von Frau Heintzel angesprochen oder angedeutet wurden und die vom Moderator durch interaktive Prozessierungsstrategien wie Aufgreifen, Nachfragen oder Vertiefen zum Thema gemacht werden könnten: Das persönliche Erleben der massiven Veränderungen, die Unklarheit durch die mangelnde Information durch die Frauenärztin, die Art der Belastungen, der banalisierende bis stigmatisierende Umgang damit durch Partner oder Umfeld etc. Dabei sind gerade dies die Inhalte, die helfen könnten, den eigentlichen Leidensaspekt dieses Beschwerdenbildes zu verdeutlichen und so diesem Thema eine höhere soziokulturelle Relevanz zu verleihen – ganz so wie es in der Einleitung der Sendung angesprochen und eigentlich eingefordert wurde. So bleibt die Darstellung einem *stark an der körperlichen Symptomatik orientierten Diskurs der öffentlichen Gesundheitsinformati*on verhaftet, der vom Moderator relevant gesetzt und gegenüber einem lebensweltlichen Diskurs durchgesetzt wird, sobald dieser eigenständig zu werden droht und die Relevanzen des Moderators nicht unterstützt.

Gerade bei einem Beschwerdebild wie dem prämenstruellen Syndrom, das zu den kulturgebundenen Symptomen gezählt wird (Kap. 1.5.), wäre über die Darstellung der körperlichen Symptomatik hinaus die Thematisierung von soziokulturellen Aspekten ein wichtiger Teil öffentlicher Gesundheitsinformation, um neue und andere Verständnisansätze zu ermöglichen. Die Gleichsetzung der Beschwerden mit "echter Krankheit" und die rasche Einführung des Begriffs "Krankheitsbild" reduziert die Information auf eine stark biomedizinische Sichtweise, die die Betroffenen automatisch zu "Kranken" im schulmedizinischen Sinne macht, die auf rein organischer Ebene behandelbar sind (zu diesem Aspekt der interaktiven Konstruktion von Bedeutung gemäß den relevant gesetzten Diskursen s. die entsprechenden Fallstudien in Kap. 7.).

6.6.2.8. Gesprächsimport und die Re-Inszenierung von Macht und Gefügigkeit

Interessant am Ablauf dieser Sequenz ist, dass über die Inszenierung eines ärztlichen Gespräches auch der Mit-Import und die Re-Inszenierung dessen Problematiken erfolgt. Es treten also interaktive Phänomene auf, die als Ausblendung, Fragmentierung und einseitige Gesprächssteuerung als charakteristisch für ärztliche Gespräche schulmedizinischer Prägung beschrieben wurden (s. ausführlich Kap. 3.3.7.): Dr. Gerhardt selektiert

aus den Erzählungen Frau Heintzels jene Inhalte heraus, die dem Konzept und den Zielsetzungen der Sendung entgegenkommen – ebenso wie ÄrztInnen aus den Darstellungen der PatientInnen die für sie institutionell oder diagnostisch relevanten Inhalte interaktiv selektieren. Diese interaktive Selektion betrifft nicht die individuellen Bedeutungsbereiche und Erlebensrelevanzen der Betroffenen, sondern bestimmte Relevanzen öffentlicher Gesundheitsinformation. Diese strukturelle Ähnlichkeit ist folgenden Tatsachen zuzuschreiben: Erstens ist der Moderator selbst auch Arzt, damit hat er quasi ein professionelles Naheverhältnis zu dieser Form sprachlicher Praxis und kann diese interaktiv auch glaubhaft durchführen, zweitens fördern die Rahmenbedingungen der medialen Situation wie Vorbereitetheit und Inszeniertheit ebenso wie die streng hierarchische Rollenverteilung ein starke Gesprächskontrolle durch den Moderator.

Mit dem Import des Diskurstyps ärztliches Gespräch in das mediale Setting erfolgt deshalb konsequenterweise auch ein Mit-Import und eine Re-Inszenierung eines patriarchalen Arzt-Patienten-Verhältnisses, das sich durch die interaktive Produktion von "mächtigen ÄrztInnen" und "gefügigen PatientInnen" auszeichnet (siehe die Ausführungen zu Foucaults *docile bodies* in Kap. 1.6. und 2.3.2. und zu *domestizierten Gästen* in Kap. 4.4.7.): Die PatientInnen müssen sich zum Zwecke einer Behandlung dem Wissens- und Relevanzsystem der ÄrztInnen unterwerfen und die Kontrolle über ihren Körper und ihr individuelles Bedeutungssystem aufgeben. Mangelnde Gefügigkeit wird durch Unterbrechungen, Zurechtweisungen, verkürzte Zuwendung oder abwertende Kategorisierungen wie "schwieriger Patient" diszipliniert. Betroffene, die in der Sendung auftreten, müssen sich dem Relevanzsystem des ärztlichen Moderators und dem Sendungsziel unterwerfen, ihre Krankheitsgeschichte und ihre "Betroffenheit" zur Verfügung stellen, müssen aber die Kontrolle über ihre Geschichte, ihr individuelles Krankheitserleben und eigenes Relevanzsystem weitgehend aufgeben. Im Unterschied zum schulmedizinischen Gespräch dürfen, ja sollen sie ein Stück weit erzählen. Dies ist jedoch vor allem dem medialen Unterhaltungsauftrag und ihrer medialen Funktion als "individuelles Fallbeispiel" geschuldet. Deshalb werden ihre Ausführungen vom Moderator üblicherweise auch nicht weiter vertieft. Droht ihr Diskurs zu eigenständig zu werden, erfolgen durch den Moderator allerdings vergleichbare disziplinierende Maßnahmen wie Unterbrechung oder unkommentierte Worterteilung an andere Anwesende.

6.6.2.9. Fazit: Die Etablierung einer Norm des Sprechens über Krankheit

Die *schulmedizinische Gesprächsführung* erweist sich aufgrund ihrer Charakteristika für den Import in Medizinsendungen formal als besonders gut geeignet: die Betroffenen bekommen über die Rollenzuweisung "Patient/Patientin" einen stark reglementierten interaktiven Handlungsspielraum zugewiesen, die Gesprächskontrolle bleibt strukturell und thematisch in der Hand des ärztlichen Moderators. Da sie "schnell" durchführbar ist, also eine schnelle Diagnosefindung bietet und eine schnelle Problemlösung, kann der Moderator am ökonomischsten die für ihn und das Sendungsziel relevanten Informationen über Krankheits- und Beschwerdenbild und Behandlungsformen herausarbeiten und präsentieren und den für ihn relevanten Diskurs etablieren und durchsetzen. Im Medizintalk verbindet sich also die schulmedizinische inhaltliche Ausrichtung mit der formalen Umsetzung besonders gut, der Import eines ärztlichen Gesprächs ist aber nur aufgrund der Doppelrolle des Moderators möglich.

Für den Medizintalk "*Gesundheit!*" zeigt sich, dass der ärztliche Moderator einen im Wesentlichen schulmedizinisch ausgerichteten Diskurs der Gesundheitsinformation verfolgt, der an körperlichen Symptomen und an einem eindimensionalen Krankheitsbegriff orientiert ist, und den er gegenüber einem lebensweltlich orientierten Diskurs der Betroffen durchsetzt, wenn dieser dominant zu werden droht. Der lebensweltliche Dis-

kurs soll – ähnlich einem lebendigen Hintergrund – der Authentizität, Plastizität und Nachvollziehbarkeit der krankheitsbezogenen Darstellungen dienen, nicht jedoch in den Vordergrund rücken.

Die Inhalte und Bedeutungen, die mit dem lebensweltlichen Diskurs transportiert werden, sind vielfältig: sie reichen von persönlichen Relevanzen zu psychosozial und soziokulturell relevanten Inhalten wie Umgang der Ärzte mit Kranken, Kritik am medizinischen und am Gesundheitssystem, psychosoziale oder gesellschaftliche krankmachende Faktoren, Vorurteile, alternative Konzepte zu Krankheitsentstehung oder Heilung. Diese Bereiche im Medizintalk aufzunehmen und anzusprechen würde einen ganz anderen Diskurs der Gesundheitsinformation etablieren, der neue und andere Verständnisansätze von Krankheit, Krankheitsentstehung und Behandlung vermitteln, die Kritikfähigkeit schärfen und den Blick auf andere, zumeist ganzheitliche oder systemische Sichtweisen öffnen könnte.

Über den Import wesentlicher Bestandteile eines ärztlichen Gesprächs in eine medizinische Informationssendung wird – ohne dass dies weiter expliziert oder metakommunikativ markiert würde – ganz selbstverständlich ein gesprächstechnisches Verfahren der Schulmedizin quasi als ein *Standard des Sprechens über Krankheit* inszeniert. Mitimportiert wird damit automatisch das Bezugssystem der Biomedizin, mit ihren spezifischen Konzepten von Krankheitsentstehung als primär somatischer Prozess, einem an Risikofaktoren orientierten und pathogen ausgerichteten Konzept der Gesundheitsvorbeugung, einem patriarchal bestimmten Arzt-Patient-Verhältnis mit entsprechenden Rollenzuschreibungen und –erwartungen und ihrer Präferenz, auch komplexere Befindensstörungen als somatische Krankheiten zu klassifizieren und einem entsprechenden einseitigen Behandlungsprozess zu unterwerfen. Der gesellschaftlich dominante biomedizinische Diskurs wird re-etabliert, andere Diskurse werden zum Teil zugelassen, aber nicht aufgenommen oder ganz ausgeschlossen. Diese Art der Krankheitspräsentation ist eine *Re-Etablierung der schulmedizinischen Normvariante des Sprechens über Krankheit*. Bestechend, wie bei allen ideologisch wirksamen Praktiken, ist dabei die völlige Unauffälligkeit des Ereignisses: Es wirkt quasi ganz natürlich.

6.6.3. Der Kampf um die eigene Geschichte

In der folgenden Analyse möchte ich möchte ich aufzeigen, wie die interaktiven Prozesse aussehen, wenn die Diskurse von Moderator und Betroffenen, also der schulmedizinisch orientierte Diskurs der Gesundheitsinformation und der lebensweltliche Diskurs miteinander in Konkurrenz geraten.

6.6.3.1. Die Relevanzen des lebensweltlichen Diskurses

Die Relevanzen der Betroffenen bei der Darstellung ihrer Krankheit können ganz unterschiedlich sein, von der möglichst plastischen Darstellung der tatsächlichen, persönlich erlebten Krankheitsgeschichte oder eines besonderen Ereignisses daraus über das Motiv, eine ungewöhnliche Behandlungsweise zu propagieren bis hin zum Wunsch, über den Auftritt in einer Sendung an der Aufklärung anderer Betroffener mitzuwirken (vgl. die Diskussion der Auftrittsmotive von Talkshow-Gästen in Kap. 4.3.). Der lebensweltliche Diskurs, der realisiert wird, ist inhaltlich und gesprächsorganisatorisch dementsprechend geformt, um die jeweiligen Relevanzen zu etablieren.

Wie die vorangegangene Analyse gezeigt hat, dienen die Beschwerdendarstellungen der Betroffenen im Medizintalk als persönliche Erlebnisse der Unterhaltung und als typisierbare Symptomatiken der Informationsvermittlung. Damit sie nicht all zu sehr ins

Individuelle oder Persönliche abgleiten, werden sie im Interaktionsverlauf durch die entsprechende interaktive Verfahren des Moderators kanalisiert und auf Typisierung fokussiert. Diese Relevantsetzung durch den Moderator, die der Etablierung eines schulmedizinischen Diskurses der öffentlichen Gesundheitsinformation dient, kann mit dem Relevanzen eines/ einer Betroffenen in beträchtliche Konkurrenz geraten.

Der Vollständigkeit halber sei auch hier festgehalten, das es sich beim lebensweltlichen Diskurs immer um einen *medialen lebensweltlichen Diskurs* handelt, d.h. dass die Äußerungen der Betroffenen immer Elemente enthalten, die der medialen Inszenierung geschuldet sind, also z.B. verstärkte Verwendung von gehobener Umgangssprache, Anklänge an Schriftsprachlichkeit, Vorbereitetheit oder auch Künstlichkeit aufgrund der ungewohnten Aufnahmesituation (vgl. Kap. 5.3.3. zur "kontrollierten Spontaneität").

6.6.3.2. Der Moderator: Die Etablierung des schulmedizinischen Diskurses der Gesundheitsinformation

Am Beispiel einiger Ausschnitte aus dem Medizintalk zum Thema *Kopfschmerz und Migräne* möchte ich die interaktiven Prozesse einer solchen Konkurrenz zwischen den unterschiedlichen Relevanzen aufzeigen. Die initiale Rollenzuweisung an den ersten Betroffenen, Herrn Rolf Denker (RD) erfolgt durch den ärztlichen Moderator knapp und unspezifisch mit *Herr Rolf Denker, <leidet> immerhin seit fünfzehn Jahren unter Kopfschmerzen*) (s. Kap. 6.2.1.4.). Herr Denker steht also für den medizinischen Fall des langjährigen chronischen Spannungskopfschmerzes – im Gegensatz zur zweiten Betroffenen, einer Migränepatientin.

Dr. Gerhardt fordert Herrn Denker anschließend an die Einleitung und Vorstellungsrunde auf, den Beginn seiner Kopfschmerzen zu beschreiben:

014
MO: Herr Denker' -- fünfzehn Jahre' das is ja ne ganz

015
MO: schöne Zeit, - wie war das denn als diese |EA| Kopfschmerzen das erste Mal auftraten, hat sich

016
MO: das so langsam angekündigt' oder ging das von jetzt auf nachher'

Die Aufforderung des Moderators, den Beginn der Kopfschmerzen zu beschreiben, erfolgt in Form eine so genannten "Trichterfrage": Sie beginnt mit einer empathischen Bewertung des persönlichen Leidensaspekts der Krankheit (*fünfzehn Jahre' das is ja ne ganz schöne Zeit (014)*), die auf die initiale Rollenzuweisung referiert. Auf diese folgt eine sehr offene, Erzählung fördernde Formulierung (*wie war das denn als diese Kopfschmerzen das erste Mal auftraten (015)*), die – ohne möglichen Antwortslot für Herrn Denker – mit einer inhaltlichen Verengung abgeschlossen wird: *hat sich das so langsam angekündigt' oder ging das von jetzt auf nachher' (016)*. Diese Verengung entspricht dem typischen ärztlichen Fragemuster zur diagnostischen Unterscheidung der Kopfschmerz-Art, also Spannungskopfschmerz oder Migräne, womit wiederum ein Bestandteil ärztlicher Gesprächsführung in die Sendung importiert wird (vgl. die vorangegangene Analyse). Die Frage selbst ist jedoch im Gegensatz zur ärztlichen Frage keine "echte Frage", um Nicht-Wissen in Wissen überzuführen, da dem Moderator die Geschichte Herrn Denkers ja bekannt ist.

An dieser Stelle vermengen sich zwei Faktoren, die für die Gesprächssteuerung relevant sind: Der Moderator verfügt über das *redaktionelle Hintergrundswissen* zu Herrn Denkers Krankheitskarriere, das er dazu einsetzt, eine Frage zu stellen, deren Antwort er schon kennt; als Arzt verfügt er aber auch über das *medizinische Fachwissen* zu den charakteristischen Anfangssymptomen von Spannungskopfschmerz, nämlich die lang-

same Ankündigung, im Gegensatz zum Migränekopfschmerz, der von einem Tag auf den anderen auftreten kann. Diese Fachwissen entspricht dem Diagnoseschema der Schulmedizin für Kopfschmerz. So kann er als Arzt und Moderator beide Wissensformen dazu einsetzen, den Interaktionsablauf zu kontrollieren und – wie in diesem Fall – die Antwort Herrn Denkers entsprechend seiner Relevanzen bei der Darstellung des Krankheitsbildes zu kanalisieren.

Es wird deutlich, dass die gesamte einleitende Fragetätigkeit des Moderators auf den Zweck der Gesundheitsinformation für die ZuschauerInnen fokussiert ist und nicht auf Herrn Denkers individuelle und persönliche Erfahrungen zu jener Zeit. Herr Denker soll also über die exemplarische Beschreibung des Beginns seines Kopfschmerzes den ZuschauerInnen Informationen vermitteln, wie sie ihren Kopfschmerz ggf. richtig einordnen können. Wie schon in den bisherigen Beispielen, etabliert Dr. Gerhardt gleich zu Beginn der Beschwerdenschilderung einen *schulmedizinisch orientierten Diskurs der Gesundheitsinformation* und setzt ihn gegen den noch nicht einmal realisierten lebensweltlichen Diskurs Herrn Denkers relevant.

Somit symbolisiert die umfangreiche einleitende Frage Dr. Gerhardts auch das immer wiederkehrende Widersprüchliche dieser Sendung: Ein offener und empathischer Gesprächsbeginn (Frageteil 1) simuliert persönliches Interesse und offene Gesprächsatmosphäre, realisiert wird eine strukturell wie inhaltlich enge Gesprächsführung, die am Krankheitsgeschehen und nicht an der Person orientiert ist (Frageteil 2). Mit anderen Worten könnte man auch davon sprechen, dass ein personenzentrierter Gesprächsansatz vorgegeben und ein krankheitszentrierter Gesprächsansatz realisiert wird. Der erste dient dem Talk- und Unterhaltungsaspekt, quasi der "netten Atmosphäre", der zweite dem Medizin- und Informationsaspekt.

6.6.3.3. Der Betroffene: Die Etablierung des lebensweltlichen Diskurses

Wie sieht nun die Antwort von Herrn Denker aus:

014
MO: Herr Denker' -- fünfzehn Jahre' das is ja ne ganz

015
MO: schöne Zeit, - wie war das denn, als diese |EA| Kopfschmerzen das erste Mal auftraten, hat sich

016
MO: das so langsam angekündigt' oder ging das von jetzt auf nachher'
RD: |EA| nein wie Sie eben schon

017
RD: sagten, das hat sich also: langsam angekündigt' |EA| zuer:st äh hat man das Gefühl, man

018
RD: hat doch vielleicht mal ne Nacht zu lange: gefeiert' oder:' sonstiges Ereignis' wo man sagt'

019
RD: gut davon bekommt man halt mal Kopfschmerzen, |EA| und äh |AA| irgendwann stellt man

020
RD: dann fest, also das war s nich, und |EA| dann äh hat man angefangen zu überlegen, äh das:

021
RD: müsste vielleicht nen andern Grund haben, und |EA| äh ein Kopfschmerz der normal kommt

022
RD: geht auch schnell wieder bloß der ging dann nicht mehr,

Herr Denker beantwortet zunächst den zweiten Teil der Frage Dr. Gerhardts: Er bestätigt, auf die vorangegangene Einleitungssequenz verweisend, dass sein Spannungskopfschmerz sich damals langsam angekündigt hätte (017). Damit geht er auf die Relevantsetzung des Moderators ein. Anschließend beginnt er auszuführen, wie er diese Kopfschmerzen anfänglich als die üblichen Kopfschmerzen im Anschluss an eine feuchtfröh-

liche Nacht diagnostiziert hätte, sich diese Diagnose aber immer weniger aufrechterhalten hatte lassen, v.a. wegen des Hauptsymptoms des Spannungskopfschmerzes, seiner Dauer (*bloß der ging dann nicht mehr (022)*). Mit dieser ausführlichen Schilderung scheint er im Sinne eines "wie alles begann" auf den ersten Frageteil des Moderators (*wie war das denn, als diese Kopfschmerzen das erste Mal auftraten*) zu reagieren. Er etabliert einen lebensweltlichen Diskurs, der – an dieser Stelle zumindest – weniger von der Differenzialsymptomatik geprägt ist als vom Krankheits*erleben*, und zwar in dem Fall vom besonderen und einschneidenden Erleben einer Chronifizierung. Diese Fokusverschiebung von der Schmerzdarstellung zum "Erzählen der Lebensgeschichte" ist ein ganz typischer Prozess bei Krankheitserzählungen (Gülich 2005).

6.6.3.4. Das Wechselspiel der Diskurse

Der Moderator lässt Herrn Denker erzählen, ohne ihn zu unterbrechen, geht auf seine Darstellung inhaltlich aber nicht weiter ein, sondern fordert ihn auf, die Art des Schmerzes zu beschreiben:

022
MO: ja, wie warn denn die Kopfschmerzen'
RD: geht auch schnell wieder bloß der ging dann nicht mehr,

023
MO: können se ma beschreiben' hmhm^{v}
RD: |EA| ja, das zo:g sich dann immer über einen längeren Zeitraum hin,

024
RD: |EA| dass äh – ich also: skeptisch wurde:' wie gesagt' nach einem normalen Kopfschmerz'

025
MO: ja'
RD: der irgendwann nächsten Tag zu Ende ging, diesmal' das dauerte zwei drei Tage, |EA|

Herr Denker übernimmt die Aufforderung, die Schmerz-Art zu beschreiben und bezieht sich hierbei vor allem auf die anhaltende *Dauer*, dann nimmt er seine Schilderung "wie alles begann" wieder auf. Zu Beginn hatte er erzählt, dass er über andere als die "üblichen" Ursachen nachzudenken begonnen hatte (019), nun wiederholt er – mit dem entsprechenden Verweis *wie gesagt (024)* –, dass er wegen der besonders langen Dauer des Kopfschmerzes skeptisch geworden war.

Es zeigt sich, dass Herr Denker weiterhin die für ihn besondere und individuell relevante Erlebensqualität der Kopfschmerzen – und dabei vor allem ihren Beginn als chronisches Leiden – fokussiert. Dabei geht er so vor, dass er die Fragen des Moderators beantwortet, also auf dessen Relevanzen eingeht, dann seine Darstellung wieder aufnimmt. Mit der Fokussierung auf die Erlebensqualität stellt er sich als Person dar, die nicht nur "abstrakt" von chronischem Kopfschmerz betroffen ist, sondern persönlich darunter leidet. So versucht er zugleich, der *Rollenzuweisung* des "medizinischen Falles" zu entsprechen und sie auch *zu überwinden* und sie um den Aspekt des Leidens zu erweitern. Es ist zu vermuten, dass das Faktum, dass er rückblickend betrachtet mit dem ersten Auftreten der Kopfschmerzen ein chronisch kranker und leidender Mensch wurde, für seine Identität und Selbstwahrnehmung vorrangig wichtig ist, vorrangiger als die technischen Aspekte der unterschiedlichen Schmerzqualitäten von Kopfschmerz. So versucht er, seinen Diskurs relevant zu setzen und kohärent zu halten, ohne in Konflikt mit dem Diskurs des Moderators zu kommen.

Der Moderator Dr. Gerhardt möchte im Sinne von gesundheitlicher und schulmedizinisch orientierter Aufklärung den ZuschauerInnen rasch und dennoch plastisch die symptomatische Qualität der Kopfschmerzen präsentieren. Dabei bedient er sich des schon bekannten sprachlichen Verfahrens, die persönliche Darstellungen Herrn Denkers

unkommentiert stehen zu lassen, um dem Unterhaltungsauftrag über authentisches Erzählen nachzukommen und ihn an inhaltlich relevanten Einstiegspunkten über symptomatisch orientierte Fragen, die an ärztliches Fragen erinnern, zu den von ihn präferierten Antworten zu bewegen So versucht Dr. Gerhardt, seinen Diskurs kohärent zu halten und seine Relevanzen durchzusetzen.

Dieses *Wechselspiel*, jeweils eine der beiden Aspekte der Krankheitsbetrachtung, also den technisch-symptomatischen oder den individuell erlebensrelevanten Aspekt als gesprächsleitend relevant zu setzen bzw. zu etablieren, prägt den weiteren Verlauf der Interaktion zwischen dem ärztlichen Moderator und dem Betroffenen.

6.6.3.5. Die interaktive Disziplinierung des Betroffenen

Beim dritten Wechsel zeigt sich eine leichte "Verschärfung der Gangart": Der Moderator setzt seine Frage nach der Schmerzqualität nach, und zwar an einem Punkt, an dem Herr Denker einatmet, seine Ausführungen aber noch nicht beendet hat, dann leitet er die Frage mit einer direkten Adressierung ein, die Herrn Denker indizieren soll, dass er seine Aufmerksamkeit stärker auf ihn, den Moderator, und die Relevanz seine Fragen richten soll, und schließlich gibt er konkrete, diagnostisch vorformulierte Antwortmöglichkeiten vor. Speziell dieser interaktive Steuerungsmechanismus entstammt der schulmedizinischen Gesprächsführung.

025
MO: ja'
RD: der irgendwann nächsten Tag zu Ende ging, diesmal' das dauerte zwei drei Tage, |EA|

026
MO: Herr Denker' tat denn der ganze Kopf weh' oder is das von hinten so hochgestrahlt' oder:,

027
RD: nein, das war – meistens einseitig bedingt, dass es wirklich aus den Schultern/ von den

028
RD: Schultern her kam, und dann hab ich immer' |EA| gesagt' wie ein Stromkabel, das äh an der

029
MO: hmhm^{v}
RD: der Seite des Kopfes lief, und dann bis in die Stirn zog, dass – manchmal ich/ wenn ich viel

030
RD: Glück hatte' durft ich s dann gleich auf die andere Seite übertragen, und dann |EA| meist noch

031
MO: ja
RD: ein Tag, aber immer – fast einseitig,

Nach dieser "Disziplinierung" geht Herr Denker auf die spezifizierte "ärztliche Frage" des Moderators vorerst auch inhaltlich angemessen ein. Er erläutert die Schmerzlokalisation (*einseitig*) und den Schmerzverlauf (*von den Schultern her*) und illustriert die Schmerzqualität mit einem anschaulichen Vergleich aus dem Bereich der Technik (*wie ein Stromkabel* ..), der ihm im Lauf der Jahre zu einer geläufigen Beschreibung geworden zu sein scheint: *hab ich immer gesagt (028)*. Er verbleibt aber nicht in der symptomatischen Schmerzbeschreibung, sondern fügt einen sarkastischen Hinweis auf sein Schmerzerleben ein: *wenn ich viel Glück hatte (...) (029)*.

031
MO: konnten Sie denn' wenn Sie Schmerzen hatten' konnten
RD: ein Tag, aber immer – fast einseitig,

032
MO: Sie genau sagen' also |EA| das kommt jetzt da und da her' ich sag jetz mal, - Wetter=

033
MO: wechsel, Stress' oder:'

Wieder lässt der Moderator diese Darstellung ohne weitere interaktive Prozessierung stehen und schließt an die Frage nach der Schmerzqualität eine Frage nach den Schmerzursachen an. Seine Frageformulierung beendet er mit einigen typischen Antwortvorgaben (*ich sag jetz mal, - Wetterwechsel, Stress' (032)*). Damit markiert er interaktiv, dass er eine schon verallgemeinernde Antwort präferiert. Eine zu individuell ausfallende Antwort, wie etwa eine szenische Schilderung eines einzelnen erlebten Kopfschmerzereignisses, ist dispräferiert.

6.6.3.6. Betroffene ohne Betroffenheit, Krankheit ohne Erleben

Das interaktiv Fragwürdige an dieser Frage ist, dass Herr Denker die Ursachen seines Kopfschmerzes schon ganz zu Beginn seiner Darstellung problematisiert hatte, Dr. Gerhardt an jener Stelle jedoch nicht darauf eingegangen war. Dies zeigt, dass der Moderator sich in seiner Gesprächsführung nicht primär an Darstellung Herrn Denkers orientiert, sondern dass er einem weitgehend *standardisierten medizinischen Fragenkatalog zur Schmerzdiagnostik* folgt: Schmerzbeginn, Schmerzqualität, Schmerzursachen, Schmerzbehandlung.

Es wird deutlich, dass der Moderator aus darstellungs- und informationstechnischen Gründen zuerst die Einzelsymptomatik von Kopfschmerzen auffächern möchte, ganz unabhängig von individuellem Erleben und Erkenntnisprozessen. Um sein Ziel durchzusetzen, legt er auch dem Gespräch mit diesem Betroffenen Mechanismen der ärztlichen Gesprächsführung zugrunde. Das schulmedizinische Diagnoseschema unterliegt wie eine unsichtbare Folie seinen Fragen, mit denen er den Ablauf der Sendung steuert. Dieses Procedere ist zwar nachvollziehbar, kollidiert aber mit den Darstellungsbedürfnissen des Betroffenen. Speziell die erste Möglichkeit, zu erzählen und sich und die Erkrankung und das Erleben darzustellen, ist oft affektiv aufgeladen. Darum wird diese Inszenierung durch den Betroffenen nicht wirkungsvoll unterstützt. Dieser interaktive Verlauf entspricht – mit anderen Relevanzen – exakt den Ergebnissen der Untersuchungen zur ärztlichen Kommunikation und der Transformation und Formung der Krankheitserzählungen der PatientInnen (s. die ausführliche Darstellung und Literaturhinweise in Kap. 3.3.5.).

Obwohl Personen in die Sendung eingeladen sind, die persönlich vom jeweiligen Krankheitsgeschehen betroffen sind, bestimmt nicht deren Erzählungen und deren Erleben die Struktur der Sendung in ihrer thematischen Abfolge, sondern die jeweilige thematische Krankheit – und zwar in ihrem schulmedizinischem Verständnis. D.h., die Betroffen müssen sich in ihrer Krankheitsdarstellung nicht nur einer schulmedizinisch geprägten ärztlichen Gesprächsführung unterwerfen, sondern auch dem schulmedizinischen Krankheitsverständnis und Diagnoseprozess, die den Ablauf und den Inhalt der ärztlichen Fragen bestimmen. Pointiert könnte man sagen, so wie ÄrztInnen froh sind, wenn PatientInnen ihre Befunde mitbringen, aber nicht ihr Befinden schildern, so ist der Moderator froh, wenn die Betroffenen alles erzählen, was die Krankheit betrifft, aber nicht, was sie daran betroffen hat.

6.6.3.7. Die Relevantsetzung des Krankheitserlebens

Da das Thema Ursachen von Herrn Denker schon angesprochen worden war, bietet diese Frage für ihn die Möglichkeit, an seine Erzählung "wie alles begann" anzuknüpfen und – im Gegensatz zur einer von Dr. Gerhardt präferierten knappen und schon typisierten Antwort – zu einer ausführlichen, personalisierten Darstellung auszuholen:

031
MO: konnten Sie denn' wenn Sie Schmerzen hatten' konnten

032
MO: Sie genau sagen' also |EA| das kommt jetzt da und da her' ich sag jetz mal, - Wetter=

033
MO: wechsel, Stress' oder:'
RD: |EA| das hat also lange gedauert, diese Ursachen zu erforschen, |EA|

034
RD: denn: |EA| bis man sich wirklich im Klarn dadrüber is, dass es doch mehr is, dass es denn/wer

035
RD: hat schon ne Migräne' oder wer kannte denn äh damals' ja kann man sagen, Spannungs=

036
RD: kopfschmerzen, dass man sich so mit da beschäftigt hat' dass man gesagt hat' gut, nun fang ich

037
RD: an, mal die Ursache ma von Grund her zu betrachten, und DANN hab ich festgestellt, DASS:

038
RD: diese Ursachen da sind. zum Beispiel, was ich: festgestellt hab, |EA| äh auch bei Alkohol

039
RD oder einem Wetterumschwung, bei Krankheitn, |EA| oder äh wie es bei mir auch war, dass

040
RD: wenn ich aus dem Schichtdienst kam' dass dann diese |EA| äh Kopfschmerzen aufgetretn

041
RD: sind.

Herr Denker problematisiert vor der Nennung der Ursachen den damaligen ebenso interessanten wie schwierigen *persönlichen und soziokulturellen Kontext*: Er musste sich nicht nur erst darüber klar werden, dass seine Kopfschmerzen chronisch waren, sich also überhaupt eine chronische Erkrankung eingestehen, was auch eine lange Leidenszeit in Unklarheit bedeutet, sondern es kam dazu, dass zu jener Zeit vor 15 Jahren Spannungskopfschmerz oder Migräne als ernstzunehmende Erkrankung gar nicht bekannt war – und vermutlich schon gar nicht für Männer –, galt Migräne doch stets als typisches, der Hysterie nahe stehendes Frauenleiden (s. Kap. 1.5.1. zu Krankheit, Geschlecht und Gesellschaft). Die Fokusverschiebung von der Schmerzdarstellung zur Erzählung der Krankheitsgeschichte dient den Kranken im ärztlichen Gespräch üblicherweise der Verarbeitung der Krankheit (Gülich 2005); interessant ist, dass ein vergleichbarer Prozess sogar auch in diesem sehr spezifischen medialen Setting zu beobachten ist. Erst nach dieser Relevantsetzung kann Herr Denker die Frage des Moderators in ihrem eigentlichen bzw. engeren Sinn beantworten, was er allerdings auch angemessen tut, indem er typisierte Ursachen wie *Alkohol, Wetterumschwung, Krankheiten und Schichtdienst* aufzählt.

Wieder setzt Herr Denker also die persönlichen Erlebensprozesse rund um die Krankheit relevant, relevanter als die von der Person abstrahierte Schmerzbeschreibung, allerdings wieder, ohne gegen diese direkt zu opponieren.

In dieser Antwortvorgabe des Moderators zeigt sich übrigens eine gewisse Offenheit gegenüber einer allgemeinen psychosozialen Sichtweise auf Krankheitsauslöser. Dies entspricht einer *moderneren schulmedizinischen Haltung*, gerade bei körperlichen Befindensstörungen systemische Komponenten diagnostisch mitzudenken oder die Wirkung gewisser alternativer Heilpraktiken zu akzeptieren (s. auch Kap. 6.9.6. unten). Die Oberflächlichkeit dieser Haltung zeigt sich darin, dass die Umstände, die Herr Denker nennt, nicht weiter vertieft werden, die Information dadurch banal wird.

6.6.3.8. Disziplinierung über Gesundheitsmoral

Der Moderator führt seinen standardisierten Fragenkatalog weiter, indem er nach der damaligen ersten Schmerzbehandlung fragt. Dies ist gerade beim Thema chronischer

Schmerz ein ebenso zentrales wie heikles Thema, da es hier häufig um Schmerzmittelabusus und –abhängigkeit geht. Darüber aufzuklären ist eine wesentliche Aufgabe öffentlicher Gesundheitsinformation – und auch eines der Ziele dieser Sendung:

041
MO: was ham Sie dagegen unternommen?
RD: sind. |EA| ja lange äh - erstmal nur die einfachsten

042
RD: Hausmittel' sag ich mal, damals |EA| die Spalttablüte/blette, |EA| eins, zwei, dann eventuell

043
MO: das nennen Sie gutes altes Hausmittel?| *lacht*
RD: drei oder eventuell sogar mal vier' |ja, damals war s

044
MO: | ja.ja' ja^{v}
RD: halt so.| und da is man zum Arzt gegangen' das was man ja auch gemacht hat' und |EA|/

045
RD: bloß die äh - Hilfe die ich dort äh bekommen hab' war eigentlich nicht die die ich mir erwartet

046
RD: hab. |EA| denn das warn auch nur äh/ sie hießen zwar anders die Medikamente' aber es

047
MO: hmhm^{v} hmhm^{v} |EA| Frau Hermann, - EA|
RD: waren einfach auch nur Kopfschmerzmittel.

Herr Denker nennt seine damalige Standardbehandlung, ein bis vier Spalttabletten, und bezeichnet sie als *einfachstes Hausmittel (041)*. Und an dieser Stelle passiert es das erste Mal in der gesamten Darstellung Herrn Denkers, dass der Moderator unmittelbar auf einen gebotenen Inhalt, nämlich die Bezeichnung als Hausmittel eingeht. Er ironisiert diese Bezeichnung mittels einer, in der Reformulierung zugespitzten Frage *das nennen Sie gutes altes Hausmittel? (043)*, was Herrn Denker zu einer ausführlichen Rechtfertigungssequenz veranlasst: Erstens war dies damals die Behandlung der Wahl, als Kopfschmerz noch nicht als Krankheit ernst genommen wurde (*ja, damals war s halt so (043)*), und zweitens hatte er sich ja durchaus auch in ärztliche Behandlung begeben (*was man ja auch gemacht hat (044)*), also verantwortungsvoll gehandelt.

Herr Denker sieht sich genötigt, sich als durchaus gesundheitsbewusste und selbstverantwortliche Person darzustellen, um der ironisch-kritischen Frage und ihrer impliziten Rollenzuschreibung entgegenzuwirken. Es zeigt sich, dass er auf einer intuitiven Ebene völlig angemessen reagiert, denn genau dies steckt in der Frage von Dr. Gerhardt auch drinnen: Er benützt die Äußerung zur "Spalttablette als Hausmittel" um *öffentliche Gesundheitserziehung* im besten Sinne zu betreiben – und deshalb geht er auf diesen Inhalt Herrn Denkers auch spontan ein. Mit der entsprechenden Frageformulierung kategorisiert er Herrn Denker exemplarisch als eine Person, die Kopfschmerztabletten bagatellisierend als *gutes, altes Hausmittel* bezeichnet, die u.U. einer fragwürdigen Selbstmedikation frönt und die deshalb verantwortungslos mit ihrer Gesundheit umgeht. Anders formuliert: Kopfschmerztabletten als gutes altes Hausmittel zu bezeichnen ist eine *kategorien-gebundene Aktivität* im Sacks'schen Sinne (vgl. Kap. 2.6.4.) von Personen, die gesundheitsmäßig nicht aufgeklärt sind oder sich ihrem Körper gegenüber unverantwortlich verhalten.

An dieser Stelle verfolgt der Moderator einen *gängigen, stark moralisierenden Diskurs der Gesundheitsförderung* mit folgendem Menschenbild: Diejenigen, die ihre Gesundheit riskieren, sich nicht aufklären lassen oder den rechtzeitigen Gang zum Arzt verweigern, werden als irrational, unverantwortlich und moralisch fragwürdig verurteilt (vgl. Kap. 1.5.4.). Für die entsprechende Darstellung benützt er Herrn Denker bzw. dessen damalige Hilflosigkeit.

Herr Denker reagiert auf diese desavouierende Zuschreibung und Instrumentalisierung nun nicht nur mit einer entsprechenden Gegenkategorisierung, sondern beschließt

seine Rechtfertigungssequenz im Gegenzug mit einer massiven Kritik an der (damaligen) traditionellen ärztlichen Versorgung, die um nichts besser gewesen wäre als seine "Hausmittel", nämlich ebenfalls nur aus der Verschreibung von Kopfschmerzmitteln bestanden hätte, lediglich mit anderem Namen. Er konfrontiert den ärztlichen Moderator also mit einer harschen Kritik an der Verantwortungslosigkeit der ärztlichen Versorgung, ein Thema, das im Medizintalk – im Gegensatz zu Talkshows – als überaus heikel gilt (s. Kap. 6.11.1.3. zum schulmedizin-kritischen Diskurs).

Auf diese medizinkritischen Äußerungen geht der Moderator nicht vertiefend ein. Er bestätigt sie zwar, wendet sich dann aber an den zweiten Gast, Frau Hermann, um sie zur kontrastierenden Darstellung ihrer Migränebeschwerden aufzufordern.

6.6.3.9. Die Visualisierung der beiden Diskurse

Der Verlauf der eben analysierten Sequenz lässt sich in einer spaltenweisen Verschriftung noch deutlicher visualisieren:

Moderator Dr. Gerhardt	*Betroffener Herr Denker*
Herr Denker' -- fünfzehn Jahre' das is ja ne ganz schöne Zeit, - wie war das denn als diese |EA| Kopfschmerzen das erste Mal auftraten, hat sich das so langsam angekündigt' oder ging das von jetzt auf nachher'	
	|EA| nein wie Sie eben schon sagten, das hat sich also: langsam angekündigt' |EA| zuer:st äh hat man das Gefühl, man hat doch vielleicht mal ne Nacht zu lange: gefeiert' oder:' sonstiges Ereignis' wo man sagt' gut davon bekommt man halt mal Kopfschmerzen, |EA| und äh |AA| irgendwann stellt man dann fest, also das war s nicht, und |EA| dann äh hat man angefangen zu überlegen, äh DAS: müsste vielleicht nen andern Grund haben, und |EA| äh ein Kopfschmerz der normal kommt geht auch schnell wieder, bloß der ging dann nicht mehr,
Ja, wie warn denn die Kopfschmerzen' können se ma beschreiben'	
hmhm[v]	|EA| ja das zo:gh sich dann immer über einen längeren Zeitraum hin,
ja	|EA| dass äh – ich also: skeptisch wurde:' wie gesagt' nach einem normalen Kopfschmerz' der irgendwann nächsten Tag zuende ging diesmal' das dauerte zwei drei Tage
Herr Denker' tat denn der ganze Kopf weh' oder is das von hinten so hochgestrahlt' oder:	
	nein das war – meistens einseitig bedingt, dass es wirklich aus den Schultern/ von den Schultern her kam, und dann hab ich immer' |EA| gesagt' wie ein Stromkabel das äh an der Seite des Kopfes lief, und dann bis in die Stirn zog,
hmhm[v]	dass – manchmal ich/ wenn ich viel Glück hatte' durft ich s dann gleich auf die andere Seite übertragen, und dann |EA| meist noch ein Tag, aber immer – fast einseitig,
konnten Sie denn' wenn Sie Schmerzen hatten' konnten Sie genau sagen' also |EA| das kommt jetzt da und da her' ich sag jetz mal, - Wetterwechsel, Stress' oder:'	
	|EA| das hat also lange gedauert, diese Ursachen zu erforschen, |EA| denn: |EA| bis man sich wirklich im Klarn dadrüber is, dass es doch mehr is, dass es denn/wer hat schon ne Migräne' oder wer kannte denn äh damals' ja kann man sagen, Spannungskopfschmerzen, dass man sich so mit

	da beschäftigt hat' dass man gesagt hat, gut nun fang ich an' ma die Ursache ma von Grund her zu betrachten, und dann hab ich festgestellt, dass: diese Ursachn da sind. zum Beispiel, was ich festgestellt hab, |EA| äh auch bei Alkohol oder einem Wetterumschwung, bei Krankheiten, |EA| oder äh wie es bei mir auch war dass wenn ich aus dem Schichtdienst kam' dass dann diese |EA| äh Kopfschmerzen aufgetreten sind.
was ham Sie dagegen unternommen?	
	|EA| ja lange äh - erstmal nur die einfachsten Hausmittel' sag ich mal, damals |EA| die Spalttablüte/blette, |EA| eins, zwei, dann eventuell drei oder eventuell sogar mal vier'
das nennen Sie gutes altes Hausmittel?	
|lacht| ja.ja'	|ja, damals war s halt so.|
ja'	und da is man zum Arzt gegangen' das was man ja auch gemacht hat' und |EA|/ bloß die äh - Hilfe die ich dort äh bekommen hab' war eigentlich nicht die die ich mir erwartet hab. |EA| denn das warn auch nur äh/ hießen sie zwar anders die Medikamente' aber es warn einfach auch nur Kopfschmerzmittel.
hmhm^{v} hmhm^{v}	
|EA| Frau Hermann, - EA|	

In der direkten Gegenüberstellung tritt noch deutlicher hervor, dass sich die Fragen des Moderators inhaltlich nicht an der Darstellung des Betroffenen orientieren, sondern jedes Mal eigenständige thematische Initiierungen sind, basierend auf einem standardisierten Fragenkatalog zur Schmerzdiagnose. Auffällig ist die Ungleichverteilung der Äußerungen in ihrer Länge. Der lebensweltliche Diskurs des Betroffenen nimmt wesentlich mehr Raum ein als der schulmedizinische Diskurs der Gesundheitsinformation des Moderators, da die Inhalte aber nicht thematisch werden, hat er weniger Strukturierungsgewalt und nimmt weniger Einfluss auf den Ablauf des Gesprächs.

6.6.3.10. Fazit: Diskurshegemonie und Rollenspektrum

Das Fazit der Analyse ist, dass, auch wenn Betroffene sich um die Etablierung oder Durchsetzung ihres lebensweltlichen Diskurses und ihrer Relevanzen bemühen und um eine Korrektur ihrer Rollenzuweisungen, wird "ihre Geschichte" nicht Sendung gestaltend. Allenfalls kommt es zu einem Wechselspiel der Diskurse, niemals aber dazu, dass der lebensweltliche Diskurs sich durchsetzt. Ein wesentlicher Grund dafür ist das breite Rollenspektrum Dr. Gerhardts. Der mediale Diskurs, den er als Moderator realisiert, ist wegen seiner hierarchisch dominanten Position ganz prinzipiell der dominante Diskurs der Sendung. In seiner Rolle als Gesundheitserzieher und medizinischer Experte kann er im Dienste einer Verallgemeinerbarkeit und Typisierbarkeit zu individuelle Bestandteile des lebensweltlichen Diskurses übergehen. In seiner Rolle als Arzt verfügt er schließlich über potente interaktive Kontrollmechanismen aus der ärztlichen Gesprächsführung und Diagnostik. Die schulmedizinische Orientierung, die diesen zugrunde liegt, ermöglicht es im, die Anteile der Krankheitsdarstellungen zu de-thematisieren, die seinen Diskurs und den von ihm geplanten Sendungsverlauf nicht unterstützen.

6.7. Talkshow: Die Betroffenen und die Inszenierung von Schicksal

In den Talkshows sind die Betroffenen als RepräsentantInnen spezifischer, besonderer oder schicksalhafter Erlebensformen im Zusammenhang mit der jeweiligen Erkrankung eingeladen sind. Ihre Aufgabe ist es, die Krankheitsdarstellungen nicht nur persönlich

und individuell ausfallen zu lassen, sondern auf besondere oder schicksalhafte Momente zu fokussieren. Wie sich in der Analyse der Einleitungssequenzen schon gezeigt hat, realisieren die ModeratorInnen über die Inszenierung von Emotionalität und Betroffenheit einen dramatisierten lebensweltlichen Diskurs. Die Rollenzuweisungen an die Betroffenen erfolgen präferiert über vorausgreifende, dramatisch erhöhte Darstellungen ihres "Schicksals" im Zusammenhang mit der Krankheit.

Im Folgenden möchte ich analog zur Analyse des Medizintalks untersuchen, wie die Rollenübernahme der Betroffenen erfolgt, welchen Diskurs sie etablieren und wie das Zusammenspiel der Diskurse von ModeratorInnen und Betroffenen verläuft. Dabei werde ich auch auf die Frage eingehen, wie – im Gegensatz zum Medizintalk – die Gesundheitsinformation von den ModeratorInnen als medizinische Laien aufbereitet wird.

6.7.1. Die Dramatisierung von Krankheitserleben

In der Sendung "Ich bin schwanger", in der es um Problemschwangerschaften geht, stellt der Moderator Jürgen Fliege die erste Betroffene mittels einer dramatischen Darstellung ihrer Zwillinge dar, die in ihrem Bauch *ums nackte Überleben* gekämpft haben (s. Kap. 6.3.2.2.). Hintergrund dieser Darstellung ist eine äußerst problematische Zwillingsschwangerschaft: die eineiigen Embryos waren durch ein Blutgefäß miteinander verbunden gewesen, wodurch die Gefahr der Unterversorgung und Schädigung eines der Embryos bestand (*fetofetales Teiltransfusionssyndrom*). Mittels einer Laser-Operation im Mutterleib konnte das Blutgefäß erfolgreich durchtrennt und die Schwangerschaft komplikationslos beendet werden.

6.7.1.1. Medizinisch-symptomatischer vs. dramatisierter lebensweltlicher Diskurs

Der Einstieg Frau Geberts in die Erzählung erfolgt erst danach, in Kombination mit der eigentlichen Begrüßung:

035
JF: - is das so richtig Frau Gebert' <EA> herzlich willkommen. wie kann
BG: guten Tag' *<8 s Applaus>*

036
JF: man das mitkriegen' - dass man Zwillinge hat' weiß ich. dass s/s/s/ aber dass sie - m/miteinander,

037
JF: kämpfm, wie spürt man das.
BG: also ich selber hab s eigentlich gar nicht gespürt, ich hab in der

038
BG: Zeit wo das auch festgestellt worden war mit den Zwillingen <EA> also auch – sehr wenig

039
BG: Bewegung gehabt, weil ich sehr viel Fruchtwasser schon hatte' durch dieses fetische

040
JF: und das is/ jetz wiss ma natürlich nicht, was das heißt'
BG: Teiltransfusionssyndrom' <EA> und meine

Der Moderator versichert sich zuerst bei seinem Gast, ob seine Darstellung richtig war und realisiert dann eine Erzählung einleitende Frage. Das Auffällige daran ist, dass es keine offene Erzählaufforderung ist, die es Frau Gerber ermöglichen würde, die Geschichte ihrer besonderen Schwangerschaft so darzustellen, wie sie sie erlebt hat, also entsprechend ihrer Relevanzen. Mit der initialen Frage referiert der Moderator nochmals auf die von *ihm* eingebrachte Metapher der "miteinander kämpfenden Zwillinge" und fordert Frau Gerber auf, ihr Erleben dazu zu beschreiben. Damit setzt er seinen dramatisierten lebensweltlichen Diskurs der Einleitungssequenz fort und relevant.

Frau Gebert geht auf die Frage des Moderators, die seine dramatisierte Darstellung fortführen soll, zwar ein, kann aber der inhaltlichen Aufforderung nicht wirklich Folge leisten (*ich selber hab s eigentlich gar nicht gespürt (037)*). Dies ist sicherlich eine problematische Dimension dieser starken Fremdinitiierung (und findet sich übrigens häufig an den Erzähleinstiegen in Talkshows; vgl. auch Lalouschek 1997b). Frau Gerber korrigiert die Darstellung des Moderators und es zeigt sich, dass das so eindringlich geschilderte Erleben in dieser Form bei ihr gar nicht stattgefunden hat, im Gegenteil. Sie ist es auch, die anschließend den medizinisch korrekten Begriff für das Schwangerschaftsproblem nennt: *fetisches Teiltransfusionssyndrom* (*039)*. Fliege hat es bisher nur bildhaft inszeniert. Damit realisiert Frau Gerber einen *medizinisch-symptomatisch geprägten lebensweltlichen Diskurs*, der nicht geeignet ist, den vom Moderator realisierten dramatisierten lebensweltlichen Diskurs zu unterstützen oder ihn gar als durchgängigen, gemeinsamen Diskurs zu etablieren.

6.7.1.2. Die Inszenierung von "langsamem Begreifen"

Die Fachwortnennung führt nachfolgend zu einer ausführlichen Informationssequenz. Dies dient der medialen Gesundheitsinformation, die inhaltlich hier interessanterweise stärker von der Betroffenen bedient wird als vom Moderator.

Mit *und das is/ jetzt wiss ma natürlich nicht, was das heißt (040)* fordert er Frau Gerber auf, den Fachbegriff "fetisches Teiltransfusionssyndrom" zu erläutern. Mit dem inklusiven "*wir*" meint er die ZuschauerInnen und sich selbst, d.h. er übernimmt die Perspektive der ZuschauerInnen ("perspektivisches Fragen" oder "laienhaftes Fragen", s. ausführlich Kap. 5.3.4.) und kategorisiert sich selbst als einer aus der Gruppe der medizinischen Laien. Dies ist ja ein Teil seines Rollenspektrums. Dieses Verfahren ist zur *Inszenierung eines Experten-Laien-Diskurses* geeignet, eine gemeinsam produzierte Sequenz der Gesundheitsinformation, in der der Moderator die Rolle des "interessierten Laien" und die Betroffene die der "Expertin aus persönlicher Erfahrung" übernimmt.

040
JF: und das is/ jetz wiss ma natürlich nicht, was das heißt'
BG: Teiltransfusionssyndrom' <EA> und meine <EA> das is

041
BG: einfach dass die Kinder auf der Gebärmutter Gefäße habm, wo die mitnander verbunden sind.

042
JF: aha^v also da sitzen zwei
BG: <EA> ähm ni/ tschuldigung, nicht Gebärmutter sondern Mutterkuchen.

043
JF: m/m/ zwei i/ Kinder in Ihrm Leib, die werden natürlich ernährt von dem Mutterkuchen, offenbar

044
JF: gibt s da nicht nur ne Nabelschnur (sondern) den Mutterkuchn,
BG: nein' - jeder hatte seine

045
BG: Nabelschnur, und dann noch Verbindung <EA> auf dem Mutterkuchen von Kind zu Kind.

046
JF: ah' da gibt s also noch so ne Querleitung von Kind zu Kind. hmhm^v <EA>
BG: von Kind zu Kind.

047
JF: und das war bei Ihnen der Fall.
BG: und das war bei mir der Fall. genau.

Frau Gerber beginnt mit einer umgangssprachlichen, fachsprachlich durchsetzten Beschreibung der Grundproblematik, also dass die Kinder durch Gefäße miteinander verbunden waren (040-42). Diese wird vom Moderator aufgenommen und bildhaft und sprachlich vereinfacht reformuliert (*da sitzen zwei Kinder in Ihrem Leib (043)*), indiziert

durch den Reformulierungsmarker *also*. Dies ist ein sprachliches Verfahren, das charakteristisch ist für Gespräche mit ExpertInnen, in denen der Moderator der Verständnissicherung verpflichtet ist. Hier dient es der Etablierung der Expertinnenposition der Betroffenen und damit der Inszenierung. Frau Gerber korrigiert ein Detail, das tatsächlich falsch ist, dann wird das Bild mit dem "Verstehensindikator" betontes *ah'* vom Moderator nochmals vereindeutlicht: *da gibt s also noch so ne Querleitung von Kind zu Kind (046)*.

Diese Inszenierung eines Experten-Laien-Diskurses ist medialer Diskurs, da er inszeniert wird, um eine unbekannte Symptomatik verständlich aufzubereiten. Der Prozess der gemeinsamen Erarbeitung eines gleichermaßen faktisch korrekten wie anschaulichen Bildes, also quasi *die Inszenierung von "langsamem Begreifen"*, richtet sich ausschließlich an das Publikum, da Fliege als Moderator über die Geschichten seiner Gäste üblicherweise im Wesentlichen aufgeklärt ist. Zum Zwecke der Inszenierung übernimmt er stellvertretend die Rolle eines "interessierten und aufmerksamen Laien, der es ganz genau wissen will". Diese intensive Inszenierung und die Fokussierung auf einfache, gut verständliche Bilder ist natürlich dem Unterhaltungsformat geschuldet. Mit "interessierten Laienfragen" treibt er den Prozess der Informationsaufbereitung voran:

047
JF: und das war bei Ihnen der Fall. <EA> und was is dadurch
BG: und das war bei mir der Fall. genau.

048
JF: passiert' - bei Ihnen'
BG: dadurch is es passiert, dass ein Kind zu wenig versorgt worden is'

049
JF: und wie kann <u>das</u> vorkommen' die ham doch beide ne
BG: und eins zu viel versorgt worden is.

050
JF: Nabelschnur?
BG: ja. durch diese Gefäße wiederum. es is immer ein Nehmen und ein Geben

051
JF: - aha^{v}
BG: durch diese Gefäße. <EA> das sind Blutgefäße, also die wern mitnander eben durch die

052
JF: hmhm^{v}
BG: Kinder verbunden erst. <EA> und dadurch ist es so' dass das <u>gro</u>ße Kind, der jetz auch noch

053
BG: größer is' halt zu viel <EA> Fruchtwasser produziert hat, <EA>

Der Moderator übernimmt die Perspektive eines "durchschnittlich informierten Laien" (*wie kann das vorkommen, die ham doch beide eine Nabelschnur? (049)*), und die Betroffene erfüllt die Expertinnen-Rolle mit Erklärungen auf alltagssprachlichem Niveau. Dies zusammen ermöglicht es, die Aufbereitung der Gesundheitsinformation auf einem gut verständlichen Level zu halten. Mit diesen sprachlichen Verfahren etablierten der Moderator und die Betroffene gemeinsam einen *unterhaltenden medialen Diskurs der Gesundheitsinformation*, der aufgrund seines Inhaltes notwendigerweise technisch-somatisch ausgerichtet ist.

6.7.1.3. Die Durchsetzung des lebensweltlichen Diskurses

Nach der Klärung der medizinischen Hintergründe wechselt Fliege wieder in die Rolle des Moderators, dessen Aufgabe es ist, unterhaltsame, spannende oder intime Erzählungen seiner Gäste zu elizitieren. Dazu greift er die anfängliche Darstellung mit einer inhaltlich ganz konkreten Erzählaufforderung auf:

072
JF: nun stellt der Arzt fest, Moment, dieses kleinere Kind kämpft <EA> äh darum überhaupt

073
JF: leben zu können. – öh, wie hat er das festgestellt, und/ und wie groß war die Gefahr.

074
JF: können Sie das uns beschreibm.
BG: also es is f:estgestellt worden aufgrund der vermehrten Fruchtwasser=

075
JF: hmhm^{v}
BG: menge' - dass überhaupt was is. das kann aber auch wohl von Krankheiten kommen, also

076
JF: hmhm^{v}
BG: <EA> da bin ich in ein Hamburger Krankenhaus gekommen, wo ein extra Ultraschallgerät

077
BG: steht. das is so ein Doppler-Ultraschall' <EA> wo man die Werte der Kinder ebm messen

078
JF: hmhm.'
BG: kann' und dabei is ebm festgestellt worden dass dieses Syndrom vorliegt. <EA> und dass

079
BG: eben das kleinere Kind,/ <EA> also besser gesagt, wenn nichts gemacht wordn wäre, hätt

080
BG ich beide Kinder verloren im Grunde genommen. <EA>

Um die dramatische Inszenierung wieder aufzugreifen und die Erzählung wieder auf diese emotionalisierten Level zu heben, wiederholt Jürgen Fliege seine bildhafte Darstellung des kleineren, im Mutterleib um sein Leben kämpfenden Zwillings, anschließend ersucht er Frau Gerber, nicht nur den Diagnoseverlauf zu schildern, sondern auch ganz explizit die Gefährlichkeit der Situation (074). Damit etabliert er wieder einen *dramatisierten lebensweltlichen Diskurs*. Frau Gebert kommt ihrer Aufgabe als Betroffene nach, indem sie von der Diagnose mittels Ultraschall berichtet und der Gefahr, ohne Eingriff beide Kinder zu verlieren. Sie verbleibt aber wiederum bei einer sachlichen Darstellung, die mit einigen Fachbegriffen versetzt ist (*Doppler-Ultraschall*, *Symptom*) und Erklärungen (*so ein...*). Damit etabliert sie – als gut informierte Betroffene – weiter ihren *medizinisch-symptomatisch geprägten lebensweltlichen Diskurs*. Auffallend ist, dass ihr Diskurs hier den des Moderators zwar nicht unterstützt, aber auch nicht stört, eher um den Aspekt des Faktischen ergänzt oder erweitert.

Ein letzter Ausschnitt soll zeigen, dass Frau Gerber diesen Diskurs auch beibehält, wenn es um unmittelbar erlebensrelevante Themen geht. Anschließend an die Darstellung der operativen Technik, die Durchtrennung des Gefäßes im Mutterleib mittels Endoskop und Laser, fragt sie der Moderator nach ihren Gefühlen vor dem Eingriff:

123
JF: und wenn man Ihnen das so erklärt, ham Sie denn da keine Angst, mein Gott! wenn die jetzt

124
JF: wirklich in diese Fruchtwassergeschichte reingehen, dass die <EA> mit dem Endoskop

126
JF: vielleicht meine Kinder verletzen' gar nicht.
BG: nein. das war/ wie ich gehört hab was man

127
BG: machen kann, war eigentlich für mein Mann und mich sofort klar <EA> was wir machen'.

128
JF: hmhm^{v}
BG: das wir diesen Eingriff halt wagen'

Frau Gerber verneint, dass sie Angst gehabt hätte, sondern dass die Entscheidung für sie und ihren Mann sofort klar war. Das einzig deutlich emotional besetzte Wort in ihrer Antwort ist *wagen (128)*, mit dem doch Mut und Ungewissheit konnotativ verknüpft sind. Mit dieser Diskursrealisierung stellt sich Frau Gerber als eine, im Bereich ihres

Krankheitserlebens sehr erfahrene Betroffene dar, die mit dem problematischen Geschehen ihrer Schwangerschaft relativ gefasst umgegangen ist. Diese Selbstdarstellung steht einigermaßen im Gegensatz zur Rollenzuweisung des Moderators, als einer Frau, die einem höchst dramatischen Schwangerschaftsgeschehen ausgeliefert ist. Fast scheint es, als wären *die Rollen vertauscht*: Der Moderator übernimmt stellvertretend die dramatisch erhöhte Darstellung des besonderen und lebensbedrohlichen Ereignisses, die Betroffene ergänzt mit faktischen Verlauf und mit medizinischen Informationen. So übernimmt der Moderator die Aufgabe, den lebensweltlichen Diskurs der Betroffenen zu emotionalisieren.

Es zeigt sich, dass auch in Talkshows der interaktive Handlungsspielraum der Betroffenen der minutiösen Steuerung durch den Moderator und dem von ihm realisierten Diskurs unterliegt. In seinen Einführungen und Erzählaufforderung stellt er nur ganz bestimmte Einstiegspunkte zur Verfügung, die auf einen ganz bestimmten Level der emotionalisierten Unterhaltung zielen, der wenig mit dem tatsächlichen Erleben der Betroffenen zu tun haben muss. Damit sind diese von einer tatsächlichen eigenständigen Gestaltung des Erlebens ihrer Geschichte weit entfernt. Im Unterschied zum Medizintalk folgt der Sendungsaufbau den Geschichten der Betroffenen (vgl. Schwabe 1999), die informationsorientierten Gesprächsphasen dienen oft nur dazu, die präsentierte Geschichte nachvollziehbar zu machen, weniger einer substanziellen Gesundheitsaufklärung

6.7.1.4. Fazit: Diskurswechsel – Rollenwechsel

Auf Grund seiner interaktiven Ressourcen und seines Rollenspektrums kann Jürgen Fliege den von ihm in seiner Rolle als Moderator präferierten dramatisierten lebensweltlichen Diskurs immer wieder relevant setzen, vor allem, wenn er von der Diskursrealisierung der Betroffenen nicht unterstützt wird. Dank seines redaktionellen Vorwissens kann er in der Rolle des "stellvertretenden Gastes" selbst die Emotionalisierung der Darstellung und ihre Weiterführung übernehmen. Er kann diesen Diskurs aber jederzeit unterbrechen und sich z.B. in die Rolle des "interessierten Laien" begeben. Als solcher kann er mit informierten Betroffenen oder den ExpertInnen einen Experten-Laien-Diskurs inszenieren und einen unterhaltsamen Diskurs der Gesundheitsinformation etablieren, der vor allem auf Bildhaftigkeit und Verständlichkeit ausgerichtet ist. Als tatsächlicher medizinischer Laie ist er im Gegensatz zu einem ärztlichen Moderator nicht unmittelbar für die Vermittlung medizinisch relevanter Gesundheitsinformation zuständig, sondern kann dies an die Betroffenen und/oder den medizinischen ExpertInnen übertragen.

So kommt es zu einer Art ständigem *Wechsel zwischen den Diskursen*, zwischen emotional inszenierten Passagen und Passagen mit mehr oder weniger unterhaltsam verpackter Medizin- und Gesundheitsinformationen, ohne dass diese sich notwendigerweise miteinander verquicken. Sie erfolgen hintereinander bzw. lösen einander ab. Dieses Prinzip des Wechsels erfolgt auch, wenn der Diskurs der Betroffenen seinen dramatisierten lebensweltlichen nicht unterstützt. In ähnlicher Weise wie der ärztliche Moderator im Medizintalk setzt Jürgen Fliege sein redaktionelles Vorwissen, seine interaktiven Kontrollmechanismen und sein Rollenspektrum ein, um, gemäß dem Sendungsziel von Talkshows, emotionalisierte Unterhaltung mit unterhaltsamer Gesundheitsinformation zu produzieren. Und in ähnlicher Weise setzt er den von ihm präferierten Diskurs immer wieder relevant, relativ unabhängig von den Diskursrealisierungen der Betroffenen.

6.7.2. Von Schicksal und Erlösung

6.7.2.1. Die Dramaturgie

In der Sendung "Sanfte Medizin – Kopfschmerz" sind Betroffene geladen, deren unterschiedliche Kopfschmerzen mit ganzheitlicher Heilmethoden behandelt wurden und werden. Frau Knierim vertritt die Ausprägung einer langjährigen Migränepatientin, die nach einer Odyssee in schulmedizinischen Institutionen schließlich Hilfe in einer Klinik für Traditionelle Chinesische Medizin gefunden hat. Dieser Prozess wird in Einleitung und Vorstellungsrunde vom Moderator Jürgen Fliege kurz aber dramatisch inszeniert: *Christl Knierim blieb nur diese eine Hoffnung (012)* (Kap. 6.3.3.2.).

Der Moderator Jürgen Fliege zeigt in seinen Sendungen eine eindeutige Präferenz für ganzheitliche Medizinformen und esoterische Methoden. Er verfolgt auch ganz explizit ein mehrdimensionales Konzept von Krankheitsentstehung: *Denn jede Krankheit hat eigentlich drei Kapitel, ein soziales, psychisches und körperliches* (Zitat aus dieser Sendung)). Der seelsorgerische Diskurs, den er in seiner beruflichen Rolle als Pfarrer und Seelsorger realisieren kann, und der immer wieder durchscheint, dockt auch besonders gut an ganzheitliche Darstellungen von Leiden, Schicksal und übergeordnete Lebensbedeutung an, ebenso wie an Verantwortung des Einzelnen der Gemeinschaft und leidenden Individuen gegenüber.

Wie schon ausgeführt, dient die Doppelung von besonderem Krankheitserleben und noch nicht unbedingt geläufigen Heilmethoden der spannenden und emotionalisierten Inszenierung. Die *Dramaturgie der Sendung* ist deshalb folgendermaßen aufgebaut: Auf die Darstellung der Krankheit, die auf Besonderheiten fokussiert wird, erfolgt eine Geschichte des Leidens, zumeist verursacht durch das Versagen schulmedizinischer Diagnose- und Behandlungstechniken; dieser leidvolle Schicksalsweg wird durch unorthodoxe Behandlungsweisen beendet und die Krankheit geheilt. Im Wesentlichen handelt es sich also um die bekannte narrative Struktur einer *Erlösungsgeschichte* (Maio 2002).

6.7.2.2. Das gemeinsame Erzählen der Krankheitsgeschichte

Jürgen Fliege begrüßt die Betroffene, dann initiiert er ihre Krankheitsgeschichte, indem er kontrastiv auf das Besondere, die lange Dauer fokussiert:

015
JF: na, Kopfschmerzen ham wir ALLE mal, ja' aber/ aber SIE/
CK: ja^v

016
JF: lange? ununterbrochen?
CK: ja^v ja^v ich würd sagen' 27 Jahre' nicht ununterbrochen' mal weniger,

017
JF: und dann sagen die/ die Männer immer' hat
CK: mal mehr' |EA| aber - das mehr war <u>mehr</u>'

018
JF: sie die Migr<u>äne</u> oder sowas?
CK: ge<u>nau</u>' genau' sie hatte immer die Migräne.

Mit der Nachfrage *ununterbrochen (016)* übernimmt der Moderator die Rolle des "interessierten und verständnisvollen Gesprächspartners", der sich ganz auf die Geschichte und den Diskurs der Erzählenden einlässt. Seine Weiterführung *und dann sagen die Männer immer … (017)* spielt auf das Stereotyp an, Migräne sei gar keine Krankheit, sondern eine frauentypische "hysterische Inszenierung". Gerade durch die Nennung des Stereotyps erweist er sich als nicht nur interessiert, sondern auch verständnisvoll und

indiziert, dass er ihre Migräne als Krankheit ernst nimmt. Damit weist er ihr initial die Rolle einer Betroffenen mit einer ernstzunehmenden Krankheit zu und etabliert damit zu einem gewissen Grade einen Diskurs der Gesundheitsinformation, der Vorurteile ansprechen und beseitigen soll. Die Nennung des Stereotyps spricht die ZuschauerInnen unmittelbar bei ihrem Alltagswissen an und erhöht die Relevanz des Themas.

Mit der Mischung aus Nachfragen Stellen und eigenständigem Weiterführen etabliert er ein für Talkshows charakteristisches Verfahren der interaktiven Prozessierung von Darstellungen der Betroffenen, das dem Interaktionstyp "gemeinsames Erzählen" ähnelt (vgl. Kap. 4.4.3.). Dieser gibt ihm die Möglichkeit, zwischen der Rolle des interessierten Zuhörers als Stellvertreter für das Publikum und der Rolle des gesprächssteuernden Moderators zu wechseln. So kann er Nähe und Verstehen inszenieren und zugleich die Darstellung auf die besonderen Punkte fokussiert halten. Beides dient der Inszenierung von emotionalisierter Unterhaltung und der Etablierung und Kontrolle des dramatisierten lebensweltlichen Diskurses.

Die Nachfrage, ob es "tatsächlich" Migräne gewesen sei, initiiert eine kurze, aber prägnante szenische Darstellung von Frau Knierim, die von Jürgen Fliege vertieft wird:

018
JF: IST es Migräne gewesn?

019
JF: hmhm^{v}
CK: is Migräne gewesen. ja. |EA| sobald mein Mann sein Wecker schellte' |EA| musste die

020
CK: M:utter direkt zur Toilette und erbrechen. dann warn die Kopfschmerzen da' - und dann

021
JF: das versteh ich nicht. wieso hat das was mit dem Wecker Ihres Mannes
CK: warn sie den ganzen Tag da. ja' ich weiß

022
JF: zu tun?
CK: es nicht. jeden Morgen um halb fünf' wenn der Wecker schellte' kam das. |EA|

Im Vergleich zur vorangegangenen Analyse der Sendung zu Problemschwangerschaften *unterstützt die Betroffene den dramatisierten lebensweltlichen Diskurs*, den der Moderator zu etablieren versucht, durch einen gleichartigen. Auf der Videoaufnahme ist erkennbar, dass sie es sichtlich genießt, im Mittelpunkt dieser medialen Aufmerksamkeit zu stehen und ihre dramatische Krankengeschichte zum besten zu geben. Dieser Inszenierungsrahmen kommt ihrem Naturell also in gewisser Weise entgegen. Im Zuge der weiteren Darstellung kündigt sich an, dass diese Migräne in ein viel umfangreicheres Krankheitserleben eingebunden ist:

026
CK: weil ich ja auch zwischendurch immer wieder in den Krankenhäusern lag, weil andres

027
CK: operiert werden musste,

6.7.2.3. Der dramatisierte lebensweltliche Diskurs: Schicksal statt Krankheit

Kurz darauf entfaltet sich der gesamte Leidensumfang der Betroffenen. Auch dieses ist dramaturgisch wieder beeindruckend inszeniert: Jürgen Fliege stellt in der Rolle des "interessierten Zuhörers" eine "betont einfache Frage" nach einer simplen und bekannten möglichen Ursache für die Migräne, was eine ganz unerwartete und dramatische Darstellung eines echten Schicksalswegs auslöst:

031
JF: und hat es was so zu tun

032
JF: mit der Periode die man hat?
CK: |EA| nein' also damit hat es bei mir an und für sich weniger zu

033
JF: hmhm^{v} hmhm^{v}
CK: tun gehabt' bei mir hat es mehr |EA| äh äh/ ich hat n schweren Autounfall gehabt' |EA| u:nd:

034
CK: danach bin ich: im Ganzen jetz im Laufe der Jahre 32 Mal operiert worden' |EA| und' dann

035
CK: kamen immer diese seelischen Tiefs. und immer wenn ich psychisch ganz unten war, ob das

036
CK: jetzt durch meine Krankheit war, ob das in der Famllie was war, ich hab zwei Kinder |EA| und

037
CK: mein zweiten Mann' der war Alkoholiker und |EA| wenn die Psyche ZU sehr belastet warn, dann

038
JF: hmhm^{v} |EA| von dem Autounfall angefangen.
CK: war die Migräne da. von dem ja^{v}/ von dem also:

039
JF: hmhm^{v}
CK: - von dem Autounfall angefangen.

Die nun folgende ausführliche und detaillierte Darstellung dieses von Krankheit, schwerem Unfall, vielfältigen Operationen an Armen, Beinen und Hüften und diversen belastenden familiären Umständen geprägten Lebensschicksals wird vom Moderator mit interessierten Nachfragen begleitet und mit Vertiefungen an relevanten Stellen interaktiv prozessiert. Diese Vertiefungen treten systematisch an psychosozial relevanten Stellen der Darstellung auf und dienen dazu, diese Inhalte und damit die Erzählung affektiv aufzuladen oder dramatisch zu erhöhen.

Was bei dieser ganz auf die Lebenswelt orientierten Darstellung interessanterweise durchdringt, ist eine Ursachenzuschreibung für die Migräne, die eben nicht körperlichen sondern psychosozialen Ursprungs ist. Hier klingt ein *ganzheitliches Verständnis von Krankheitsentstehung* durch, das an dieser Stelle jedoch nicht zum Thema gemacht wird, aber im Gespräch mit dem medizinischen Experten aufgegriffen werden wird (s. Kap. 6.10.2.). Es zeigt sich, dass aufgrund der Orientierung des Sendungsformats Talkshow am lebensweltlichen Diskurs quasi automatisch andere als schulmedizinische und somatisch orientierte Konzeptionen in Bezug auf Krankheit mit einfließen. Das bedeutet allerdings nicht, dass diese damit auch schon als relevante Gesundheitsinformation etabliert sind. Das erfordert weitere Schritte der interaktiven Bearbeitung wie Thematisierung, Verdeutlichung, Vertiefung, Kontrastierung etc.

Gegen Ende der Darstellung erfolgt noch ein weiterer unerwarteter "Höhepunkt" des Schicksals der Betroffenen, die Schilderung eines Nahtoderlebnisses nach einem Herzinfarkt und Koma:

051
CK: ja genau' aber ich war ja oben' ich hatte

052
CK: ja n Herzinfarkt' |EA| die ham mich mit den Defilierern zurückgeholt' |EA| ich hab die oben

053
JF: is das jetzt/ is das so
CK: alle gesehn' die ham mich wieder runtergeschickt, - die wolltn mich noch nicht.

054
JF: Düssldorfer Slang' den wir da grad so bissl reden' aber ähm j:a aber im Sinne war die/
CK: |EA| nein' ja, ja, ja, ja, |*lacht*|

055
JF: war/ warn Sie/ warn Sie wirklich so weit:? is die Frage'
CK: ich war oben' ich hab sie gesehen' durch ein

056
CK: viereckiges Rohr' in hellem Licht. hab ich mei Mann, meine Schwester, mei Vatter, mei

057
JF: die alle schon tot sind. hmhm^{v} hmhm^{v}
CK: Mutter und mein Schwager gesehen. nur die Köpfe' |EA| nur die Köpfe'

058
JF: |EA| und das war so zu ner Zeit wo Sie/ wo Sie schon weg warn'
CK: und dann nach ja:^{v} - wie ich weg war.

059
JF: wo man Sie dann |EA| äh hmhm^{v}
CK: da war ich sechs/ sechs äh Tage im Koma' und wie ich dann wach

060
CK: wurde' wusst ich das noch ganz genau.

Die Darstellung ist beeindruckend, da aber das Thema "Nahtoderlebnis" von der Betroffenen nur angedeutet wird, sorgt der Moderator für eine Klärung, die eine explizitere und detailreichere Wiederholung auslöst. Das Andeutende des Erzähleinstiegs ist m.E. damit zu begründen, dass dieses Thema kein selbstverständliches ist und die Erzählenden schnell in die Nähe von Unglaubwürdigkeit und Verrücktheit stellen kann. Das Verfahren der Andeutung dient der Betroffenen der Überprüfung, auf welchen Boden der Rezeption das Thema fällt und bietet gegebenenfalls eine Image schonende Rückzugsmöglichkeit. In seiner Berufsrolle als Pfarrer und Seelsorger hat der Moderator dahingehend wenig Berührungsängste, er prozessiert das Thema durch die Indizierung von Verwunderung *warn Sie wirklich so weit? (055)*, durch Nachfragen und Satzergänzungen und etabliert es damit als "unglaublich, aber durchaus möglich".

Frau Knierim realisiert also durchweg einen *dramatisierten lebensweltlichen Diskurs*, der die Darstellung ihrer Geschichte ganz lebendig und authentisch erscheinen lässt und vom Moderator nur wenig gesteuert oder affektiv aufgeladen werden muss. Damit bekommt er Themen leitende Funktion. Auffallend ist, dass dabei das Krankheitsthema Migräne, das sie ja als Eingeladene vertritt, gegenüber der Darstellung der anderen Erkrankungen und körperlichen Beschwerden ganz in den Hintergrund tritt. Sie erscheint wie ein lebenslanges Begleitsymptom, aber der "Leidensweg Migränepatientin" wird nicht spezifisch. Damit wird deutlich, dass bei der Darstellung von Krankheit der mediale Diskurs der emotionalisierten Unterhaltung Vorrang hat gegenüber einem Diskurs der Gesundheitsinformation, vor allem, wenn das tatsächliche Erleben der Betroffenen dies ermöglicht.

6.7.2.4. Die erlösende Wende: Chinesische Medizin

Das Faktum, dass es nicht nur die Migräne war, die von schulmedizinischer Seite ungenügend behandelt wurde oder nicht weiter behandelbar war, erschließt sich aus der Darstellung der Wende: Frau Knierim war bzw. ist eine Schmerzpatientin mit einer multiplen Symptomatik, Migräne ist nur ein Symptom unter vielen. Ihre Kategorisierung als Migränepatientin könnte dem Sendungsthema geschuldet sein. Die Wende im Leben kommt, wie so oft, durch Empfehlungen anderer Personen und gewisse Zufälligkeiten:

062
JF: hmhm^{v}
CK: und dann kamen noch ein paar Operationen' und dann |EA| hä! kam gottseidank

063
JF: hmhm^{v}
CK: meine Schmerztherapeutin' die schon mit Akupunktur bei mir angefangen hat' |EA|

064
JF: hmhm^{v}
CK: auf die/ hatte zufällig das Prospekt von der |EA| äh Klinik am Steigerwald' in

065
CK: Geroldshofen' |da müssn Sie hin!!| |EA| ja' und dann ham wir acht Monate mit der
|*stark behaucht ("Geheimtipp")*|

066
JF: hmhm^{v}
CK: Krankenkasse gekämpft' und dann bin ich da hin' |EA| und seitdem kann ich laufen'

067
CK: ich brauch kein Rollstuhl' keine Krücken' |EA| ich hab keine Schmerzen' ich hab

068
JF: hmhm^{v}
CK: keine Migräne' ich hab nix mehr. |EA| ich bin Diabetiker, ich brauch nur noch mein

069
CK: Insulin' und dat iss et.

Frau Knierim war also in Behandlung einer Schmerztherapeutin, die schon eine Methode der Traditionellen Chinesischen Medizin (TCM) bei ihr anwandte und ihr den Klinikaufenthalt empfahl, sprachlich typischerweise als "Geheimtipp" (065) inszeniert. Die Darstellung des Behandlungserfolgs trägt die erzähltypischen Aspekte einer *Wunderheilung*: Nicht ein länger dauernder Genesungsprozess wird geschildert, sondern das sofortige Ergebnis einer kompletten Gesundung. Damit trägt dieser dramatisierte lebensweltliche Diskurs zur Etablierung unangemessener Erwartungen bezüglich der Wirkung alternativer Heilmethoden bei, und wird gemeinsam mit der interaktiven Begleitung und Weiterführung durch den Moderator zu einem *dramatisierten Diskurs der Gesundheitsinformation*.

6.7.2.5. Alternative Methoden im dramatisierten lebensweltlichen Diskurs

Bei der Darstellung des Themas "Traditionelle Chinesische Medizin" bedient sich Jürgen Fliege des schon bekannten Verfahrens der *Inszenierung eines Experten-Laien-Diskurses* mit der Betroffenen, in der er die Rolle des "interessierten Laien" übernimmt und der Betroffen die Rolle der "Expertin aus persönlicher Erfahrung" zuweist (vgl. auch Kap. 6.7.1.2.):

069
JF: und is das wirklich so' - dass man da: hingeht' und

070
JF: sagt er, |EA| und sagt' ne ne, das liegt gar nicht am Kopf' sondern das liegt am Bauch?

Mit der Inszenierung einer "laienhaft-neugierigen Frage" *is das wirklich so? (069)* indiziert er das Besondere einer nicht allgemein bekannten, üblichen Heilmethode, quasi das Geheimnisvolle. Inhaltlich referiert die Frage auf den Sendungsbeginn und das Bild, mit der er die Traditionelle Chinesische Medizin szenisch inszeniert hatte (Kap. 6.3.3.1.):

004
JF: rasender Kopfschmerz' ham Sie schon mal rasende Kopfschmerzen gehabt? - da geht man

005
JF: mit |rasendem Kopfschmerz| zum Arzt' |EA| weiß überhaupt nicht, wie man sich helfen soll'
|*hält sich mit beiden Händen den Kopf, das Gesicht schmerzverzerrt*|

006
JF: und was sagt der Arzt einem? verschreibt einem kein Mittel sondern sagt |EA| wissen Sie

007
JF: was. |EA| Sie ham nicht: Schmerzen im Kopf, Sie ham Schmerzen im Bauch' und will einem

008
JF: den Bauch behandeln, will Nadeln rein stechen, stellen sich mal vor' |EA| b:liebm Sie bei dem?

Diese Strategie des neugierig-laienhaften Fragens soll das Sprechen über die TCM auf einen emotionalisierten Level heben, schlägt an diesem Punkt als interaktive Prozessierung aber fehl, da die Frage abstrakt ist und mit der Erlebensabfolge der Betroffenen, mit der sie als Erzählerin im Moment völlig assoziiert ist, nichts zu tun hat. So kommt es zu einer Aushandlungssequenz bis der dramatisierte lebensweltliche Diskurs der Betroffenen ab *ich war ja ganz kaputt (072)* wieder Themen leitend wird:

069
JF: und is das wirklich so' - dass man da: hingeht' und

070
JF: sagt er, |EA| und sagt' ne ne, das liegt gar nicht am Kopf' sondern das liegt am Bauch?

071
JF: wie iss es? das is ja/ das is ja ne Klinik für traditionelle,
CK: hm- ja:^ ne:, |EA| nja:, |äh ahm ne' ne'|
| CK schüttelt den Kopf|

072
JF: chinesische Medizin' ja. aha[v]
CK: tradit/ da wird der ganze Körper behandelt. ich war ja ganz kaputt.

073
JF: hmhm[v]
CK: ich war ja vom Kopf bis zur dicken Zeh kaputt. |EA| und ich war medikamentensüchtig'

074
CK: ich war valeron und morphiumabhängig' |EA| ich hab äh äh durch die Akupunktur und

075
JF: hmhm[v]
CK: durch diese chinesische Medizin, hat/ |EA| hat man innerhalb drei Wochen, - mich total entgiftet.

Frau Knierim schildert ihren körperlich komplett kaputten Zustand, der überhaupt erst einmal durch Entgiftung behandlungsfähig gemacht werden musste. In ihrem Erleben steht logischerweise die Entgiftung vor der gezielten Behandlungsmethodik (ausführlicher dazu im Gespräch mit dem Experten in Kap. 6.10.2.). Nach einer eingeschobenen Erzählung über ihre frühere Berufstätigkeit führt der Moderator das Gespräch wieder auf die *Methodik der TCM* zurück, das aber über eine Aufzählung von Kräutern, Akupunktur, Shiatsu, Akupressur und die Thematisierung finanzieller Probleme mit der Krankenkasse nicht hinausgeht. Der dramatisierte lebensweltliche Diskurs erweist sich also für abstraktere Formen der Gesundheitsinformation als wenig geeignet.

6.7.2.6. Talkshow und Medizinkritik

Im Zuge der Darstellung ihrer Behandlung erzählt Frau Knierim von der notwendigen Entgiftung durch vielfältige und langjährige Schmerzmitteleinnahme. Dies wirft einen äußerst kritischen Blick auf die Behandlungsmethoden der Schulmedizin, die bei SchmerzpatientInnen zu Schmerzmittelsucht führt. Der Moderator führt das Thema weiter, allerdings in einer sehr moderaten Form (vereinfachte Transkription):

JF: |EA| also das hab ich bei unsrer ersten Sendung rausgekriegt, die wir über Kopfschmerz gemacht haben vor einigen Tagen' |EA| dass es so was geben muss wie so nen Teufelskreis von Kopfschmerz' und Kopfschmerztabletten. |EA| und dass man durch die Tabletten immer noch mehr Kopfschmerz bekommt' |EA| also dass man gar nicht davon befreit wird' |EA| sondern dass es ein richtiger –Drogen= teufelskreis werden kann. und das man erstmal davon runter muss. also egal wie die Produkte heißen.

Jürgen Fliege beschreibt den Teufelskreis von Schmerzbehandlung und Medikamentensucht – dies ist ein Diskurs der Gesundheitsinformation –, lässt aber in seiner Darstellung jeden Hinweis auf Personen oder Institutionen, die diese Mittel ja verordnen müssen, weg. In dieser unpersönlichen Form wirkt der Teufelskreis wie ein Schaden, der

quasi "natürlicherweise" passiert, für den niemand verantwortlich zu machen ist und der bei Eintritt nur behoben werden kann. So kann er Gesundheitsinformation vermitteln ohne sich kritisch mit dem Gesundheitssystem oder seinen VertreterInnen auseinandersetzen zu müssen.

In der Weiterführung der Krankheitserzählung Frau Knierims fokussiert er auch wieder auf einen dramatischen Erlebensaspekt, die Entzugserscheinungen:

083
JF: und kriegt man da so/ äh in der Tat so n, w:ie die Drogenabhängigen

084
JF: sagen, so n Turkey in der Klinik?
CK: ich hab/ ich hab richtig en Entzug hinter mir. ich hab drei Wochen

085
CK: Entzug' also nur mit Akupunktur und |EA| und eben die chinesische Medizin' diese

086
JF: hmhm^{v} hmhm^{v} hmhm^{v}
CK: Kräutertees' und was da |EA| zusammengesetzt wurde.

Die Methoden der TCM werden also eingesetzt um schulmedizinischen und pharmakologischen Behandlungsschaden wieder gut zu machen, bevor sie überhaupt eigenständig wirksam werden können. Dieses eigentlich merkwürdige Faktum wird im Sendungsverlauf aber nicht zur Disposition gestellt. So tritt das schulmedizinische System als gesellschaftliches Handlungssystem gar nicht in Erscheinung und das Nebeneinander von unterschiedlichen Medizinformen erscheint zwar interessant oder berichtenswert, jedoch nicht problematisch.

6.7.2.7. Fazit: Das zweifelhafte Produkt des dramatisierten Gesundheitsdiskurses

Der dramatisierte Diskurs der Gesundheitsinformation erweist sich als zweifelhaftes Produkt. Er ist am unmittelbaren Erleben der Betroffenen und ihrem mehr oder weniger umfangreichen Wissensbestand zu ihrer Erkrankung ausgerichtet. Inhaltlich obliegt er nur der Kontrolle des Moderators, der trotz redaktionellem und anderweitigem Vorwissen trotzdem medizinischer Laie ist. Als Quelle ernsthafter Informationsvermittlung ist dieser Diskurs deshalb nur bedingt verlässlich, als Quelle unterhaltsam aufbereiteter Information allerdings gut geeignet Er erfüllt das Kriterium der leichten und bildhaften Verständlichkeit, da er unmittelbar an Alltagserfahrungen und Alltagsvorstellungen anknüpft und umgangssprachlich realisiert wird, und er erfüllt das Kriterium der Unterhaltsamkeit durch die dramatisierten Elemente des Erlebens.

Gerade im *Bereich Alternativmedizin* kann er in der Verkürztheit und Fokussiertheit des Sendungsrahmens Vorstellungen über und Erwartungen an alternativmedizinische Heilmethoden schüren ("Wunderheilung"), die diese genau in die Nische Wundermedizin und Exotik drängen, aus der sie durch eine offene und vorurteilsfreie Darstellung eigentlich herausgeholt hätten werden sollen.

6.8. Fazit 3: Krankheitsdarstellungen und Diskursspektrum

Die Analyse der Sendungsausschnitte konnte zeigen, dass in beiden Sendungsformaten die Krankheitsdarstellungen der eingeladenen Betroffenen durch interaktive Verfahren der ModeratorInnen massiven Prozessen der interaktiven Formung unterzogen werden, so dass die Sendungsziele erfüllt und bestimmte Weisen des Sprechens über Krankheit etabliert werden. In keinem Format besteht für sie die Möglichkeit, sich der diskursiven

Kontrolle der ModeratorInnen zu entziehen bzw. diese zu umgehen und die Darstellung ihren persönlichen Relevanzen gemäß zu gestalten.

Im *Medizintalk* steht dem ärztlichen Moderator neben seinem redaktionellen Vorwissen und seinen interaktiven Ressourcen als Moderator aufgrund seiner Berufsrolle als Arzt die Möglichkeit zur Verfügung, Teile von schulmedizinischen ärztlichen Gesprächsformen zu importieren, wodurch die Betroffenen automatisch die Rolle hierarchisch abhängiger PatientInnen mit entsprechend engem interaktiven Handlungsspielraum zugewiesen bekommen. So fungiert der Moderator als disziplinierendes Element, setzt die interaktiven Rollenzuweisungen durch und hält seinen Diskurs relevant.

Er etabliert einen *schulmedizinisch ausgerichteten Diskurs der Gesundheitsinformation*, der sich dadurch auszeichnet, dass aus dem *lebensweltlichen Diskurs* der Betroffenen diejenigen Aspekte interaktiv herausarbeitet werden, die für eine verallgemeinerte und typisierte Darstellung von Krankheit nützlich sind. Dabei orientiert er sich am Diagnose- und Behandlungsschema einer Schulmedizin, die vor allem bei leichteren Beschwerden eine gewisse Offenheit für alternative Heilmethoden zeigt. Die individuellen Relevanzen des Krankheitserlebens und die psychosozialen Aspekte und kulturellen Bedeutungen, die über den lebensweltlichen Diskurs der Betroffenen mittransportiert werden, dienen im Sinne des *Infotainment-Auftrags* des Sendungsformats als Indikatoren für Authentizität, Nachvollziehbarkeit oder Zuschauerbindung. Sie werden zugelassen, aber vom Moderator üblicherweise nicht weiter vertieft. Wenn der lebensweltliche Diskurs überhand zu nehmen droht oder zu eigenständig wird und damit dem Sendungsziel nicht mehr dienlich ist, erfolgt die Disziplinierung durch Unterbrechung oder Wortentzug. Die Ausrichtung auf unterhaltsame, aber im Wesentlichen ernstzunehmende Gesundheitsinformation geht auf Kosten des unterhaltenden personalisierten Elements der Darstellung.

Das Sendungsziel von *Talkshows zu Krankheitsthemen* ist, über die Darstellung von Krankheit und Heilmethoden emotionalisierte Unterhaltung mit Gesundheitsinformation zu verbinden. Dazu realisiert der Moderator einen dramatisierten lebensweltlichen Diskurs, der die Betroffen zur Realisierung eines vergleichbaren Diskurses stimulieren oder aus den Darstellungen der Betroffenen die unterhaltsamen und emotionalisierenden Teile herausarbeiten soll. Wenn dies vom realisierten lebensweltlichen Diskurs der Betroffenen nicht unterstützt wird, steht dem Moderator aufgrund seines redaktionellen Vorwissens die Möglichkeit zur Verfügung, stellvertretend die dramatisierte Darstellung von Teilen des Krankheitserlebens zu übernehmen. Dieser vorrangige, dramatisierende Aspekt, der im Dienste des *Emotainment-Auftrags* dieses Sendungsformats steht, geht auf Kosten einer ernstzunehmenden Gesundheitsinformation, oft tritt die Darstellung der Erkrankung ganz hinter die Darstellung des Schicksals zurück.

Als medizinischer Laie bedient sich der Moderator im Gespräch mit den Betroffenen eines speziellen Verfahrens, Gesundheitsinformation zu vermitteln. Er inszeniert einen Experten-Laien-Diskurs, in dem er die Rolle des "interessierten, nachfragenden Laien" übernimmt und den Betroffenen die Rolle der "ExpertInnen aus persönlicher Erfahrung" zuweist.

So ist der in Talkshows etablierte *dramatisierte Diskurs der Gesundheitsinformation* umgangssprachlich und an Alltagserfahrungen ausgerichtet, und dient damit der leichten und bildhaften Verständlichkeit. Da er aber an spezifisch ausgewählten, dramatisierten Ereignissen im Zusammenhang mit Krankheitserleben ausgerichtet ist, ist die Qualität der vermittelten Information fragwürdig. Dies kann sich gerade für die Darstellung alternativmedizinischer Methoden negativ auswirken, denn die Präferenz für diese medizinische Thematik geht in Talkshows Hand in Hand mit der Präferenz für die Darstellung von "Erlösungserzählungen" und "Wunderheilungen", was im Sinne von wirksa-

mer Gesundheitsinformation unangemessene Erwartungen an diese Methoden fördert und sie wieder "exotisiert".

6.9. Medizintalk: Die Gespräche mit den medizinischen ExpertInnen

6.9.1. Die ExpertInnen als GarantInnen für den Diskurs der Medizin

Die medizinischen ExpertInnen haben im Medizintalk und in den Talkshows sendungsspezifisch unterschiedliche Funktionen. Die *Inszenierungsstruktur* sieht in beiden Formaten üblicherweise so aus, dass die Gespräche bzw. Gesprächsabschnitte der ModeratorInnen mit den Betroffenen von Gesprächen zwischen den ModeratorInnen und den ExpertInnen gefolgt werden. Interessanterweise gibt es in beiden Sendungsformaten keine nennenswerten Interaktionen zwischen den geladenen ExpertInnen und den Betroffenen, also keine inszenierten "ärztlichen Gespräche" – auch nicht, wenn die ExpertInnen die behandelnden ÄrztInnen der jeweiligen Betroffenen sind, wie z.B. im Medizintalk "*Spannungskopfschmerz und Migräne*" (s. unten Kap. 6.9.4) oder in der Talkshow von Jürgen Fliege "*Sanfte Medizin: Kopfschmerzen*" (s. unten Kap. 6.10.2). Selbst wenn es sich um PsychologInnen oder TherapeutInnen handelt, die das Erleben oder die Geschichte eines/r Betroffenen professionell beurteilen und analytisch deuten sollen, erfolgt dies nicht über Gespräche *mit* ihnen, sondern über die Interaktion mit den ModeratorInnen *über* sie (vgl. Kap. 4.4.5. zum Thema der Inszenierung von therapeutischem Verstehen).

So wie die Betroffenen die GarantInnen für den Diskurs der Lebenswelt sind, der für Authentizität, Emotionalisierung und Spannung sorgt, fungieren die *medizinischen ExpertInnen als GarantInnen für den Diskurs der Medizin* bzw. für der Medizinform, die sie vertreten. Wie sich schon in den Analysen der Sendungsanfänge des Medizintalks gezeigt hat, kommt damit kommt der redaktionellen Auswahl der ExpertInnen eine besondere Funktion für die Sendungsinszenierung und die Etablierung der intendierten Diskurse zu, da diese unmittelbar von der von ihnen vertretenen Medizinform abhängen. Diese klare Funktionszuweisung zeigt sich auch in den anfänglichen Rollenzuweisungen, die in direktem und unmarkiertem Kontrast zu den Betroffenen als medizinische LaiInnen hergestellt werden (s. Kap. 6.3.).

Die Funktion der ExpertInnen ist es, die individuellen Darstellungen zu verallgemeinern und um die professionellen und medizinisch-wissenschaftlichen Aspekte zu ergänzen. Dies dient auf inhaltlicher Ebene der Sachlichkeit und der fachlichen Qualität der Sendungen, auf interaktiver Ebene unterstützt dies die Etablierung des Diskurses der öffentlichen Gesundheitsinformation. der in der jeweiligen Sendung intendiert ist. So erklärt sich auch die Dispräferenz für Gespräche zwischen den ExpertInnen und den Betroffenen: im Medizintalk würden dadurch die individuellen Krankheitsdarstellungen und ihre Vertiefung stärker in den Vordergrund rücken als die verallgemeinerbare Information für die ZuschauerInnen, in der Talkshow würde der lebensweltliche Diskurs an Dramatik verlieren.

Vergleichbar wie in den Gesprächen mit den Betroffenen kommt auch hier die relevante, interaktiv strukturierende Funktion den ModeratorInnen zu, d.h. die ExpertInnen müssen sich trotz ihres beruflichen Status, der üblicherweise höher ist als der der ModeratorInnen, in den Sendungen deren Gesprächsführung und Etablierungszielen unterwerfen. Die hierarchische Position der ModeratorInnen-Rolle und die *interactional control features*, die ihnen dadurch zur Verfügung stehen, sind prioritär.

6.9.2. Das medizinische Diskursspektrum des ärztlichen Moderators

Die ärztliche Rolle von Dr. Gerhardt, dem Moderator des Medizintalks, oszilliert auf einem breitem Spektrum, das ihm im Gespräch mit den medizinischen ExpertInnen ein ebenso breites Spektrum von medizinischen Diskursen zur Verfügung stellt. Dieses Spektrum resultiert aus seiner beruflichen Vielfalt: er ist schulmedizinisch ausgebildeter Allgemeinarzt, betreibt eine Landarztpraxis, verfügt über eine berufsbegleitende psychotherapeutische Zusatzausbildung und langjährige Erfahrung als Journalist, ärztlicher Berater und Moderator von diversen Gesundheitsinformationssendungen sowie als Funktionär in Gremien des Gesundheitswesens (auf den Informationsseiten des ZDF wird auch gerne auf seine schillernde Vergangenheit als Schauspieler hingewiesen).

Auf der einen Seite repräsentiert er den Prototyp des langjährigen Hausarztes, der gerne aus seiner reichen praktischen Erfahrung berichtet; damit steht ihm der *Diskurs des medizinischen Praktikers* zur Verfügung (vgl. *voice of personal experience*, Atkinson 1995). Als moderner Allgemeinmediziner präsentiert er sich als offen für alternativmedizinische Heilverfahren. Diese Offenheit ist allerdings eine betont kritische, die ihre Grenzen bei der Behandlung schwerer Akuterkrankungen und dem Verdacht von Scharlatanerie findet und sich in seinem beliebten Ausspruch "*Wer heilt, hat Recht*" manifestiert; damit steht ihm ein *kritisch-ganzheitlicher medizinischer Diskurs* zur Verfügung. Unterstützt wird dieser Rollen- bzw. Diskursanteil durch seine psychotherapeutische Zusatzausbildung; in seiner zur Routine gewordenen Abschiedsformel *Und vor allem, bleiben Sie mir gesund*!, manifestiert er die ärztliche Haltung, die durch persönliches Interesse und Zugewandtheit motiviert ist. Auf einer entgegen gesetzten Seite repräsentiert er die Rolle des medizinischen Spezialisten, der mit den anwesenden medizinischen Kapazitäten in kollegiale, fachinterne ärztliche Gespräche eintaucht und Erfahrung und Fachwissen austauscht, womit ihm der *schulmedizinische Diskurs in seiner fachspezifisch-wissenschaftlichen Ausprägung* zur Verfügung steht.

An dieser Stelle sei erwähnt, dass die Doppelrolle Arzt und Moderator zwar der Inszenierung von Wissenschaftlichkeit und Ernsthaftigkeit dient, dass sie die medizinischen ExpertInnen aber auch zu erhöhter Fachlichkeit motiviert, was der Vermittlung von verständlicher Gesundheitsinformation wiederum weniger dienlich ist.

6.9.3. Die Funktion der medizinischen ExpertInnen im Medizintalk

Da der Moderator im Medizintalk selbst Allgemeinarzt ist und damit für die allgemeine und verständliche, dennoch medizinisch korrekte Darstellung der Krankheitsbilder sorgen kann, handelt es sich bei den medizinischen ExpertInnen immer um *SpezialistInnen* und FachärztInnen für die jeweiligen Krankheitsbilder, die über spezifische, quasi *state-of-the-art*-Informationen verfügen, was Diagnostik, Behandlungsmethodik und neueste Forschungsergebnisse betrifft. Dies dient der Inszenierung von Aktualität und der unterhaltenden Information durch medizinische Neuigkeiten und Spezialinformationen. Die Aufgabe der ExpertInnen ist im Medizintalk ist es daher, die allgemeinen Beiträge des ärztlichen Moderators um fachspezifische oder aktuelle zu *ergänzen*, nicht völlig eigenständig zu berichten.

Da der ärztliche Moderator eben auch über das jeweilige, zumindest allgemeine medizinische Wissen verfügt, kann er – im Gegensatz zu den Talkshow-ModeratorInnen – dieses gemeinsam mit den interaktiven Kontrollmechanismen, die ihm qua Moderatorenrolle zur Verfügung stehen, zur effektiven inhaltlichen wie gesprächsorganisatorischen Steuerung der ExpertInnen einsetzen.

Soweit es nicht um Sendungen geht, die speziell einer alternativmedizinischen Behandlungspraxis gewidmet sind, stammen die ExpertInnen aus dem schulmedizinischen

Bereich, natürlich mit unterschiedlichen Zusatzausbildungen und Spezifikationen. Das bedeutet, das die prinzipiell schulmedizinische Ausrichtung der Sendung und damit die Etablierung eines prinzipiell *schulmedizinischen Diskurses* gewährleistet bleibt.

6.9.4. Der Import des kollegialen Fachgesprächs

In den folgenden Ausschnitten aus der Sendung "*Spannungskopfschmerz und Migräne*" möchte ich die Realisierungsformen des Diskursspektrums des ärztlichen Moderators in ihrer jeweils unterschiedlichen Funktionalität im Gespräch mit dem medizinischen Experten untersuchen.

6.9.4.1. Die initiale Rollenzuweisung

In der Vorstellungsrunde wurde der medizinische Experte über die Kategorisierung als *Leiter einer Migräneklinik* in seiner schulmedizinischen Spezialisierung eingeführt (vgl. Kap. 6.2.1.4.):

013
MO: |EA| u:nd Herr Doktor Jan Brand:' |EA| er leitet eine - Migräneklinik in – Königstein'

014
MO: herzlich willkommen.

Damit ist dem Thema "Kopfschmerz" medizinische Relevanz verliehen und die Bandbreite der möglichen medizinischen Diskurse im Wesentlichen auf schulmedizinisch orientierte Realisierungen festgelegt.

6.9.4.2. Die Inszenierung eines ärztlichen Fachgesprächs

Nach den ersten Darstellungen der beiden Betroffenen zu ihren Kopfschmerzausprägungen – Spannungskopfschmerz bei Herrn Denker (Kap. 6.6.3.) und Migräne bei Frau Hermann – initiiert der Moderator das Gespräch mit dem Experten:

100
MO: ja, Herr Brand‘ wir ham s schon gehört an unsern zwei Gästen‘ einmal hier der Spannungskopf=

101
MO: schmerz, und einmal hier die Migräne‘ (...)

Auffällig an dieser Initiierung ist die an den Experten gerichtete Formulierung *an unsern zwei Gästen (100)*: In der Vorstellungsrunde hatte der Moderator die Betroffenen mit dem Experten in die Gruppe der Gäste eingeordnet (*ich habe Gäste mir eingeladen*", Kap. 6.2.1.4.), nun verändert er diese Zuordnung und etabliert eine *Experten-Gruppe* (*wir, unsern*), die der Gruppe Gäste/Betroffene/LaiInnen gegenübersteht. Die Spezifizierung als medizinische Experten geschieht, indem er die beiden Betroffenen lediglich über ihre Symptomausprägungen charakterisiert: *hier der Spannungskopfschmerz, und einmal hier die Migräne (100f)*, die den Ausgangspunkt für das folgende Gespräch bilden. Damit wechselt der Moderator auch innerhalb seines medizinischen Rollenspektrums von der Rolle des "Hausarztes", in der er das ärztliche Gespräch mit dem Betroffenen inszeniert hatte (Kap. 6.6.3.), zur Rolle des medizinischen Experten. Das ist die interaktionelle Basis für die Etablierung eines kollegialen Fachgesprächs:

101
MO: und einmal hier die Migräne‘ – die Migräne vor allen Dingen auch mit der so genannten

102
MO: Aura‘ |EA| also dass man eben etwas vorher schon spürt‘ oder auch etwas zum Teil sieht‘ |EA|

103
MO: ahm Sie als: Spezialist‘ ich mein Sie beschäftigen sich in Ihrer – äh Klinik fast ausschließlich

104
MO: mit Kopfschmerzen‘ |EA| können Sie da: zu der M:igräne‘/ Unterschied Migräne und Spannungs=

105
MO: kopfschmerz noch etwas ahm: stärker differenzieren?

Dr. Gerhardt fügt eine allgemeine, differenzierende Symptomatik zur Migräne ein, mit der er seinen Wechsel im Rollenspektrum verdeutlicht, und ersucht den Experten, noch weitere differenzialdiagnostische Informationen zu vermitteln. Mit der expliziten Adressierung als *Spezialist (103)* weist er ihm, in Relation zu sich als Allgemeinmediziner, die Rolle des höherrangigen Experten zu. Damit legt er aber auch schon die Thematiken fest, zu denen der Experte sich äußern soll, nämlich nicht zu allgemein bekannten, sondern zu speziellen Fragen. So etabliert der Moderator den Gesprächstyp "*kollegiales ärztliches Fachgespräch*", in dem er sowohl seine Rolle als Moderator wie als Arzt beibehalten und beide je nach lokalen Erfordernissen zur thematischen Steuerung einsetzen kann.

Ein derartiges fachinternes Gespräch hat üblicherweise die Funktion, sich über aktuelle PatientInnen und deren Behandlung oder allgemein über medizinisches Wissen auszutauschen und vor allem das eigene Fachwissen über das Gespräch mit erfahreneren oder spezialisierteren KollegInnen zu erweitern. In der medialen Inszenierung ist diese eigentliche pragmatische Funktion, ähnlich wie beim inszenierten ärztlichen Gespräch (s. Kap. 6.6.2), verschoben bis aufgehoben. Die *pragmatische Funktion im Sendungskontext* ist es, über das Fachgespräch wissenschaftlich abgedeckte Informationen an die ZuschauerInnen zu vermitteln – als Ergänzung zu den individuellen, lebensweltlich gefärbten Darstellungen der Betroffenen. Es ist anzunehmen, dass der ärztliche Moderator oftmals besser vorinformiert ist, als es aufgrund seiner Fragen erscheint, und wenn Informationen auch für ihn tatsächlich neu sind, wird das kaum je transparent.

Die alleinige Bezugnahme auf die anwesenden Betroffenen über ihre Symptomausprägungen führt allerdings dazu, dass mit dem kollegialen medizinischen Fachgespräch ein Aspekt des *traditionellen Visitengesprächs mitimportiert* wird, der als heikel und bedenklich gilt: Dass ÄrztInnen sich in Anwesenheit der PatientInnen über sie unterhalten und nicht mit ihnen, und dass sie ohne weitere Orientierungen in ein ärztliches Fachgespräch übergehen, wenn sich die Inhalte vom Einzelfall zu allgemeinen Fragen der Differenzialdiagnose und Behandlungstechnik verlagern. Die einleitende Formulierung des Moderators reinszeniert den soziokulturell bekannten, nachlässigen Umgang schulmedizinischer ÄrztInnen mit PatientInnen und manifestiert damit einen Aspekt des schulmedizinischen Diskurses, der sich eher als soziale denn als sprachliche Praxis zeigt. Dieser Mitimport ist sicherlich nicht intendiert.

6.9.4.3. Die Trennung von Biomedizin und Lebenswelt

Der Experte kommt der Aufforderung des Moderators mit einer fachlichen Ausführung unmittelbar nach:

105
JB : ja, ganz wichtig ist dass der – Migränepatient

106
MO: hm^{v}
JB : immer ein Halbseitenkopfschmerz hat‘ - eine Übelkeit oder Erbrechen‘ - und durch körperliche

107
MO: hmhm^{v}
JB : Anstrengung eine Verschlimmerung der Kopfschmerzsituation erfährt. |EA| während der

108
JB : Spannungskopfschmerzpatient meist einen ganzseitigen Kopfschmerz hat‘ |EA| wie ein Ring

109
MO: ja, die Patienten sagen auch oft
JB : der sich um den Kopf schließt‘ oder ein zu enges Hutband.

110
MO: Schraubstock! ja Herr Doktor‘ mein Kopf is wie im Schraubstock eingespannt!
JB : ja: Schraubstock ja‘ ja‘ ja‘

Diese Darstellung des Experten bezieht sich auf die allgemeinen diagnostischen Unterscheidungsmerkmale von Spannungskopfschmerz und Migräne, sie ist komplex und vergleichsweise abstrakt in der Formulierung (*der Migränepatient (105), die Kopfschmerzsituation (107), der Spannungskopfschmerzpatient (108)*) und ist ausschließlich an körperlichen Symptomen orientiert. Durch diese sprachliche Realisierung eines biomedizinisch orientierten Diskurses erfüllt der Experte die ihm zugewiesene Rolle. Seine Ausführung ist in keiner Weise an die vorangegangenen Darstellungen der Betroffenen angebunden. Besonders deutlich wird dies bei den bildhaften Vergleichen: Sowohl der Experte wie der Moderator zitieren übliche Vergleiche wie enges Hutband oder Schraubstock, [69] keiner referiert auf das Bild Herrn Denkers, das dieser zu Beginn seiner Krankheitsdarstellung eingeführt hatte (Kap. 6.6.3.5.):

028
RD: und dann hab ich immer' |EA| gesagt' wie ein Stromkabel das äh an

029
RD: der Seite des Kopfes lief, und dann bis in die Stirn zog,

Es zeigt sich hier nochmals, dass nicht die Erzählungen und das Krankheitserleben der Betroffenen die Darstellung der Krankheitsbilder im Medizintalk bestimmen, sondern die abstrahierten, lehrbuchmäßigen Beschreibungen und die professionellen schulmedizinischen Wissensbestände. Diese Unterbindung von Bezugnahmen zu den Darstellungen der Betroffenen ist übrigens umso erstaunlicher, als Herr Denker sich gegen Ende der Sendung als Patient der Migräneklinik, also als "sein" Patient herausstellt.

Der relevante *Expertendiskurs ist ein schulmedizinischer Diskurs* im besten Sinne: Er ist nicht nur biomedizinisch orientiert, sondern auch patientenfern und mit dem lebensweltlichen Diskurs der Betroffenen nicht verbunden. Das Sendungskonzept, die Ausführungen der ExpertInnen von den Darstellungen der Betroffenen getrennt zu halten, dient an diesem Punkt der Herstellung und Vermittlung verallgemeinerbarer, ernstzunehmender und wissenschaftlich abgesicherter Information. Diese Trennung führt auf der Interaktionsebene allerdings zu einer deutlichen Trennung zwischen dem Diskurs der Lebenswelt der Betroffenen und dem biomedizinischen Diskurs des Experten, wodurch in fast unmittelbarer Weise die schulmedizinische Praxis reinszeniert wird, den lebensweltlichen Diskurs aus dem professionellen medizinischen auszuschließen. Es ist zu vermuten, dass durch diese konzeptuellen medialen Bedingungen der Diskurs des medizinischen Experten "schulmedizinischer" und patientenferner wird, als es vielleicht von ihm intendiert wäre.

[69] Diese Phase des fast gemeinsam Sprechens ist übrigens ein Beispiel für eine sehr gelungene Inszenierung des "kollegialen Erfahrungsaustausches".

6.9.4.4. Die Instrumentalisierung des Experten

In der Weiterführung des "kollegialen Gesprächs" stellt der Moderator dem Experten eine Frage zu den von ihm durchgeführten Behandlungsmöglichkeiten, die in eine komplexe Gesprächs- und Handlungssteuerungsaktivität ausartet:

111
MO: ja. und äh ja: Sie haben ahm auch Behandlungsmöglichkeiten‘ zum Beispiel die Neuraltherapie‘

112
MO: |EA| sag mer jetz mal, Spannungskopfschmerz‘ kommt jemand ZU Ihnen‘ |EA| wir ham
JB : richtig‘ ja‘ ja‘

113
MO: da ein Modell‘ da kömma mal/ kömma mal hingehen‘

Der Moderator gibt zuerst das Thema vor (*zum Beispiel die Neuraltherapie (111)*), nach der Bestätigung durch den Experten auch die Symptomatik (*sag mer jetz mal, Spannungskopfschmerz (112)*) und schließlich das Szenario einer realen Behandlungssituation (*kommt jemand zu Ihnen (112)*). Dieses Szenario soll vermutlich die Anschlussfähigkeit der Erklärung an die Alltagserfahrung der ZuschauerInnen gewährleisten und dient der medialen Aufbereitung der Information. Anschließend leitet er den Experten weg vom Podium zu einem medizinischen Modell, einem Rumpf aus Muskelfasern, an dem dieser die Behandlung demonstrieren soll. Der Experte geht mit dieser engen Gesprächssteuerung interaktiv mit, verbleibt aber bei seinen Ausführungen bei einer verallgemeinerten Darstellung, die nicht in ein reales Szenario eingebunden ist:

112
MO: da ein Modell‘ da kömma mal/ kömma mal hingehen‘ - - und: -
JB : ja‘ |EA| bewährt hat sich bei: -
<“Vortragsmodus“ bis 118>

113
JB : Spannungskopfschmerzen die vom Nacken hochziehen, vielleicht auch noch von der Schulter‘

114
JB : |EA| dass man den Schmerz an den Nervenaustrittspunkten am Ende des Schädeldaches

115
JB : mit einer kleinen Quaddel' – sagt man im Volksmund' hier an diesem Punkt vom Hausarzt

116
JB : spritzen lässt, |EA| damit kann man Schmerzmittel einsparen‘: |EA| o:der auf der anderen Seite,

117
JB wenn es ein beidseitiger Schmerz ist der‘ – an dem Nacken hochzieht, |EA| sehr effektiv um das

118
JB Schmerzgeschehen zu unterbrechen und damit die Verspannung zu lösen.

Die Vorbereitetheit der Darstellung erschließt sich vor allem über das intonatorische Moment: Mit Beginn seiner Ausführungen fällt der Experte in einen "Vortragsmodus", der vor allem an die ZuschauerInnen gerichtet ist. Dies verdeutlicht er durch Formulierungen und Hinweise wie *sagt man im Volksmund (115)* oder *vom Hausarzt (115)*. Auch bei dieser ersten Beschreibung einer Behandlungsmöglichkeit verbleibt er im rein somatischen Bereich und bei einem linearen Lösungsansatz: körperliches Schmerzgeschehen wird an Nervenaustrittspunkten lokal unterbrochen (s.u.).

Die gesamte Anfangsphase des Gesprächs mit dem Experten zeichnet sich also durch massive unterschiedliche Steuerungsaktivitäten durch den ärztlichen Moderator aus, die dem Experten zwar eine hervorgehobene Position des Spezialisten zuweisen, ihn in seinem interaktiven Handlungsspielraum aber auf eine rein reaktive, thematisch enge Position begrenzen, die diesem zugewiesenen Status nicht angemessen ist. Ein solcher Widerspruch zwischen Status und interaktivem Spielraum ist ein möglicher Indikator für

verdeckte Prozesse und Instrumentalisierungen, wie schon bei der Analyse der Gespräche mit den Betroffenen gezeigt.

Die massiven Steuerungsaktivitäten des Moderators erwachsen aus dem steten Wechsel zwischen seinen Rollen als Moderator und als Arzt und den damit verbundenen mächtigen interaktiven Ressourcen, sowie aus seinem Expertenwissen und seinem zusätzlichen Vorwissen aus den redaktionellen Recherchen und den Vorgesprächen mit dem Experten. Sie dienen ihm dazu, die Redebeiträge des Experten zu kanalisieren, nicht zur Etablierung eines mehr oder weniger gleichberechtigten fachlichen Austausches. Auf der anderen Seite wirken die Beiträge des medizinischen Experten nicht spontan sondern vorbereitet und z.T. direkt an die ZuschauerInnen gerichtet. Damit erweist sich der Import des Gesprächstyps "kollegiales ärztliches Fachgespräch" als eine *rein funktionale Inszenierung*, die interaktiv zwar vorbereitet und eingeleitet, aber nicht weitergeführt oder durchgehend aufrechterhalten wird.

6.9.4.5. Fazit: Die Re-Inszenierung schulmedizinischer Diskurspraxis

Der *Import des Gesprächstyps "kollegiales ärztliches Fachgespräch"* dient im Sendungskonzept der Herstellung und Vermittlung verallgemeinerbarer, ernstzunehmender und wissenschaftlich abgesicherter Information, in Ergänzung zu den persönlichen Krankheitsdarstellungen der Betroffenen.

So wie der Import des ärztlichen Patienten-Gespräches dient auch dieser Import eines ärztlichen Gesprächstyps dem ärztlichen Moderator dazu, die Gesprächsbeiträge des Experten minutiös zu steuern. Indem er von der Rolle des Hausarztes in die Rolle des medizinischen Experten wechselt, kann er im Gespräch mit dem Experten, auch wenn dieser hierarchisch übergeordnet ist, seine eigenen Wissensbestände und die für ihn relevanten Themen einbringen, fehlende Informationen einfordern und zu abstrakte Darstellungen für die ZuschauerInnen reformulieren und so das Sendungsziel und Sendungskonzept umsetzen. Diese Inszenierung erfolgt aber nur oberflächlich.

Der vom ärztlichen Moderator etablierte schulmedizinische Diskurs, seine enge Gesprächsführung und der Fokus auf wissenschaftlich abgesicherter Information engt den interaktiven Handlungsspielraum des Experten auf die Realisierung eines im Wesentlichen biomedizinischen Diskurses ein. Die sendungskonzeptuell bedingte Trennung der Diskurse der Betroffenen von dem des Experten reinszeniert die *Trennung zwischen lebensweltlichem und medizinischem Diskurs*, wie er für die schulmedizinische Praxis üblich ist. Gerade an den interaktiven Übergangspunkten, an denen es zur Abtrennung von den Darstellungen der Betroffenen kommt, passiert auch der Import von heiklen Aspekten schulmedizinischer sozialer Praxis, nämlich das Sprechen über PatientInnen in deren Anwesenheit und ihre Bezeichnung als Symptomausprägungen.
Aufgrund dieser Bedingungen der Inszenierung gerät der mediale Diskurs der unterhaltsamen Information im Medizintalk beim Expertengespräch ziemlich in den Hintergrund.

Ich möchte an diese Stelle die Analyse des Expertengesprächs dieser Sendung unterbrechen und kontrastierend auf die Inszenierung der Expertengespräche der Sendung zum Thema "Prostatakrebs", einer bedrohlichen Erkrankung, eingehen. Das Expertengespräch der Sendung "Spannungskopfschmerz und Migräne" werde ich anschließend unter dem Aspekt des Aufeinandertreffens von schulmedizinischen und alternativmedizinischen Diskursen wiederaufnehmen.

6.9.5. Die Inszenierung von Ernst und diagnostischer Sicherheit

Wie schon die Analyse der Eingangssequenz dieser Sendung deutlich gemacht hat, werden ernste Krankheitsthemen wie Krebserkrankungen, Herzinfarkt, Schlaganfall und Krankheiten mit möglicher Todesfolge auch als entsprechend "ernst" inszeniert, unter Vermeidung von unterhaltsamen Illustrationen, Einsatz von faktischen Krankheitsinformationen und v.a. der Betonung der erfolgreichen Behandlungsaspekte. Hierbei werden explizit die schulmedizinischen Diagnose- und Behandlungstechniken favorisiert (Kap. 6.2.2.1.).

Dieses Prinzip der Inszenierung von Ernsthaftigkeit und seine Funktionalität möchte ich am Gespräch mit dem Experten an einer kurzen Gesprächssequenz überprüfen (weitere entsprechende Analysen von Experten-Gesprächen finden sich zum Medizintalk mit dem Thema "Brustkrebs" in Kap. 7.1.4.).

6.9.5.1. Die Etablierung des wissenschaftlich-technischen Diskurses

Der medizinische Experte (PF) ist als Urologe und Klinikleiter fachlicher Spezialist in hierarchisch hoch stehender Position und wird auch als solcher eingeführt (Kap. 6.2.2.2.). Analog zur Sendungskonzeption "Spannungskopfschmerz und Migräne" erfolgen zuerst die Krankheitsdarstellungen der beiden Betroffenen, dann die Aufforderung an den Experten, gemäß den aufklärenden Zielsetzungen der Sendung, die Möglichkeiten der Früherkennung zu schildern.

108 MO: ja. äh Herr Kollege Faul. welche Untersuchungen oder welche Möglichkeiten haben wir denn -

109 MO: und hier is es jetzt ja sehr gut gelaufen - so einen - Krebs wirklich frühzeitig zu erkennen?

Sofort zeigt sich ein analoges interaktives Vorgehen: Der ärztliche Moderator initiiert ein kollegiales ärztliches Fachgespräch, er wechselt also wie gewohnt in die Rolle des medizinischen Experten (*Herr Kollege*), stellt eine Expertengruppe her (*wir*), spricht über einen der anwesenden Betroffenen abstrahierend als *hier is es jetzt ja sehr gut gelaufen* und gibt eine thematisch enge Frage zur professionellen Beantwortung vor. Dabei verzichtet er aber z.B. auf die Vorgabe eines Szenarios, das den Alltagsvorstellungen der ZuschauerInnen entgegenkommen könnte. Die Antwort des Experten erfolgt entsprechend wissenschaftlich:

110 PF: ja gut, die wichtigste Untersuchung zur Krebsfrüherkennung - beziehungsweise zur Früh=

111 PF: erkennung des Prostatakarzinoms besteht eigentlich in zwei Untersuchungen - erstens in der

112 PF: rektalen Austastung - äh in der Palpation der Prostata und zweitens in der Bestimmung eines -

113 PF: spezifischen Markers, dem prostataspezifischen Antigen. dabei handelt es sich um keinen

114 PF: spezifischen Krebsmarker, aber um einen Prostatamarker. Aber dieser Marker ist beim Vorliegen

115 PF: eines Prostatakarzinoms auch im Frühstadium sehr häufig erhöht.

Die Darstellung des medizinischen Experten ist syntaktisch komplex, zunehmend vom Einsatz von Fachausdrücken geprägt und von hoher fachlicher Differenziertheit (*dabei handelt es sich um keinen spezifischen Krebsmarker, aber um einen Prostatamarker*

(114f)). Die Inhalte werden vom ärztlichen Moderator nicht auf Verständlichkeit hin reformuliert, sondern weiter differenziert:

115
MO: aber diesen Marker bestimmt

116
MO: man nur - wenn man einen Verdacht hat. das is noch keine Routineuntersuchung?
PF: das is die

117
PF: Frage. ma kann durchaus/ - des wird auch heut weltweit diskutiert/ diesen Marker in Zusammen=

118
PF: hang mit einem so genannten Sreening einer Gesundenuntersuchung einzusetzen um damit

118
PF: mehr Prostatakrebse zu diagnostizieren.

Diese Darstellungsweise ist im schnellen Verlauf der Mündlichkeit für die ZuschauerInnen sicherlich nicht nachvollziehbar, der *technisch-wissenschaftliche medizinische Diskurs*, der hier etabliert wird, ist als Mittel der verständlichen Gesundheitsinformation nicht tauglich.

Es zeigt sich, dass das Gespräch mit dem medizinischen Experten bei der Bearbeitung von ernsthaften Krankheitsthemen in ein wissenschaftliches Fachgespräch aus artet. Dazu trägt erstens die ärztliche Ausbildung des Moderators bei, die die ExpertInnen zu höherer Fachlichkeit ihrer Darstellungsweise motiviert. Zweitens wird dies durch das Prinzip der Inszenierung von ernsthafter Gesundheitsinformation unterstützt, die auf unterhaltsame und bildhafte Aspekte der Informationsaufbereitung verzichtet, um die hohe Relevanz der Krankheitsinformationen zu indizieren. Die Inszenierung dieser betonten Wissenschaftlichkeit erfüllt aber noch eine ganz andere Funktion, nämlich die der Herstellung von Sicherheit durch Früherkennung.

6.9.5.2. Fazit: Krebsfrüherkennung und das Dilemma der Schulmedizin

Eine der Zielsetzungen der Sendung ist, zur Krebsfrüherkennung zu motivieren und entsprechende Ängste zu nehmen. Die prinzipielle Idee dabei ist, durch regelmäßige Vorsorgeuntersuchungen können pathogene Veränderungen so früh und rasch wie möglich erkannt und effizient behandelt werden: *welche Möglichkeiten haben wir denn - und hier is es jetzt ja sehr gut gelaufen, so einen - Krebs wirklich frühzeitig zu erkennen? (108f)*. Das bekannte Problem dabei ist, dass trotz regelmäßiger Vorsorge und gesundheitsförderlicher und risikobewusster Lebensweise sich die Entstehung von Krebserkrankungen nur bedingt kontrollieren lässt und die medizinische Diagnostik trotz verbesserter technischer Möglichkeiten und Screening-Programmen (*des wird auch heut weltweit diskutiert (117f)*) im Einzelfall immer wieder versagt.

Dies läuft dem Anspruch der Biomedizin zuwider, Krankheiten müssten prinzipiell heilbar, aber ebenso verhinderbar sein, da es ihre Glaubwürdigkeit und ihren Machbarkeitsanspruch untergräbt. Dieser diagnostisch-therapeutische Unsicherheitsbereich wird von der Schulmedizin aufgrund ihres Selbstverständnisses deshalb generell kaum deutlich gemacht (Atkinson 1995). Dieses Glaubwürdigkeitsproblem ist auch ein Problem von öffentlicher Gesundheitserziehung, da trotz aller naturwissenschaftlicher Messmethoden nicht garantiert werden kann, dass die vorgeschlagenen Verhaltensmaßnahmen in jedem Falle und immer wirksam sind und Krankheit verhindern können und es nicht erforderlich sei, Angst zu haben, so lange man sich den regelmäßigen Vorsorgeuntersuchungen unterwirft.

Davon ist auch dieses schulmedizinisch orientierte Sendungsformat betroffen (s. auch den Medizintalk zum Thema "Brustkrebs" in Kap. 7.1.3.). Der Fokus der medial

vermittelten Gesundheitsinformation liegt deshalb auf der ausführlichen Darstellung der Möglichkeiten der aktuellen medizinischen Diagnostik und ihrer Behandlungstechniken – neben der Auswahl eines Betroffenen, der als schulmedizinisch geheilt gilt (s. Kap. 6.2.2.2.). Die unrelativierte Darstellung und die hohe Fachlichkeit der beiden medizinischen Experten dienen dabei der *Inszenierung einer medizinisch-diagnostischen Sicherheit*, um die Motivation zur Krebsvorsorge – also den Diskurs der öffentlichen Gesundheitsinformation – nicht zu unterminieren.

6.9.6. Die Inszenierung schulmedizinischer Offenheit für alternative Methoden

6.9.6.1. Krankheitstyp und moderner Medizindiskurs

Das Krankheitsbild "chronischer Kopfschmerz" hat so wie chronische Schmerzzustände allgemein durch die starke Zunahme an betroffenen Personen erst in den letzten Jahren an medizinischer und gesellschaftlicher Relevanz gewonnen, es gehört aber nicht zu den als akut oder bedrohlich eingestuften Krankheitsbildern wie Herzinfarkt oder Krebs. Die Einladung eines hochrangigen Experten dient dem Sendungsziel, diesem Thema gegenüber den ZuschauerInnen als relevantes Thema zu etablieren und eventuell vorhandenen Vorurteilen entgegenzuwirken, Kopfschmerzen und Migräne wären Frauensache oder Hypochondrie, ist also auch ein Element des Diskurses der modernen, aufgeklärten öffentlichen Gesundheitsförderung (vgl. Kap. 6.2.1.).

Zugleich lässt sich in den letzten Jahren in der Schulmedizin bei chronischen Erkrankungen und allgemeine Befindensstörungen ebenfalls *eine Öffnung gegenüber ganzheitlichen und alternativmedizinischen Behandlungspraktiken* nachweisen. Diese Öffnung ist eine Reaktion darauf, dass die Schulmedizin gerade bei diesen Krankheitsbildern und Befindlichkeitsstörungen oft nur geringe Heilerfolge aufweisen kann, ganz im Gegensatz zu alternativmedizinischen Praktiken. Sie ist aber auch eine Reaktion darauf, dass diese Praktiken bzw. eine gewisse Offenheit ihnen gegenüber von Betroffenen zunehmend eingefordert wird und zum Teil auch von den Krankenkassen finanziell unterstützt (s. ausführlich Kap. 1.4.3.). Die Manifestation dieser Offenheit ist also ein Element eines modernen, aufgeklärten schulmedizinischen Diskurses.

Wie erfolgt nun die sprachliche Realisierung dieser Offenheit gegenüber anderen als schulmedizinischen Behandlungsmethoden im Medizintalk zu chronischen Leiden wie Spannungskopfschmerz oder Migräne im Gespräch mit dem Experten (vgl. auch die Einleitung der Sendung zum Prämenstruellen Syndrom in Kap. 6.2.3., und die Inszenierung von Ernsthaftigkeit beim Chronischen Erschöpfungssyndrom in Kap. 7.3.6.).

6.9.6.2. Inkorporation und hybrider Medizindiskurs

Wie in Kap. 6.9.4. ausgeführt, wird der medizinische Experte vom Moderator aufgefordert, sich zu den gängigen Behandlungsmethoden an seiner Klinik, also z.B. zur Neuraltherapie zu äußern.

Die *Neuraltherapie* versteht sich als Bindeglied zwischen Naturheilkunde und der Schulmedizin (vgl. z.B. Fischer 2001): Es handelt sich dabei um eine therapeutische Lokalanästhesie mit dem chemischen Schmerzmittel Procain, also eine prinzipiell schulmedizinische Medikation, durch die so genannte körperliche Störfelder ausgeschaltet werden und die Nervenreizleitung zu anderen Körperregionen, in denen dann Krankheiten und Schmerzen auftreten, unterbunden und damit oftmals geheilt werden können. Das Prinzip der körperlichen Störfelder und der lokalen und zeitlichen Entferntheit von Erkrankung und Schmerzpunkten entstammt dabei einem ganzheitlich-

systemischen Konzept der Krankheits- und Schmerzentstehung. Wie oben schon ausgeführt, erfolgt die Darstellung des Experten rein funktional:

112
MO: da ein Modell‘ da kömma mal/ kömma mal hingehen‘ - - und: -
JB : ja‘ |EA| bewährt hat sich bei: -
<“Vortragsmodus“ bis 118>

113
JB : Spannungskopfschmerzen die vom Nacken hochziehen, vielleicht auch noch von der Schulter‘

114
JB : |EA| dass man den Schmerz an den Nervenaustrittspunkten am Ende des Schädeldaches

115
JB : mit einer kleinen Quaddel' – sagt man im Volksmund' hier an diesem Punkt vom Hausarzt

116
JB : spritzen lässt, |EA| damit kann man Schmerzmittel einsparen‘: |EA| o:der auf der anderen Seite,

117
JB wenn es ein beidseitiger Schmerz ist der‘ – an dem Nacken hochzieht, |EA| sehr effektiv um das

118
JB Schmerzgeschehen zu unterbrechen und damit die Verspannung zu lösen.

Die *Neuraltherapie* wird als eine Technik dargestellt, die *sehr effektiv <ist> um das Schmerzgeschehen zu unterbrechen und damit die Verspannung zu lösen (118)*. Damit wird suggeriert, dass es sich in erster Linie um eine bestimmte medizinische Behandlungstechnik handelt, und zwar im besonderen um das schulmedizinisch bekannte Spritzen-Setzen, nicht auch um einen vom biomedizinischen Konzept unterschiedenen Denkansatz. Die Darstellung erfolgt ohne expliziten Hinweis auf das dahinter liegende Konzept körperlich-systemischer und disloziierter Zusammenhänge der Schmerzentstehung. Der Hinweis, dass sie vom Hausarzt durchgeführt wird, verwischt diese Unterschied zusätzlich: Neuraltherapie steht dem Hausarzt als therapeutische Methode ebenso zur Verfügung wie z.B. das Verschreiben von Schmerzmitteln.

Der ärztliche Moderator führt diese Darstellung des Experten mit einem Hinweis auf die Technik der Akupunktur fort. Die *Akupunktur* ist eine Behandlungstechnik der Traditionellen Chinesischen Medizin. Mit Hilfe der "Nadelung" von Akupunkturpunkten, die jeweils eng entlang der über die Körperoberfläche verlaufenden zwölf Meridianen verteilt sind, können krankmachenden und schmerzenden Blockaden des Energieflusses beseitigt werden. In der Behandlung geht es darum, die energetische Entgleisung, die zur Erkrankung geführt hat, zu verstehen und nicht nur das Symptom zu behandeln, sondern vor allem die Ursachen zu lokalisieren und auszuschließen. Dabei ist die Akupunktur nur als eine Methode aus einer Bandbreite von Heilverfahren zu verstehen, die Bewegung, Ernährung und aktive Veränderung von störenden Lebens- und Umwelteinflüssen mit einschließt (vgl. Kap. 1.2.4.).

118
JB Schmerzgeschehen zu unterbrechen und damit die Verspannung zu lösen. ein We/ ein Weg‘

119
MO: ja das sind ja oft auch Akupunkturpunkte die Sie da anspritzen |EA| und: äh was auch ein ganz
JB : richtig. richtig.

120
MO: gutes Mittel ist' sind solche so genannte Schmerzroller‘ Dermapunktur nennt man das auch,

121
MO: also dass man eben die Haupt – ah akupunkturpunkte auf einmal erwischt‘ wo sich dann die

122
MO: Patienten auch - selbst mit behandeln können‘
JB : ja‘

In seiner Weiterführung setzt der Moderator die Nervenaustrittspunkte mit Akupunkturpunkten gleich, auch wenn sie nicht wirklich identisch sind (*oft auch Akupunkturpunkte (119)*), und setzt auch die Technik der Akupunktur und die Technik der Neuraltherapie gleich (*die Sie da anspritzen (119)*). Damit impliziert er eine gewisse *Beliebigkeit der Mittel im medizinischen Pluralismus* (*anything goes*, vgl. die Diskussion dazu in Kap. 2.3.1). Er geht dabei nicht auf die unterschiedlichen zugrunde liegenden Konzeptualisierungen ein, geschweige denn auf die Problematik, dass Akupunktur alleine chronische Beschwerden ohne umfassendere, aktive Veränderungen der Lebensgewohnheiten nicht heilen kann. Akupunktur ist eben kein "Medikament" im schulmedizinischen Sinne, wie etwa ein Schmerzmittel, dass individuums- und kontextunabhängig die Befreiung von den Schmerzen übernimmt, wird aber über diese Darstellung als ein solches nahe gelegt.

Bei dieser Art der Darstellung handelt es sich also um eine *Form der Inkorporation* (s. ausführlich Kap. 3.1.2.), indem einzelne Elemente einer oder mehrerer Medizinformen isoliert als Behandlungstechniken in das bestehende schulmedizinische System übernommen werden, nicht aber die Leitkonzepte der Medizinformen als System verändernde Elemente integriert werden. Diese Inkorporation führt zur Realisierung eines so genannten hybriden Diskurses bzw. genauer eines *hybriden medizinischen Diskurses* (vgl. ausführlich Kap. 2.4.4. und Kap. 3.1.2.).

Hybridität bedeutet, dass ein System aus unterschiedlichen Elementen oder Prozessen zusammengesetzt ist, die für sich einzeln schon Lösungen darstellen, so dass das System dann über Doppel- oder Mehrfachlösungen für die gleiche Funktion verfügt, dass durch das Zusammenbringen aber auch neue Eigenschaften entstehen können. Hybridität ist deshalb nicht mit Integration gleichzusetzen, sondern eher mit einem *Potenzial*, in diesem Fall des schulmedizinischen Diskurses, in spezifischen Umständen je spezifische Formen annehmen zu können und widersprüchliche und inkonsistente Elemente nebeneinander zu vereinen. Damit ist allerdings noch nichts über die Art des Prozesses gesagt, mit dem dies verläuft, also Fragmentierung, Inkorporation, Überlagerung, Verkettung etc. Deutlich ist allerdings, dass die Komplexität und Widersprüchlichkeit des schulmedizinischen Diskurses an diesen Stellen deutlich zunimmt – wie es für moderne Diskurse als prinzipiell hybride Diskurse typisch ist (Chouliaraki & Fairclough 1999, 48). Aufgrund der großen Unschärfe des Begriffs "hybrid" werde ich diesen im Folgenden als analytische Kategorie allerdings nicht weiterführen.

6.9.6.3. Selbstbehandlung und die subtile Hierarchisierung der Methoden

Das Gespräch mit dem Experten bewegt sich zum Thema Selbstbehandlung, das gerade bei chronischen Schmerzerkrankungen ein relevantes und zugleich heikles Thema ist. Chronische SchmerzpatientInnen müssen ein Instrumentarium an Behandlungstechniken erwerben, um ihre langjährig bestehenden Schmerzzustände im Alltag auch selbständig managen zu können, ohne in eine Schmerzmittelabhängigkeit zu geraten (s. die Erzählungen der betroffenen Schmerz-PatientInnen in Kap. 6.6.3.8. und Kap. 6.7.2.4.).
Der Moderator, der hier die Rolle des Co-Experten eingenommen hat, führt aus, dass die Methode der Akupunktur über Schmerzroller sogar von den Kranken selbst angewandt werden kann:

121
MO: also, dass man eben die Haupt – ah akupunkturpunkte auf einmal erwischt‘ wo sich dann die

122
MO: Patienten auch - selbst mit behandeln können‘ |EA| mja‘ das sind ja alles Möglichkeiten die keine
JB : ja‘

123
MO: großen Nebenwirkungen nach sich ziehen‘ und wer hier hilft der hat natürlich auch - irgendwo

124
MO: Recht! – ja also |EA| hier, (...)
JB : richtig

Diese Zuordnung der Methode der Akupunktur in den Bereich der Selbstbehandlung ist ein wichtiges Unterscheidungskriterium zwischen mehr oder weniger ernstzunehmenden medizinischen Behandlungstechniken. Der Moderator setzt hier einen interaktiv relevanten Schritt, indem er die *Behandlungsmethoden hierarchisiert*: Die schulmedizinischen werden hoch gestuft, da sie nur von ÄrztInnen bzw. ExpertInnen ausgeführt werden können, alternativmedizinische wie die Akupunktur werden hinuntergestuft, da sie auch medizinischen LaiInnen zur Verfügung stehen. Das relevante Kriterium dafür ist der Faktor "Nebenwirkungen". So wird der dominante Status der Schulmedizin stabilisiert, anderer Medizinformen bagatellisiert. Diese Hierarchisierung erfolgt subtil, weil nicht explizit und nicht von Anfang an, sie erfolgt auch nicht als Kritik oder Abwertung, sondern unter einem anscheinend rein funktionalen, geradezu zu befürwortenden Aspekt: Akupunktur hat keine Nebenwirkungen.

In einem Atemzug kommt damit auch die Formulierung *wer hier hilft, der hat natürlich auch irgendwo Recht! (123f)*, die standardmäßig bei der Darstellung von alternativen Heilmethoden eingesetzt wird. Sie dient dem Moderator dazu, als Arzt eine Offenheit zu markieren, die sich den Erfahrungen aus der Praxis nicht verschließen kann, auch wenn die wissenschaftliche Beweisführung fehlt, sozusagen eine wohlwollende Skepsis. Damit ist sie Element des modernen, aufgeklärten schulmedizinischen Diskurses, den er bei bestimmten Krankheitsbildern etablieren möchte. Sie dient ihm als Moderator in der Mehrfachadressierung an die ZuschauerInnen auch dazu, möglicherweise vorhandene Vorurteile gegenüber der Akupunktur als "exotischer" und damit vielleicht gefährlicher Technik auszuräumen und ist damit auch als Element des modernen, aufgeklärten Diskurses der öffentlichen Gesundheitsförderung klassifizierbar (zur Überschneidung der beiden vgl. die Anmerkung in 6.1.2.2.).

Interessant sind diese Überlegungen für die *medizinischen Diskursrealisierungen des ärztlichen Moderators*. Als Schulmediziner realisiert er einen biomedizinisch orientierten Diskurs, der sich gleichermaßen aus entsprechenden inhaltlichen Konzepten wie auch durch ein entsprechendes Interaktionsverhalten zusammensetzt. Als moderner Schulmediziner präsentiert er sich als offen für alternative Heilmethoden und realisiert einen modernen, aufgeklärten schulmedizinischen Diskurs. Dieser darf nicht mit einem alternativen oder ganzheitlichen verwechselt werden, da sich dieser nicht nur inhaltlich durch die Nennung von Techniken manifestiert, sondern durch eine weniger kontrollierende Gesprächsführung und eine stärkere Zentriertheit auf die betroffenen und ihre Lebenswelt. Der Moderator hingegen realisiert auf der Ebene der Gesprächsorganisation themenunabhängig eine dominante Gesprächsführung mit straffer und stark intervenierender thematischer Steuerung, geschlossenen Fragen und frühen Unterbrechungen, so dass der schulmedizinische Diskurs gesprächsorganisatorisch relevant bleibt.

Dieser hierarchisierende Aufbau wird gemeinsam mit dem Experten wiederholt, die schulmedizinische Technik des Spritzen-Setzens ist nicht zur Selbstbehandlung geeignet, wohl aber *Dermapunktur* mit dem Schmerzroller oder Akupressur am *Dickdarm vier 129)*:

124
MO: Recht! – ja also |EA| hier, – nur ich glaube wenn wir zur Selbstbehandlung/ über die Selbst=
JB : richtig

125
MO: behandlung sprechen‘ ich mein die Spritzen kann man sich natürlich nicht selbst machen‘ aber

126
MO: mit diesem Schmerzroller oder |EA| Akupro/ Akupressur‘ – ahm da is/ gibt es ja auch

127
MO: Möglichkeiten, wo Sie sagen, hier mit der |EA| Druckmassage kann man auch viel erreichen.
JB : richtig.

128
MO: geht das dann genauso.
JB : ja‘ |EA| ei/ ähnlich, einigen Patienten hilft zum Beispiel ein Akupunktur=

129
JB : punkt, der Dickdarm vier, hier‘ am Ende des |EA| dieser Hautfalte zwischen Zeigefinger

130
JB : und Daumengrundgelenk |EA| für eine Minute feste zu reiben und zu drücken, |EA| der Erfolg ist

131
JB : bei einigen da und darum ein gutes Rezept, wenn man nicht zu viel Schmerzmittel nehmen will.

Die abschließende Bewertung der Akupressur-Technik mit *der Erfolg ist bei einigen da (130)* ist eine Variante des oben genannten *wer heilt, hat Recht* und dient hier dem medizinisch Experten zur Selbstkategorisierung als kritisch-offen und zur Etablierung des modernen, aufgeklärten schulmedizinischen Diskurses. Interessant ist, dass die Erfolgsrate bei der Darstellung schulmedizinischer Methoden, die ja ebenfalls äußerst variabel sein kann und niemals 100% beträgt, nicht zum Ausdruck einer skeptischen Einschätzung gegenüber der Schulmedizin als relevanter Medizinform eingesetzt wird, sondern dass dies als quasi naturgegeben hingenommen. *Naturalisierung* aber ist immer ein Indikator für latente ideologische Prozesse und die diskursive Produktion von sozialer Macht (vgl. Kap. 2.3.2. sowie Kap. 6.6.2.9. zur "Natürlichkeit" des Ablaufs des inszenierten ärztlichen Gesprächs und Kap. 6.9.6.4. zur "Natürlichkeit" von Schmerzmittelabhängigkeit).

6.9.6.4. Akupunktur statt Medizinkritik

Gegen Ende der Ausführungen wird der Hauptgrund für den Einsatz von Akupunktur oder Akupressur deutlich: sie bieten eine gute Alternative zur Einnahme von Schmerzmitteln:

132
MO: hmhm^{v} ich glaube wenn man Schmerzmittel vermeiden will ist auch das gute alte Pfefferminzöl

133
MO: ganz äh erfolgreich‘ – was aufgetragen wird im Bereich: - beider Schlä:fen‘ - ma geht also hin und
JB : ja

134
MO: massiert das dann einfach hier nur ein‘ – ist also eine Selbstmedikation die zu empfehlen ist.

Der Moderator ergänzt das Spektrum der anscheinend beliebig einsetzbaren Techniken noch um eine Methode aus der Naturheilkunde, das Einreiben mit Pfefferminzöl. Alle diese Methoden dienen der Reduktion oder Vermeidung von Schmerzmitteln, sind also als direkte "Alternativen" zu dieser schulmedizinischen Praktik gedacht – allerdings nicht als Alternativen im weiteren Sinne eines veränderten Krankheitsverständnis sondern als Ersatz. Über diese Gleichsetzung wird suggeriert, dass alle diese Methoden eine ähnliche Wirkungsweise wie die Gabe von Schmerzmitteln hätten, womit die unterschiedlichen zugrunde liegenden Konzepte noch weiter verwischt werden. Der einzige Unterschied scheint nunmehr darin zu liegen, dass sie im Gegensatz zu Schmerzmittelabusus nebenwirkungsfrei sind.

Auffallend ist, dass im Zuge der Darstellung der Begriff Selbstbehandlung vom Begriff *Selbstmedikation* abgelöst wird, wodurch eine größerer Nähe zur Schulmedizin hergestellt wird. Damit kommt das Gespräch auch zu dem Problem, das die traditionelle Schulmedizin bei der Behandlung von Schmerzzuständen hat: Erstens verfügt sie neben

chirurgischen Eingriffen v.a. lediglich über die Gabe von Schmerzmitteln, die in leichteren Varianten frei verkäuflich sind. Zweitens gibt es ein soziokulturell gut verankertes Schmerzmanagement, Schmerzen nicht als körperlichen Ausdruck von verhindernden Lebensumständen zu begreifen und mit umfassenden Veränderungen der Lebensweise darauf zu reagieren, sondern sie mit Medikamenten zu unterdrücken, jedes Mal, wenn sie (wieder) auftreten. Zu diesem soziokulturell üblichen Umgang mit Krankheit hat die Schulmedizin mit ihrem technikzentierten, linear-kausalen Behandlungsverständnis selbst zentral beigetragen (vgl. Kap. 1.5.1.). Das hat dazu geführt, dass ÄrztInnen Schmerzmittel in großem Maße zur Behandlung eingesetzt haben und es immer noch tun, auch wenn sich die generelle Haltung dazu inzwischen kritisch verändert hat; das wiederum hat dazu geführt, dass viel SchmerzpatientInnen über die schulmedizinische Behandlung schmerzmittelabhängig geworden sind, und es hat bewirkt, dass ein Großteil der Bevölkerung darauf sozialisiert worden ist, Schmerzmedikamente als Mittel der Wahl einzunehmen. Deutliche Spuren davon finden sich in den Erzählungen der Betroffenen, sei es im Medizintalk bei Herrn Denker, dem Spannungskopfschmerz-Patienten (Kap. 6.6.3.8.), sei es in der Talkshow von Jürgen Fliege bei Frau Knierim, der Migräne-Patientin (Kap. 6.7.2.4.).

Die Sendung hat sich im Dienste öffentlicher Gesundheitsaufklärung gerade bei der Darstellung von Schmerzkrankheiten zum Ziel gesetzt, dieser Sozialisierung entgegenzuwirken. Angeklungen ist dies schon zu Beginn, als der Betroffene Herr Denker von der anfänglichen Einnahme von Schmerzmitteln erzählt hatte, die ihm, wie er betont, von seinem Arzt verschrieben worden waren (s. Kap. 6.6.3.8.). Nun wird dieses Thema im Gespräch mit dem Experten nochmals explizit, wodurch dieser Aspekt für die ZuschauerInnen relevant gesetzt wird:

135 MO: eine Selbstmedikation die man nicht empfehlen kann ist einfach das wahllose Nehmen von
136 MO: Tabletten‘ zum Beispiel auch das gute alte Aspirin‘ was ja gerne genommen wird‘ aber: was
137 MO: doch erhebliche Nebenwirkungen nach sich ziehen kann‘ wenn man zu viel davon nimmt' kann
138 MO: man auch Magenbeschwerden kriegen, man kann Magengeschwüre bekommen‘ |EA| also wenn
139 MO: Selbstmedikation' dann bitte vorher mit dem Arzt Rücksprache nehmen' beziehungsweise
140 MO: die äh/ den Kopfschmerztyp erst abklären.

Der Moderator übernimmt hier die *Rolle des medizinischen Experten und Gesundheitserziehers*, rät von der Selbstmedikation mittels Tabletten ab und macht auf die Nebenwirkungen aufmerksam. Er beschränkt sich hier allerdings auf die Nebenwirkungen von leichten Schmerzmitteln wie z.B. Aspirin. Damit intendiert er, Mittel, die bagatellisierend gerne als "gutes altes Hausmittel" bezeichnet werden, in den Köpfen der ZuschauerInnen wieder als "echte" Medikamente mit z.T. beträchtlichen Nebenwirkungen zu verankern. Dazu dient auch der Hinweis, zum Arzt zu gehen: Schmerzmittel sind nicht zur Selbstbehandlung geeignet, sondern benötigen die professionelle Entscheidung. Damit erfolgt zugleich eine weitere Hochstufung der schulmedizinischen Methodik in der Hierarchie der Methoden.

Das heißt aber auch, der ärztliche Moderator wählt in seiner Aufklärung jenes Segment an Schmerzmitteleinnahme, das von den Kranken selbst durchgeführt werden kann, nicht jenes, das durch ärztliche Verschreibungen durchgeführt wird. Damit bleibt er ganz unmittelbar beim Gesundheitserziehungsthema der Selbstverantwortung von Schmerzkranken: Nebenwirkungen und Abhängigkeiten, die sie sich durch selbständige

Einnahme von frei verkäuflichen Schmerzmitteln zuziehen, liegen in der Unverantwortlichkeit dem eigenen Körper gegenüber. Damit gerät er nicht in die Gefahr, sich auf das glatte Eis der *Kritik am schulmedizinischen System* zu begeben, das, wie oben ausgeführt, nicht nur Mitverantwortung an dieser Bereitschaft, Schmerzmittel zu nehmen, hat, sondern wo die Verschreibung von Schmerzmitteln nach wie vor Gang und Gäbe ist.

Vergleichbares passiert in einem anderen Ausschnitt des Experten-Gesprächs. Der Moderator befragt den Experten nach einer besonderen Behandlungsmethode – dies ist ja auch eine der Funktionen der SpezialistInnen, unbekannte oder ganz neue Methoden oder Erkenntnisse darzustellen, im Sinne des medial unterhaltenden Diskurses:

159 MO: ähm wenn ein Patient zu Ihnen kommt der jetzt schon: alles Mögliche hinter sich hat, der

160 MO: Entspannungsübungen, autogenes Training, Akupunktur, alles. was: ham Sie da noch irgendeine

161 MO: |EA| Waffe oder irgendeine Karte im Ärmel was Sie dann sagen, jetzt probier mer nochmal das.

162 JB : |EA| also grundsätzlich können wir davon ausgehen, dass die Patienten die in die Klinik kommen,

163 JB : zu viel Schmerzmittel genommen haben‘ |EA| der Ansatz ist: eine Entgiftung‘ - des Körpers. damit

164 JB : erreichen wir, dass die ganze Körperregulation verbessert wird (…)

In der Antwort des Experten, die übrigens die Frage des Moderators nach "Besonderem" inhaltlich nicht abdeckt, ist die Formulierung interessant: *grundsätzlich können wir davon ausgehen, dass die Patienten, die in die Klinik kommen, zu viel Schmerzmittel genommen haben (162f)*. Es bleibt ganz unklar, woher die übermäßige Schmerzmitteleinnahme rührt: Waren es die PatientInnen in den meist langen vorausgehenden Jahren selbst oder sind ihnen die Mittel im Rahmen von schulmedizinischen ärztlichen Behandlungen verschrieben worden? Es ist allerdings unwahrscheinlich, dass es sich ausschließlich um Selbstmedikation handelt. Das würde aber bedeuten, dass es Aufgabe der Klinik ist, routinemäßig zuerst relevante schulmedizinische Behandlungsfehler zu korrigieren, um die SchmerzpatientInnen überhaupt wieder "behandelbar" zu machen, und zwar mit alternativen Methoden wie Akupunktur und Neuraltherapie. Die *Widersprüchlichkeit* des modernen, aufgeklärten schulmedizinischen Diskurses UND der modernen Behandlungspraxis wird an dieser Stelle besonders deutlich. Da der Experte die Verursacher nicht nennt und der Moderator nicht nachfragt, kann auch keine Kritik geübt werden.

Diese *Kritiklosigkeit am eigenen Ansatz* prägt vor allem den schulmedizinischen Diskurs im Medizintalk. In medizinkritischen Sendungen und Magazinen erfolgt diese Kritik selbstverständlich, über das Prinzip der Boulevardisierung von Information wird sie allerdings häufig an besonders tragischen Einzelfällen festgemacht und weniger an komplexen systemischen Zusammenhängen im Gesundheitswesen (vgl. ausführlich Kap. 5.2.1.). Am Ende dieses Ausschnitts des Expertengesprächs kommt es sogar zu einer "Rehabilitation" der Schmerzmittelgabe als schulmedizinischer Behandlungspraxis. Der Moderator erzählt aus seiner täglichen Praxis als "Hausarzt":

168 MO: ja, ähm - wenn jetzt so ein Migräneanfall passiert‘ dann erleb ich es immer wieder, dass ich dann

169 MO: auch mal eine Spritze geben muss‘ wo man sagen kann, ich kann jetzt Akupressur wie Sies

170 MO: gezeigt haben eben NICHT anwenden. - das sehn Sie auch so.
JB : richtig GANZ sicherlich

Der Moderator wechselt in das Rollensegment des "Hausarztes" und realisiert mit seiner Darstellung den Diskurs des medizinischen Praktikers (*voice of personal experience*, Atkinson 1995): In manchen Fällen von akuten Migräneanfällen ist Akupunktur nicht anwendbar und dann muss er Schmerzmittel spritzen. Er ersucht den Experten explizit um die Teilung dieser Bewertung seines Verfahrens mit *das sehen Sie auch so (170)*, dem dieser mit *ganz sicherlich (170)* explizit nachkommt. Diese Darstellung kommt auch einer Hochstufung in der Hierarchisierung der Methoden gleich: im Akutfall ist die Schulmedizin und ihre Technik letztlich doch entscheidend voran. Noch dazu ist sie thematisch an den prominenten abschließenden Platz gesetzt.

6.9.6.5. Fazit: Der aufgeklärte schulmedizinische Diskurs als hybrider Diskurs

Eine *aufgeklärte, moderne schulmedizinische Haltung* manifestiert sich in einer Offenheit gegenüber alternativen Behandlungsmethoden und einer gewissen Toleranz gegenüber ganzheitlichen Sichtweisen von Krankheitszusammenhängen. Diese Offenheit bezieht sich aber nur auf unspezifische Befindlichkeitsstörungen und leichtere und chronische Erkrankungen und hat ihre strengen Grenzen bei ernsten und lebensbedrohlichen Erkrankungen. Dabei versteht sie sich als prinzipiell kritische Instanz: Positive Erfahrungswerte aus der Behandlungspraxis mit naturheilkundlichen oder anderen alternativen Heilmethoden werden im Sinne eines "wer heilt, hat Recht" anerkannt, aber nicht kritiklos und generell übernommen. Bei ernsten Erkrankungen können andere als schulmedizinische Methoden allenfalls begleitende und z.B. psychisch stärkende Funktion erhalten, die zentrale Behandlung bleibt der Schulmedizin vorbehalten.

Bei der Darstellung von Methoden oder Praktiken anderer Medizinformen werden diese Praktiken immer nur als einzelne Techniken demonstriert, nicht im Kontext ihres unterschiedlichen Krankheitsverständnisses oder wissenschaftlich-philosophischen Bezugssystems. Sie werden in den Rahmen des schulmedizinischen diagnostischen und therapeutischen Verständnisansatzes eingepasst. So lassen sich diese als isolierte Techniken in den schulmedizinischen Diskurs inkorporieren, wobei der schulmedizinische Ansatz der dominante bleibt, da er ja den konzeptuellen Rahmen liefert und die Selektion immer aus der Perspektive der Schulmedizin erfolgt. Damit bleibt der schulmedizinische Diskurs im Wesentlichen unangefochten, ohne sich der Kritik mangelnder Offenheit und Modernität aussetzen zu müssen. Die Methode der Inkorporation führt zur Etablierung eines *hybriden schulmedizinischen Diskurses*, der sich durch ein komplexes und widersprüchliches Nebeneinander von Behandlungstechniken unterschiedlicher Medizinformen ausweist, wie es für moderne Diskurse typisch ist.

Die *additive Darstellung* der Behandlungstechniken verwischt die konzeptionellen und hierarchischen Unterschiede zwischen den unterschiedlichen medizinischen Techniken, auch zwischen schulmedizinischen und alternativmedizinischen. Damit wird eine gewisse Gleichartigkeit der Methoden und eine gewisse Beliebigkeit ihrer Wahl suggeriert. Dies erleichtert die Demonstration von Offenheit und Modernität und entlastet von der vertieften und differenzierten Auseinandersetzung mit den unterschiedlichen medizinischen Konzeptionen. Eine indirekte Hierarchisierung zwischen alternativmedizinischen und schulmedizinischen Methoden erfolgt allerdings über das Prinzip, die alternativen Techniken zur Selbstbehandlung zu empfehlen, nicht aber die schulmedizinischen.

Das Problem der Schulmedizin bei der Behandlung von Schmerzzuständen ist, dass sie über die Gabe von Schmerzmitteln nur über eine akut wirksame und zugleich bedenkliche Methode verfügt. Mit ihrem technizistischen und linear-kausalen Behandlungsverständnis hat sich zu dem soziokulturell verankerten *Schmerzmanagement* beigetragen, Schmerzen mit Medikamenten zu unterdrücken. Dies hat zu einer weit verbreiteten Schmerzmittelabhängigkeit durch ärztliche Verschreibung geführt und einen

leichtfertigen Umgang mit Schmerzmedikamenten bewirkt. Dieser Problemkomplex wird im Medizintalk nur im Segment "Selbstmedikation" fokussiert, aber nicht systemkritisch vertieft. Das Versagen der schulmedizinischen Medikation wird als quasi naturgegebenes Faktum hingenommen, ebenso, dass diese Behandlungsform erst massiv korrigiert werden muss, ehe eine Behandlung mit alternativen Methoden wirksam werden kann. Auch dies sind Elemente der *Widersprüchlichkeit* des hybriden modernen schulmedizinischen Diskurses.

6.10. Talkshow: Die Gespräche mit den ExpertInnen

6.10.1. Die Funktion der medizinischen ExpertInnen in der Talkshow

Die Funktion der medizinischen ExpertInnen im Sendungsformat Talkshow unterscheidet sich von der im Format Medizintalk vor allem aus den bekannten Unterschieden in der Sendungskonzeption: Erstens sind die Talkshow-ModeratorInnen selbst keine fachliche ExpertInnen sondern medizinische LaiInnen, zweitens geht es in Talkshows zu Krankheitsthemen primär um die Herstellung emotionalisierter Unterhaltung. Die Vermittlung wissenschaftlicher und gesundheitsförderlicher Informationen ist beabsichtigt, aber dem Aspekt Unterhaltung nachgereiht. Stärker als im Medizintalk stehen die ExpertInnen in den Talkshows deshalb für die *wissenschaftliche Fundierung der Informationen zu den Krankheitsbildern und Therapien* und für die Herstellung von Relevanz, ganz besonders, wenn es um die Darstellung von alternativen bis exotischen Heilverfahren geht.

So spielen die ExpertInnen im Ablauf der Sendungen eher eine Rolle im Hintergrund, manifestiert auch dadurch, dass sie häufig nicht auf dem Podium sitzen, sondern im Publikum. Sie liefern ergänzend zu den Darstellungen der Betroffenen die grundlegenden wissenschaftlichen oder technischen Informationen, erklären Fachbegriffe oder Therapien oder geben Prognosen ab und Tipps. Aufgrund des Unterhaltungsprinzips sind die ModeratorInnen darauf bedacht, die Expertendiskurse bildhafter und weniger fachsprachlich zu halten. Da sie selbst fachliche LaiInnen sind, werden die ExpertInnen auch nicht – wie im Medizintalk – zu erhöhter "kollegialer Fachlichkeit" motiviert. Bei der redaktionellen Auswahl der ExpertInnen wird deshalb auch auf ihre *mediale Präsentabilität* geachtet, geeignete ExpertInnen bekommen in manchen Talkshows "Hausarzt- oder Berater-Status".

6.10.2. Die Inszenierung unterhaltender Medizin

Jürgen Fliege präferiert in seiner Talkshow, wenn es um Krankheitsthemen geht, ExpertInnen aus dem gesamten alternativmedizinischen Bereich, von Traditionellen Chinesischen MedizinerInnen bis zu GeistheilerInnen und SchamanInnen. Das hängt wie schon ausgeführt damit zusammen, dass sich alternative Methoden und exotische Techniken gemeinsam mit dramatischen Krankheitsschicksalen besonders gut zur Produktion von dramatisierter Unterhaltung eignen.

In den folgenden Analysen möchte ich speziell den Aspekt untersuchen, welche sprachlichen Verfahren von ihm als Moderator und dem medizinischen Experten eingesetzt werden, um im Expertengespräch die *Gratwanderung* zwischen der der Inszenierung von Besonderem und der Vermittlung medizinisch relevanter Information zu bewältigen.

6.10.2.1. Die Inszenierung des verständlichen Expertendiskurses

In der Sendung "*Sanfte Medizin: Kopfschmerzen*" gibt es, wie bei Talkshows üblich, keine allgemeine Vorstellungsrunde. Der erste Gast, Frau Knierim, eine Migränepatientin, die nach langem Leidensweg Aufnahme in einer Klinik für Traditionelle Chinesische Medizin gefunden hatte, wird über einen Teil ihres Krankheitsschicksals eingeführt (s. Kap. 6.7.2.1.). Die ausführliche Darstellung ihrer Krankheitskarriere führt am Ende zur Schilderung ihrer Erfahrungen mit dieser Klinik, was den Auftritt des medizinischen Experten vorbereitet. In Falle dieser Sendung sitzt der medizinische Experte also nicht schon im Publikum, sondern wird extra aufs Podium gebeten, was ihm einen speziellen Status verleiht.

Der medizinische Experte ist Schulmediziner mit Ausbildung in Traditioneller Chinesischer Medizin. Fliege rahmt seinen Auftritt mit Gesundheitsinformationen über den Unterschied von Migräneerkrankungen in Deutschland und China:

116
JF: jetzt wollen wir diesen: äh Arzt kennen lernen, der diese Klinik

117
JF: leitet' ja^v |EA| den ham wir extra eingeladen' und da sag ich Ihnen noch einmal vorher
CK: ja^v

118
JF: |EA| ein paar Dinge die Sie vielleicht nicht wissen' Sie hier im Studio, |EA| und auch die

119
JF: Gäste - die zu Hause zuschauen. nicht' |EA| also wussten Sie eigentlich, dass es in

120
JF: Deutschland |EA| ähm/ 70 Prozent der Menschen in Deutschland haben früher oder

121
JF: später in ihrem Leben mal chronische Kopfschmerzen. 70 Prozent. |EA| Kopfschmerzen

122
JF: hat jeder mal. |EA| aber wussten Sie eigentlich, |EA| liebe Fernsehzuschauerinnen und

123
JF: Zuschauer zu Hause, |EA| dass man in China - beispielsweise |EA| kaum Kopfschmerzen

124
JF: kennt? |EA| es muss doch irgendeinen Grund vielleicht geben' in Mitteleuropa, dass

125
JF: |wir alle ein| schweren Kopf haben und die drüben nich:' oder ham die eine Medizin'
|fasst sich mit beiden Händen an die Schläfen|

126
JF: dass sie keine haben? |EA| das alles |EA| frage ich jetzt |EA| Doktor Christian |EA|

127
JF: Schmincke! herzlich willkommen.

Fliege stellt sich zugleich in seinen *Rollen als Moderator* und als *interessierter Laie* dar, der zwar Informationen besitzt, diese aber nicht interpretieren kann und deshalb den Experten braucht. Mit der Weitergabe dieser Information an die ZuschauerInnen *und da sag ich Ihnen noch einmal vorher ein paar Dinge, die Sie vielleicht nicht wissen (117f)* hebt er sie auf die gleiche Informations- und Bedürfnisstufe wie er selbst. Mit der Formulierung der "interessanten Fragen" bindet er die Aufmerksamkeit und stellt eine Gruppe von interessierten LaiInnen her. Dann kündigt er an, den Experten genau zu diesen Wissensbeständen und damit stellvertretend für die ZuschauerInnen zu befragen. Damit indiziert er, dass es zwar um medizinische Informationen gehen wird, dass diese aber für Laien verständlich aufbereitet sein werden, da seine Fragen typische "neugierige Laienfragen" sind. Zugleich kategorisiert er den Experten als einen "zugänglichen Experten", den man *alles (126)* fragen kann und darf, eine Zuschreibung, die nicht dem prototypischen Kategorisierungsinventar von medizinischen ExpertInnen entspricht und die ihn zu einem besonderen Experten macht und in die Nähe zum Publikum rückt. Mit

dieser ausführlichen Einleitung bereitet der Moderator einen *am Laienwissen orientierten Expertendiskurs* vor, der den ZuschauerInnen gleichermaßen interessante wie verständliche Inhalte verspricht.

Dazu passt auch die Einführung *jetzt wollen wir diesen Arzt kennen lernen, der diese Klinik leitet (116)*. Mit dieser expliziten Zuordnung macht Fliege deutlich, dass es sich nicht um einen beliebigen Experten für Traditionelle Chinesische Medizin handelt, sondern genau um den, der den ZuschauerInnen durch die vorangegangene "Erlösungserzählung" der Migränepatientin schon bekannt ist. Der Auftritt wird durch die explizite Verbindung mit der Darstellung der Betroffenen also von Anfang an *personalisiert*, ein Element des Boulevard.

6.10.2.2. Die Inszenierung von Patientenorientiertheit

Der Moderator geht dem Experten (CS), der das Podium von der Seite betritt, entgegen, begrüßt ihn und begleitet ihn zu seinem Platz neben Frau Knierim (CK), die ja lange Zeit seine Patientin war:

128
JF: Sie kennen sich, nehm ich an' wenn man sieben
CS: jawoll! ja^{v}
|*JF begleitet CS zu seinem Platz neben CK*|

129
JF: |Wochen bei Ihnen gelegen hat, muss man sich gut kennen. |
CK: wir kennen uns sehr gut, ja'
CS: eigentlich gut.
| *CK und CS nicken einander sehr freundschaftlich zu und lachen* |

Der Moderator thematisiert explizit die Arzt-Patienten-Beziehung zwischen der Betroffenen und dem Experten, die einander freundlich begrüßen. So bekommt der Auftritt die Qualität einer unmittelbar nachvollziehbaren, persönlichen Beziehung zwischen einer Patientin und ihrem behandelnden Arzt. Der Experte wird damit ein weiteres Mal als zugänglich kategorisiert, und darüber hinaus als Arzt, der ein persönliches und beziehungsfähiges Arzt-Patienten-Verhältnis unterhält. Da er Vertreter einer ganzheitlichen Medizinform ist, manifestiert sich dadurch schon in den ersten Sekunden seines Auftritts die *Patienten- und Beziehungsorientiertheit einer ganzheitlichen Medizin*. Dies entspricht exakt den Erwartungen an eine Behandlung durch einen ganzheitlich tätigen Arzt und auch den Gründen, warum Kranke diese ÄrztInnen schulmedizinischen ÄrztInnen vorziehen (s. Kap. 1.4.3.).

6.10.2.3. Die Personalisierung der Gesundheitsinformation

Zu einem späteren Zeitpunkt nimmt der Moderator auf die Krankheitsgeschichte Frau Knierim Bezug und ersucht den Experten zu einer fachlichen Einschätzung ihrer Beschwerden:

203
JF: können Sie denn sagen, bei Frau Knierim' da lag s da und da dran. oder is das n Geheimnis.
CS: nein. nein' is

204
JF: hmhm^{v}
CS: kein Geheimnis' es ist nur eine |furchtbar komplizierte Geschichte' die Frau Knierim
|*ab hier spricht CS zu CK, CK begleitet seine Ausführungen*

205
CS: kam zu uns im Frühsommer' wurde aus dem Auto gezo:gen' |EA| in einen Rollstuhl – hinein
mit Kopfnicken

206
CS: gesetzt, und wurde dann vorgefahren. |EA| sie kam mit so einer Latte von Medikamenten' |EA|

207
JF: hmhm[v]
CS: und mit so einer Latte von Beschwerden' |EA| Füße' Hüftn' Knie' Kopf:' Nervnschmerzn'

208
JF: hmhm[v]
CK: Sucht
CS: und eben diese - Gewöhnung an die Tabletten.

Durch diese explizite Bezugnahme stellt der Moderator einen *Zusammenhang zwischen dem Diskurs des Experten mit dem Diskurs der Betroffenen* her. Dadurch wird ein Teil der medizinischen Informationen, die in der Sendung zur Sprache kommen, von der persönlichen Geschichte der Betroffenen geformt und getragen, und die Allgemeinheit und Abstraktheit der bisherigen medizinischen Ausführungen des Experten wieder personalisiert. Im Gegensatz zum Medizintalk wird in der Talkshow der Experte nicht von den Betroffenen entfernt, sondern in direkte persönliche und medizinische Beziehung gebracht. Diese Personalisierung der Gesundheitsinformation ist der Etablierung des unterhaltenden medialen Diskurses geschuldet.

6.10.2.4. Die Etablierung des patientenzentrierten medizinischen Diskurses

Bei dieser Bezugnahme zur Geschichte der Betroffenen gibt es einen auffälligen Unterschied zu einem vergleichbaren interaktiven Geschehen im Medizintalk (Kap. 6.9.4.3.): Der Moderator formuliert seine Aufforderung, indem er mit dem Experten *über* die anwesende Betroffene spricht (*bei Frau Knierim (203)*), der Experte bleibt verbal im Dialog mit dem Moderator, wendet sich nonverbal aber Frau Knierim zu und bleibt während seiner Ausführungen mit ihr in diesem nonverbalen Kontakt, so dass sie sich in (208) mit *Sucht* sogar unterstützend einschaltet. Damit inkludiert er seine ehemalige Patientin ins Gespräch und gibt ihr die Möglichkeit, seine Darstellung ihrer Geschichte aktiv mitzuverfolgen, sie also ggfs. zu korrigieren oder zu unterstützen. So erfüllt er die Rolle des medizinischen Experten und des behandelnden Arztes gleichzeitig.

Der Experte unterstützt die Inszenierung des Moderators also in jeder Hinsicht, er übernimmt auch die Zuschreibungen an Zugänglichkeit und Personenorientiertheit und füllt sie aus. Wie schon zuvor manifestiert er damit zugleich eine patientenorientierte Haltung und sein Verständnis einer Arzt-Patienten-Beziehung, wie sie für ganzheitliche Medizinformen charakteristisch ist. Hinzu kommt, dass er seine Einschätzung sehr bildhaft gestaltet, er schildert die erste Begegnung, erzählt also den psychosozialen Kontext, nennt nicht etwa abstrakte diagnostische oder therapeutische Details. Damit realisiert er einen *patientenzentrierten medizinischen Diskurs*, der sich an der Person der Patientin orientiert, an der Gesamtheit ihrer Leiden und auch an seinem eigenen Erleben als Arzt (*die Frau Knierim kam zu uns im Frühsommer, wurde aus dem Auto gezogen (…) (205)*). Das Interessante daran ist, dass dieser patientenzentrierte Diskurs zugleich medial besonders präsentabel ist und Aspekte der Produktion von Unterhaltung mit sich trägt: Beziehungsorientierung, Personalisierung und Bildhaftigkeit.

Nach einer Sequenz über Schmerzmittelabusus (s.u.), in der sich das Gespräch also vom besonderen Fall zur allgemeinen Information bewegt, geht der Experte wieder zur Betroffenen zurück. Er beginnt mit prinzipiellen Überlegungen zur Behandlung im Rahmen der Chinesischen Medizin und verdeutlicht sie dann exemplarisch am Fall der Betroffenen (255ff):

250
CS: also, wir verstehen uns als Spezialklinik für schwer

251
JF: hmhm^{v}
CS: chronisch kranke Patienten, denen man anderweitig nicht helfen kann' und schon

252
JF: hmhm^{v}
CS: deswegen müssen wir sozusagen aus technischen Gründen' - uns Zeit nehmen' es gibt

253
JF: hm.
CS: nicht nur technische Gründe' |EA| aber die sind auch maßgeblich. |EA| und man kann

254
CS: eine vernünftige Akupunktur nicht so machen' dass man sich die Punkte ankuckt' und

255
JF: hmhm^{v}
CS: dann zack zack zack die Nadeln da reinhaut, |EA| sondern' - was ich eben äh

256
CS: gemacht hab' bei Ihnen' ich hab nicht nur mit Ihnen gesprochen' (...)
|CS wendet sich an CK|

Mit dem Beginn der exemplarischen Darstellung in (255) wandert der Experte vom Allgemeinen der Chinesischen Medizin wieder zum Besonderen, also zur individuellen Behandlung. So entsteht eine stete Verbindung zwischen allgemeiner Medizininformation und persönlicher Geschichte, was dazu führt, dass der *patientenzentrierte medizinische Diskurs vom lebensweltlichen der Betroffenen durchdrungen* und geformt wird.

An dieser Stelle wird deutlich, dass der medizinische Experte gegenüber einem Moderator, der fachlicher Laie ist, tatsächlich wesentlich mehr interaktiven Handlungsspielraum hat und seine Beiträge eigenständiger gestalten kann als der medizinische Experte im Medizintalk. Diese Hin- und Herbewegung zwischen Allgemeinem und Individuellem macht seine Ausführungen zudem sehr anschaulich, dient also der Herstellung verständlicher Medizininformation. So etabliert er auch einen ganzheitlichen Diskurs der öffentlichen Gesundheitsinformation.

Mit seiner allgemeinen Darstellung der Methoden übt er indirekt auch Kritik am bekannten falschen Verständnis von Chinesischer Medizin: *man kann eine vernünftige Akupunktur nicht so machen, dass man sich die Punkte ankuckt' und dann zack zack zack die Nadeln da reinhaut (253f).* Chinesische Medizin als Behandlungspraxis ist als eine ganzheitliche Methode zu verstehen, die nicht mit der schulmedizinischen Manier der isolierten Inkorporation einer einzelnen Technik vergleichbar ist (s.u. und Kap. 6.5.).

6.10.2.5. Die Etablierung von unterhaltsamer Gesundheitsinformation

Mit Beginn der exemplarischen Darstellung wendet sich der Experte also an die Betroffene, adressiert sie direkt und tritt in einen Dialog mit ihr. Damit wird die weitere Darstellung tatsächlich persönlich – und erfüllt auch die Ansprüche an Unterhaltung und Bildhaftigkeit:

256
CS: gemacht hab' bei Ihnen' ich hab nicht nur mit Ihnen gesprochen' ich hab mit Ihrem blöden
|CS wendet sich an CK|

257
JF: wie?
CK: mit meinem Fuß, mit einem. ja^{v} ja^{v}
CS: Fuß gesprochen. mit dem rechten Fuß musste man

258
JF: jetzt machen Sie mal keinen Quatsch' - Sie:
CK: ehrlich'
CS: ellenlange Gespräche führen' ja.

259
JF: äh Sie/ Sie sitzen da: und der Arzt kommt ans Bett' |EA| und der
CK: | ehrlich'| ja.
| *PU und Podium lacht* |

260
JF: sagt' ich rede jetzt gar nicht mit der Frau Knierim' sondern mit dem Fuß von Frau
CS: naja:v

261
JF: Knierim?
CS: beides' ne? das n Gruppengespräch.
| *PU und Podium lacht*|

Der Experte realisiert einen betont alltagssprachlichen Diskurs (*blöden Fuß (256), ellenlange Gespräche (258)*) und führt sehr unvermittelt und damit als gewissen Überraschungseffekt eine "exotische" Behandlungsmethode ein, nämlich nicht nur mit den Kranken selbst, sondern mit deren betroffenen Gliedmaßen zu sprechen. Die Betroffene und der Moderator sekundieren ihm, der letztere inszeniert in der Rolle des "interessierten Laien" überraschte Ungläubigkeit (*jetzt machen Sie mal keinen Quatsch (258)*), um das Besondere zu fokussieren und den Unterhaltungswert der Darstellung zu erhöhen. Der Experte steigert mit, indem er diese Methode schlagfertig als *Gruppengespräch (261)* tituliert. Gemeinsam realisieren sie einen *unterhaltsamen Diskurs der öffentlichen Gesundheitsinformation*, der vom Publikum mit mehrfachem Lachen quittiert wird.

Hier könnte man auch von einem Import des Interaktionsmodus "Plauderei" oder "gemeinsames Erzählen" sprechen. Allerdings erfolgt dieser Import nicht standardmäßig, wie etwa das ärztliche Gespräch im Medizintalk, da seine Inszenierung von der medialen Präsentabilität der ExpertInnen und der Betroffenen abhängt, er scheint sich eher lokal günstig zu ergeben.

Anschließend an diese sehr unterhaltsame Darstellung fügt der medizinische Experte den "exotischen" Bildern noch *medizinische Hintergrundsinformationen* hinzu, die verhindern, dass die Darstellung nur ins Komische abgleitet und die die genannte Methode verständlicher machen:

265
CS: di/ dieser Fuß. damit hat es angefangen. der hat viele

266
JF: hmhmv
CS: Operationen erduldet' der hat vor allem sehr schwere Knocheneiterungen' - hinter sich

267
JF: hmhmv
CS: gehabt' |EA| und als wir angefangen haben' die ganzen entzündungsunterdrückenden

268
JF: hmhmv hmhmv hmhmv
CS: Mittel abzusetzen' da fing das wieder an zu Kochen' da drin. |EA| und da musst

269
CK: hmhmv
CS: ma uns mit dieser Entzündung' die im Grunde |EA| 27 Jahre alt war' |EA| musst ma

270
CS: uns mit der wieder beschäftigen. mit Nadeln' mit bestimmten entzündungswidrigen

271
JF: hmhmv hmhmv
CS: Rezepturen' |EA| und: mit dem Wort'

Mit diesen Ausführungen realisiert der Experte wieder einen ganzheitlichen medizinischen Diskurs, der sich durch die Darstellung eines komplexen systemischen Krankheitsverständnisses (*dieser Fuß. damit hat es angefangen (265)*) und einen ganzheitlichen Behandlungsansatz auszeichnet (*mit Nadeln, mit bestimmten entzündungswidrigen Rezepturen und mit dem Wort (270)*). Er repräsentiert also sowohl über seine sprachli-

che wie seine soziale Praxis den von ihm vertretenen ganzheitlichen medizinischen Ansatz.

Mit dem Wechsel zwischen verallgemeinerter medizinischer Information und Bezugnahmen zu der persönlichen Geschichte der Betroffenen, und mit dem Wechsel zwischen der Darstellung von bildhafter und unterhaltsamer Ereignisse und Vermittlung von ganzheitlich-medizinischer Hintergrundsinformation gelingt es, einen *unterhaltsamen ganzheitlich orientierten Diskurs der Gesundheitsinformation* zu etablieren. An dieser Etablierung sind der Moderator, die Betroffene, vor allem aber der Experte gemeinsam beteiligt.

6.10.2.6. Der Moderator als inszenierter Laie

Die erfolgreiche gemeinsame Etablierung unterhaltsamer und verständlicher Gesundheitsinformation, wie sie in dieser Sendung mit dem medizinischen Experten möglich ist, kann natürlich nicht immer garantiert werden. Das "Standardverfahren" des Moderators Jürgen Fliege, die ExpertInnen zur Vermittlung von verständlicher Information zu motivieren ist die *Inszenierung eines Experten-Laien-Diskurses*. Dieses Verfahren wendet er auch in den Gesprächen mit den Betroffenen an, wenn es nicht um die Darstellung persönliche Erlebnisse, sondern um Krankheitsinformationen geht (s. ausführlich Kap. 6.7.1.2.).

Die Notwendigkeit der *Inszenierung* eines Experten-Laien-Diskurses mutet zuerst paradox an, da der Moderator ja ohnehin fachlicher Laie ist. Er hat lediglich Vorwissen durch die redaktionellen Recherchen und die Vorgespräche. Der Aspekt der medialen Inszenierung zeichnet sich dadurch aus, dass der Moderator sich, stellvertretend für die ZuschauerInnen, als "durchschnittlich informierter Laie" präsentiert (vgl. ausführlich Kap. 5.3.3.). Dieser Laienstatus hat nur zum Teil mit seinem tatsächlichen, individuellen und mehr oder weniger gut informierten Laienstatus zu tun, aber er ermöglicht es ihm über verschiedene Realisierungsvarianten den Diskurs des Experten inhaltlich und gesprächsorganisatorisch minutiös zu steuern. Dazu zwei Beispiele:

Wie den ZuschauerInnen angekündigt, stellt Fliege dem Experten eine ganz spezifische Frage nach den unterschiedlichen Kopfschmerzerkrankungen in Deutschland und China, übernimmt also das Rollensegment "interessierter und durchschnittlich gut informierter Laie":

131
JF: ist es so dass die Chinesen sich

132
JF: nicht äh äh mit Kopfschmerzen rumschlagen müssen wie wir? ist es da unbekannter?

133
JF: hmhm[v]
CS: ah ich denk die Migräne is in China nicht so: verbreitet wie bei uns. jedenfalls finden

134
CS: wir in den chinesischen Büchern' - in den |EA| äh Lehrbüchern der chinesischen Medizin

135
JF: hmhm[v]
CS: ganz wenig Angaben über unsre klassische Migräne'

Diese "laienhafte Frage" motiviert den Experten, mit seiner Erklärung auf einem sehr einfachen und umgangssprachlichen Level der Information einzusteigen, Die Etablierung eines am *Laienwissen orientierten Diskurses der Gesundheitsinformation* benötigt also einen Experten, der einen am Laienwissen orientierten medizinischen Diskurs realisiert und einen Moderator, der in der Rolle des "interessierten Laien" durch die Realisierung von "laienhaften Fragen" den adressatenorientierten Zuschnitt seiner Ausfüh-

rungen, das *recipient design* reguliert. So kann die Information für die ZuschauerInnen verständlich gehalten werden.

In der Weiterführung greift Jürgen Fliege stärker regulierend in das Experten-Gespräch ein, allerdings weiterhin in seiner Rolle als "interessierter Laie":

140
JF: . aha^{v}, äh d/ äh d/ heißt das dass: - chinesische

141
JF: Medizin sich auf Kopfschmerzen spezialisiert' hier' oder heißt das' Sie behandeln den

142
JF: ganzen Menschen, den ganzen Körper, alles, |EA| und wir reden nur über einen Teil Ihres

143
JF: Aufgabengebiets. hmhm^{v}
CS: |EA| äh wir stellen ja eine Diagnose. und bei der Diagnose - schauen wir

144
CS: natürlich das Symptom, das Kopfsymptom an' |EA| aber wir sehn auch den ganzen

145
CS: Menschen an' und wir stellen fest' dass die Migräne |EA| in den allermeisten Fällen

146
CS: tatsächlich aus dem ganzen Körper kommt.

Der Moderator inszeniert zuerst "langsames Begreifen" oder "Neusortieren von Gedanken", indiziert durch Verzögerungssignale und wiederholte Textplanungsindikatoren (*aha^{v}, äh d/ äh d/ heißt das dass (140)*), dann formuliert er eine Entscheidungsfrage. Der erste Teil ist die Inszenierung einer "falschen Frage": *heißt das, dass chinesische Medizin sich auf Kopfschmerzen spezialisiert hat (140)*; der zweite Teil der Frage ist die Inszenierung von "Nicht-Wissen": *heißt das, Sie behandeln den ganzen Menschen, den ganzen Körper (141)*. Sie bezieht sich inhaltlich auf sein – natürlich vorhandenes – Wissen, das in der sprachlichen Realisierung als Laienfrage als Nicht-Wissen kaschiert wird. Die Funktion dieser Fragetätigkeit ist es, das Experten-Gespräch vom Thema Kopfschmerzen zur allgemeinen Darstellung der Methode der Chinesischen Medizin zu führen, also den thematischen Verlauf deutlich zu regulieren. Die Kaschierung als weitere Laienfrage dient dem Moderator dazu, die Inszenierung des Experten-Laien-Diskurses aufrecht zu halten und ihn in seiner Rolle als "interessierter Laie" nicht zu unglaubwürdig werden zu lassen. Die Rolle des "durchschnittlichen Laien" erlaubt es dem Moderator übrigens auch, nicht nur "falsche Fragen" zu stellen, sondern ab und zu auch "dumme Fragen", was dem Unterhaltungswert zusätzlich dienlich ist.

6.10.2.7. Fazit: Der Wechsel zwischen Entertainment und Information

In der Talkshow geht es darum, im Gespräch mit den medizinischen Experten gleichermaßen unterhaltsame wie verständliche und wissenschaftlich fundierte Information zu Krankheitsbildern und therapeutischen Verfahren herzustellen, also einen unterhaltsamen Diskurs der Gesundheitsinformation zu produzieren.

Als zentrales Elemente der Inszenierung zeigt sich hier die *Personalisierung des Experten-Auftritts*, also die explizite Kategorisierung der ExpertInnen als die behandelnden ÄrztInnen der Betroffenen, die Herstellung einer zugewandten und persönlichen Arzt-Patienten-Beziehung zwischen den Anwesenden und schließlich die Anbindung der wissenschaftlichen und allgemeinen Ausführungen an die individuellen Krankengeschichten der Betroffenen. Damit wird die Zugänglichkeit der ExpertInnen und die prinzipielle Unterhaltsamkeit des Experten-Gesprächs gewährleistet. Diese Inszenierung funktioniert natürlich umso besser, je medial präsentabler die jeweiligen ExpertInnen (mit)agieren.

Der andere relevante Faktor ist der *Laienstatus der ModeratorInnen* in Talkshows. Er ist ein wesentliches Moment, um für verständliche Information zu sorgen, und ist quasi ein Garant für die Herstellung verständlicher medizinischer Information und die Regulation des Expertendiskurses in Richtung Einfachheit und reduzierte Fachlichkeit. Deshalb muss der Laienstatus der ModeratorInnen, der de facto ja vorhanden ist, zusätzlich inszeniert und dem Laienstatus des angenommenen, durchschnittlichen Publikums angepasst werden. Sprachliche Verfahren dazu sind die Realisierung von "laienhaften Fragen", die das vorhandene Vorwissen als Nicht-Wissen kaschieren, und die Inszenierung von "falschen Fragen", "Nicht-Verstehen", "Verwirrung" und "schwierigem Begreifen". Aufgrund des faktischen Laienstatus der ModeratorInnen sind die ExpertInnen im Vergleich zum Medizintalk aber nicht so vollständig der interaktiven Kontrolle der ModeratorInnen unterworfen und können, v.a. was die Inhalte betrifft, interaktiv etwas eigenständiger agieren.

Die Herstellung unterhaltsamer Gesundheitsinformation erfordert einen *ständigen Wechsel* zwischen der Inszenierung von Entertainment und der Produktion fundierter medizinischer Information. Er darf dabei nicht zu sehr ins Komische oder Extreme und damit ins Nicht-Relevante abzugleiten, was gerade bei der Darstellung von alternativen Heilmethoden problematisch wäre, er darf sich aber auch nicht zu sehr von den persönlichen und schicksalsbetonten Erzählungen der Betroffenen entfernen und zu abstrakt werden, was der Produktion von emotionalisierter Unterhaltung nicht dienlich wäre.

6.11. Fazit 4: Das Aufeinandertreffen von medizinischen Diskursen

6.11.1.1. Die Inkorporation des alternativmedizinischen Diskurses

Wie die Analysen gezeigt haben, etabliert der ärztliche Moderator im Medizintalk einen schulmedizinischen Diskurs, der sich durch die Orientierung am biomedizinischen Diagnoseschema und entsprechenden Behandlungswegen und Heilungsvorstellungen auszeichnet und ein patriarchal bestimmtes Arzt-Patient-Verhältnis verfolgt. In der Gesprächsführung wird dies besonders deutlich, indem er die Gespräche mit den Betroffenen als traditionelle ärztliche Gespräche inszeniert, biomedizinische Konzepte zur Krankheitsdarstellung und thematischen Steuerung einsetzt und den lebensweltlichen Diskurs zwar zulässt, ihn aber vom medizinischen im Wesentlichen getrennt hält. Bei der Darstellung von und leichteren und chronischen Erkrankungen und Befindlichkeitsstörungen etabliert der ärztliche Moderator einen aufgeklärten, modernen schulmedizinischen Diskurs, der sich in einer kritischen Offenheit gegenüber alternativen Behandlungsmethoden und einer gewissen Toleranz gegenüber ganzheitlichen Sichtweisen von Krankheitsentstehung manifestiert.

Das *Aufeinandertreffen der unterschiedlichen Diskurse* in Gesprächen mit medizinischen ExpertInnen wird dabei folgendermaßen bewältigt: Die Darstellung von Methoden aus anderen Medizinformen erfolgt selektiv als *isolierte Techniken*, also z.B. die Technik der Akupunktur oder die Einnahme eines bestimmten homöopathischen Mittels, außerhalb ihres je unterschiedlichen Krankheitsverständnisses oder wissenschaftlich-philosophischen Bezugssystems. Die *additive Darstellung* unterschiedlicher Behandlungstechniken aus unterschiedlichen Medizinformen verwischt die konzeptionellen und hierarchischen Unterschiede zwischen den unterschiedlichen medizinischen Techniken und Medizinformen. Damit wird eine gewisse Gleichartigkeit der Methoden und eine gewisse Beliebigkeit ihrer Wahl suggeriert, sie werden als "frei wählbare Techniken" in den schulmedizinischen Diskurs inkorporiert. *Indirekte Hierarchisierungen* zwischen alternativmedizinischen und schulmedizinischen Methoden erfolgen in

subtiler Weise: Alternative Techniken werden, weil nebenwirkungsfrei, gerne zur Selbstbehandlung empfohlen. Bei ernsten Erkrankungen wird alternativen und ganzheitlichen Methoden allenfalls eine begleitende und z.B. psychisch stärkende Funktion zugesprochen, die zentrale Behandlung bleibt der Schulmedizin vorbehalten.

Durch die Methode der Inkorporation bleibt die dominante Stellung des schulmedizinischen Ansatzes unangefochten, da er ja weiterhin den konzeptuellen Rahmen liefert und die Selektion immer aus der Perspektive der Schulmedizin erfolgt, er muss sich aber nicht der Kritik mangelnder Offenheit und Modernität aussetzen. Dies führt zur Etablierung eines *hybriden schulmedizinischen Diskurses*, der sich durch ein komplexes und widersprüchliches Nebeneinander von Behandlungstechniken unterschiedlicher Medizinformen ausweist, wie es für moderne Diskurse typisch ist.

Vergleichbare Phänomene finden sich auch in Sendungen, die komplett der Darstellung einzelner alternativer Medizinformen wie der Traditionellen Chinesischen Medizin, dem Ayurveda oder der Homöopathie gewidmet sind. Die Darstellungen erfolgen ebenfalls betont offen und relativ unkritisch, einem so nicht existierenden Medizinpluralismus folgend (*anything goes*, vgl. die ausführliche Diskussion in Kap. 2.3.1.). Die Konzepte und Bezugssysteme der Medizinformen werden zwar dargestellt, die Unterschiede zur Schulmedizin aber nicht vergleichend verdeutlicht, und die möglichen konfligierenden Konsequenzen nicht problematisiert. Kritische Äußerungen beziehen sich lediglich auf die Warnung, sich bei wirklich ernsten Erkrankungen an die Schulmedizin zu wenden. Es gibt aber keinerlei Kritik an der Schulmedizin, ihren Methoden und ihren Grenzen. Die anwesenden ExpertInnen der alternativen Medizinformen stellen häufig ihren Wunsch nach der Integration der Systeme in den Vordergrund, also z.B. den Behandlungsreichtum der TCM mit den exzellenten diagnostisch-technischen Verfahren der Biomedizin zu verbinden. So wird die moderne Schulmedizin als völlig aufgeschlossen inszeniert und das vielfältige Angebot an alternativen Medizinformen wird "kommodifiziert", also leicht konsumierbar gemacht, wiederum ohne das dominante Medizinsystem zu stören.

6.11.1.2. Die Kommodifikation des ganzheitlich-medizinischen Diskurses

In den *Talkshows* steht gerade die Darstellung alternativer bis exotischer Medizinformen und Behandlungspraktiken im Vordergrund, da sich diese gemeinsam mit dramatischen Krankheitsschicksalen besonders gut zur Produktion von emotionalisierter Unterhaltung eignen. Im Sinne der Inszenierung von Emotionalität und Betroffenheit werden besondere oder ungewöhnliche Techniken demonstriert, "fremde" Heilmittel nahe gebracht und alternativmedizinische Methoden als Wundermittel und *ultima ratio* hochstilisiert, vor allem, wenn die Schulmedizin bei der Krankheitsbehandlung versagt hat. Da Talkshows als Sendungsformat ganz generell inhaltlich wenig ernst genommen werden, ist allerdings anzunehmen, dass die hohe Präsenz der Alternativmedizin gerade in diesem Sendungsformat auch für die Bewertung der Alternativmedizin selbst heikel bis ist. Zudem werden durch die am Außergewöhnlichen und an "Erlösungsgeschichten" orientierte Berichterstattung überhöhte Erwartungen an Heilerfolge geschürt und – ganz paradox – Heilmethoden wie etwa die Traditionelle Chinesische Medizin, die sich schon langsam im Medizinsystem etabliert haben, wieder "exotisiert".

Die Verfahren, die in den Talkshows mit den Gesprächen mit den ExpertInnen zur Darstellung alternativer und ganzheitlichen Medizinformen eingesetzt werden, um *unterhaltsame und verständliche öffentliche Gesundheitsinformation* zu produzieren, sind die Personalisierung der ExpertInnen, die Betonung der persönlichen Arzt-Patienten-Beziehung, die Bezugnahme zur Krankengeschichte der Betroffenen, die Verbindung des medizinischen mit dem lebensweltlichem Diskurs und die Herstellung verständli-

cher und bildhafter Information. Eben diese Verfahren der medialen Inszenierung sind die zentralen Charakteristika einer ganzheitlichen, patientenzentrierten Medizin, die so in der Sendung verstärkt und als Diskurs realisiert werden. Auch dies ist ein Grund, warum die Darstellung alternativer Methoden medial so geeignet ist. Da die Talkshow-ModeratorInnen fachliche Laien sind, kollidiert dieser inszenierte ganzheitlich-medizinische Diskurs auch nicht mit einem anderen medizinischen, kann sich in diesem Sendungsformat – wenn auch medial in Richtung Unterhaltung verzerrt – also entfalten.

6.11.1.3. Der schulmedizin-kritische Diskurs ohne Gegner

Ein Diskurs, der im Gegensatz zum Medizintalk gerade in den Talkshows auch Raum bekommt, ist der *schulmedizin-kritische Diskurs*. Betroffene erzählen von ihren schlechten oder fragwürdigen Erlebnissen mit ÄrztInnen oder dem Gesundheitswesen, sie wurden nicht entsprechend ernst genommen, nur oberflächlich behandelt, nicht in ihrer Gesamtproblematik wahrgenommen, nicht oder nur unzureichend aufgeklärt, Behandlungsfehler nicht anerkannt, Symptome wurden nicht oder falsch diagnostiziert, sie wurden von einem Arzt zum nächsten geschickt, als "austherapiert" entlassen oder in die Spirale eines endlosen, jahrelangen Leidenswegs durch Krankenhäuser, Arztpraxen und Spezialkliniken gedrängt, die oft nur durch Zufälligkeiten oder die bewusste Hinwendung zu alternativen Heilpraktiken ihr Ende fand. Dies ist besonders typisch für chronische Erkrankungen.

Für Betroffene können Talkshows zu einer Art Forum für die *Darstellung des Versagens der traditionellen Medizin* werden. Für Talkshow-ProduzentInnen steht das Potenzial an emotionalisierter Unterhaltung im Vordergrund, das in den entsprechenden Erlebnissen steckt. Die vielfältige Kritik am dominanten medizinischen Modell wird nicht zu substanzieller Diskussion genützt. So wird dem schulmedizin-kritischen Diskurs Raum geboten. Dies ist paradoxerweise nur deshalb möglich, weil Talkshows als Sendungsformat nicht ernst genommen werden und darum auch nicht die dort produzierten kritischen Diskurse für das dominante Medizinsystem nicht gefährlich sind.

Anders hingegen im *Medizintalk*, wo der *schulmedizin-kritische Diskurs unterdrückt* wird: Wenn Aspekte des Versagens der Schulmedizin oder des Gesundheitswesens wie etwa Fehlbehandlungen oder Unterlassungen in den Darstellungen der Betroffenen auftauchen, werden sie vom Moderator nicht weiter thematisiert oder gar systemkritisch vertieft, bekannte Probleme der Schulmedizin wie etwa die Herstellung von Schmerzmittelabhängigkeit durch ärztliche Verschreibung werden als quasi naturgegebene Fakten hingenommen, ideologischerweise naturalisiert. So wird der dominante Diskurs der Schulmedizin gestärkt und geschützt.

7. Die Lust am Bizarren: Die medienspezifische Konstruktion soziokultureller Bedeutung von Krankheit

Die Normalität,
so sagt der Perverse,
ist die Kastration des Eros.

Joyce McDougall

Vorschau

Dieses Kapitel umfasst drei Fallbeispiele, und zwar zu den Themen Brustkrebs, Ess-Störungen und Chronisches Erschöpfungssyndrom. Diesen Störungen bzw. Krankheitsbildern gemeinsam ist, dass sie sich durch komplexe medizinische, soziale, kulturelle und psychologische Bedeutungen auszeichnen und gesellschaftlich heikle Themen wie Kontrollverlust, körperliche Entstellung und Sterben tangieren. In Ergänzung zur vergleichenden Analyse der Vielfalt sprachlicher Verfahren zur Produktion von Diskursen, soll anhand dieser fallstudienartigen Analysen dargestellt werden, wie die *interaktive Konstruktion soziokultureller Bedeutung von Krankheit und Körper* durch Sendungsgestaltung, Prozessdynamik und entsprechende Relevanzsetzungen vor sich geht.

Die Behandlung des *Themas Brustkrebs* im Medizintalk macht deutlich, wie die biomedizinische Orientierung die relevanten psychischen und sozialen Anteile dieser Erkrankung, denen Frauen bei Diagnose und nachfolgenden Behandlungen ausgesetzt sind, überlagert bis bagatellisiert. Das angekündigte offene Sprechen über ein komplexes und tabubehaftetes Thema wird durch bloßes "öffentliches Sprechen" darüber ersetzt.

Anhand der Erzählung einer jungen Frau in einer Talkshow zum *Thema Ess-Störungen* wird aufgerollt, wie diese mittlerweile bekannte "Karriere" vieler Frauen und Mädchen – von Diät über Magersucht (Anorexie) bis zu Ess-Brechsucht (Bulimie) – nicht nur zur Produktion von spannender Unterhaltung benützt wird, sondern darüber hinausgehend zur Inszenierung von persönlichem Versagen an gesellschaftlichen Normen und von Schuld. Die eigentliche Geschichte der betroffenen jungen Frau und ihr Relevanzsystem bleiben hinter dieser Inszenierung verborgen.

Beim *Thema Chronisches Erschöpfungssyndrom* werden zuerst die medizinischen, psychologischen und soziokulturellen Ansätze zur Deutung dieser "modernen Krankheit" umrissen, anschließend die mediale Aufbereitung in Medizintalk und Talkshow verglichen. Die primär somatisierte Darstellung in der Medizinsendung dient den ZuschauerInnen eher (der fragwürdigen Förderung) der Selbstdiagnose als dem Verstehen der komplexen möglichen Hintergründe dieses Krankheitsbildes. In der Talkshow gelingt es über die plastische Darstellung der speziellen einzelnen Symptomatiken immerhin, das Leidensausmaß nachvollziehbar zu machen. Beide Sendungsformate bleiben in der "Verwunderung" über die Bizarrheit des Krankheitsbildes gefangen.

7.1. Brustkrebs: Das öffentliche Tabu[70]

Eine Krebserkrankung ist nicht nur eine physiologische Erkrankung, ein medizinisches Phänomen, sondern auch ein Leiden, also ein mit kultureller und sozialer Bedeutung befrachtetes Phänomen. Das Thema Brustkrebs bei Frauen birgt deshalb neben der medizinische Bedeutung einer pathologischen Veränderung des weiblichen Brustgewebes und deren Diagnose und Behandlung auch eine Vielfalt an kulturellen und psychosozialen Bedeutungen. Als schwere Krebserkrankung, die aufgrund der notwendigen operativen Eingriffe an der Brust den weiblichen Körper oftmals zu entstellen droht und die die betroffenen Frauen ihre körperliche Integrität und psychosexuelle Identität in Frage stellen lässt, löst sie bei den Betroffenen und ihrem Umfeld massive Ängste aus. Aufgrund dieses Naheverhältnisses zu den Themen Tod, Stigmatisierung, Sexualität und körperliche Entstellung gilt das Thema Brustkrebs als schwieriges und heikles Thema, als "Tabuthema", wegen der hohen und steigenden Zahl an Neuerkrankungen ist es jedoch auch von hoher sozialer und gesundheitspolitischer Relevanz, die Aufklärung und öffentliche Information fordert.

Die Untersuchung der medialen Aufbereitung eines solchen gleichermaßen heiklen wie bedeutungsvollen Themas soll folgende Fragen beantworten: Welches medizinische Diagnose- und Therapiemodell wird in der Sendung als relevantes Modell im Umgang mit der Erkrankung favorisiert, welche Krankheitsbedeutungen, die psychologisch und sozial problematisch sind, finden Raum und können öffentlich diskutiert werden und welche normativen Vorstellungen von Weiblichkeit und Geschlechterrollen werden reproduziert oder aber kritisch beleuchtet. Dabei soll auch problematisiert werden, ob und wie in einem öffentlichen Informations- und Unterhaltungsmedium über "Tabus" gesprochen werden kann, (vgl. Ussher 1989, Mixa et al. 1996, Franklin u. Goodman 1997).

7.1.1. Die Zielsetzungen der Sendung

Zur medizinischen Informationssendung "*Gesundheit!*" (ZDF) mit dem Titel "Brustkrebs" vom 10.4.1997 sind eine gynäkologische Expertin, Frau Dr. Engel (JE), und zwei ehemals erkrankte Frauen eingeladen: Frau Winklers (DW) linke Brust musste vor fünf Jahren amputiert werden, Frau Gabler (CG) wurde vor drei Jahren brusterhaltend operiert. Der Moderator der Sendereihe, Dr. Gerhardt (MO), ist praktizierender Allgemeinarzt.

Die beiden Zielsetzungen der Sendung sind, ganz im Sinne von präventiver Gesundheitsinformation, Unwissen zu beseitigen und die Angst vor einer Krebsdiagnose zu verringern. Die ZuschauerInnen sollen darüber aufgeklärt werden, dass die Laien-Vorstellungen, Brustkrebs wäre immer gleichbedeutend mit einer Brustamputation und Krebs wäre immer gleichbedeutend mit Sterben, aus heutiger medizinischer Sicht nicht mehr zutreffen. Diese Aufklärung soll zu einem veränderten Verhalten motivieren, also etwa zu einer größeren Bereitschaft, sich mit der Möglichkeit einer Erkrankung zu konfrontieren und sich regelmäßig selbst zu untersuchen bzw. untersuchen zu lassen – mit dem persönlichen Vorteil, im Falle einer Erkrankung schnell geheilt werden zu können.

Die Vermittlung von entsprechendem Wissen über die Entstehung von Brustkrebs und seine Behandlungsmöglichkeiten erfolgt über die Erzählungen der beiden betroffenen Frauen, wie sie ihren Brustkrebs entdeckt hätten und wie er behandelt worden sei,

[70] Eine frühere Fassung dieses Abschnitts wurde publiziert unter dem Titel: Tabuthema Brustkrebs? Die diskursive Konstruktion von medizinischer und kultureller Bedeutung in Gesundheitssendungen des Fernsehens. In: Zeitschrift für Psychotherapie und Sozialwissenschaft 1/1999, 56-82.

über fachbezogene Darstellungen der Gynäkologin zu aktuellen Diagnose- und Operationstechniken und über Kommentare und Erklärungen des ärztlichen Moderators. Die Entscheidung, was über den rein organisch-pathologischen Bereich hinausgehend relevantes (also „wissenswertes“)Wissen zum Thema Brustkrebs ist und was nicht, hängt natürlich eng mit der Konzeptualisierung von Krankheit und Gesundheit zusammen.

Mehrmals betont Dr. Gerhardt, dass es auch Ziel der Sendung sei, über die öffentliche Darstellung zu einer Enttabuisierung und Entmystifizierung des Themas beizutragen. Die weitere linguistische Analyse wird zeigen, ob das angekündigte öffentliche Sprechen im Fernsehen mit offenem Sprechen über dieses Thema gleichgesetzt werden kann.

7.1.2. Die Einführung eines "heiklen Themas"

Unmittelbar nach der Begrüßung der ZuschauerInnen führt der Moderator Dr. Gerhardt das Sendungsthema als ein heikles Thema ein:

002
MO: herzlich willkommen zu Gesundheit' - - > wir wollen uns heute mit einem: heiklen
Applaus >

003
MO: Thema beschäftigen' <EA> es ist fast ein Tabuthema' <EA> der Brustkrebs.

Mit den Begriffen *heikel* und *Tabuthema* bezieht er sich auf aktuelle kulturelle und soziale Bedeutungen der Erkrankung Brustkrebs, die mehrere tabubehaftete Bereiche tangiert: Tod und Sterben, körperliche Entstellung durch Narben und Amputation und Sexualität. Die Betonung, dass es sich bei Brustkrebs "fast" um ein Tabuthema handle, soll deutlich machen, dass ganz generell viel zu wenig und viel zu verdeckt darüber gesprochen würde. Dies soll der Sendung und der Themenauswahl auch Wichtigkeit verleihen, im Sinne einer aufklärenden, offenen Gesundheitsinformation. Der Einsatz von tabubehafteten Themen und deren Öffentlichmachung kann auch dazu dienen, Spannung zu erzeugen (Lalouschek 1997a), und so kann die einleitende Ankündigung, ein heikles Thema zu behandeln, auch dazu dienen, die folgende Sendung interessant zu machen.

Anschließend spricht Dr. Gerhardt die relevanten Bedeutungsbereiche Sexualität, Körperlichkeit und mögliches Sterben auch an, allerdings nur indirekt:

008
MO: <EA> es ist ja einfach so dass die: <AA> weibliche Brust das: Symbol der Weiblichkeit

009
MO: schlechthin ist' <EA> das is die eine Seite. auf der andern Seite kann diese Brust auch

010
MO: schwer erkranken'

Er spaltet das Problem Brust und Krebs auf: zum einen in *Brust und ihren symbolischen Gehalt* als sekundäres weibliches Geschlechtsmerkmal, das für Weiblichkeit und Sexualität und alle entsprechenden kulturellen Implikationen steht, zum andren in *Brust als körperliches Organ*, das, wie jedes andere, an Krebs erkranken kann. Dies sind jedoch nur Umschreibungen für die tabuisierten Bereiche, die hier im Raum stehen, wie etwa der Ausdruck *Symbol für Weiblichkeit (008)* für Sexualität und der Euphemismus *schwer erkranken (010)* für Sterben. Als Andeutungen sind sie keinesfalls dazu geeignet, das Heikle zu erklären und die zugrunde liegende Gesamtproblematik zu verdeutlichen. Diese mangelnde Transparenz prägt seine weiteren Ausführungen:

011
MO: <EA> wir haben zweiundvierzigtausend Neuerkrankungen <EA> jedes Jahr in der
012
MO: Bundesrepublik. <EA> die Angst vor Brustkrebs, und die Unwissenheit' kann führen zu -
013
MO: Verdrängung' <EA> oder zu Unsicherheit' <EA> und nur so kann man sich das
014
MO: erklären' <EA> dass: zwischen dem ertasten eines Knotens' und dem Gang zum Arzt'
015
MO: <EA> in der Regel ein halbes Jahr vergeht, <EA> bis hier die notwendigen Schritte <EA>
016
MO: eingeleitet werden.

Dr. Gerhardt nennt die hohen Zahlen der jährlichen Neuerkrankungen und einige Gründe für einen unangemessenen Umgang mit der Möglichkeit einer Krebserkrankung, nämlich Unwissenheit, die Angst vor Brustkrebs, Verdrängung und Unsicherheit. Auch hier nennt er zwar wieder die Angst, erklärt aber nicht, worin diese Angst eigentlich besteht, wodurch die Unsicherheit ausgelöst wird und warum verdrängt wird. Es entsteht der Eindruck, er und alle Zusehenden wüssten, worum es geht, ohne dass es explizit gemacht werden müsste. Dies entspricht genau der Art und Weise, wie Tabuthemen interaktiv bearbeitet werden, nämlich in Form von Andeutungen in Bezug auf vorausgesetztes, gemeinsames kulturelles Wissen.

Wie schon erwähnt, weist er im Verlauf der Sendung mehrfach explizit auf die Zielsetzung der Sendung hin, nämlich mit der falschen Vorstellung aufzuräumen, Brustkrebs wäre gleichbedeutend mit Sterben, z.B.:

149
MO: <EA> aber das is ja auch der Ansatz: äh unserer - heutigen Sendung, <EA> dass wir hier
150
MO: Angst nehmen wollen' ja? und nicht äh eben Brustkrebs' - du liebe Zeit! das is
151
MO: gleichbedeutend mit: sterben' ja?

Dies ist Indiz dafür, dass Dr. Gerhardt mit der Formulierung *Angst vor Brustkrebs (012)* vor allem die Angst vor einer todbringenden Erkrankung meint. So fokussiert er in der Einleitung den symbolischen Gehalt von Krebs als tödlicher Krankheit und damit den tabuisierten Bereich des Sterbens, nicht mehr die Bereiche Sexualität, Weiblichkeit und körperliche Integrität. Die *Spaltung* in kulturelles Symbol und körperliche Erkrankung, die in den Flächen (008) - (010) eingeführt wurde, dient nicht mehr der Aufbereitung und Klärung der Vielschichtigkeit des Problems, sondern der Ausblendung bestimmter Bedeutungsbereiche.

Mit diesen Ausführungen kommt Dr. Gerhardt am Ende der Einleitung auch zu dem eigentlichen Problem, um das es in der Sendung gehen soll: Krebs, auch Brustkrebs, ist mit heutigen medizinischen Mitteln durchaus und gut heilbar, unter der Voraussetzung, dass er frühzeitig erkannt und einer medizinischen Behandlung zugeführt wird. In dieser Darstellung schwingt das Bild einer gleichermaßen aufgeklärten wie gefügigen Patientin mit, die sich, eine körperliche Fehlfunktion erkennend, unverzüglich, ohne Angst, ohne Verdrängung und ohne Verzögerung, mit vollem Vertrauen auf Behandelbarkeit, wenn nicht sogar Heilung, dem medizinischen System übergibt. Dies erinnert an eine kritische Betrachtung des medizinischen Systems durch Michael Balint, der meinte, "es wurde schon mehrfach erwähnt, dass die Ärzteschaft etwa in den letzten Jahren die Patienten, ja, die ganze Bevölkerung der westlichen Welt erfolgreich darauf trainiert hat, eine routinemäßige klinische Untersuchung zu erwarten und sich ihr ohne viel Verlegenheit oder Furcht zu unterziehen" (Balint 1964). Das eigentliche Problem, so scheint

es, ist weniger die Krebserkrankung der Brust, als Frauen, die sich aufgrund mangelnder Aufklärung und Kooperativität eines gesundheitsschädigenden Verhaltens schuldig machen.

Der moralische Unterton, der in dieser Einleitung mitschwingt, verweist auf das Menschenbild des zur Zeit gängigen Diskurses der Gesundheitsförderung. In einer Gesellschaft, in der der kontrollierte Körper zum allgemeinen Ideal emporgehoben und zelebriert wird, wird ein Individuum bevorzugt, das gesundheitsbewusst, selbst regulierend, rational und diszipliniert handelt (Lupton 1996, Turner 1996, vgl. auch Kap. 1.5.4.). Diejenigen, die bewusst ihre Gesundheit riskieren, also z.B. den rechtzeitigen Gang zum Arzt verweigern, werden als irrational und unverantwortlich verurteilt, wodurch Erkrankung und gesundheitsschädigendes Verhalten zu moralischen Kategorien werden.

Schon in der Einleitung deutet sich an, dass das "heikle Thema" und seine Vielfalt an Bedeutungen für die öffentliche Darstellung auf einen umgrenzten, vorwiegend medizinisch erfassbaren Problembereich eingeengt wird. Dieser Prozess vermag es – zumindest scheinbar – von einem Teil seiner Tabubehaftetheit zu befreien und es öffentlich, wenn vielleicht auch nicht unbedingt offen, besprechbar zu machen.

7.1.3. Vom ersten Ertasten zur Diagnose: "ich wollt s nicht haben"

Nach der Vorstellungsrunde beginnt Dr. Gerhardt das erste Gespräch mit Frau Winkler:

028
MO: Frau Winkler! - - Thema Brustkrebs. - - hatten Sie: - als Sie: - das erste Mal was

029
MO: getastet haben, <EA> hatten Sie da schon im: Kopf: - diese Diagnose?
DW: nein' - überhaupt nicht.

Der Moderator eröffnet mit dem Thema "medizinische Uninformiertheit". Die Antwort Frau Winklers bestätigt, dass dieses Unwissen über den Brustkrebs tatsächlich verbreitet ist, und unterstützt damit das Vorhaben der Sendung, dieses Unwissen zu beseitigen. Der Umstand, dass Frau Winkler eine Betroffene ist, ihre Brust musste ja amputiert werden, macht diese Feststellung für die Zusehenden umso dramatischer und bedeutungsvoller.

Diese Interaktionssequenz ist kein Zufallsprodukt. Teil der medialen Inszenierung ist die Vorbereitetheit von Abläufen und Inhalten. Dr. Gerhardt sind die Krankheitsgeschichten der Betroffenen, zumindest in groben Zügen, bekannt. Dies wird z.B. transparent, wenn er in seiner Frage schon einen Teil der Erzählung Frau Winklers übernimmt (*als Sie das erste Mal was getastet haben (028)*). So weiß er auch, dass Brustkrebs für sie bis zu ihrer Erkrankung kein Thema war, und er setzt dieses Vorwissen ein, um die Zielrichtung der Sendung zu steuern.

Festzuhalten ist, dass sich seine gesprächseinleitende Frage rein auf den Krankheitsaspekt von Brustkrebs bezieht, also auf die medizinische Diagnose und die Aufgeklärtheit darüber, nicht z.B. auf das spezifische persönliche Erleben Frau Winklers bei der Entdeckung des Knotens bzw. der Mitteilung der Diagnose. Anschließend fordert Dr. Gerhardt sie zu einer Schilderung der Krankheitsphase vom Ertasten des Knotens bis zur Operation auf.

030
MO: wie is das denn bei Ihnen gelaufen?
DW: des war <AA> ganz urplötzlich zu spüren' - - zwei oder

031
DW: drei Monate nach meiner Routineuntersuchung - - die ich immer – hinter mir gebracht

032
MO: also die Krebsfrüherkennungsuntersuchung? beim Arzt'
DW: habe' (die meine) ja. die ganz normale Krebs/. und

033
DW: zwei drei Monate/ ja drei Monate warn s im März, <EA> - da is irgendwann eines abends'

034
DW: <AA> wo ich gedacht hob' <AA:> irgendwas is da' – aba ich hab/ ich hob s eigentlich/ m: ich/

035
MO: hmhm[v]
DW: äh es war für mich: nichts Schlimmes. ich wollt s nicht haben.

Hier kommt es zu einer inhaltlich problematischen Sequenz: Frau Winkler erzählt, dass sie kurz zuvor bei der Krebsfrüherkennungsuntersuchung gewesen sei, die auch in dieser Sendung neben der regelmäßigen Selbstabtastung der Brust als die Vorsorgemethode propagiert wird. Gerade die Sicherheit und Verlässlichkeit, die mit der Früherkennungsuntersuchung versprochen wird, soll ja die Angst vor Brustkrebs als tödlicher Erkrankung nehmen. Die persönliche Erfahrung Frau Winklers stellt diese Verlässlichkeit natürlich infrage. Diese inhaltliche Problematik wird interaktiv jedoch nicht bearbeitet, sondern durch Formulierungsaktivitäten übergangen. Dr. Gerhardt klärt an dieser Stelle den Ausdruck *Routineuntersuchung (031)*, reformuliert ihn für die Zusehenden zur spezifischeren *Krebsfrüherkennungsuntersuchung (032)*, Frau Winkler bestätigt und fährt in ihrer Darstellung fort.

Diese mangelnde Übereinstimmung zwischen der persönlichen Erfahrung und der Expertenmeinung lässt *diagnostisch-therapeutische Unsicherheitsbereiche* sichtbar werden, die obwohl vielfältig vorhanden, von der Schulmedizin aufgrund ihres Selbstverständnisses generell kaum deutlich gemacht werden (Atkinson 1995). Fehlende Erklärungen zu diesem Widerspruch versorgen die ZuschauerInnen aber mit zwei gegensätzlichen Informationen, was die Zielsetzung der Sendung, Ängste und Unsicherheiten zu nehmen und das Vertrauen in die medizinische Technik zu verstärken, nicht unterstützen kann.

Frau Winkler bekommt ausreichend Raum, den Weg vom Ertasten des Knotens bis zur Diagnose Brustkrebs darzustellen. Sie zählt die medizinisch bedeutsamen Stationen Mammographie, Gewebeprobeentnahme und Diagnosemitteilung auf. Zusätzlich lässt sie im Laufe ihrer Erzählung neben Bemerkungen zu ihrem lebensweltlichen Kontext auch immer wieder Bemerkungen über ihre damaligen Ängste, ihr Befinden, ihr persönliches Erleben einfließen, womit sie auf den für sie erlebensmäßig relevanten Bedeutungsbereich der Erkrankung referiert:

060
MO: hmhm[v]
DW: ob ich einverstanden wär' eine Gewebeprobeentnahme. <EA> und dann: m kam so

062
MO: hmhm[v] hm.
DW: immer mehr Angst. hamma denkt, ach:' irgendwie - is es doch net so wies du gmant hast.

Dr. Gerhardt begleitet diese Schilderungen des persönlichen Erlebens stets mit bestätigenden Hörersignalen, stellt aber keine vertiefenden Nachfragen. Als Frau Winkler ihre Darstellung beendet, führt er das Gespräch folgendermaßen weiter:

073
DW: die Gewebeprobe is nach fünf Tagen dann das Ergebnis gekommen' die war halt -

074
MO: -hmhm[v] <EA> sagen Sie, - Brustkrebs. vor dieser ganzen'/ - vor dem Auftreten
DW: Brustkrebs.

075
MO: dieses Knotens, <EA> war das überhaupt n Thema für Sie? überhaupt nich?
DW: na. na über=

076
DW: haupt net. na überhaupt net. <EA> des war a immer noch, <EA> ah <AA> des war erst a

077
MO: ja' hmhm^{v}
DW: Thema wie äh/ nach dieser äh: - Gewebeprobe' ah Anruf von München' <EA> es

078
MO: hmhm^{v} <EA> Frau Gabler' – wie ist man bei Ihnen zur Diagnose
DW: eilt:' - es sei - Brustkrebs.

079
MO: gekommen?

Dr. Gerhardt quittiert die Darstellung Frau Winklers mit einem Hörersignal, geht auf sie aber nicht weiter ein, sondern stellt eine ähnliche Frage wie zu Beginn des Gesprächs (028/029), nämlich ob Brustkrebs für sie vor der Erkrankung ein Thema gewesen sei, was diese wiederum verneint.

An dieser Stelle der Erzählung stünden alle Inhalte zur Disposition, die von Frau Winkler im Zuge ihrer Darstellung angesprochen oder angedeutet wurden und die von Dr. Gerhardt durch interaktive Prozessierungsstrategien wie Aufgreifen, Nachfragen oder Vertiefen zum Thema gemacht werden könnten (vgl. Fiehler 2005): Das persönliche Erleben bei der Diagnosemitteilung, ihre Ängste und Bedenken oder auch ihre Bewältigungsstrategien, also etwa die Suche nach Information zu diesem bis dato irrelevanten Thema Brustkrebs, die Reaktion ihres Partners und ihres sozialen Umfelds oder die Betreuung durch die Ärzte. Dr. Gerhardt geht auf keinen dieser möglichen Inhalte ein, und damit auf keine dieser möglichen Bedeutungsbereiche, die das Thema Brustkrebs eben zu einem "heiklen Thema" machen. Er stellt eine vom Inhalt her medizinnahe Frage, mit der er zusätzlich in einen Erlebenszeitraum zurückführt, der *vor* der Zeit liegt, die in der Erzählung relevant war (*vor dem Auftreten dieses Knotens (074)*). Nach der Antwort Frau Winklers erteilt er das Wort an die zweite Frau, Frau Gabler, und fordert sie zur Darstellung ihrer Geschichte auf.

Bei dieser Übergabe des Redebeitrags fällt auch ein ganz wichtiger Inhalt Frau Winklers unter den Tisch, nämlich die von ihr angesprochene große Eile (078). Betroffene Frauen beklagen immer wieder, dass diese große Eile der Handlungen und Entscheidungen, die auf so eine Diagnose üblicherweise vom medizinischen System eingefordert würde, systematisch eine selbst bestimmte und angemessene Auseinandersetzung mit dem Thema und den unterschiedlichen Behandlungsmöglichkeiten und ihren Folgen unterbinde und nur Angst schüre. Die Konsequenz ist, dass die Frauen sich üblicherweise in einen Sog von Maßnahmen hineingezogen fühlen, über den sie jegliche Kontrolle verlieren und sie oft erst im Nachhinein – mit entsprechender Wut und Enttäuschung – auf für sie angemessenere Alternativen und Entscheidungswege aufmerksam werden. Eine Thematisierung und realistische Betrachtung der tatsächlich notwendigen Eile Behandlungsschritte zu setzen, wäre natürlich geeignet, Angst zu nehmen – hätte aber die Konsequenz einer Stärkung der Selbstbestimmung der Betroffenen Frauen.

An dieser Stelle der Interaktion wird deutlich, dass die inhaltlichen Schwerpunkte von Dr. Gerhardt über die Gesprächsorganisation und seine inhaltlichen Vorgaben ganz präzise gesteuert werden, entsprechend seiner Konzeptualisierungen und Bedeutungsrelevanzen. Dabei zeigt sich, dass - zumindest bis zu diesem Punkt der Sendung - die psychosozial bedeutsamen Bereiche in den Erzählungen von den Betroffenen zwar angesprochen oder angedeutet werden können, sie von Dr. Gerhardt aber nicht aufgegriffen und daher nicht zum Thema gemacht werden. Auch die anfangs durchgeführte Spaltung in soziale Symbolik und körperliche Erkrankung wird nach wie vor aufrechterhalten, da (noch) nicht thematisiert wird, was es für eine Frau erlebensmäßig bedeutet, wenn ihr Symbol für Weiblichkeit bedroht ist oder gar abgenommen werden muss.

7.1.4. Operationstechniken und Heilungschancen: "dann würde man auch zu einer Ablatio raten"

Anschließend an die Darstellung Frau Gablers holt Dr. Gerhardt die eingeladene Gynäkologin ins Gespräch:

122
MO: frag ma unsre Spezialistin. Frau - Engel. <EA> ahm, wir ham s jetzt hier gehört' die eine

123
MO: brusterhaltend' einmal die ganze Brust' <EA> ist es heute so: dass man: äh jetzt nicht

124
MO: mehr sagt wie früher noch, Brustkrebs bedeutet' - gleich die ganze Brust wird entfernt.

Dr. Gerhardt kategorisiert der Fachfrau gegenüber die beiden Frauen anhand der unterschiedlichen operativen Eingriffe (*die eine brusterhaltend' einmal die ganze Brust' (123)*). Damit präsentiert er der Expertin die beiden Anwesenden in reduzierter Form als *medizinische Fälle*, also in ihrer medizinisch-technischen Bedeutung, und inszeniert so ein prototypisches, wenn nicht gar stereotypes Fachgespräch unter Ärzten - eine Interaktionssituation, die im medizinischen Alltag allerdings zunehmend verpönt ist, nämlich sich im Beisein der PatientInnen über sie zu unterhalten und sie auf ihr erkranktes Organ zu reduzieren.

Die Reduktion der Frauen auf ihre vorhandene resp. nicht mehr vorhandene Brust, dient ihm dazu, einen entsprechenden Inhalt einzubringen, nämlich dass die Laienvorstellung, Brustkrebs sei gleichbedeutend mit Brustamputation, falsch sei. Dr. Gerhardt stellt eine so genannte "laienhafte Frage" (Partheymüller 1992), die aus der Perspektive potentieller ZuschauerInnen oder Nicht-Spezialisten formuliert ist (*ist es heute so: dass ... (123)*). Die Darstellung der Expertin fällt erwartbar aus:

125
JE: nein, es ist <*räuspern*> also es werden - s:icher über zwei Drittel inzwischen brusterhaltend

126
MO: hmhm[v]
JE: operiert' <EA> gottseidank! es gibt aber gewisse Indikationsstellungen' wo man das

127
MO: ja[v]
JE: der Patientin nicht raten kann:' <EA> zum Beispiel wenn - die Histologie ein bestimmter

128
JE: Typ is' zu einem multifokalen Wachstum neigt, - da gibt es verschiedenste Kriterien' – da is es

129
JE: dann nicht sinnvoll' - o:der, weil in dem brusterhaltenden Therapiekonzept immer die

130
JE: Bestrahlung mit inbegriffen ist, wenn es irgendwelche Kontraindikationen gegen die

131
MO: hmhm[v]
JE: Bestrahlung gibt' <EA> oder wenn die Patientin die Bestrahlung ablehnt' dann würde

132
JE: m:an auch - zu einer Ablatio raten.

Die Darstellung der Expertin, wann eine Amputation der Brust unumgänglich ist, ist durchsetzt mit Fachausdrücken (*multifokales Wachstum*, *Ablatio* etc.) und inhaltlich komplex. Die Ärztin scheint das fachinterne Gespräch mit dem Moderator fortzusetzen, indem sie einen rein *fachsprachlichen Diskurs* realisiert. Hier wird ein die Sendung generell begleitendes Problem deutlich, das aus der Doppelrolle des Moderators erwächst: Als medizinischer Experte animiert Dr. Gerhardt die eingeladenen Experten und Expertinnen zu erhöhter Produktion von Fachlichkeit, die in Gesundheitssendungen mit LaienmoderatorInnen nicht zu beobachten ist. Auffallend ist, dass er in dieser Sequenz sei-

ner Moderatorenaufgabe, die Fachausdrücke der Ärztin für die ZuschauerInnen zu übersetzen und verständlich darzustellen, nicht nachkommt.

Da diese Erklärung für Laien im wesentlichen unverständlich bleibt, kann sie also kaum dazu dienen, falsche Laienvorstellungen durch die Vermittlung von fachlich zutreffender Information zu korrigieren und dahinter liegende Beunruhigungen und Ängste zu nehmen, also diese Zielsetzung der Sendung zu erfüllen. Paradoxerweise kann aber gerade die *Inszenierung eines fast stereotypen ärztlichen Fachgesprächs* wie auch diese fachsprachliche Sequenz, durchaus dazu dienen, der Sendung hohe Fachlichkeit und Ernsthaftigkeit zu verleihen. Die Funktionalität liegt an dieser Stelle nicht so sehr in der Vermittlung von nachvollziehbarer und umsetzbarer Information, dafür bietet die Sendung an anderen Stellen Raum genug, sondern an der unterhaltsamen Vermittlung von Expertise: Hier sprechen zwei medizinische ExpertInnen miteinander in einer aus Alltagserfahrungen bekannter Form.

Dies setzt sich in der anschließenden Sequenz fort. Dr. Gerhardt befragt die Expertin zu einer weiteren unrichtigen Laienvorstellung, Brustkrebs wäre gleichbedeutend mit Sterben, und fordert sie auf, entsprechende korrigierende Zahlen zu nennen:

144
JE: also es werden s:iebzig bis achtzig Prozent in den Stadien - eins und zwei – erkannt'

145
MO: ja. ja. hmhm[v]
JE: gottseidank' und: - ein Stadium eins hat zwischen 70 und 90 Prozent Heilung.

146
JE: wenn nicht mehr. also das heißt es ist <EA> absolut kein/ keine Schockdiagnose'

Diese Informationen der Expertin könnten in der Tat geeignet sein, die unzutreffende Laienvorstellung zu korrigieren und betroffene Frauen gegebenenfalls vom Erlebnis einer Schockdiagnose zu entlasten. Allerdings bleibt die Einteilung der Krebsstadien, die ja Voraussetzung für eine angemessene Beurteilung der Überlebens- und Heilungschancen ist, für Laien völlig abstrakt. Dies nimmt der Information einiges ihrer Wirkung. Mit dieser fachsprachlich ausgerichteten Form der Darstellung referiert sie in erster Linie auf das medizinisch-technische Bedeutungssystem. Es zeigt sich, dass die medizinische Expertin ebenso der strikten Gesprächsführung Dr. Gerhardts und seinen inhaltlichen Konzeptualisierungen unterworfen ist wie die beiden betroffenen Frauen. Sie hat kaum Spielraum, ihre Beiträge eigenständig zu gestalten und z.B. andere mögliche Wissensbestände aus ihrem beruflichen Alltag einzubringen.

Etwas später wird die Gynäkologin noch gebeten, anhand von einigen Einblendungen die aktuellen diagnostischen Techniken wie etwa die Mammographie zu erläutern und Methoden der Brustoperation und des Brustwiederaufbaus darzustellen. Dazu ein Ausschnitt:

197
MO: jetzt mal das nächste Bild bitte' hier mit Eigengewebe.
JE: das wäre im Prinzip das - Pendant

198
MO: ja.
JE: dazu' <EA> man nimmt hier vom Unterbauch diesen - Fetthautlappen - und modelliert

199
MO: ja'
JE: damit eine neue Brust' <EA> das ist eine relativ eingreifende Operatio:n' wo ein relativ

200
MO: ja'
JE: großer Blutverlust stattfindet' aber das plastische Ergebnis ist oft sehr sehr schön'

201
JE: <EA> und man kann da wirklich schöne Sachen damit - - nachahmen'

In den Darstellungen der Gynäkologin wirken alle Vorgänge einfach und komplikationslos: Eine frühe Diagnose ermöglicht eine komplette Heilung, die Operation des Brustkrebses kann mit einer Wiederaufbauoperation kombiniert werden, und selbst wenn bei einer Operationsmethode der Blutverlust relativ hoch ist, so zahlt es sich wegen des schönen plastischen Ergebnisses doch aus. Was nicht angesprochen wird, ist die Realität von Mehrfachoperationen, schlecht verheilenden Narben und Geweben, weniger schönen plastischen Ergebnissen und neuerlichen Tumoren. Wie schon zuvor bezieht sich die Expertin in ihren Darstellungen auf die rein organischen und medizintechnischen Bedeutungsbereiche von Brustkrebs.

Die Zielsetzungen der Sendung sind, Laienvorstellungen, die aus rein medizinischer Sicht falsch sind, zu korrigieren, zur Krebsfrüherkennung zu motivieren und entsprechende Ängste zu nehmen. Wie die Transkriptausschnitte zeigen, scheint die vorrangige Funktion der eingeladenen Gynäkologin zu sein, dies von fachspezifischer Seite her zu unterstützen. Vor allem die Aufgabe, Angst zu nehmen, scheint dazu zu führen, die positiven Ergebnisse und die Erfolge als Beruhigungen darzustellen und die Gesamtproblematik zu beschönigen, so dass der Eindruck entsteht, die aktuelle medizinische Diagnostik und Operationstechnik hätten, die Kooperation der betroffenen Frauen vorausgesetzt, alles im Griff und könnten Brustkrebs nicht nur vollkommen heilen, sondern auch seine sichtbaren körperlichen Auswirkungen perfekt korrigieren.

7.1.5. Die Nachbehandlung: "ich habe für mich alleine gekämpft"

Die Sendezeit neigt sich ihrem Ende zu und Dr. Gerhardt führt das Thema "Nachbehandlung" ein. Bis zu diesem Zeitpunkt hätte man argumentieren können, bei der Diagnose von Brustkrebs und der Akutbehandlung seien die körperlichen und medizintechnischen Aspekte vorrangig, und all zu viele und all zu schreckliche Details würden u.U. mehr Angst erzeugen als nehmen. Nun könnte man jedoch erwarten, dass gerade in der Zeit der Nachbehandlung neben weiteren medizintechnischen Punkten, wie z.B. Chemotherapie oder Bestrahlung, auch die psychosozialen Problematiken der Erkrankung relevant werden. Denn schließlich ist es die Zeit nach der Operation, in der die Frauen und ihr Umfeld sich mit der neuen und veränderten Situation auseinandersetzen müssen und die eigentlichen Probleme und Schwierigkeiten oft erst richtig bewusst werden. Und schließlich erfasst eine Erkrankung an Krebs den ganzen Körper und den ganzen Menschen – folglich sollte auch die Behandlung entsprechend umfassend sein. Dr. Gerhardt wendet sich mit seiner Frage zuerst an Frau Winkler:

229
MO: Frau Winkler. die Nachbehandlung, wie sah die denn bei Ihnen aus?
DW: - die Nachbehandlung'

230
MO: hmhm^{v} wurde denn die/ ja'
DW: pf: GABS keine große. ich: hab für mich alleine gekämpft' - - hab meine Chemo

231
MO: Chemotherapie? ja' hmhm^{v} mit allem was
DW: hinter mich gebracht' ja^{v} halbes Jahr Chemo' -

232
MO: dazu gehört? Übelkeit, Brechreiz, Haarausfall,
DW: j:a' - mit allem nicht so Schönem' mit: ja, alles:'

233
MO: ja,
DW: alles was dazu gehört, äh: - mehr schlecht als recht hinter mir gebracht'

Es scheint, dass Frau Winkler den Ausdruck *Nachbehandlung* weniger in seiner medizinischen als sozialen Bedeutung versteht, im Sinne einer begleitenden Betreuung, da

sie die (für sie nicht erfolgte) Nachbehandlung und die Chemotherapie begrifflich und erlebensmäßig voneinander trennt. Wie auch immer dies in ihrem individuellen Falle zustande gekommen sein mag, ist das Faktum, dass diese Wirklichkeitsdarstellung überhaupt möglich ist, doch symptomatisch für das Gesundheitssystem.

Dr. Gerhardt nimmt den von ihr verwendeten Jargonausdruck *Chemo (230)* auf, übersetzt ihn in den vollständigen Ausdruck *Chemotherapie* und thematisiert die bekannten Nebenwirkungen dieser (Nach)Behandlungsmethode. Frau Winkler bestätigt seine Fragen und Aufzählungen und deutet auch an, dass es ihr insgesamt damit oder in dieser Zeit nicht gut gegangen sei (*mehr schlecht als recht (233)*). Dies führt sie folgendermaßen weiter aus:

233
DW: und: - gut, das halbe Jahr

234
DW: ging auch vorbei' - wollte dann wieder in Beruf einsteigen' - - bin auch dann wieder' - es

235
MO: hm. hmhm^{v}
DW: war aber auch meine einzigste Therapie: - mein Beruf, hab ich gedacht' wenn ich

236
DW: wieder unter Leuten bin, ich bin im Verkauf, - könnt wieder hinhaun' - war zwar nicht

237
DW: ganz so, <EA> man kämpft ganz schön. also es is: schon ganz schön happig.

Frau Winklers Darstellung enthält eine Reihe mehr oder weniger deutlicher Hinweise auf berufliche und psychische Probleme dieser Lebensphase, gipfelnd in der vorläufigen Bewertung *es is: schon ganz schön happig (237)*. Im Gegensatz zu ihrer Erwähnung der Chemotherapie geht Dr. Gerhardt auf diese Teile der Darstellung und die entsprechenden Hinweise nicht vertiefend oder hinterfragend ein.

Der Ablauf dieser Sequenz ähnelt strukturell den Phänomenen, die als charakteristisch für *ärztliche Gespräche schulmedizinischer Prägung* beschrieben wurde: Dr. Gerhardt selektiert aus den Erzählungen Frau Winklers nur jene Inhalte heraus, die dem Konzept und den Zielsetzungen der Sendung entgegenkommen. Diese interaktive Selektion betrifft beim Thema Brustkrebs nicht die psychosozialen Inhalte und Bedeutungsbereiche und auch nicht die individuellen Erlebensrelevanzen. Diese strukturelle Ähnlichkeit ist sicherlich nicht zufällig, sondern den Tatsachen zuzuschreiben, dass Dr. Gerhardt ersten selbst ja auch Arzt ist und damit quasi ein professionelles Naheverhältnis zu dieser Form sprachlicher Praxis hat und dass zweitens die Rahmenbedingungen der medialen Situation ebenso wie die streng hierarchische Rollenverteilung ein stark kontrollierendes Gesprächsverhalten fördern. Der Unterschied zum ärztlichen Gespräch liegt darin, dass Frau Winkler z.B. nicht unterbrochen wird, sondern erzählen darf, ja durchaus erzählen soll. Dies ist jedoch, wie schon gezeigt, vor allem dem medialen Unterhaltungsauftrag und ihrer medialen Funktion als "Fallbeispiel" geschuldet.

Und ähnlich wie PatientInnen in ärztlichen Gesprächen ihre Anliegen, die unterbrochen oder übergangen wurden, wiederholen, fasst Frau Winkler ihre damalige Problematik nochmals zusammen:

238
MO: hm.
DW: also die Krankheit als solches' die Chemo dazu, schwächt den Körper' <EA> schwächt

239
MO: mh. Frau Gabler' wie sah das bei Ihnen aus. <ja'> die Psyche ham Sie eben noch
DW: alles. Psyche'
<lacht>

240
MO: angedeutet' <EA> äh frag ich jetzt gleich mal äh: Frau Gabler, w:ie wurde die Psyche'
DW: hmhm^{v}

241
MO: der Mensch Gabler hier,/ - wurde da Rücksicht drauf genommen? die Seele?
CG: - Sie meinen

Dr. Gerhardt lässt Frau Winkler erzählen, begleitet sie mit Hörerrückmeldungen, geht aber auch auf das bedeutungsvoll betonte *schwächt alles (238)* nicht ein, sondern will Frau Gabler das Rederecht erteilen. Überlappend gesprochen bringt Frau Winkler noch den Ausdruck *Psyche (239)* ins Gespräch. Diese thematische Initiierung wird vom Moderator aufgenommen, aber – mit entschuldigendem Lachen zu Frau Winkler – mit der schon eingeleiteten Worterteilung an Frau Gabler weitergegeben.

Diese Sequenz zeigt wieder, dass es in der Sendung bzw. bei der medialen Gesundheitsinformation nicht um die einzelnen Personen als Individuen geht und nicht um ihre persönlichen Relevanzen und Bedeutungen. Zum Thema Psyche kann sich Frau Winkler wie Frau Gabler äußern, auch wenn die Relevanz von Frau Winkler gesetzt wurde und sich diese aus ihrem persönlichen Erlebenszusammenhang ergibt. "Psyche" ist ein abstrakter Begriff und bleibt abstrakt, wenn er noch dazu aus dem individuellen Bedeutungs- und Erlebenskontext einer Person herausgelöst wird. In dieser Abstraktheit und Unpersönlichkeit lässt sich das Thema "Psyche und Brustkrebs" anscheinend in Angriff nehmen.

Frau Gabler bezieht sich in ihrer Antwort allerdings nicht auf die Nachbehandlung, sondern auf *ihre* Relevanzen:

241
MO: der Mensch Gabler hier,/ - wurde da Rücksicht drauf genommen? die Seele?
CG: - Sie meinen

242
MO: ja, die Nachbehandlung
CG: jetzt im Anschluss an die/ ja:^{v} klar' es is so/ <EA> das hinterlässt

248
MO: hm^{v}
CG: freilich Sp:uren. es geht also/ das is erstes Mal is der Schock' dann, wenn man si von

2049
CG: dem Schock erholt hat' dann denkt ma si - ma weiss ja net, , - wies/ wies weiter geht'

Frau Gabler erzählt also vom Schock der Diagnose und ihrer Angst vor dem Sterben vor und nach der Operation. Damit ist die Sendung wieder bei den Themen "Schockdiagnose" und "Krebs bedeutet Sterben" angekommen. Wie bei Frau Winkler lässt Dr. Gerhardt sie unkommentiert erzählen, erst als sie ihre Tochter erwähnt, fragt er nach:

260
MO: sagen Sie Kind, Familie, wie sind die damit umgegangen?
CG: <EA> ja also – mei Mann' der

261
CG: hat der hat des eigentlich ganz gut, also:/ mei Tochter die wor, die/ <EA> mei es sind Kinder,

262
CG: die: <EA> - die ham ka Begriff von Krebs oder Erkrankungen oder sonst irgendwas. sie hat

263
CG: gsehn mir geht s wieder gut, und <EA> also - von meiner Tochter her kann i sagen, die hat si

264
CG: überhaupt nix. aber mei Mann' <EA> naja/in Anfang war s scho schlimm' also - net von

265
MO: hmhm^{v}
CG: seiner Seiten aus, aber von: - von meiner Seiten aus, net' weil ich wirklich <EA>

266
CG: lang mit dem Gedanken gspü/ ich hab mich damit jetz abgfunden' ich muss jetzt sterben.

267
MO: hmhm^{v}
CG: na' ja' mein Leben is jetzt vorbei.

In dieser Darstellung Frau Gablers tritt eine spezifisch weibliche Umgangsform zutage: Die Situation war schlimm, vor allem für den Ehemann, weil *sie* Angst hatte, sterben zu müssen. Damit schreibt sie sich die alleinige Verantwortung für die Irritationen in der Familie zu. Da Dr. Gerhardt auf diese Erzählung nicht weiter eingeht, wird hier die Chance vertan, essentielle und gesellschaftlich äußerst relevante Fragen anzusprechen: Inwieweit müssen sich betroffene Frauen auch in dieser Situation für das Wohlergehen der Familie verantwortlich fühlen, wie viel Unterstützung dürfen sie einfordern, inwieweit sollen Kinder in das gesamte Erleben einbezogen oder herausgehalten werden und in welcher Form soll Partner oder Partnerinnen und die weitere Familie mit der Erkrankung der Frau helfend und unterstützend umgehen. Dies wären Fragen, die in einem öffentlichen Informationsmedium breiten Raum erhalten sollten, betreffen sie nicht zuletzt ja auch das Ziel von Gesundheitsinformation, soziale Normen zu verändern, da sie ganz unmittelbar mit der Rolle der Frau in der Gesellschaft zu tun haben.

Allerdings ist es so, dass Dr. Gerhardt dennoch einen psychosozial bedeutsamen und gesundheitspolitisch immer relevanter werdenden Faktor zum Thema macht, nämlich die Selbsthilfegruppen. Frau Gabler schildert ihre durchaus positiven Erfahrungen damit:

309
MO: hmhm[v]
CG: also s/ muss sagen die Gruppe hat ma viel gholfen. also jetz/ so im Anfang' <EA> jetzt

310
CG: geh i natürlich nimma so oft' weil jetzt is halt scho zeitlong her und so' <EA> aber in Anfang

311
CG: war i fast jeden/mir treffen uns alle zwei Wochen Donnerstag' u:nd - war immer/ also

312
MO: hmhm[v]
CG: regelmäßig bin i da hin gangen' - sie hama scho viel gholfen. in jeder Hinsicht.

Die speziellen Bereiche, in denen sie Hilfe benötigte und die sie mit der Äußerung *in jeder Hinsicht (312)* andeutet, werden jedoch wiederum nicht deutlich gemacht, wodurch die Schilderung an Anschaulichkeit und Überzeugungskraft verliert. Dies ist übrigens auch die einzige Stelle, an der in dieser Sendung nicht genuin schulmedizinische Praktiken im Umgang mit Brustkrebs erwähnt werden.

Es zeigt sich, dass im Gegensatz zum Beginn der Sendung beim Thema der Nachbehandlung auch einige psychosozial relevante Inhalte wie Psyche, Familie oder Selbsthilfegruppen angesprochen, diese aber auf allgemeiner oder abstrakter Ebene abgehandelt werden. Viele Inhalte, die von den betroffenen Frauen relevant gesetzt werden, werden vom Moderator jedoch nicht aufgenommen, gesellschaftlich relevante Fragen nicht problematisiert. Damit wird *das Potenzial an relevanten, nachvollziehbaren und beeindruckenden Informationen und Erfahrungen*, das in den persönlichen Erzählungen der Betroffenen steckt, nicht genützt, und viele Bedeutungsbereiche, die das Thema Brustkrebs heikel machen und die zusätzlich zur Angst, sterben zu müssen, die Bewältigung der Erkrankung für Frauen ausgenommen belastend und problematisch machen, bleiben geradezu "tabuisiert", nur angedeutet, vor allem aber unbeantwortet im Raum stehen.

Natürlich lässt sich immer wieder einwenden, dass der Sendung ja nur eine begrenzte Sendezeit zur Verfügung stünde und keinesfalls alle Aspekte zum Thema Brustkrebs thematisiert und schon gar nicht ausführlich vertieft werden könnten. Doch kann es angesichts der bisherigen Ergebnisse der Analyse gar nicht Ziel von Gesundheitssendungen sein, noch "mehr desselben" zu produzieren. Vielmehr muss es darum gehen, sich der konzeptuellen und interaktiven Problemstellen der Sendung und ihrer Implikationen bewusst zu werden und dahingehende konzeptuelle Änderungen zu überlegen.

In einer über zwei Jahre später ausgestrahlten Sendung dieser Reihe *Gesundheit!* ("Knoten in der Brust", 5.10.1999), allerdings mit verändertem Sendungskonzept, spielt

die eingeladene Patientin nur mehr eine ganz untergeordnete Rolle. Der Hauptanteil wird vom Gespräch zwischen der Expertin, einer Gynäkologin und dem Moderator sowie von Filmbeiträgen bestritten. Die Patientin, wiewohl die ganze Zeit anwesend, kommt zu Beginn und Ende kurz zu Wort und liefert nur emotionale Einschätzungen ihrer Situation vor und nach der Behandlung. Auch hier dient die Darstellung der Betroffenen der Illustration, auf die aber nicht vertiefend eingegangen wird. Die Verkürzung der Sendung, die v.a. zu einer Art "Verschnellerung" der Informationen führte, ging also auf Kosten Betroffenen und die rein medizinischen Aspekte traten noch stärker in den Vordergrund.

7.1.6. Die Brustprothese: "wie ein schöner, normaler Mensch"

Am Ende der Sendung stellt sich heraus, dass Frau Winkler nach ihrer Operation Vertreterin einer Firma für Brustprothesen geworden ist:

313
MO: Frau Winkler, - nu ham Sie ja/ *<lacht>* nu ham Sie ja eine Möglichkeit gefunden' - äh: mit ihrer

314
MO: Krankheit so zu leben' ja Sie ham sogar einen Beruf: irgendwie draus gemacht'
DW: ja'

Dr. Gerhardt begleitet Frau Winkler zu einem Tisch, auf dem eine Modellpuppe und einige Brustprothesen und Badeanzüge drapiert sind, die nun vorgeführt und erklärt werden sollen.

Die Amputation einer oder beider Brüste ist nicht nur ein operativer Eingriff, sondern eine massive Veränderung des körperlichen Aussehens, mit immenser Bedeutung für die psychosexuelle Identität einer Frau. Worüber in der Sendung bisher kein einziges Mal gesprochen wurde, sind die Bereiche Sexualität, Erotik, Körperempfinden und die Frage der sozialen Stigmatisierung. Amputationen und sichtbare körperliche Entstellungen werden in der Gesellschaft ganz generell als Abweichungen von der Normalität kategorisiert und wie alle körperlichen Behinderungen sozial stigmatisiert (Williams 1987). Die Krebserkrankung als Ursache der Amputation verstärkt die Stigmatisierung. Dies ist ein weiterer Aspekt, der das Thema Brustkrebs in den Bereich "Tabuthema" drängt und der die Bewältigung der Erkrankung so schwierig macht und enorme Kraft und Unterstützung erfordert. Der Aspekt ist ganz zu Beginn der Sendung mit den einleitenden Worten Dr. Gerhardts *dass die weibliche Brust das Symbol der Weiblichkeit schlechthin ist (008)* angedeutet, aber bis zu dieser Stelle noch nicht wieder aufgegriffen worden. Für die Analyse interessant sind die Beschreibungen Frau Winklers, mit denen sie ihre Präsentation einführt und begleitet:

325
DW: für diese Prothesenfirma äh mach ich Seminare' und zeig den betroffenen Frauen' – in

326
DW: Kliniken' - in Selbsthilfegruppen' <EA> wie/ wie schön und wie normal dass ma wieder

327
DW: ausschauen kann.

***

339
DW: und wenn du den BH dann anziehst, dann kannst du ganz/ als ganz schöner normaler

340
MO: toll
DW: Mensch wieder vor/ am Spiegel dich anschaun, <EA> weil es wirklich ganz ganz tolle

341
DW: Sachen dies jetzt gibt:' - mit Spitze' - und schönen Trägern'

Frau Winkler zeigt den betroffenen Frauen, wie sie mit Prothesen wieder *schön und normal (326)* aussehen können, wie sie ein *schöner normaler Mensch (339)* werden und sich wieder in den Spiegel schauen können. Damit thematisiert sie genau das Problem, nämlich das soziale Stereotyp: Der Verlust der Brust ist der Verlust der Weiblichkeit, der Verlust von körperlicher Attraktivität und der Verlust von Normalität; ohne Brust ist eine Frau nicht schön und vor allem nicht normal. Und diese mangelnde Normalität ist ja Grund für die soziale Stigmatisierung und für den Angriff auf die psychosexuelle Identität. Dies entspricht auch dem herrschenden Körperideal und dem gängigen gesellschaftlichen Diskurs, speziell Frauen hätten körperlich makellos zu sein, schlank, jugendlich und sexuell attraktiv bzw. zumindest makellos zu scheinen, da Frauen in unsere Gesellschaft vorrangig über ihr körperliches Aussehen definiert und wahrgenommen werden (Ussher 1989, Lupton 1994).

Dr. Gerhardt unterstützt diese Art der Darstellung Frau Winklers (z.B. *toll (340)*), und damit auch die entsprechenden Implikationen und Bedeutungssysteme, auf die sie referiert. Damit wird jedoch wieder eine Chance vertan, diese sozialen Normen in Frage zu stellen und ihre Bedeutung für von Brustkrebs betroffenen Frauen zu hinterfragen. Genau dies wäre aber eine Möglichkeit, ein weiteres Tabu dieses Themas anzusprechen und auch emanzipatorischen und systemkritischen Ideen und Handlungsansätzen Raum zu geben – gerade in einer Sendung mit diesem Öffentlichkeitscharakter.

7.1.7. Fazit der Analyse

Die Analyse dieser Sendung hat deutlich gemacht, dass im gesamten Interaktionsablauf eine Vielzahl von Bedeutungen angedeutet oder auch ausgesprochen werden, die mit dem Erkennen, Behandeln, Erleben und Erleiden von Brustkrebs zusammenhängen und die allesamt zur "biopsychosozialen" Komplexität des Themas beitragen, die gleichzeitig auch seine Problematik, sein Heikles sind. Von diesen Bedeutungen werden jedoch nur einige bestimmte interaktiv behandelt und relevant gesetzt, und zwar gezielt und systematisch. Bei diesen Relevantsetzungen kommt Dr. Gerhardt in seiner Doppelrolle als Moderator und Arzt die entscheidende Bedeutung zu. Er selektiert jene Inhalte und Bedeutungen, die er als Schulmediziner im Rahmen von öffentlicher Gesundheitsinformation für wichtig hält, also die Angst vor dem Sterben zu nehmen und zur Krebsfrüherkennung zu motivieren. Und dies sind auch Bedeutungsbereiche, die schulmedizinisch etwa durch Nennung von Vergleichszahlen und die Darstellung von Diagnose- und Therapiemethoden gut behandelbar sind.

An dieser Stelle möchte ich betonen, dass diese Informationen selbstverständlich wichtige Informationen sind und dass das Sendungsziel, eine vielleicht unberechtigte Angst vor dem Sterben zu nehmen, gut und wichtig ist. Das Problem ist, dass diese Art der Darstellung der Komplexität des Themas nicht gerecht wird, dass diese Einschränkung durch ein durchaus kritisch zu betrachtendes schulmedizinisches Verständnis von Krankheit motiviert wird und dass diese Einschränkung im Sendungsverlauf nicht klargestellt wird. Interessant ist, dass sich rückblickend betrachtet diese Einschränkung schon in den ersten Sätzen der Sendung angekündigt hatte, als der Moderator die Krebserkrankung der Brust von der Brust und ihrem Symbolgehalt abtrennte. Und in dieser Trennung wird das eigentliche Problem der Schulmedizin deutlich: Krebs als körperliche Erkrankung ist medizinisch behandelbar, das Symbol traditionellerweise nicht, da sich die Schulmedizin vorrangig mit körperlichen Vorgängen und nicht mit psychosozialen und gesellschaftlichen Prozessen beschäftigt.

Gerade in den Erzählungen der betroffenen Frauen deuten sich neben der Angst zu sterben viele andere erlebensmäßig problematischen Bereiche an, die durch die Erkrankung ausgelöst werden: Körperliche und psychische Überlastung durch die Bewältigung

der Krebsdiagnose und der Behandlung, familiäre oder berufliche Schwierigkeiten und die Beeinträchtigung ihrer körperlichen Integrität und damit auch der sexuellen Identität. Die Erzählungen der Betroffenen dienen dem Unterhaltungsauftrag der Sendung, und zwar in dem Sinne, den ZuschauerInnen die Erkrankung durch authentische, persönliche Erfahrungsberichte plastisch näher zu bringen. Auf den ersten Blick erscheint es geradezu dysfunktional, dass in diesen Erzählungen so viele Bedeutungen angesprochen werden, die in der Sendung nicht aufgenommen und bearbeitet werden können, da sie zu komplexe, zu persönliche oder gesellschaftlich zu heikle Problematiken betreffen. Auf den zweiten Blick deutet sich aber auch die Möglichkeit an, dass gerade dies durchaus funktional ist. Denn gerade über diese Erzählungen kommt eben diese Vielfalt an relevanten Bedeutungen in die Sendung herein, und auch wenn sie zwar oft nur angedeutet oder einfach im Raum stehen bleiben, ohne vertieft oder kritisch hinterfragt zu werden, so lässt sich dennoch behaupten, dass darüber gesprochen wurde – wie es Dr. Gerhardt in seinen abschließenden Worten auch formuliert:

355 MO: meine Damen' auch Ihnen vielen Dank, dass wir so - toll da uns über dieses Thema

356 MO: unterhalten <EA> konnten' <EA> wir sind am - Ende unsrer Sendung' <EA> u:nd ich

Diese Strategie, Äußerungen einfach stehen und "für sich sprechen" zu lassen, führt aber auch dazu, dass Inhalte und Bedeutungen, in denen sich traditionelle oder unreflektierte gesellschaftliche Normen von Körperidealen und der Rolle der Frau in der Gesellschaft spiegeln, nicht weiter kommentiert werden. Dabei wäre es auch eine Aufgabe von Gesundheitsinformationssendungen, die ideologischen Einschränkungen von sozialen, aber auch schulmedizinischen Normen anzusprechen und sie aufzuzeigen, gerade bei Krankheitsthemen die von hoher psychosozialer Bedeutung sind. Denn nur so kann das Ziel von Gesundheitsförderung, durch Aufklärung auch zu einer Veränderung von sozialen Normen beizutragen, erreicht werden. Dieser aufklärerische und emanzipatorische Bildungsauftrag wird in dieser Sendung aber nicht wahrgenommen.

Dieser Umgang mit Bedeutung wirkt sich auch kontraproduktiv aus, und zwar besonders in Bezug auf das Sendungsziel, die Angst vor dem Sterben zu nehmen. Da über die persönlichen Erfahrungsberichte gleichfalls Angst auslösende und beunruhigende Problembereiche angedeutet werden und diese im Raum stehen bleiben, führt die thematische Aufbereitung, die nur an einigen ganz bestimmten, eng umgrenzten Problembereichen ansetzt, dazu, dass der Versuch der Beruhigung idealisierend und beschönigend ausfällt und viele Aspekte verschweigt.

Die Nicht-Thematisierung oder die Ausblendung von problematischen, heiklen oder einigen nicht genuin medizinischen Bedeutungsbereichen entfernt das Thema Brustkrebs, das als *fast ein Tabuthema (003)* eingeführt worden ist, von diesen tabubehafteten Bedeutungsbereichen. Damit wird es in diesem öffentlichen Rahmen besprechbar. Zugleich wird genau über die sprachlichen Mittel des aktiven Verschweigens, Ausblendens und des Andeutens, aber nicht Ansprechens das Tabuhafte und das Heikle des Themas gerade wieder hergestellt. Diese Art der Gesundheitsinformation lässt sich mit dem Anspruch der Sendung, offen über schwierige Themen zu sprechen, nicht vereinbaren. Das offene Sprechen über ein heikles Thema entpuppt sich als ein lediglich öffentliches Sprechen darüber.

7.2. Ess-Störungen: Das Dilemma der Normalität

Gesundheitsinformation im Fernsehen unterliegt den Bedingungen der medialen Inszeniertheit. Dies bedeutet, dass Information in unterhaltsamer Weise aufbereitet werden muss, sei es spannend, sei es berührend, um das Publikum an die Sendungen zu binden. Dies gilt in besonderem Maße für den Emotainment-Auftrag von Talkshows (vgl. ausführlich Kap. 4.1.6.). Besonders geeignet dafür ist die Darstellung spektakulärer Krankheiten und Körperzustände. So erweisen sich gerade Ess-Störungen wie Anorexie und Bulimie (Magersucht und Ess-Brechsucht) auf Grund ihrer bizarren Symptomatiken wie maximale Körperkontrolle durch systematische Nahrungsverweigerung bzw. Kontrollverlust durch Einverleiben und Erbrechen von großen Nahrungsmengen als medial äußerst präsentabel (vgl. Bordo 1993, von Braun 1996, Garrett 1998, von Wyl 2000 und Gordon 2000 sowie die Ausführungen zu den soziokulturell bedingten Krankheitssymptomen in Kap. 1.5.1.).

Das Thema Ess-Störungen wird nur in manchen Talkshows unter dem primär krankhaften Aspekt der "Störung" und der "Sucht" behandelt. Überwiegend findet es sich in Sendungen, in denen es um Fragen zu körperlichem Aussehen, Idealfigur, Diät und Fitness geht und ist eingebettet in eine thematische Mischung aus Personen, die entweder dazu stehen, dass sie dick sind oder die auf mehr oder weniger spektakuläre Weise ebenso spektakuläre Mengen ihres Körpergewichts verloren haben (ohne in Ess-Störungen abzugleiten), aus Fitness- und Ernährungstipps und aus chirurgischen Maßnahmen zur Gewichts- und Körperkontrolle wie Magenverkleinerungen, Bauchstraffungen und Fettabsaugungen. Die Darstellung derartiger Eingriffe ist für die mediale Inszenierung von spannender Unterhaltung natürlich ebenfalls hervorragend geeignet.

Die nun folgende Analyse einer solchen Talkshow stellt die Frage, ob in derartigen Sendungen Ess-Störungen eigentlich als ernsthafte Krankheiten mit Suchtcharakter und in ihrer soziokulturellen und individualpsychologischen Bedingtheit dargestellt werden oder vielmehr als "von der Normalität abweichende" Praktiken von Frauen auf dem Weg, das gängige weibliche Körper- und Schönheitsideal herzustellen.[71]

7.2.1. Die Talkshow: "Ich will eine bessere Figur"

Die Talkshow "*Arabella*" (PRO7) mit Arabella Kiesbauer (AK) zum Thema "Ich will eine bessere Figur" wurde am 20.9.96 ausgestrahlt. Schon der Titel macht die thematische Orientierung der Sendung auf mehr oder weniger typische Figurprobleme und ihre Beseitigung deutlich. Dies wird von der Moderatorin in der Einleitung weiter ausgeführt:

006
AK: mehr als die Hälfte aller Deutschen sind mit ihrer Figur ja unzufrieden, egal ob es sich um den
007
AK: Busen' um den Po' um die Oberschenkel oder um - die Beine handelt. irgendwo sind
008
AK: immer Speckröllchen da wo sie eigentlich nich hingehören. obwohl viele Zeitschriften Tipps
009
AK: geben für die richtige Diät oder für die richtigen Sporttipps' das Allheilmittel wurde noch
010
AK: nicht gefunden.

Auffallend ist, dass *die Hälfte aller Deutschen (007)* sich nur auf Männer *und* Frauen beziehen kann, die Moderatorin aber nur typisch weibliche "Problemzonen" wie Busen,

[71] Ess-Störungen betreffen nach wie vor zu 80-90% Frauen.

Po, Oberschenkel und Beine nennt. So beginnt die Sendung gleich mit einem Akt der Verschleierung eines wesentlichen Aspekts der gesellschaftlichen Wirklichkeit, nämlich dass Frauen von der Unzufriedenheit mit dem eigenen Körper unverhältnismäßig mehr betroffen sind und dass der soziale Druck, sich um eine "bessere Figur" zu kümmern primär auf Frauen lastet.

Das Problem mit der Unzufriedenheit wird von der Moderatorin an den "Speckröllchen" festgemacht, die immer dort seien, wo sie nicht hingehörten. Hinter dieser Äußerung steckt das soziokulturell gängige Konzept des idealen Körpers als eines speckröllchen-freien, also komplett schlanken Körpers. Das Diminuitiv Speck*röllchen* deutet an, dass es hier gar nicht um massives Übergewicht geht, schon gar nicht um krankhaftes, sondern um mehr oder weniger kleine Fettansammlungen. Vordergründig wird das Problem damit zu einem Problem*chen* herabgestuft. Dennoch bleibt es ein Problem, da trotz vieler Tipps in den diversen Medien, das Allheilmittel noch nicht gefunden wurde. Diese Unlösbarkeit eignet sich hervorragend zur immer wiederkehrenden kommunikativen Betrachtung, da es eben keine Lösung gibt.

Hinter dieser vordergründigen Leichtigkeit steckt aber in Wirklichkeit ein handfestes gesellschaftliches Problem. Es handelt sich um eine soziokulturelle, unlösbare Konstruktion: Es gibt die gängige Idealvorstellung eines – vorwiegend weiblichen – perfekt schlanken Körpers, also ohne Speckröllchen, dagegen steht der "normale Körper" mit seinen unterschiedlichen Fettansammlungen, Alterserscheinungen und sonstigen scheinbaren Unvollkommenheiten und es gibt den – wiederum v.a. auf Frauen lastenden – gesellschaftlichen Druck, den perfekten Körper herzustellen, den soziokulturell definierten Erwartungen zu entsprechen und den Großteil der eigenen Identität über einen perfekten, sprich schlanken und alterslosen Körper zu definieren (vgl. dazu auch Kap. 1.5.4.). Wieder wird eine relevante zugrunde liegende gesellschaftliche Problematik verschleiert.[72]

Wie sich weiter zeigt, lässt die Sendung die schon angesprochene typische Mischung aus chirurgischen Maßnahmen wie Magenverkleinerungen und diversen Schönheitsoperationen erwarten. Magersüchtiges Hungern wird nur ein Beispiel sein unter vielen:

010
AK: deswegen ist Mona zum Beispiel inzwischen so weit dass sie sich ihren
011
AK: Magen verkleinern lassen möchte' und Regina hat ihre dritte Schönheitsoperation
012
AK: absolviert. beginnen möcht ich die Sendung aber mit - Jennifer die letztes Jahr mit einer
013
AK: Diät angefangen hat' und irgendwann so weit war' dass sie nur noch 48 Kilo gewogen hat.

Eine Frau ist also *inzwischen so weit dass sie sich ihren Magen verkleinern lassen möchte (010)* und wird davon erzählen, warum dies für sie das letzte radikale Mittel darstellt; eine andere Frau, die erst gegen Ende der Sendung ihren Auftritt haben wird, hat schon zwei Fettabsaugungen und eine Brustvergrößerung hinter sich. Weiters wird eine durch radikale Diätkuren Erschlankte ebenso vorgeführt werden wie das obligate "selbstbewusste mollige Model", also wiederum alles Frauen. Beginnen wird die Sendung mit Jennifer, einem 17-jährigen Mädchen, das krankhaft hungert. So verspricht

[72] Mein Eindruck ist, dass der Höhepunkt dieser Entwicklung nun, im Jahr 2001, vorüber ist. Die gesamte Analyse muss also auch unter dem Aspekt der Schnelllebigkeit solcher soziokultureller Prozesse betrachtet werden (siehe auch meine Ausführungen zur Vergänglichkeit der Medienforschung in Kap. 4.5.). Dies tut ihr insofern keinen Abbruch, als die prinzipiellen sprachlichen Verfahren und Muster, unabhängig von den Inhalten, ja gleich bleiben. Und nicht zuletzt wäre eine Liberalisierung der gesellschaftlichen Körpernormen ja allerhöchstens unter methodischen Blickwinkeln zu bedauern.

diese Talkshow also, einen Überblick über weitere gängige "Mittel und Wege" zu präsentieren, um diese so genannten Speckröllchen zu beseitigen – wie drastisch oder abartig diese Mittel auch immer sein mögen.

Diese radikalen Eingriffe am Körper um dem jeweils herrschenden Weiblichkeitsideal zu entsprechen erinnern in seltsamer Weise an vergleichbare *kulturelle Praktiken anderer Kulturen oder Zeiten*, wie etwa die künstliche Verkleinerung der weiblichen Füße in China, was eine Verkrüppelung durch Brechen der Zehen und andauerndes schmerzhaftes Bandagieren bedeutete oder die frühere Einschnürung der Taille mittels Korsett. So listet auch z.B. die kritische US-amerikanische Künstlerinnengruppe Guerilla Girls in einer ihrer Ausstellungen unter dem Titel "Republicans do believe in a woman's right to control her own body" die Ess-Störungen Anorexie und Bulimie neben Nasenkorrektur, Gesichtslifting, Fettabsaugung und Brustimplantationen ebenso auf wie Fuß-Bindung und Klitorektomie (Grosenick 2001, 185).

Um den Auftrag, emotionalisierte Information und Unterhaltung zu bieten, erfüllen zu können und die Einschaltquoten zu halten, müssen Talkshows sich von Anfang an als spannend präsentieren: Das gelingt mit dem Thema "*Ich will eine bessere Figur*", da es als gesellschaftlich wichtiges Thema die Aufmerksamkeit weckt ebenso wie mit der Ankündigung von Gästen mit drastischen Erlebnissen oder Vorhaben. Dieser Fokus auf der Herstellung von Spannung und Emotionalität verhindert, wie sich immer wieder zeigen wird, eine ernsthafte, gesellschaftskritische Beschäftigung mit derartigen Problemen, da eine solche die Aufrechterhaltung von Spannung untergräbt und die Darstellung von komplexen Zusammenhängen fordert.

7.2.2. Der Anfang: Von der Diät zur Magersucht

Die eigentliche Sendung beginnt also mit Jennifers Geschichte. Arabella Kiesbauer skizziert vor der Einstiegsfrage stichwortartig das Wesentliche: Jennifer hat mit einer Diät angefangen, wie übrigens fast alle Mädchen ihres Alters, und diese ist ihr in Richtung Magersucht entglitten, so dass sie *irgendwann (...) nur noch 48 Kilo gewogen hat (013)*. Das Thema Magersucht hat durch die steigende Anzahl von Betroffenen, vor allem junge Mädchen und Frauen (zunehmend auch junge Männer) hohe Relevanz – umso mehr in der Talkshow von Arabella Kiesbauer, die sich speziell an das junge Publikum zwischen 14 und 49 wendet (siehe Bente & Fromm 1997). Die Analyse der folgenden Darstellung Jennifers soll zeigen, wieweit Jennifer unter den Bedingungen der medialen Inszenierung eigentlich *ihre* Geschichte erzählen kann.

Jennifer ist ein großes, normalgewichtig erscheinendes, 17-jähriges junges Mädchen mit schulterlangem braunem Haar. Sie schildert die "üblichen", durchaus bekannten Stadien von einer ersten Diät zum gestörten Essverhalten: Im Jahr zuvor hatte sie mit ihrer zwei Jahre jüngeren Schwester eine zweiwöchige Fastenkur gemacht und dann eine Diät angeschlossen.

014
AK: warum hast du denn damals angefangen zu hungern' Jennifer?
JE: also es war in/ in den Sommer=

019
JE: ferien letztes Jahr' ham meine Schwester und ich begonnen zu fasten' – erst zwei Wochn, -

020
JE: u:nd äh: danach ham/ ham wir halt so Diät gemacht' und es war nicht weiter schlimm' nur hab

021
JE: ich dann irgendwann gedacht' - ja ich möchte nicht ein Kilo pro Woche abnehmen' ich möchte

022
JE: lieber drei Kilo pro Woche abnehmen. und dann hab ich halt angefangen zu zählen' Kalorien

Der Wendepunkt tritt im Laufe der Diät ein. Das Erlebnis der Kontrolle über den Körper und über seine Veränderung durch den Gewichtsverlust wird übermächtig, wird zur Sucht. Hand in Hand damit geht eine völlig unrealistische Steigerung der Erwartungen: *ich möchte lieber drei Kilo pro Woche abnehmen (022)*. Um dieses Ziel zu erreichen vollzieht sie die *gängigen Praktiken der Nahrungskontrolle*: Das Zählen von Kalorien und das exakte Auswählen und Abwiegen von Nahrungsstücken. Wie bei so vielen gleitet auch bei Jennifer dieser kontrollierte Umgang mit der Nahrungszufuhr sehr schnell in das für Ess-Störungen typische zwanghafte, oft hoch ritualisierte Kontrollverhalten ab. Dies zeigt sich z.B. in völlig unangemessenen Reaktionen gegenüber "Ausreissern":

023
JE: zu zählen – abzuwiegen' und wenn ich dann mal ein Apfelstück zu viel hatte' bin ich durch=

024
JE: gedreht und so, -

Ebenso wie das zwanghafte Kontrollverhalten zu einer unangemessenen Einschätzung des Körperschemas, der Außenwahrnehmung oder der Körper-Gewichts-Relation führt (von Wyl 2000), lässt es auch ein Apfelstück zu viel als die absolute Katastrophe erscheinen. Diese *Katastrophisierung*, die geradezu ein "natürlicher Bestandteil" der Entwicklung einer Ess-Störung ist, eignet sich im Kontext einer Talkshow zugleich hervorragend dazu, den speziellen Unterhaltungsauftrag durch Veranschaulichung spektakulärer oder dramatischer Details umzusetzen. So erfolgt an dieser Stelle – inszenierungstechnisch sozusagen zum richtigen Zeitpunkt – auch die erste Nachfrage der Moderatorin:

024
AK: was heißt ein Apfelstück zu viel? hast du denn überhaupt nur noch
JE: gedreht und so, -

025
AK: Äpfel gegessen?
JE: äh: nein, ich hab vor allem Gemüse gegessen, weil Äpfel ham ja auch zu viel

026
JE: Kalorien.

Die Moderatorin expandiert Jennifers Äußerung, indem sie nachfragt, ob Jennifer denn überhaupt nur noch Äpfel gegessen habe, ob sie also ihre Nahrungsaufnahme ebenso extremisiert und nur mehr auf ein einziges Produkt reduziert habe. Mit dieser Weiterführung verstärkt sie die Dramatisierung der Darstellung, die durch Jennifers Antwort aber wieder relativiert wird.

7.2.3. Das Kalorienzählen als kulturelle Praktik von Frauen

Jennifer erzählt, dass sie kaum Äpfel gegessen habe, da diese *ja auch zu viel Kalorien (025)* hätten. Genau diese Formulierung erklärt und legitimiert ihre Katastrophisierung: Da Äpfel generell "zu viel" Kalorien haben, kann "ein Apfelstück zu viel" in der Wahrnehmung legitimerweise auch entsprechend hoch gestuft werden. Die Formulierung *zu viel Kalorien* ist auch deshalb interessant, weil die Bezugs- oder Vergleichskomponente nicht expliziert wird, also zu viel in Bezug worauf. Aus der Sicht einer essgestörten Person haben im Grunde alle Lebensmittel "zu viel" Kalorien, da das ideale Lebensmittel ein völlig kalorienfreies ist. Dennoch ist dieses zugleich auch unerwünscht, da es ja Teil ihrer Meisterschaft und ihrer absoluten Kontrollfähigkeit ist, die Lebensmittel mit dem geringsten Kaloriengehalt herauszufinden und die Ernährung primär auf eine streng kontrollierte Menge dieser zu beschränken. So kann Jennifer über die Formulierung "zu viel" Kalorien auch ihr diesbezügliches Wissen deutlich machen und sich selbst als eine

"über Kalorien sehr gut informierte" Person darstellen. Das Tragische ist natürlich, dass dieses Wissen über den Nährwert von Nahrung von ihr (und allen anderen betroffenen Frauen) nicht dazu eingesetzt wird, sich so gesund und ausgewogen wie möglich zu ernähren, sondern *so gering* wie möglich.

Ausgehend von Jennifers Äußerung entspinnt sich ein kurzer Dialog über die Kalorienmenge von Äpfeln – quasi *von Frau zu Frau*:

026
AK: mh, ein Apfel glaub ich, hat 55 Kalorien. das
JE: Kalorien. -also hab ich mir dann gedacht. dann/

027
AK: war dir schon zu viel? fünfundsiebzich Kalorien!
JE: äh: fünfundsiebzich.

Die Moderatorin nennt die Kalorienmenge eines Apfels mit 55 Kalorien. Auffallend ist, dass 55 Kalorien ein ziemlich exakter Wert sind, den sie mit einem *glaub ich (026)* als ungefähre Annahme verkleidet. So ist zu vermuten, dass sie in Wirklichkeit über ein ganz exaktes Wissen über Kalorienzahlen verfügt, jedenfalls stellt sie sich mit der Zahlenangabe auch als jemand dar, der über Kalorien Bescheid weiß. Da sie, wenn auch dunkelhäutig, als Mädchen und junge Frau im westeuropäischen Kulturkreis aufgewachsen ist, ist dies nicht verwunderlich, da die genau Kenntnis der Kalorienmenge einzelner Nahrungsmittel zum relevanten kulturellen Wissen von Frauen in der westlichen Gesellschaft gehört. Interessant ist festzuhalten, dass sie sich hiermit selbst als "normale Frau" der Gesellschaft kategorisiert, da es zu den typischen Eigenschaften von Frauen in unserer Gesellschaft gehört, über Kalorienmengen ausreichend Bescheid zu wissen (dabei handelt es sich also um ein *membership categorization device* im Sacks'schen Sinne, vgl. Sacks 1972 in Kap. 2.6.4. und Kap. 4.4.8.).

Auf inhaltlicher Ebene stellt die Moderatorin ihre Frage jedoch um genau den gegenteiligen Aspekt der Darstellung Jennifers zu verdeutlichen, nämlich die Unangemessenheit ihrer Reaktionen auf die Kalorienmenge und damit die Bedrohlichkeit von Nahrungsmitteln. Jennifer korrigiert Kiesbauers Annahme zum Kaloriengehalt eines Apfels.[73] Damit kategorisiert sie sich als die Expertin in Sachen Kaloriengehalte. Diese Erfahrung und Bestätigung der Expertise ist ein notwendiger Bestandteil ihres Selbst, weil nur sie garantiert, dass sie die Kontrolle aufrechterhalten und sich auf ihre eigene Kontrollfähigkeit verlassen kann. Als Gast der Talkshow ist sie der Moderatorin auf Beziehungsebene hierarchisch untergeordnet, mit dieser Korrektur kann sie ihr gegenüber auf inhaltlicher Ebene als Expertin punkten. Die Moderatorin nimmt die Information der höheren Kalorienzahl, die Ziffer wiederholend ausrufend, mit erstaunter Stimme und Gesichtsausdruck zur Kenntnis. Dies bestätigt die obige Annahme, dass sie vermeint, über exaktes Wissen zu den Kalorienangaben zu verfügen, das sie nun korrigieren muss. Damit bestätigt sie Jennifers Expertise in diesem Bereich, aber auch ihre Überreaktion auf "ein Apfelstück zu viel" und die Legitimation, Äpfel hätten generell "zu viel Kalorien". Mit dieser Reaktion legt die Moderatorin aber auch ein im Alltag typisches Verhalten von Frauen an den Tag, nämlich ein ausgeprägtes Erstaunen über Kaloriengehalte von Nahrungsmitteln und ein Erschrecken, wenn das vermeintliche bisherige Wissen sich als korrekturbedürftig herausstellt. Denn unrichtiges Wissen verführt dazu, zu viel Energie in sich aufzunehmen und wiegt einen im falschen Bewusstsein von Kontrolle und Expertise.

Indem Kiesbauer sich als nicht essgestörte und normalgewichtige, junge Frau über Kaloriengehalte von Nahrungsmitteln erstaunt zeigt, markiert sie diese Reaktion – in

[73] Tatsächlich ist es so, dass die Angabe von 75 Kalorien für einen mittelgroßen Apfel (150g) korrekt ist.

einer öffentlichen Situation in einem öffentlichen Informationsmedium – als Normalverhalten: Frauen müssen über die Kaloriengehalte von Nahrungsmitteln Bescheid wissen und sich über zu hohe Kaloriengehalte erschrecken, anschließend müssen sie diese Nahrungsmittel als gefährlich einstufen, deren Aufnahme weitgehend vermeiden und durch die kontrollierte Aufnahme von Nahrungsmitteln mit geringerer Kalorienmenge ersetzen. Die ist ein blendendes Beispiel für die mediale Re-Konstitution eines sozialen Kontrollmechanismus.

Jennifer erklärt und differenziert ihre Korrektur. Die Kalorienangabe wird noch brisanter, als es sich hierbei um die Angaben zu einem "normalen" Apfel handelt:

028
AK: also ich merk schon, du
JE: ja es kommt darauf an wie groß er ist. also ein normaler Apfel *<lacht>*

029
AK: kennst dich da aus, hast das auch ein bisschen studiert.
JE: ja ich habs <u>ziem</u>lich studiert. ja ich

030
JE: konnte alle Kalorientabellen auswendig,

Die Moderatorin bestätigt Jennifers Expertenstatus, Jennifer aber korrigiert ihre zu moderate Äußerung *ein bisschen studiert (029)* zu *ziemlich studiert (029)*. Einerseits stuft sie sich damit selbst weiter hoch in ihrer Expertise, verstärkt durch den für Essgestörte prototypischen Hinweis, alle Kalorientabellen auswendig zu können – ein Faktum, das geradezu schon als Symptom für eine Ess-Störung in Richtung übermäßige Kontrolle der Nahrungsaufnahme gilt. Andererseits korrigiert sie damit auch Kiesbauers bagatellisierende Sicht auf den gestörten, krankhaften, zwanghaften Aspekt. Denn genau zwischen "Kalorientabellen ein bisschen studieren" und "alle Kalorientabellen auswendig können" liegt der Unterschied zwischen dem Verhalten, das man selbst noch kontrollieren kann und dem Verhalten, das einen kontrolliert, sprich der Sucht. Die Tendenz der Moderatorin, gewisse Aspekte in Jennifers Erzählung zu bagatellisieren, wird sich im Folgenden als ein relevantes interaktives Verfahren herausstellen.

7.2.4. Ess-Sucht als persönliches Versagen

Jennifer kommt nun zu ihrer Erzählung zurück und schildert, wie sich die Magersucht manifestiert hätte:

031
JE: und als ich dann/ also Weihnachten wurd das dann immer

032
JE: schlimmer' und dann fielen die Haare aus wie verrückt' a: *<lacht verlegen>* ja ich hatte - ä:m/

033
JE: also ich hab mich dann auch irgendwann nicht mehr gewogen' weil ich konnt s nicht mehr -

034
JE: sehen' und die Leute meinten' – oh Gott' wie siehst du denn aus! du bist ja total krank! du

035
JE: sollst mal zum Arzt gehen! und so, und ich hab die nicht ernst genommen. ich dachte ach

Es ging so weit, dass ihr zwanghaftes Ernährungsverhalten *immer schlimmer (031)* wurde, ihr dann auch die Haare ausfielen – ein typisches Unterernährungssymptom – und sie sich selbst auch nicht mehr abwiegen konnte oder wollte, weil sie sich selbst nicht mehr in diesem Zustand ertragen konnte. Diese Darstellung Jennifers bedeutet, dass das Erfolg versprechende Kontrollverhalten ins Gegenteil abgeglitten ist, da sie nun ja nicht mehr schöner wurde, sondern hässlicher, eben z.B. durch den Haarausfall.

Sie bekam auch nicht mehr die Gratifikation, die das regelmäßige Abwiegen bei stetigem Gewichtsverlust normalerweise bietet. Auch die Leute aus ihrem sozialen Umfeld begannen statt – wie üblicherweise in unserer Gesellschaft – mit Lobes- oder auch Neidbekundungen mit Entsetzen auf sie zu reagieren. Jennifer konnte die Zuschreibung der Umgebung als Magersüchtige für sich jedoch gar nicht annehmen. Diese Zuschreibung bedeutete für sie nämlich, dass sie in ihrem Bemühen, dem geforderten Schönheitsideal zu entsprechen, persönlich versagt hatte, weil ihr die Kontrolle über die Kontrolle verloren gegangen war und dass sie nun dem weiblichen Schönheitsideal erst recht wieder nicht entsprach. Zudem verunmöglichte es der Kontrollverlust auch, den Prozess zum Teil rückgängig zu machen und lediglich wieder eine kontrollierte Anzahl von Kilogramm zuzunehmen, um endlich zu entsprechen. Das frühere Versagen des Zu-dick-Seins war nun in das Versagens des Zu-dünn-Seins übergegangen.

Hier offenbart sich eine ganz typische *double-bind-Situation* für Frauen: Wenn sie übergewichtig sind bzw. nicht dem vorherrschenden Schlankheitsideal entsprechen, werden sie vom Umfeld, sei es durch Personen, sei es durch mediale Botschaften aufgefordert, ihr Ernährungsverhalten zu reglementieren und zu kontrollieren und abzunehmen und sich dem Ideal anzupassen – andernfalls werden sie als unkontrolliert, unattraktiv und *nicht normal* stigmatisiert. Wenn ihnen diese Kontrolle dann jedoch entgleitet und sie zu viel abnehmen und daran erkranken, werden sie nicht mit Empathie und Verständnis bedacht, sondern wiederum als krank, süchtig und *nicht normal* stigmatisiert und in vergleichbarer Weise aufgefordert, sich um ihr körperliches Aussehen zu kümmern und sich dabei notfalls in ärztliche Behandlung zu begeben – also wiederum aufgefordert, sich dem Schlankheitsideal in der anderen Richtung hin anzupassen. Der soziale Kontrollmechanismus wirkt in jedem Falle.

Wichtig bleibt festzuhalten, dass in dieser Weise die nicht erfolgte Anpassung an das gerade gängige Körperideal, in die eine wie die andere Richtung, immer als *individuelles Versagen der einzelnen Frau* kategorisiert wird. Dies ist eine soziale Kontrollstrategie, durch die erreicht wird, dass die betroffenen Individuen sich lediglich auf ihr eigenes Entsprechen oder Versagen konzentrieren, nicht aber das gesellschaftliche Prinzip in Frage stellen. Damit wird ein großer Teil der physischen und psychischen Energie dieser Individuen gebunden, die Energie, die für ganz andere Lebens- und Entwicklungsaufgaben eingesetzt werden könnte. Nicht umsonst betitelte Alice Schwarzer eines ihrer Bücher mit "Männer machen Karriere, Frauen machen sich dünn". D.h. die Lebensenergie von Frauen wird kanalisiert auf die Konzentration auf ihren Körper, auf ihre Anpassung an ein körperliches Ideal und auf die Kontrolle ihres Ernährungsverhaltens, sie werden gewissermaßen "still beschäftigt" und normalisiert. Gerade die feministische Sozialforschung beschäftigt sich in hohem Ausmaß mit den heutigen gesellschaftlichen Körper- und Schönheitsnormen. Sie versucht aufzuzeigen, dass ihre einschränkende, regulierende und normierende Bedeutung sich auf Frauen in einer patriarchalisch ausgerichteten Gesellschaft quasi als doppelter sozialer Druck auswirkt, sich emanzipatorisch zu entfalten und sich zugleich auf die Produktion eines attraktiven Äußeren zu konzentrieren (Orbach 1986, Lawrence 1984, 1987, Bordo 1993, Tseëlon 1995). Die Autorinnen sehen in diesen Tendenzen, Frauen auf die Produktion eines überschlanken, trainierten, alterslosen Körpers zu reduzieren, einen der machtvollsten Normalisierungsmechanismen des Jahrhunderts zur Regulation von weiblicher Selbstentfaltung und Selbstbestimmung, "insuring the production of self-monitoring and self-disciplining 'docile bodies' sensitive to any departure from social norms and habituated to self-improvement and self-transformation in the service of those norms" (Bordo 1993, 186).

Die *Strategie der Individualisierung* verhindert die Transparentmachung einer gesamtgesellschaftlichen Problematik und bindet die Energie des Widerstandes und des

Anders-Seins. Zweck ist die Aufrechterhaltung und Kontrolle von bestehenden Herrschafts- und Machtverhältnissen, denn Transparenz bietet immer eine Angriffsfläche mit der Gefahr der Veränderung. Susan Bordo sieht deshalb eine obsessive Beschäftigung mit Diäten und Schlankheit, die häufig als gestört oder pathologisch bezeichnet wird, als durchaus funktional im Foucault'schen Sinne, weil selbstregulativ im Sinne der Norm. In einer patriarchalen Konsumgesellschaft wird dieser Unterdrückungsmechanismen zusätzlich positiv umgewertet, mit unnachahmlicher Präzision kondensiert in dem ehemaligen Werbeslogan der *Du-Darfst* Diätprodukte: "*Ich will so bleiben wie ich bin!*".

Diese Form der Individualisierung von gesellschaftlichen Problemen trifft sich mit den *Prinzipien der Boulevardisierung von Information* in Talkshows, denn die unterhaltsame Darstellung verläuft immer über die individualisierte Darstellung. Dies verhindert einerseits die Darstellung und Vertiefung zugrunde liegender gesamtgesellschaftlichen Problematiken, ermöglicht andererseits aber eine ungebrochene Verwunderung über Einzelphänomene, was zugleich den Fortbestand dieser Sendungen gewährleistet (Schuyler 1995, 477). Die Individualisierung in Talkshows (und generell in der auf Infotainment ausgerichteten medialen Berichterstattung) kann sich deshalb in umgekehrter Weise der Mechanismen der individualisierten Behandlung der Frage des Schlankheitsideals von Frauen innerhalb der Gesellschaft bedienen. Da dies der "normale" Umgang ist, wirkt er in den Sendungen geradezu selbstverständlich und wird nicht problematisch. Die Konsequenz, die daraus erwächst ist, dass durch diese Re-Inszenierung der gängigen gesellschaftlichen Praxis in einem öffentlichen Medium diese Praxis rekonstituiert, bestätigt und verstärkt wird. Dies ist ein Prozess der Normalisierung.

7.2.5. Der Höhepunkt: "achtundvierzig Kilo nur noch"

Wie schon erwähnt, konnte Jennifer die Zuschreibung der Umgebung als Magersüchtige nicht annehmen. Dabei half ihr ein wichtiges Feature, die Zuschreibung der Süchtigkeit von sich zu weisen: Sie hatte ein Verhalten nicht, nämlich "Kotzen", also selbst induziertes Erbrechen nach der Nahrungsaufnahme.[74]

036
JE: Quatsch' ich bin nicht magersüchtig, ich hatte auch nie gekotzt, ich wollte auch nicht

037
AK: du hast nur nichts gegessen, - nur ganz wenig gegessen. irgendwann hast du
JE: kotzen. ja:v genau.

038
AK: schlussendlich achtundvierzig Kilo nur noch gewogen.

Die Moderatorin unterstützt Jennifers damalige Interpretation durch entsprechende Reformulierungen: Sie habe eben *nur nichts* bzw. *ganz wenig* gegessen *(037)*. Diese Bagatellisierung des individuellen Suchtverhaltens und damit des Krankheitsaspektes ist nicht nur zugleich auch eine Bagatellisierung der gesellschaftlichen Bedeutungen und eine Bagatellisierung des Problems Magersucht an sich. Diese *Bagatellisierung ist funktional für den geplanten Sendungsablauf*: Die Moderatorin muss und möchte zum eigentlichen Höhepunkt der Geschichte Jennifers kommen – und dies ist nicht die Sucht, sondern ihre dramatische Konsequenz, nämlich das geringe Gewicht und dessen spekta-

[74] Magersucht und Ess/Brechsucht haben einen großen Überschneidungsbereich, der die Abgrenzung schwierig macht: Es gibt Magersüchtige, die neben dem Missbrauch von Abführmitteln und extremer sportlicher Betätigung auch Nahrung erbrechen, so wie es Ess/Brechsüchtige gibt, die lange Schübe der kompletten Nahrungsverweigerung erleben (vgl. von Wyss 2000).

kuläre Veranschaulichung. So führt die Moderatorin die Erzählung zu dem Höhepunkt, den sie in der Einleitung als Kurztitel der Darstellung angekündigt hatte: Irgendwann hat Jennifer nur mehr 48 Kilogramm gewogen. Zur Unterstützung ihres Vorhabens hält sie ein Foto der beiden Schwestern von damals in die Kamera:

038
AK: ein Foto aus dieser Zeit ham wir

039
AK: hier, das zeigt dich mit deiner Schwester Beatrix. du bist hier also wirklich schon aschfahl,

040
AK: und auch wahnsinnig eingefallen. - ich nehm mal an, dass du auch total ah: knochig -
JE: und wie!

041
AK: vom Körper her warst, oder?
JE: mh. ja ich konnt auch kaum noch sitzen, weil ä: - die Arschknochn

042
JE: und so ham ziemlich rausgeguckt und – so. es war - furchtbar eigentlich, aber - irgendwann

043
JE: hab ich dann halt ahm - also Weihnachten war das - hab ich gesagt, so geht s jetzt nicht

044
JE: weiter'

Das Aussehen Jennifers ist mehr erahnbar als wirklich erkennbar, zudem zeigt das Foto die beiden in aufgeweckter Haltung, vermutlich anlässlich einer Feier oder einer Party. Aber immerhin erfüllt es eine gewisse Visualisierung des Höhepunkts. Gesundheitssendungen oder Gesundheitsmagazine im Fernsehen verfügen bei solchen Berichten üblicherweise über Fotografien oder Videoaufnahmen der betroffenen Frauen, die in den Kliniken aus medizinischen, behandlungstechnischen oder sonstigen dokumentarischen Gründen erstellt worden sind, die für die ZuschauerInnen wesentlich eindrucksvoller und einprägsamer sind. Die visuell fehlende Information ersetzt die Moderatorin durch eine dramatisierende Beschreibung Jennifers mit Hilfe von Ausdrücken wie *aschfahl (039)* und *wahnsinnig eingefallen (040)*.

Anschließend fordert die Moderatorin Jennifer zu einer Detaillierung dieses Zustands der *48 Kilo nur noch (038)* – also des Erzählungshöhepunktes – auf. Jennifer bestätigt emphatisch, dass sie total knochig war und fügt hinzu, dass sie praktisch auch nicht mehr sitzen konnte, eine für die ZuschauerInnen ganz unmittelbar nachvollziehbare Behinderung im Alltag. Nach dieser kurzen Veranschaulichung des Höhepunkts kündigt Jennifer die Weiterführung ihrer Geschichte an, die Wende: *so geht s jetzt nicht weiter (043)*.

7.2.6. Die Wende: Von der Magersucht zur Bulimie

Jennifer kündigt also an, dass sie, da ihre körperliche Verfassung so schlecht wurde, beschlossen hatte, nun Schritte zu unternehmen. Diese führten sie in die für die Erkrankung ganz typische Spirale, nämlich der Magersucht mit massiven Essanfällen zu begegnen:

043
JE: hab ich dann halt a:m/ - also Weihnachten war das, - hab ich gesagt, so geht s jetzt nicht

044
AK: also Ess - und Brechen oder?
JE: weiter' und dann hab ich ähm bulimische Anfälle bekommen.

045
JE: ja ich hab/ ich hab nicht gebrochen. das heißt, ich hatte richtige Essanfälle. ich hab so zehn=

046
JE: tausend Kalorien gegessen oder so, - also so wahnsinnig viel.

Jennifer erzählt, dass sie *bulimische Anfälle (044)* bekommen habe. Dieser fachsprachliche Ausdruck wird von der Moderatorin, die für das Verstehen der ZuschauerInnen sorgen muss, mit *Ess- und Brechen (044)* übersetzt, von Jennifer aber in seiner Bedeutung eingeengt. Beides ist richtig: Das Erbrechen der Nahrung nach massiven Essanfällen ist zwar ein Leitsymptom von Bulimie, Bulimie selbst bedeutet aber tatsächlich erstmal nur "Ochsenhunger", also unkontrollierte Aufnahme großer Nahrungsmengen. Die fachsprachliche Formulierung und die relativ abstrakte Nennung einer, wenn auch beträchtlichen Kalorienmenge anstatt einer konkreten, bildhafteren und detailreicheren Schilderung macht deutlich, dass es sich hier nicht um eine spontane, sondern um eine schon mehrfach erzählte und reformulierte Geschichte handelt.

Die Erwartung, dass die Ankündigung der Wende bedeute, dass Jennifer sich nun in ärztliche, therapeutische oder sonst wie heilende Hilfe von außen begeben hätte, wird enttäuscht. Der Grund liegt wohl darin, dass sie sich den Suchtcharakter ihres Verhaltens nicht eingestanden hatte und so auch keine angemessen Schritte unternehmen konnte. Da in der Aufbereitung der Talkshow dieser Suchtcharakter ebenfalls bagatellisiert wird, wird nun auch das Gegenmittel der Essanfälle bagatellisiert. Wiederum dient es nur der Veranschaulichung spektakulären Verhaltens. Dies zeigt sich in der vertiefenden Nachfrage der Moderatorin, die nicht das Leiden und das Krankhafte zum Thema macht sondern den berühmten – womöglich noch nachts – "geplünderten Kühlschrank".

046
AK: hast n ganzen Kühlschrank
JE: tausend Kalorien gegessen oder so, - also so wahnsinnig viel.

047
AK: ausgeräumt' - so in einer Aktion?
JE: *<lacht>* ja, ich hab - ähm - also total so zehn Tafeln Schokolade

048
JE: hintereinander und so, - und ich hab äh wahnsinnige Koliken gehabt, also ich konnte/ mein

Die allgemeine, sehr klischeehafte Vorgabe von Kiesbauer ist nur wenig auf die Person Jennifers abgestimmt, so kommt es zu einer höchst lockeren und sehr oberflächlichen inhaltlichen Verbindung: Jennifer lacht bei Kiesbauers Äußerung und schließt an mit einem *ja (047)*, dem jedoch eine ganz andere Detaillierung folgt, nämlich dass sie zehn Tafeln Schokolade auf einmal gegessen hätte. Dies hat mit dem Ausräumen eines Kühlschranks im engeren Sinne wenig zu tun. Hier wird deutlich, dass Kiesbauers Äußerungen im Wesentlichen nur als allgemeine Stichworte fungieren, mit der sie die prinzipielle Richtung der Interaktion leitet. Der von Jennifer dargestellte Inhalt eignet sich als dramatisches Detail jedoch besonders gut, da die Vorstellung, dass ein Mädchen 10 Tafeln Schokolade auf einmal isst, bei dem vorherrschenden Idealen von Schlankheit und Selbstkontrolle etwas geradezu Obszönes in sich birgt. *Der eigentliche Punkt für Jennifers Erzählung* liegt jedoch woanders:

048
JE: hintereinander und so, - und ich hab ä: wahnsinnige Koliken gehabt, also ich konnte/ mein

049
JE: mein Bauch war - richtig aufgebläht' und - ich fühlte mich auch ganz furchtbar' aber ich wollt

050
AK: dass du auch essen kannst!
JE: nicht kotzen' weil ich wollt mir beweisen - ähm ja, dass ich

051
JE: essen kann' dass ich nicht magersüchtig bin! weil ich wollt s mir selbst nicht eingestehen. ich

052
JE: hab die anderen/ ich hab mich und die andern alle belogen. naja'

Sie hatte *wahnsinnige Koliken (048)* und fühlte sich *auch ganz furchtbar (049)*, schildert also ihr Befinden mit der extremen anderen Lösung – ähnlich wie die Magersucht – in den negativsten, sehr dramatischen Tönen. Der Grund für diese extreme Entscheidung war, sie wollte sich selbst und vermutlich auch den anderen beweisen, dass sie *nicht* magersüchtig war. Dies zeigt, dass für Jennifer das Verhalten des selbst induzierten Erbrechens tatsächlich das Symptom für Ess-Süchtigkeit darstellte. Und dies erklärt auch, warum sie bulimische Anfälle hatte ohne sich anschließend zu erbrechen und warum ihr diese Differenzierung in der Darstellung auch so wichtig war.

Interessant ist die Ergänzung der Aussage Jennifers *ich wollt mir beweisen (050)* durch die Moderatorin. Ihr *dass du auch essen kannst! (050)* ist zwar nicht unrichtig, aber bagatellisierend. Es wird von Jennifer zwar bestätigt, aber durch *dass ich nicht magersüchtig bin (051)* pointiert. An dieser Stelle zeigen sich sehr deutlich die beiden *unterschiedlichen Relevanzausrichtungen* Jennifers und der Moderatorin.

Jennifers eigentlicher Punkt ihrer Erzählung folgt in Form eines – geradezu therapeutisch anmutenden – Schuldbekenntnisses, dass sie sich selbst und alle anderen belogen habe, weil sie sich nicht eingestanden hatte, dass sie tatsächlich magersüchtig sei. Diese Erklärung macht den Unterschied noch klarer: Es ging Jennifer nicht bloß darum zu beweisen, dass sie essen kann, sondern es geht um ihre *Schuld*, die es wieder gutzumachen galt. Da die Gesellschaft nicht Verantwortung dafür übernehmen kann, ein Körperideal anzusetzen, dessen Erreichung Frauen potentiell krank macht, hat sie eine Möglichkeit entwickelt, dieser kollektiven Verantwortung zu entgehen: Die Schuld für die Erkrankung wird dem jeweiligen Individuum als individuelle Funktionsuntüchtigkeit oder als individuelles Versagen – also als individuelle Schuld angelastet. Wie sehr Jennifer diesem kollektiven Verfahren ausgesetzt ist und es für sich "naturalisiert" hat, wird in ihrer Erzählung in grausamer Weise deutlich: Sie fühlt sich tatsächlich schuldig, sich und die anderen belogen zu haben, sie fühlt sich schuldig, versagt zu haben und sie fühlt sich schuldig, krank geworden zu sein. Der Grund für dieses Schuldgefühl liegt möglicherweise in dem Erleben von Scham, in der Anpassung versagt zu haben. Und der Grund für das Versagen wird nicht bei den anderen, nicht in den gesellschaftlichen Rahmenbedingungen, sondern bei sich selbst geortet.

Eine inhaltliche und auch sinnvolle Auseinandersetzung mit dieser individuell wie kollektiv höchst schwierigen (Be)Deutung von Schuld, Reue und Sühne im Zusammenhang mit Ess-Störungen würde ausführliche und komplexere Erzähl- und Erklärungsverläufe notwendig machen, was den Kontext einer Talkshow weit überschreiten würde. Eine Bagatellisierung in der Form *(beweisen) dass du essen kannst"* kann dazu dienen, die zugrunde liegende Komplexität zu verschleiern und die Auseinandersetzung verhindern.

Aus diesen Überlegungen wird wieder deutlich, dass die Moderatorin und Jennifer hier nicht Jennifers Geschichte erzählen, sondern dass hier *zwei unterschiedliche Geschichten* erzählt werden: Einerseits die für die mediale Inszenierung funktionale, die von der Moderatorin geleitet und gestützt wird, mit besonderer Vertiefung spektakulärer Details und einer Bagatellisierung der Zusammenhänge, und andererseits Fragmente der individuelle Geschichte und des individuellen Erlebens Jennifers. Dieses Phänomen hat seinen Grund darin, dass Jennifer zwar mit ihrer individuellen Geschichte eingeladen worden ist, diese Geschichte aber auch genügend Allgemeingültigkeit enthalten muss. Nur so können sich die ZuschauerInnen auch ausreichend und rasch mit den jeweiligen Erzählungen bzw. Erzählteilen identifizieren. So dienen die individuellen Details dazu, durch ihre Dramatik oder Außergewöhnlichkeit die Bildhaftigkeit und die Spannung

herstellen, der Verlauf an sich muss jedoch gut nachvollziehbar und übertragbar bleiben.

7.2.7. Das Ende: Der Teufelskreis des normalen Essens

Wie endet nun Jennifers Geschichte? Die Konsequenz ihres übermäßigen Essverhaltens ist natürlich die (verhasste) Gewichtszunahme:

052
JE: naja' und dann hab ich halt

053
JE: wieder zugenommen ziemlich rapide. ich mein ich ess jetzt nicht zehntausend Kalorien am

054
AK: aber du isst wieder normal? hast du wieder dein ursprüngliches Gewicht?
JE: Tag' aber ja. ja.

055
AK: das warn 70 Kilo.
JE: ja.

Jennifer deutet an, dass sie die extremen Essanfälle überwunden habe, aber dennoch reichlich Nahrung zu sich nehme. Und wieder passiert es, dass die Moderatorin die entsprechende, von Jennifer mit *aber* begonnene Äußerung weiterführt: *aber du isst wieder normal? (054)*. Diese Formulierung der Moderatorin steht wegweisend für die gesamte Widersprüchlichkeit der Thematik Ess-Störungen und Schlankheitsideal: Jennifer isst wieder *normal*. Das heißt sie hat – zumindest vordergründig – Magersucht und Bulimie überwunden, allerdings mit der Konsequenz, dass sie wieder ihr ursprüngliches Körpergewicht erreicht hat. Dieses Gewicht entspricht jedoch nicht dem gängigen überschlanken Körperideal, das mit "normalem Essen" nicht zu erreichen oder zu halten ist. Und so erstaunt es nicht, dass Jennifer mit diesem Zustand auch nicht zufrieden ist. Dies führt zu dem Schluss, dass die vordergründige Überwindung der Ess-Störungen nicht auch mit einer Überwindung der "prinzipiellen Anfälligkeit für Magersucht und Bulimie" gleichzusetzen ist. Das "normale Essen" ist ein Oberflächenphänomen, das mit Jennifers innerer Wirklichkeit nichts zu tun hat. Es hatte für sie keine innere Klärung stattgefunden (auch keine Bedeutungsklärung der Magersucht, vgl. Garrett 1998) und ihr jetziges Gewicht ist für sie – ähnlich wie die Magersucht – Ausdruck ihres prinzipiellen Versagens an der Norm, noch dazu verbunden mit massiven Schuldgefühlen.

055
AK: das warn 70 Kilo. bist du jetzt wieder glücklich dass du zum Glück nicht mehr so <u>dürr</u>
JE: ja.

056
AK: bist?
JE: nein! ich/ überhaupt nicht weil/ also ich würde schon gern wieder so, - ich weiß nicht, also

057
JE: halt 10 15 Kilo abnehmen' ahm ich hab s auch öfter versucht' aber ich scheitere dann immer' weil

058
JE: wenn ich nicht – ahm/ wenn ich ein Ziel setze' ich darf jetzt nur – was weiß ich' so 700 Kalorien

059
JE: oder so' - dann schaff ich das nicht' und wenn ich das tue' dann nehm ich wieder zu viel ab'

060
AK: hmhm.
JE: und dann will ich nicht wieder zunehmen. deswegen -

Die Moderatorin fragt Jennifer, ob sie denn jetzt glücklich sei, bezieht sich dabei nicht auf das aktuelle Gewicht, sondern auf die Überwindung der Erkrankung an Magersucht

(*nicht mehr so dürr (055)*). Damit bezieht sich die Moderatorin lediglich auf den "einfacheren" Aspekt der früheren Krankheit, nicht auf den viel heikleren Aspekt von Jennifers aktuellem Befinden mit ihrem Gewichtsproblem. Jennifer verneint diese Frage erstens, zweitens refokussiert sie in ihrer Antwort ihr nach wie vor aktuelles Dilemma, in dem sie durch das gängige Schlankheitsideal steckt: Nach wie vor würde sie gerne 10 bis 15 kg Gewicht abnehmen, um dem für ihre Größe vermutlichen Gewichts- und Schlankheitsideal zu entsprechen, weiß aber aus ihrer Erfahrung, dass sie beim Versuch abzunehmen wieder in die Magersucht abrutschen würde, aus der sie sich dann wieder "herausessen" müsste. Wie wenig von Jennifers dieser eigentlichen Geschichte in ihrem Talkshowauftritt zum Vorschein kommt (oder kommen darf), wird in der zusammenfassenden Feststellung der Moderatorin nochmals deutlich:

060
AK: hmhm. also du hast erkannt dass es sich um
JE: und dann will ich nicht wieder zunehmen. deswegen -

061
AK: einen sehr gefährlichen Kreislauf bei dir handelt. du hast gesagt' deine Schwester hat
JE: ja.

Jetzt ist der Moment, da die Moderatorin und Jennifer endgültig von zwei völlig unterschiedlichen Dingen sprechen. Die Moderatorin fasst Jennifers gesamte Erzählung als *sehr gefährlichen Kreislauf (061)* zusammen, den Jennifer nun erkannt hätte. Damit betont sie am Ende von Jennifers Erzählung den gefährlichen, krankmachenden Aspekt zwanghafter Nahrungskontrolle, vor dem Mädchen und Frauen sich in Acht nehmen sollten – und Jennifer steht als ein Exempel dafür. Hier scheint Kiesbauer den von ihr immer wieder propagierten Anspruch der Lebenshilfe ihrer Talkshow zu erfüllen. Für Jennifer hingegen besteht der Kreislauf nicht in dem krankmachenden Aspekt, sondern im Verhaltensaspekt: Sie hat kein Verhaltensrepertoire mehr zur Verfügung, um ihr Problem und ihr Dilemma, normal zu erscheinen *und* normal zu essen, zu lösen. Da die Moderatorin anschließend sofort zum nächsten Gast, Jennifers Schwester überleitet, bleibt Jennifer damit stehen gelassen.

Aus der Darstellung Jennifers ist weder deutlich geworden, was ihr persönlicher Grund war, abzunehmen, noch welcher individuelle Sinn für sie in der Magersucht verborgen gelegen ist. Da dem Aussehen des weiblichen Körpers und dem Schlankheitsideal so eine große, umfassende gesellschaftliche und kulturelle Bedeutung beigemessen wird, lässt sich die je spezifische individuelle Bedeutung eines schlanken oder angepassten oder nicht angepassten Körpers für jede einzelne Frau (oder Betroffene) von der gesellschaftlichen Bedeutung nicht trennen. Und das kann selbstverständlich in ein Verhaltensdilemma führen, in dem kein Weg mehr richtig zu sein scheint. Jennifer verbleibt also in einem höchst empfindlichen Gleichgewicht, das vermutlich einen großen Teil ihrer Energie absorbiert: Zwischen dem Wunsch, schlanker sein zu wollen oder zu sollen, also angepasst zu sein an das gängigen Ideal, und dem Erleben eines zweifachen Versagens, das verhindert, dieses Ideal je zu erreichen: entweder sie beginnt, ihre Nahrung zu kontrollieren, dann fällt sie in magersüchtiges Verhalten, oder sie ernährt sich normal, dann wird sie zu dick. Das ist ihre eigentliche Geschichte, die sich hinter ihrer Darstellung verbirgt.

7.2.8. Fazit der Analyse

Die Analyse der Talkshow zeigte, dass Erzählungen von Ess-Störungen, ihre Verläufe und Symptomatiken vor allem als Mittel zur Inszenierung von emotionalisierter Unterhaltung und zur Vermittlung oberflächlicher Lebenshilfe funktionalisiert werden. So-

ziokulturell heikle und komplexe Zusammenhänge zwischen gängigen Körperidealen, die dem "normalen" Körper immer weniger entsprechen, und krankmachenden gesellschaftlichen Erwartungen und Kontrollmechanismen werden systematisch durch Bagatellisierungen ausgeblendet und verschleiert. Die übliche gesellschaftliche Praxis, Frauen und Mädchen, die auf dem Weg, dem Schlankheitsideal zu entsprechen, in anorektisches und/oder bulimisches Verhalten abgleiten, individuell dafür verantwortlich zu machen und ihnen Schuld und persönliches Versagen "an der Norm" zu unterstellen, wird in den Darstellungsweisen re-inszeniert.

7.3. Das Chronische Erschöpfungssyndrom: Die Diagnose des Bizarren[75]

7.3.1. Moderne Leiden – Leiden an der Moderne

Seit mehreren Jahren erregt das Auftreten neuer, bisher unbekannter Krankheiten wie z.B. das *Chronische Erschöpfungssyndrom* (Chronic Fatigue Syndrome, CFS), das *Sick-Building-Syndrome* (SBS) oder die *multiple chemische Überempfindlichkeitsstörung* (Multiple Chemical Sensitivity, MCS) die Aufmerksamkeit von Medizin und Öffentlichkeit. Auch "neue" psychische Leiden werden diagnostiziert wie die seit Jahren an Bedeutung gewinnende *Multiple Persönlichkeitsstörung* (MPD), ganz aktuell das *Aufmerksamkeitsdefizitsyndrom* (ADS) bei so genannten hyperaktiven Kindern oder auch das *Sisi-Syndrom*. Dieses wurde anlässlich des 100. Todestages der österreichischen Kaiserin Sisi "entdeckt" und soll Personen diagnostizieren, die – ähnlich wie die Kaiserin – ihre eigentlich zugrunde liegende depressive Verstimmung mit energischem Aktivismus zu bekämpfen suchen ohne jedoch an subjektiver Lebensqualität zu gewinnen (Voll 1998). Diese "modernen Leiden" (Shorter 1994) beschreiben Beschwerdenbilder, die es zum Teil unter anderem Namen, aber in verwandten Formen immer schon gab, wie etwa nervöse Erschöpfung oder Neurasthenie. Meist handelt es sich um eine komplexe und häufig unklare Ansammlung von Symptomen mit körperlichen und psychischen Anteilen, die die Betroffenen auf eine oft jahrelange Suche nach einer "richtigen medizinischen" Diagnose führen.

In medizinischen Zeitschriften gibt es eine rege Diskussion über Diagnosewege und Therapieformen, v.a. aber über Herkunft und Auslöser dieser Krankheiten, dazu findet sich eine steigende Anzahl von populärwissenschaftlichen Darstellungen in Buchform und Internet und von Selbsthilfeorganisationen. Wegen ihrer Aktualität und ihrer oft spektakulären oder dramatischen Symptome wird über diese Beschwerdenbilder gerne auch im Fernsehen berichtet, sei es in medizinischen Informationssendungen, in Talkshows oder im Rahmen von vermischten Magazinen und Dokumentationen. Da die westliche Kultur ein starkes soziokulturelles Angebot bereithält, Leid in Form von körperlichen Symptomen auszudrücken, vermögen diese schillernden Erkrankungen neben den faktischen physischen und psychosozialen Beeinträchtigungen für das erkrankte Individuum auch auf verdeckte, krankmachende oder widersprüchliche soziokulturelle Normen der "späten Moderne" (Giddens 1991) hinzuweisen – ganz im Sinne von so genannten "kulturgebundenen Syndromen" (Hörbst 1996). So präsentiert sich die heutige Gesellschaft gleichermaßen als Erfolgs- und Leistungsgesellschaft wie als Spaß- und Überflussgesellschaft und fordert ein dynamisch-flexibles, extrovertiertes, dabei kon-

[75] Eine verkürzte Fassung dieses Abschnitts wurde publiziert unter dem Titel: Nimmermüde – immer müde. Zur soziokulturellen Symbolik und medialen Präsentation des Chronischen Erschöpfungssyndroms. In: Brünner G & Gülich E (Hrsg.) 2002. Krankheit verstehen. Interdisziplinäre Beiträge zur Sprache in Krankheitsdarstellungen. Aisthesis-Verlag: Bielefeld, 209-234.

trolliertes und stets leistungsbereites Individuum – und so können z.B. die Symptome des eben erwähnten Sisi-Syndroms auch auf soziokulturell stigmatisierte affektive Zustände wie Ängste, innere Leere und depressive Verstimmungen verweisen.

Im Folgenden möchte ich am Beispiel des Chronischen Erschöpfungssyndroms (CFS) die komplexe körperliche Symptomatik und die standardmedizinischen Diagnose- und Behandlungsformen eines solchen "modernen Leidens" darstellen, ebenso wie seine psychosomatischen Bedeutungsformen und seine möglichen soziokulturellen Gehalte, die über die entsprechende Symptomatik "kommuniziert" werden soll. Daran anschließend werde ich anhand von Material aus einer medizinischen Informationssendung und einer Talkshow überprüfen, wieweit die genannten Aspekte in diese Form der öffentlichen Gesundheitsinformation Eingang finden. Diese Überlegung ist insofern weitreichend, als ich davon ausgehe, dass eine primär somatisierte Darstellung des Syndroms eher Nachahmung und Hypochondrisierung fördert, während eine Sichtbarmachung der psychosomatischen und kollektiven Anteile der Leidensdarstellungen ein Angebot zur Reflexion darstellt. Der wesentliche heilende Aspekt, der sich dahinter verbirgt, wird von der gemeinsamen Suche von Betroffenen und ÄrztInnen nach einer sozial entlastenden somatischen Diagnose üblicherweise völlig in den Hintergrund gedrängt.

7.3.2. Das Beschwerdenbild des CFS

Die Bezeichnung CFS (chronique *fatigue* syndrome) nennt das Hauptsymptom des Krankheitsbildes, nämlich eine, oft über Jahre hinweg währende extreme Erschöpfbarkeit und Ermüdung durch geringste Anstrengungen. Die *Gesamtpalette der Beschwerden* ist jedoch umfangreicher: Die Betroffenen leiden zudem unter substantiellen Einschränkungen des Kurzzeitgedächtnisses, unter Konzentrationsstörungen und unter chronischen Schmerzen in Muskeln, Gelenken, Hals, Kopf und Lymphknoten. Dazu kommen häufig Sehstörungen, Fieberschübe und Übelkeit sowie Pilzerkrankungen und Allergien. Bei vielen tritt CFS im Anschluss an virale Infekte auf, von denen sie sich nicht mehr erholen, andere werden ganz plötzlich heimgesucht. Auch wenn regelmäßig neue Auslöser genannt oder gefunden werden, bleiben die eigentlichen Ursachen und Krankheitsmechanismen nach wie vor unklar. Organische Auslöser wie Viren, Borrelien oder Pilze sowie allgemeine Störungen des psycho-neuro-endokrinen-immunologischen Systems werden in Betracht gezogen, aber auch psychosoziale Komponenten wie andauernde Überlastungen im Vorfeld der Erkrankung oder allgemeine Reizüberflutung. Unklar ist weiters, ob es sich bei CFS um eine einzelne Krankheit handelt oder um eine Gruppe von unterschiedlichen Krankheiten mit ähnlichen Symptomen (Berg 1999).

Die Diffusität von CFS spiegelt sich auch in den seit Ende der 70er Jahre konkurrierenden Bezeichnungen wider : CFIDS (chronic fatigue immune disfunction syndrome), ME (myalgic encephalomyelitis), Fibromyalgie oder EBV (Epstein-Barr virus infection) (Shorter 1992, 307ff). Seit 1988 ist CFS in der internationalen Klassifikation von Krankheiten ICD-10 (International Classification of Diseases) der WHO unter der Kennziffer G93.3 als "*postvirales Erschöpfungssyndrom, einschließlich benigne myalgische Enzephalomyelitis*" aufgenommen (Zenker 1996). Die Diagnose selbst kann nur auf klinischem Weg als Ausschlussdiagnose erfolgen, da CFS über Laborbefunde nicht nachweisbar ist. Entscheidende Diagnosekriterien sind, dass die schwere Erschöpfung seit mindestens 6 Monaten besteht und von einer Kombination aus mindestens vier (früher acht) der oben genannten Leitsymptome begleitet wird (Holmes et al. 1988).

Aufgrund dieser diagnostischen Hindernisse variieren die Schätzungen für Deutschland zwischen 3 Promille bis 2 Prozent der Bevölkerung, in der Mehrzahl Frauen, hauptsächlich zwischen 30-50 Jahren (Zenker 1996). Die amerikanische Gesundheits-

behörde CDC (Center for Disease Control) gibt als Zahl 410 von 100.000 an, also knapp 0,5 Prozent. Gemeinsam mit chronischen Schmerzen ist chronische Erschöpfung heutzutage die von PatientInnen meistgenannte Symptomatik, ohne dass es sich hierbei immer um CFS im engen diagnostischen Sinne handeln muss (Shorter 1992). Typisch für "moderne Leiden" ist, dass von den ersten Diagnosen an die Fallzahlen ständig steigen, sodass im Falle von CFS oft schon von einer Krankheit mit epidemischen Ausmaßen gesprochen wird (s.u. sowie Shorter 1992, 307ff).

Die inzwischen standardmäßig von der Schulmedizin empfohlene Behandlung ist eine symptomatische pharmakologische Behandlung, begleitet von Ernährungsumstellung und moderater körperlicher Bewegung. Eine zusätzliche psychotherapeutische Behandlung kann ebenso hilfreich sein wie eine homöopathisch oder naturheilkundlich ausgerichtete. Einige der Betroffenen erholen sich nach einigen Monaten oder Jahren, andere bleiben über Jahre hinweg krank oder erleben Rückfälle und heftige zyklische Verläufe. Ziel der Behandlung ist deshalb nicht das Erreichen von Beschwerdefreiheit, also völlige Heilung, sondern ein individueller Kompromiss zwischen familiären und sozialen Notwendigkeiten und dem Wunsch nach einer relativ erträglichen Symptomatik (Sobetzko 1998).

Welche Ursachen auch immer hinter CFS liegen, das Leiden ist real und real sind auch die verheerenden psychosozialen Folgeerscheinungen für die Erkrankten, denn CFS bedeutet zwangsläufig eine Kollision mit gesellschaftlichen Leistungsnormen, die auf lange Zeit nicht mehr erfüllbar sind. Die unklaren und wechselnden Symptome werden vom sozialen Umfeld, aber auch von mangelnd informierten ÄrztInnen oft als psychische Labilität oder Hypochondrie abgetan, durch die Leistungsschwäche droht der Verlust des Arbeitsplatzes, damit einher gehen finanzielle und sozialversicherungstechnische Probleme, soziale Beziehungen können nicht mehr aufrechterhalten werden, die Betroffenen verlieren an Selbstwertgefühl und die Selbstmordgefährdung bei CFS-Kranken ist dementsprechend hoch (Sobetzko 1998). Ganz abgesehen von dem Wunsch nach Wiederherstellung der Gesundheit ist die *Suche nach einer medizinische Diagnose* für die Betroffenen daher von grundlegender Bedeutung, sowohl als psychosoziale Entlastung wie aus versicherungstechnischer Notwendigkeit.

7.3.3. Die Bedeutung einer somatischen Diagnose

Wenn ein Leidenszustand als körperliche Krankheit diagnostiziert wird, bedeutet dies, dass das Leiden im Rahmen des medizinischen Systems lokalisiert wird, dass die Beschwerden als Symptome und die Kranken als PatientInnen professionell wahrgenommen werden und dass das Leiden einer Behandlung zugeführt werden kann. Zentralen Stellenwert bei der Überführung von Leid in Krankheit kommt dabei dem ärztlichen Gespräch zu, in dem diese "Institutionalisierung von Beschwerden" (Lalouschek 2002a) stattfindet. Dies gilt besonders für ein Beschwerdenbild wie das CFS, das gerade über das Fehlen eindeutiger medizinischer Befunde diagnostizierbar wird und das dringend einer legitimierenden ärztlichen Diagnose bedarf, um das Leiden benennbar zu machen und einer medizinischen und sozialen Akzeptanz zuzuführen. In einer Untersuchung zu medizinischen Erstgesprächen auf einer CFS-Station in einer Stockholmer Klinik (Hydén/Sachs 1998) zeigt sich, dass ÄrztInnen und PatientInnen in den diagnostischen Gesprächen die relevanten Symptome und Diagnosekriterien in spezifischer Weise interaktiv aushandeln, um zu der legitimierenden Diagnose "CFS" zu gelangen. Die Kranken müssen in ihrer Beschwerdendarstellung nämlich danach trachten, die jeweiligen Kriterien der Symptome, die vom medizinischen System für relevant erachtetet werden, zu erfüllen, mit dem Problem, dass ihnen das Fachwissen um diese Kriterien selbst nicht immer zur Verfügung steht. So sind die Antworten der PatientInnen von Vagheiten und

Unsicherheiten in den Beschreibungen charakterisiert, von Wiederholungen, veränderten Relevantsetzungen, Um- und Reformulierungen und weiteren Anpassungsprozessen an die ärztlichen Fragen. Der wichtigste Schritt ist natürlich die abschließende Bewertung durch die ÄrztInnen, denn PatientInnen, die die relevanten Kriterien nicht erfüllen, kommen weder in den Genuss der medizinischen Wahrnehmung, nämlich Diagnose und Behandlung, noch in den der sozialen Rehabilitierung.

Die *schulmedizinische Diagnose* "CFS" ist eine somatische Diagnose und umfasst in ihrem Kriterienkatalog nur körperliche und keine psychologischen Störungen, sodass sich das Leiden der CFS-Kranken als biomedizinisch fassbare Erkrankung darstellt. Immer wieder wird berichtet, dass Personen, die von CFS betroffen sind, präferiert somatische Diagnosen zur Kenntnis nehmen und alle Hinweise auf psychologische Ursachen strikt von sich weisen (Nix 1996, Zenker 1996) und dass obwohl die schulmedizinische Diagnose faktisch gar keine Aussicht auf Wiederherstellung anbieten kann. Dies hat folgenden soziokulturellen Hintergrund: Organische Krankheitsdiagnosen sind in unserer Kultur – abgesehen von ansteckenden schweren Krankheiten wie etwa AIDS – ungleich weniger stigmatisiert als psychologische Störungen, die immer ein individuelles Versagen an sozialen Anforderungen implizieren. Organische Krankheiten können als körperliche Dysfunktionen ein stückweit von der "Person" abgekoppelt und objektiviert werden. Dies wiederum hat mit dem fragmentierten Menschenbild unserer Kultur zu tun, das vom gängigen medizinischen Modell, der Schulmedizin, mitgetragen wird, zusätzlich verstärkt durch ihren Anspruch, körperliches Leid prinzipiell heilen zu können.

Eine klare organische Diagnose wirkt individuell wie sozial entlastend (*facesaving*, vgl. Shorter 1992), sie vermag das fremde körperlichen Geschehen zu benennen, so dass notwendige Identifikationen stattfinden können, was gerade bei chronisch verlaufenden Krankheiten unabdingbar ist (Kleinman 1988) und sie vermittelt Hoffnung auf Heilbarkeit durch entsprechende medizinische Maßnahmen. Unbestimmte Diagnosen wie "wir finden nichts" oder "es ist psychosomatisch" verunsichern die Kranken und dienen nur dazu, das Leid und die Beschwerden abzuwerten (Kütemeyer 1999). Da die "Aufnahme" in das medizinische System aber unabdingbar ist, führen unbestimmte Diagnosen dazu, dass die Betroffenen den Druck auf das Finden einer "richtigen" Diagnose verstärken. Eine solche Suche lässt sich dadurch, dass die gegenwärtige Medizin praktisch unbegrenzte Untersuchungsmöglichkeiten anbietet, die sich kaum erschöpfen lassen und endlos wiederholt werden können, jahrelang fortführen (Bräutigam, Christian & von Rad 1997, 383); gerade bei CFS wird so aufgrund der Vielzahl und der Instabilität der Beschwerden eine Odyssee durch internistische, orthopädische, neurologische und dermatologische Kliniken und Praxen vorprogrammiert ebenso wie eine gewisse Verselbständigung einzelner Symptome (sekundäre Chronifizierung).

Ein Problem der Schulmedizin und ihrer Diagnostik ist die Ausblendung der sozialen und seelische Seite des Krankseins, was automatisch dazu führt, dass diese Bereiche nicht systematisch mitgedacht werden, weder in der Ursachenforschung, in der Diagnostik, in den Therapieplänen, noch in der Gesundheitsaufklärung. Dabei hat die Symptomatik des CFS auch noch ganz andere Dimensionen.

7.3.4. CFS als psychosomatisches und kulturspezifisches Syndrom

7.3.4.1. Die psychosomatische Symptomgestaltung

In ganzheitlichen, systemischen oder psychoanalytischen medizinischen Ansätzen steht in unterschiedlicher Weise die Erfassung der Zusammenhänge von Körperbeschwerden

und unbewussten seelischen Prozessen im Zentrum. So geht die psychosomatische Medizin davon aus, dass jedes Individuum in der Lage ist, in bestimmten Lebenssituationen seinen seelischen Schmerz zu "somatisieren" (McDougall 1998, 69), wobei es Personengruppen gibt, die dafür besondere affektive oder soziale Dispositionen aufweisen. So reagieren z.B. Personen mit einer erhöhten Sensibilität in der Wahrnehmungs- und Erlebnissphäre (traditionellerweise als "Nervosität" bezeichnet) auch sensibel auf psychophysisch und emotional unangemessene Belastungen, das vegetative Nervensystem fungiert als Resonanzboden für das jeweils gestörte seelische Befinden (vgl. Bräutigam, Christian & von Rad 1997, 383). Ihre Allgemeinbeschwerden, die sie noch nicht von den Allgemeinbeschwerden der "gesunden Population" unterscheiden, haben dann Signalcharakter für ihre persönliche Lage. Damit aus Allgemeinbeschwerden aber Symptombildungen werden, müssen in der gegenwärtigen Lebenssituation Belastungen und damit persönliche Konflikte hinzutreten. Erst dann werden die "Beschwerden der Gesunden" zu einem Symptom, das zu einem Krankheitsangebot führt und in den Raum ärztlicher Behandlung hinausgeschoben wird. Dabei kommt der "leiblichen Gebärde" auch Entlastungs- und Abfuhrcharakter zu. Die Psychoanalytikerin Joyce McDougall betont, dass alle Menschen die Tendenz haben, innere Spannungen durch ein *acting-out* abzuführen, wenn sie besonders starken Belastungen ausgesetzt sind, also z.B. mehr zu essen oder zu rauchen als gewöhnlich, wobei jene, die systematisch Handeln zur Abwehr seelischer Konflikte und Ängste einsetzen, eine höhere Anfälligkeit für psychosomatische Erkrankungen riskieren (McDougall 1998, 109).

Aus moderner psychosomatischer Sicht erscheint also eine ursächliche Verbindung von Beschwerden, Persönlichkeit und Nervensystem zu einfach. Ihr wird ein komplexerer Zusammenhang entgegengestellt aus einer Wechselwirkung zwischen Beschwerden, gegenwärtiger Lebenssituation, Persönlichkeit und somatischer Krankheitsrezeption der Ärzte und der Gesellschaft, also eine erlebte Wechselwirkung zwischen dem einzelnen Menschen und seiner sozialen Umwelt (Bräutigam, Christian & von Rad 1997, 383). In dieser Hinsicht ist zu betonen, dass es in unserer Gesellschaft in Bezug auf die Somatisierung ein ganz klares soziokulturelles Angebot gibt: Der gesamte medizinische Apparat ist mehr auf ein körperliches Krankheitsangebot ausgerichtet als auf ein seelisches mit der Konsequenz, dass seelisches Leid von Individuen präferiert über körperliche Krankheit ausgedrückt wird und von ÄrztInnen auch als somatisches Leiden behandelt wird. Diese Ebenenverschiebung ermöglicht zwar die Behandlung der körperlichen Symptome, nicht aber die Heilung des Leidens, das zugrunde liegt (Wilbur 1996).

7.3.4.2. CFS als Angststörung

Wie stellt sich nun der psychosomatische bzw. psychoanalytischen Ansatz zum Verständnis von CFS dar? Bezug nehmend auf Freud, der schon 1895 einen Symptomenkomplex aus Hinfälligkeit und Mattigkeit als Angstneurose von der Neurasthenie abtrennte, geht Mechthild Kütemeyer (1999) bei CFS von einer "larvierten Angsstörung" aus: Die klinische Erfahrung zeigt, dass gerade bei PatientInnen mit Angststörungen körperliche Beschwerden wie Schwindel und Tinnitus, multilokale Schmerzen, Müdigkeit, Gehstörungen und Parästhesien ("Kribbeln" oder Taubheit in den Fingern) anstelle von Angst im Vordergrund der Darstellung stehen, so dass die Diagnose Angstneurose oft erst nach Jahren langwieriger Behandlungen und Klinikaufenthalte gestellt werden kann bzw. wird. Diese körperliche Symptomatik ähnelt in weiten Teilen der des chronischen Erschöpfungssyndroms, mit der Ausnahme, das CFS-PatientInnen häufig plötzliches Auftreten ihrer Beschwerden nach einem Infekt angeben. Wird die Anamnese aber erweitert, so zeigt sich, dass bei allen von CFS Betroffenen lange vor dem Infekt regelmäßig Angstepisoden vorhanden waren, also z.B. nächtliche Panikattacken, Herzrasen

oder Blutdruckkrisen, woraus Kütemeyer schließt, dass "die Angst nicht nur in den aktuellen Körperbeschwerden (...) zum Ausdruck kommt, sondern sie ihr Leben schon lange begleitet hat, wenn auch gut kompensiert und eingebettet in meist überdurchschnittliche Initiative und Tatkraft (Kütemeyer 1999, 86)". Infekte und postinfektiöse Erschöpfung sind nicht Ursache, sondern lediglich die "Schiene", auf der die latente Angst sich in chronische Müdigkeit verwandelt.[76]

Die Anamnesen deuten zudem auf einen Persönlichkeitsfaktor hin: Bei der von CFS betroffenen Personengruppe handelt es sich vorwiegend um leistungs- und externorientierte, nur scheinbar selbständige Menschen; ihre innere Problematik wird bei Bindungsverlust oder Verlust von Leistungsfähigkeit wie etwa bei postinfektiöser Erschöpfung akut (Kütemeyer 1999, 89). Auch der Neurologe Nix (1996) bezeichnet CFS-PatientInnen als Depressive des Manager-Typs. Hier wird die Nähe zur Symptomatik des Sisi-Syndroms interessant: Erst wenn latente Ängste und andere Affekte nicht mehr über Leistung verdeckt werden können, kommt es zum kompletten physischen und psychischen Zusammenbruch.

Im psychoanalytischen Ansatz wird CFS also nicht als somatische, sondern als eine gravierende psychogene Erkrankung betrachtet, eine somatisierte Angststörung, die bloß einen neuen Namen bekommen hat. Bei der Bezeichnung "chronisches Erschöpfungssyndrom" handelt es sich nach Kütemeyer (1999) um eine "somatophile Verlegenheitsdiagnose" der MedizinerInnen, wenn die nahe liegende Erklärung "Angst" neutralisiert werden muss oder die psychoanalytisch bekannte Beziehung zwischen Schmerz, Müdigkeit und Angst unerkannt bleibt. Eine weitere Erklärung für die Präferenz für somatische Diagnosen sieht Nix (1996) neben den schon oben angesprochen soziokulturellen Normen im Persönlichkeitstyp: Gerade extern orientierte Personen können eine Störung des Stoffwechsels oder des Immunsystems eher akzeptieren als eine psychologische. Dieser Ansatz würde die eingangs dargestellten jahrelangen Krankheitsverläufe und die nur bedingten Behandlungserfolge der Schulmedizin ebenso erklären wie das oft heftige Bemühen der Betroffenen, den möglicherweise zugrunde liegenden psychischen Faktor "Angst" im Sinne einer Abwehrstrategie über somatische Diagnosen von sich fernzuhalten.

7.3.4.3. Die kulturgebundene Symptomgestaltung

Der psychosomatische Aspekt betrifft also die Möglichkeit des individuellen Ausagierens von Konflikten, Spannungen und Ängsten über körperliche Krankheiten. In gesamtheitlichen, vor allem aber in ethnomedizinischen Ansätzen wird immer wieder gezeigt, dass Krankheitssymptome neben ihrer individuellen psychosomatischen Bedeutung auch der Kommunikation mit dem sozialen Umfeld und der Gesellschaft dienen können, etwa um persönliche oder soziale Spannungen und Konflikte zu thematisieren (Möhring 1993). In Kulturen, die für diese Krankheitsauffassung offen sind, wird die Erkrankung eines Individuums so zu einem Problem der Gemeinschaft, dass auch nur gemeinschaftlich bearbeitet werden kann. Individuelle Erkrankung hat sozialen Signalcharakter, aber nicht im Sinne einer Aufforderung zur Nachahmung, sondern im Sinne

76 Interessanterweise finden sich in der schon zitierten schwedischen Untersuchung von Hydén und Sachs (1998) in einer Beschwerdendarstellung eines CFS-Patienten genau diese Hinweise auf seit Jahren bestehende Attacken von Herzschmerzen, die keiner somatischen Diagnose zugeführt werden konnten (Hervorh. JL): "It started seven eight years ago. It started with *recurrent pains in the heart*. (...) And I also felt that I started to become very tired, I had certain periods when I thought the heart beat fast and I thought I had something wrong with my heart. So I went to the hospital and told them how it was, and they took some tests and a work EKG and so on, they told me that I wasn't especially well trained physically, but *they didn't find any major problems*. (Hydén & Sachs 1998, 182)".

einer Aufforderung zu einer gemeinsamen Lösung. In "somatophilen" Kulturen wie der unseren ist Krankheit individuelles Schicksal oder Schuld; Krankheit hat Signalcharakter im Sinne einer Störung, die vom Individuum selbst "repariert" oder zur Behandlung an das medizinische System delegiert werden soll. Neben dem soziokulturellen Angebot der Somatisierung von Konflikten wird Krankheit in jeder Gesellschaft oder Kultur also auch unterschiedliches soziokulturelles Bedeutungspotential beigemessen.

Nun stellt sich die Frage, warum in einer bestimmten Gesellschaft zu einem bestimmten Zeitpunkt die Wahl auf bestimmte Symptome wie eben Erschöpfung und Müdigkeit fällt und wie sich diese Symptome dann epidemieartig ausbreiten, sodass sie als "neue Leiden" klassifiziert werden können. Der Medizinhistoriker Edward Shorter bescheinigt jedem kulturellen Umfeld prinzipiell Symptom gestaltende Wirkung, indem es den Menschen Vorstellungen davon vermittelt, wie legitime und illegitime Krankheitsbilder aussehen. Mit der Ausrichtung auf Legitimität macht die Kultur manche Verhaltensformen akzeptabel und andere inakzeptabel. Unter solchen *kulturspezifischen Syndromen* ist demgemäß eine Konstellation von Symptomen zu verstehen, die im Rahmen einer bestimmten Kultur als Dysfunktion oder Krankheit kategorisiert wird und für die auch Vorbeuge- und Therapiemaßnahmen vorgesehen sind. In diesem Zusammenhang spricht Shorter von einem *symptom pool* (Shorter 1992, 285), also von einem Vorrat an legitimen und präsentierbaren Krankheitssymptomen, der den Individuen zu einem gewissen Zeitpunkt zur Verfügung steht und der die Symptomwahl beeinflusst. Charakteristisch für ein kulturspezifisches Syndrom ist, dass es nicht unabhängig von seinem spezifischen kulturellen oder subkulturellen Kontext verstanden werden kann. So gelten z.B. die schon genannten Ess-Störungen *Anorexie* und *Bulimie* als typische kulturgebundene Syndrome der westlichen Welt, die – abgesehen von allen anderen Aspekten – nur in einem sozialen Kontext des Nahrungsüberflusses überhaupt als Krankheiten mit eigenständiger Bedeutung kategorisierbar sind. Weitere Charakteristika von kulturspezifischen Syndromen sind nach Hörbst (1996) folgende: Ihre Ätiologie symbolisiert zentrale Bedeutungen und Verhaltensnormen dieser Kultur, ihre Diagnose muss auf der kulturspezifischen Technologie oder Ideologie fußen und eine erfolgreiche Behandlung kann nur bei TeilnehmerInnen dieser Kultur erfolgen. Die betroffenen Individuen freilich erleben ihre Symptome nicht als "Verhaltensformen", sondern als echte organische Erkrankung.

Das Konzept der kulturgebundenen Symptomgestaltung erklärt, wieso ganze Gruppen von Individuen gemeinschaftliche Symptome ausbilden und warum diese Symptome sich von einer Epoche zur nächsten gemeinschaftlich ändern (Shorter 1994, 325), es erklärt aber auch, warum bestimmte Symptome lediglich nur immer unter neuen Namen in Erscheinung treten. So werden Formen von Erschöpfung seit dem Ende des 19. Jahrhunderts als "nervöse Erschöpfung", "Neurasthenie" oder "spinale Anämie" diagnostiziert, wobei interessant ist, dass bei diesen frühen Formen von Erschöpfung die Produktion von hysterischen Anfällen und Krämpfen ein diagnostisches Hauptsymptom darstellte, das später vom Symptom Müdigkeit abgelöst wurde.[77] Die amerikanische Kulturwissenschaftlerin Elaine Showalter bezeichnet "moderne Leiden" wie Anorexie, Bulimie, chronische Erschöpfung und die multiple Persönlichkeitsstörung dementsprechend auch als *moderne Hysterien*, über die in Form von bildhafter, sozialer Kommunikation kulturell zugängliche und statthafte Ausdrucksformen des Leidens nachgeahmt werden. Sie bringt als Beispiel, dass ein Engländer legitim über Kopfschmerzen klagen kann, nicht aber dass sich sein Penis in den Körper zurückzieht, was in Malaysia und Südchina ein vollständig akzeptables Symptom darstellen würde (Showalter 1997, 17). In diesem Sinne interpretiert Susanne Bordo (1993, 199) z.B. Bulimie, also die Ess/

77 Zur aufschlussreichen Entwicklung der medizinischen Diagnostik von hysterischer Lähmung über Neurasthenie und psychogenem Schmerz bis zu CFS vgl. Shorter (1992, 384ff).

Brechsucht, als Reaktion auf die widersprüchliche Organisation einer "fortgeschrittenen Konsumgesellschaft": Als ProduzentInnen von Gütern muss man die Ethik von Leistung und Produktion kultivieren und propagieren, Bedürfnisse und unmittelbare Bedürfniserfüllung zurückstellen, als KonsumentInnen muss man grenzenlose Kapazität zur Wunscherfüllung und Bedürfnisbefriedigung aufweisen und ohne Unterbrechung die Unmengen an erzeugten Waren konsumieren. Essen und Diät fungieren als zentrale Arenen um diesen Widerspruch auszudrücken, Bulimie wird zu einem Charakteristikum der modernen Persönlichkeitskonstruktion und konsequenterweise nennt Bordo diese Gesellschaft *the bulimic society*.

Das Ansteigen der Beschwerdenbilder und die *Epidemisierung* wird dann durch folgende Eigendynamik bewirkt: ÄrztInnen werden auf bestimmte Phänomene aufmerksam, stellen sie bei Untersuchungen immer häufiger fest und geben damit ein neues medizinisches Paradigma vor, wodurch sich bestimmte Gruppen von Kranken eher bestätigt fühlen, diese paradigmatisch "relevanten" Symptome zu präsentieren (Shorter 1992, 288). So nennt Showalter drei Ingredienzien für eine hysterische Epidemie: enthusiastische Ärzte und Theoretiker, unglückliche, verletzliche PatientInnen und ein geeignetes kulturelles Umfeld (Showalter 1997, 31), unterstützt durch die Massenmedien. Wird ein neues Syndrom diagnostiziert, werden prototypische PatientInnen von ÄrztInnen z.B. in Fachzeitschriften vorgestellt. In der Ratgeber- und Selbsthilfeliteratur werden ebenfalls echte oder kompilierte Prototypen verwendet, um einer Erkrankung ein persönliches Gesicht zu geben. Die Medien verbreiten Informationen über den jeweiligen Prototyp und ermutigen damit PatientInnen, an die Öffentlichkeit zu treten. Leidende Einzelpersonen reagieren auf diese Prototypen, indem sie ihre Symptome und Probleme in einem Prototyp wieder zuerkennen meinen. Dieser Prozess wird sich auch in den nachfolgenden Analyse der medizinischen Informationssendungen zeigen.

So wird die Epidemisierung durch Geschichten, die durch Ratgeberliteratur, Zeitschriften, Fernsehserien, Talkshows und Internet in Umlauf gebracht werden, "hysterisiert" – verstärkt durch eine zunehmende Leichtgläubigkeit in Bezug auf bizarre Krankheitsbilder (Shorter 1994, 317). Diese *Hystorien* (Showalter 1997, 14) sind als kulturelle Narrationen zu verstehen, die realen und bildhaften Bezug zu gesellschaftlich relevanten Zuständen aufweisen. Darum sieht Showalter die Aufgabe einer kulturwissenschaftlichen Analyse darin, die Differenz zwischen metaphorischem und faktischem Gehalt dieser Narrationen weiter auszuleuchten um die Grenze zwischen ihrer therapeutischen Wirksamkeit und ihrer Destruktivität deutlich zu machen (Showalter 1997, 25).

7.3.4.4. "Nimmermüde – immer müde": CFS und der fehlende Gegenpol

Welche soziale Problematik soll nun mit dem Leitsymptom von CFS, der Müdigkeit oder Erschöpfung, "kommuniziert" werden? Die heutige westliche Gesellschaft stellt sich als Erfolgs- und Leistungsgesellschaft dar, Erschöpfung und das Ausgelaugtsein von verschiedenen konkurrierenden Anforderungen in Beruf, Familie und Freizeit sind geradezu Gradmesser für den Erfolg und das Prestige und für die Macht, die man ausübt (Showalter 1997, 163). Speziell Frauen sehen sich praktisch unbegrenzten Rollenerwartungen ausgesetzt. Inzwischen wird sie auch "24-Stunden-Gesellschaft" genannt, ausgelöst durch die Globalisierung und die zunehmende Unabhängigkeit von realen Orten und Zeiten durch die Möglichkeiten der modernen Kommunikationstechnologien. Gefragt sind extrovertierte, leistungsbereite und flexible Individuen, für die diese "Erschöpfung aus Prestige" bewältigbar bleibt und die auch in den Phasen der Entspannung wie Freizeit und Urlaub aktiv und unternehmungsbereit bleiben. Selbstkontrolle und Disziplin sind gefragt, auch in der Erschöpfbarkeit, Versagen wird ebenso stigmatisiert wie unangemessene Affekte wie depressive Verstimmungen oder Angst vor Herausfor-

derungen. In kulturwissenschaftlichen Arbeiten wird zwar der Ruf nach "Entschleunigung" laut (Fritzsche 1998), der Medienkritiker Paul Virilio (1992) diagnostiziert den "rasenden Stillstand", der Psychoanalytiker Micha Hilgers (1999) erzählt den kollektiven "Traum von Muße", in der Ratgeberliteratur wird immer häufiger über "Zeitwohlstand" (Schlote 2000), "kreative Langsamkeit" (Massow 1998) und die "Kunst, nichts zu tun" (Vienne 2000) räsoniert, auch das Geschäft mit Mediations- und Entspannungstechniken boomt – allerdings oft nur, um Personen für den "stressigen Alltag" fit zu halten. Eine ernsthafte Trendwende scheint jedoch nicht in Sicht.

Personen, die von CFS betroffen sind, müssen in den schlimmsten Krankheitszeiten, in denen sie wochen- oder monatelang fast nur schlafen, rund um die Uhr betreut und gepflegt werden. Das bedeutet, dass sie keine Leistung mehr erbringen und in völlige Passivität versinken, dass sie nicht mehr diszipliniert und nicht mehr kontrolliert sind und sie sich von der Außenwelt in einen eigenen "Zeitraum" zurückziehen. Damit benennt das Hauptsymptom des Chronischen Erschöpfungssyndroms nichts anderes als den fehlenden Pol einer Gesellschaft, die sich über ungebrochene Aktivität, Außenorientierung und Spannung definiert, nämlich den Pol der Passivität und des Rückzugs nach Innen. Durch die soziokulturelle Forderung, sich präferiert dem Pol der Aktivität zuzuwenden, ist der für Menschen lebensnotwendige Rhythmus zwischen Anspannung und Entspannung, zwischen Aktivität und Passivität, zwischen Einatmen und Ausatmen, zwischen Wachsein und Schlafen fundamental und nachhaltig gestört. Bildhaft gesprochen wird dem "chronischen Nimmer-Müde" ein "chronisches Immer-Müde" entgegengesetzt.

Diese soziokulturelle Symbolik lässt sich auch auf das Krankheitsmanagement übertragen (vgl. Sobetzko 1998): Die Betroffenen, die ja üblicherweise nicht wiederhergestellt werden, müssen lernen, den ihnen verbliebenen Spielraum optimal zu nützen und sich in ihrer Lebensgestaltung ihren aktuellen Limitierungen anzupassen. Als Grundlage eines effektiven Umgangs mit der Krankheit wird eine klare Strukturierung eines geregelten Tagesablaufs angeraten. Dieser behutsame Umgang mit sich selbst führt demnach zu einer besonders deutlichen Wahrnehmung des eigenen Körpers, seines individuellen Rhythmus und seiner individuellen Bedürfnisse, Gestimmtheiten und Grenzen. Am wichtigsten ist dabei vielleicht, dass die Belastungsgrenzen von den Betroffenen stets selbst bestimmt werden müssen. So erlaubt diese Form des Krankheitsmanagements, wenn auch auf extreme Art und Weise, neue Möglichkeiten der Abgrenzung und Selbstbestimmung zu erlernen, was für vorzugsweise extern orientierte und ängstliche Persönlichkeiten einen Schritt zur Heilung in einem ganzheitlichen Sinne bedeuten kann. Und so ermöglicht CFS vielleicht auch, sozialisatorisch "verbotene" Aspekte wie moderate Leistungsbereitschaft und Beschaulichkeit zu leben und sich den ängstigenden und überfordernden sozialen Bedingungen zu entziehen – allerdings nur über den soziokulturell legitimen Weg einer massiven körperlichen Erkrankung.

Eine präferiert somatische Betrachtungsweise des CFS verhindert, dass die Betroffenen ihre Krankheit in einer tieferen Weise verstehen können, so dass sie ihre eigentliche Heilung stets nur als mangelndes Wiederhergestellt-Sein wahrnehmen (können). Diese Betrachtungsweise verschließt sich auch der kollektiv relevanten transformatorischen Qualität dieses Krankheitsbildes, sie erfasst nur den Aspekt einer individuellen Störung, die beseitigt werden muss. Aufgrund der psychosomatischen und soziokulturellen Vieldimensionalität dieses Beschwerdenbildes kann ein eindimensional somatisch ausgerichtetes medizinisches Therapiekonzept denn auch nur behandeln, aber nicht heilen. Dabei könnte, laut Elaine Showalter, gerade CFS zu einer paradigmatischen Erkrankung werden, "die unser Denken aus der Falle biomedizinischer Konvention befreit und uns zu einem tieferen Verständnis von Krankheit und Leid verhilft (Showalter 1997, 163)". Dazu gilt es auch zu bemerken, dass es gerade in den ganzheitlichen, v.a. fernöstlichen

Medizinformen darum geht, den verloren gegangenen Rhythmus wieder zufinden, sei es bei der Behandlung von Schlafstörungen, Herzrhythmusstörungen oder Asthma bronchiale (vgl. Kap. 1.2.4.).

7.3.5. Die mediale Berichterstattung über "moderne Leiden"

Anschließend an diese Überlegungen stellt sich nun die Frage, in welcher Form sich die öffentliche Gesundheitsinformation der Darstellung eines solchen "modernen Leidens" annimmt. Öffentliche Gesundheitsinformation hat ja den Anspruch, das Wissen der Bevölkerung über ein Gesundheitsproblem zu vergrößern, falsche Vorstellungen zu berichtigen und zu gesundheitsförderlichen Verhaltensänderungen zu motivieren (Lupton 1996). Und so ist es für die Qualität der vermittelten Informationen von ganz unterschiedlicher Bedeutung, ob sie sich ebenfalls einer primär somatischen Darstellungsweise befleißigt und so das soziokulturelle Angebot der Somatisierung verstärkt und das vorherrschende schulmedizinische Interpretationsmodell von Krankheit bestätigt oder ob sie auch auf psychosomatische und psychosoziale Betrachtungsweisen Bezug nimmt und so die Wahrnehmung von umfassenderen Wirkzusammenhängen fördert.

Gesundheitsinformation im Fernsehen unterliegt den Bedingungen der medialen Inszeniertheit. Dies bedeutet, dass Information in unterhaltsamer Weise aufbereitet werden muss, sei es spannend, sei es berührend, um das Publikum an die Sendungen zu binden (Hickethier & Bleicher 1998). Dafür eignet sich die Darstellung von Krankheit, Leid und Schmerz oder der neuesten operativen Techniken besonders gut und ganz speziell die Darstellung moderner Leiden wie Anorexie, Bulimie, Sisi-Syndrom, Multiple Persönlichkeitsstörung oder eben das CFS, die spektakuläre Symptomatiken anbieten, kaum eindeutig diagnostizierbar sind und häufig sozial stigmatisiert werden. Gerade darin liegt, wie ich zeigen werde, aber auch die Gefahr, lediglich bei der "Inszenierung des Bizarren" stehen zubleiben.

7.3.6. "Einladung zur Hypochondrisierung": CFS im Medizintalk

Die medizinische Informationssendung "*Gesundheit!*" (ZDF) mit dem Titel "*Chronisches Erschöpfungssyndrom*" wurde am 3.7.1997 ausgestrahlt. Neben einem medizinischen Experten sind drei Betroffene geladen, die weniger als Einzelpersonen sondern als RepräsentantInnen für jeweils unterschiedliche, charakteristische Ausprägungen der jeweiligen Erkrankung ausgewählt wurden. Andreas Bäuerle (AB) hat CFS im typischen Akutstadium mit dem charakteristischen Auslöser eines grippalen Infektes. Mittlerweile schläft er 22 Stunden pro Tag. Er stellt sich als ehemals leistungsstarke, betont sportliche, immer gesunde Person vor, die völlig von der Erkrankung überrascht wurde. Rolf Fischer (RF) repräsentiert das typische endgültig chronifizierte Stadium des CFS, bei ihm konnte die Krankheit "*fast geheilt werden*". In ähnlicher Weise wurde auch er in einer Phase der sportlichen Hochleistungen durch einen grippalen Infekt aus der Bahn geworfen. Elke Uhlich (EU) vertritt als Gründerin einer Selbsthilfegruppe die engagierte und aufgeklärte CFS-Kranke; auch sie ist seit 10 Jahren reduziert leistungsfähig und bezieht ihre Kraft vor allem aus der Arbeit mit anderen Betroffenen.

In der folgenden Analyse werde ich entsprechend meinen bisherigen Überlegungen auf Einleitung und Abschluss eingehen, um die Positionierung des Themas für die ZuschauerInnen beurteilen zu können, auf die Einführung anderer als somatischer Krankheitsaspekte und auf das eigentliche Hauptthema der Sendung, die Problematik der Diagnosefindung.

7.3.6.1. Die Einleitung: Einladung zur Selbstdiagnose

Das Thema "Chronisches Erschöpfungssyndrom" wird vom Moderator folgendermaßen präsentiert:

017 GE: ja, es is einfach so' - wir kennen das ja alle dass wir müde sind' oder dass wir erschöpft sind'
018 GE: stellen Sie sich vor' Sie ham einen - ereignisreichen Tag hinter sich' Sie mussten viel
019 GE: arbeiten' kommen abends nach Hause' und sind müde. sind erschöpft. - jetzt legen Sie sich
020 GE: ins Bett': machen genau das Richtige' schlafen sich aus' und morgen sind Sie fit. - jetzt kann
021 GE: es aber durchaus passieren' - dass Sie morgens nicht fit sind. dass Sie genau so erschöpft
022 GE: sind. dass Sie noch Knochenschmerzen dazu haben. dass Sie - einfach - schlecht drauf sind.
023 GE: dass viele viele Beschwerden - noch hinzukommen' und das über Tage, über Wochen, über -
024 GE: Monate' und dann kann es durchaus sein - dass Sie - das chronische Erschöpfungssyndrom
025 GE: haben' - es wird geschätzt dass vier Millionen Deutsche - darunter - leiden. eine Krankheit
026 GE: mit immer noch vielen Fragezeichen' --

Der Moderator führt das Thema ein, indem er zuerst die allen ZuschauerInnen bekannt "gesunde" Form der Erschöpfung durch größere Anstrengungen beschreibt, die durch das "richtige Verhalten", also Ausschlafen, wieder verschwindet (018-020). Dann führt er kontrastiv dazu die krankhafte Form der Erschöpfung ein. Dabei beschreibt er alle diagnostisch relevanten Symptome: persistierende Erschöpfung trotz ausreichenden Schlafes, Knochenschmerzen, multiple begleitende Beschwerden, und dies über Monate hinweg. Bedeutsam für unsere Fragestellung ist die Schlussfolgerung: *dann kann es durchaus sein, dass Sie das chronische Erschöpfungssyndrom haben (024)*. Die Formulierung der Möglichkeit ist inhaltlich korrekt, da es sich ja um eine Ausschlussdiagnose mit strengen Kriterien handelt. Zugleich ist sie aber – wie schon die gesamte Einleitung – an die ZuschauerInnen direkt gerichtet und enthält das Angebot, diese Symptome vor allem an sich selbst zu überprüfen und gegebenenfalls die Diagnose CFS in Erwägung zu ziehen. Indem der ärztliche Moderator CFS als *Krankheit (030)* bezeichnet, verleiht er dem Beschwerdenbild einen medizinisch ernstzunehmenden Status.

Das rhetorische Verfahren, sich direkt an die ZuschauerInnen und ihre unmittelbaren Alltagserfahrungen zu richten, ist zu Beginn der Sendung gut geeignet, um die Aufmerksamkeit zu binden, es führt aber auch dazu, dass schon von Beginn an diese Aufmerksamkeit auf die Selbstdiagnose gelenkt wird und die Nachahmung angesprochen wird. Verstärkt wird die Aufforderung durch die Nennung der Zahl von *vier Millionen (025)* Betroffener. Dies entspricht der nicht unbeträchtlichen Anzahl von 5% der Bevölkerung, was entsprechend den offiziellen Schätzungen (s. Kap. 1.5.1.) eindeutig zu hoch liegt. Schon an dieser frühen Stelle der Sendung zeigt sich die Tendenz zur Dramatisierung der Fakten, die m.E. durch die Notwendigkeit der Inszenierung von "wichtiger und spannender Information" angebahnt wird.

7.3.6.2. Mangelnde soziale Akzeptanz und die Suche nach der Diagnose

Das Problem der Diagnosefindung stellt sich als das eigentliche Thema der Sendung dar. Sie erklärt sich aus der mangelnden Akzeptanz des Umfelds und auch der ÄrztInnen, wenn "richtige" Bezeichnungen fehlen. Die alltäglich verwendeten Begriffe Müdigkeit und Erschöpfung verleiten dazu, die Beschwerden nicht ernst zu nehmen und die Betroffenen als lediglich überempfindlich abzustempeln.

060
RF: ich konnte nur die Symptome beschreiben' ich konnte nur sagen, ich bin ständig erschöpft'

061
RF: kann mich nich konzentrieren' habe Sehstörungen' alle Knochen tun weh' – aber was es

062
GE: werden Sie da ernst genommen? oder ham Sie dann auch
RF: wirklich ist' kann ich nich sagen.

063
GE: das Gefühl dass die Sie so bisschen mitleidig dann belächeln.
RF: äh zunächst wird man öh nicht

064
RF: ernst genommen' um so weniger je länger das dauert' und man kann keine Erklärung

065
RF: dafür liefern.

Der fehlende Name für das körperliche Geschehen und die fehlende medizinische Diagnose macht es geradezu unmöglich, dem Umfeld den Aspekt des schweren Krankheitsgefühls zu vermitteln. Es hat den Anschein, als ginge es darum, das schon erwähnte "soziokulturelle Angebot der Somatisierung von Leid" einzufordern. Besonders Frau Uhlich ist daran gelegen, den ZuschauerInnen die besondere Schwere des Beschwerdenzustands deutlich zu machen. So schildert sie ihre Symptome in kräftigen Bildern:

117
MO: ZEHN Jahre.hmhm^{v}
EU: im November sinds zehn Jahre, zehn Jahre ein Leben mit einem

118
EU: reduzierten Leistungsvermögen' - davon n dreiviertel Jahr - hab ich gelegen' - war auch kaum

119
GE: ja'
EU: ansprechbar' - wenn ich was geschrieben hab die Buchstaben vertauscht' - kaum in der Lage

120
EU: ne Tasse Kaffee z/ hoch zu heben' - und - da nicht zu wissen was man hat' das is schon/ - is

121
EU: schon sehr schlimm.

Alle Betroffenen können auf eine oft jahrelang vergebliche Suche nach der Diagnose verweisen. Die verzweifeltste Situation ist die, irgendwann ohne Aussicht auf eine noch mögliche Diagnose dazustehen und aus dem ordnenden und normalisierenden medizinischen System – und damit aus dem sozialen System – ausgeklammert zu werden:

149
EU: und zum Schluss stand ich da' und - ich hatte im Grunde genommen nichts' – außer dann

150
EU: immer so wieder diese Zweifel auch an mir selbst' - und auch von Ärzten geäußert' ob da

151
GE: hmhm^{v}hmhm^{v}
EU: vielleicht was - Psychisches hinterstecken konnte.

Ohne somatische medizinische Diagnose hat man trotz massiver körperlicher Beschwerden *im Grunde genommen nichts (149)*, und dann wird man dem anscheinend schlimmstmöglichen Verdacht ausgesetzt, dass da *vielleicht was Psychisches (151)* dahinter stecken könnte. Die Formulierung *ich hatte im Grunde genommen nichts (149)* ist genauer betrachtet sehr erhellend: Sie bedeutet zuerst mal ja nur "nichts Organisches" oder "nichts als körperliche Krankheit Erkennbares"; im Rahmen einer medizinischen und sozialen Systems, das primär klar definierte organische Erkrankungen bevorzugt, ist "nichts Organisches" tatsächlich "Nichts", da es nicht erfassbar, nicht benennbar und nicht behandelbar ist. Diese Darstellung unterstützt auch die zu Beginn des Kapitels formulierte Annahme, dass es sozial erstrebenswerter sei, eine schwere chronische Krankheit wie Multiple Sklerose zu haben als eine psychischen Störung zugeschrieben zu bekommen. Überspitzt formuliert könnte man sagen, aus dem Leiden an chronischer Erschöpfung wird das *Leiden an einer fehlenden Diagnose*, das geheilt werden muss.

Die endgültige Diagnose CFS erfolgte dann oft zufällig, sei es durch einen neuen Arzt wie bei Herrn Bäuerle, sei es durch ein Buch, das einem in die Hände fällt, wie bei Frau Uhlich. Diese Variante ist im Hinblick auf meine Ausführungen zur soziokulturellen Symptomwahl und zur Rolle der Medien besonders aufschlussreich:

152
GE: Sie waren aber selbst so aktiv' dass Sie - sich mit Literatur beschäftigt haben' und ham selbst

153
GE: irgendwann Ihrer Hausärztin'/ Sie sagten s schon - gesagt haben, meinen Sie nicht das könnt

154
GE: ich haben?
EU: ich habe/ - also mein Mann sagte damals immer' gib Ruhe' es is nichts zu finden.

155
EU: und ich selber hab immer das Gefühl gehabt - es kann nich sein' ich kann nich als Exot auf

156
EU: dieser Welt sein, alleine mit mit mit so einer Symptomatik und so einem Krankheitsbild. - und

157
GE: hmhm[v]
EU: dadurch is das wahrscheinlich auch gekommen dass ich immer weitergekuckt habe'

158
EU: und manchmal spielen auch Zufälle - eine - gr/ große Rolle, dass man einfach in der Zeitung

159
EU: einen kleinen Artikel liest' - wo man denkt' oder - ich steh auch an/ öh geh auch davon aus, dass

160
GE: hmhm[v]
EU: nach dieser Sendung - sich viele auch in dem was wir erzählen wieder finden.

Frau Uhlich hat eine Vielzahl körperlicher Symptome mit dem Hauptsymptom der extremen Erschöpfung und sucht solange in Zeitschriften und in medizinischen und populärwissenschaftlichen Büchern, bis sie die "passende Krankheit" dazu findet. Da dies ein Prozess ist, der über Jahre hinweg dauert, lassen sich intensive Wechselwirkungen zwischen Ursprungssymptomen und Symptomangeboten, die auf der Suche gefunden werden, annehmen, die nach einiger Zeit vermutlich auch nicht mehr voneinander unterscheidbar sind. Frau Uhlich informiert dann auch ihre Hausärztin, die nun ihrerseits PatientInnen mit ähnlichen Symptomen zukünftig auf diese mögliche Erkrankung wahrnehmen und hinweisen kann. Ganz besonders deutlich wird die Aufforderung das Symptomangebot "extreme Erschöpfung" zur Kenntnis zu nehmen in ihrer Hoffnung, die Sendung möge bewirken, dass sich *viele auch in dem was wir erzählen wiede rfinden (160)*. Es geht also sowohl um die prinzipielle Information über diese neue Krankheit, es geht aber auch darum, dass sich Personen mit bisher unklaren oder undiagnostizierbaren Symptomen als möglicherweise CFS-krank selbst erkennen. Die vielleicht gut gemeinte Absicht, Betroffenen die Mühsal der Suche nach einer Diagnose zu ersparen,

kann ins Gegenteil umschlagen, nämlich Personen dazu zu animieren, die dargestellten Symptome als legitime Symptome des aktuellen *symptom pools* wahrzunehmen und eventuell bei sich zu beobachten – also gegebenenfalls und freilich unbewusst diese Symptomwahl zu treffen.

Diese Tendenz, vor allem die Relevanz der Symptome und das Leiden an der fehlenden Diagnose zur Schau zu stellen, um den ZuschauerInnen die Problematik der Erkrankung zu verdeutlichen und als "wirklich ernst" zu markieren, kommt der medialen Inszenierung von unterhaltsamer und spannender Information entgegen. Dies fördert allerdings auch eine sicherlich ungewollte und zutiefst paradoxe Wirkung dieser Sendung, dass nämlich das Leiden an der Krankheit nicht wirklich erkennbar wird. Für ZuschauerInnen hinterlässt vor allem Frau Uhlich durch Art und Inhalt ihrer Darstellungsweisen geradezu den Eindruck einer besonders aktiven, kämpfenden und nicht aufgebenden Personen, also genau das Gegenteil von dem, was sie eigentlich vermitteln möchte. So kann dieser öffentliche Auftritt in einer Fernsehsendung vermutlich auch unter dem Aspekt einer Re-Inszenierung ihrer jahrelangen Problematik betrachtet werden: Schon wieder gelingt es ihr nicht, ihr Leid wirklich verständlich zu machen (*gib Ruhe' es ist nichts zu finden (154)*).

7.3.6.3. Der ängstigende psychosomatische Aspekt

Eine dramatische körperliche Inszenierung kann auch dazu dienen, von möglichen zugrunde liegenden persönlichen Spannungen, Ängste und konfligierenden Lebenssituationen abzulenken, eine Funktion, die aus psychosomatischer Sicht ja der gesamten körperlichen Ausdrucksform des CFS zugrunde liegt. Dieses Thema wird vom Moderator und der medizinische Experte nach der Abarbeitung der bekannten möglichen Ursachen wie Viren, Umweltfaktoren und Ernährung eingeführt. Wilfried Nix (WN) ist Oberarzt an einer neurologischen Klinik und plädiert – wie auch aus seinen Veröffentlichungen bekannt (z.B. Nix 1996) – für eine individuelle, psychosomatisch ausgerichtete Abklärung des Krankheitsbildes. Sehr deutlich beschreibt er den relevanten Hintergrund für die Ausbildung eines CFS, nämlich die Wechselwirkungen zwischen belastenden lebensweltlichen Zusammenhängen (Stress in Beruf oder Beziehung), allgemeinen gesundheitlichen Problemen und dem Persönlichkeitsfaktor (psychische Stabilität und Konfliktfähigkeit). Damit formuliert er auch die eigentliche medizinische Aufgabe, *den individuellen Patienten zu untersuchen und nicht das Krankheitsbild*. Das Interessante ist, dass gerade diese psychosomatische Sichtweise, die üblicherweise der Medizin als Defizit angelastet wird, von den Betroffenen massiv abgewehrt wird.

282
GE: wie denken Sie da drüber. psychische Belastung.
AB: also da hab ich eigentlich ne ganz klare

283
GE: ja'
AB: Meinung drüber' ich war bis zum Ausbruch meiner Krankheit eigentlich in Anführungs=

284
AB: zeichen der glücklichschte Mensch der Welt' und bin auch jetzt noch - sehr- äh psychisch

285
GE: hmhm[v]
AB: stabil' und - denke dass bei mir persönlich in meinem individuellen Fall' keinerlei

286
AB: Rolle spielt. als Auslöser als Ursache.

Herr Bäuerle weist diesen Aspekt was ihn selbst betrifft klar und ohne jede Relativierung von sich und setzt bezeichnenderweise die Frage der "psychischen Belastung" mit

"psychischer Instabilität" gleich (*bin auch jetzt noch – sehr – äh psychisch stabil (284)*). Eine zwischenzeitliche Behandlung mit Antidepressiva bezeichnet er als "Strohhalm", an dem man als Patient ja zieht, aber der keinerlei Wirkung gezeigt hätte. Er rechtfertigt diese Behandlung zudem als rein neurologisch-hormonell motiviert, als mögliche Reaktion auf die chronische Erkrankung. Frau Uhlich reagiert mit einer massiven Abwertung:

298
GE: Frau Uhlich haben Sie damit auch Erfahrung gemacht? gar nich. Herr
EU: nein. das is mir

299
GE: ja. Herr Fischer?
EU: erspart geblieben.

Diese Transkriptausschnitte bestätigen die eingangs in der zitierten Literatur bekannte Tatsache, dass gerade CFS-Betroffene das Somatische ihrer Beschwerden massiv verteidigen. Für die ZuschauerInnen haben die Reaktionen der Betroffenen als persönliche Erfahrungsberichte sicherlich mehr Relevanz als die fachsprachlich gehaltene Darstellung des Experten, die außerdem von keiner/m der drei Betroffenen bestätigt wird. So kommt dieses Thema auch nicht weiter zur Sprache, auch nicht in dem meiner Meinung nach bemerkenswerten Abschluss dieser Sendung. Im Studiohintergrund wird eine Tafel eingeblendet, die eine cartoonartige Figur in unterschiedlichen "Beschwerdezuständen" zeigt. Diese Tafel wird vom Moderator folgend kommentiert:

379
GE: gut. ja liebe Zuschauer, wir haben noch mal die wichtigsten: Symptome' die Beschwerden

380
GE: zusammengefasst' und wenn Sie da sehr viel davon haben' zum Beispiel Konzentrations-

381
GE: und Gedächtnisstörungen' – Kopfschmerzen' - keine Erholung durch Schlaf' Halsschmerzen' -

382
GE: empfindliche Lymphknoten im Hals- und Achselbereich' - anhaltende Zustandsverschlechter=

383
GE: ungen nach Anstrengungen' – Muskelschmerzen' - und – Gelenksschmerzen' also wenn da

384
GE: ne Menge vorkommt - und das über einen - langen Zeitraum' - dann könnt es durchaus sein'

385
GE: dass Sie dieses chronische Erschöpfungs - syndrom haben' und dann sollten Sie – zum/ zu

386
GE: Ihrem Arzt gehen. ich darf mich bei Ihnen ganz herzlich bedanken'

Zum Abschluss wird also die Botschaft der Einleitung nochmals aufgefasst, nämlich dass diese Gesundheitsinformationssendung den ZuschauerInnen vor allem auch dazu dienen soll, mögliche Symptome eines CFS vor allem an sich selbst zu überprüfen und gegebenenfalls diese Diagnose in Erwägung zu ziehen und sich sogleich in ärztliche Behandlung zu begeben. Dazu werden die Symptome bildlich dargestellt und vom Moderator – quasi als *Einladung zur Hypochondrisierung* – nochmals aufgezählt. Dass es sich ausschließlich um körperliche Symptome handelt, muss nicht weiter hervorgehoben werden.

7.3.7. "Von Moral und Leid": CFS in der Talkshow

Wie schon ausgeführt, sind im Gegensatz zur medizinischen Informationssendung Talkshows stärker auf Unterhaltung und die Inszenierung von emotionalisierten Themen ausgerichtet (Lalouschek 1997a, Mikos 1998 sowie ausführlich Kap. 4.1.6.). Die Sen-

dung von *Jürgen Fliege* (ARD) mit dem sprechenden Titel "*Du bist nicht nur müde, du bist krank! – Diagnose: Chronische Müdigkeit*" wurde am 3.4.1997 ausgestrahlt. Neben vier Betroffenen und einem medizinischen Experten nehmen auch einige Angehörige an der Sendung teil. Ich möchte mich im Folgenden wiederum auf die Einleitung der Sendung und auf einige Ausschnitt aus der Leidensdarstellung des ersten CFS-Kranken beschränken.

7.3.7.1. Die Einleitung: Der moralisierende Zeigefinger

Jürgen Fliege (JF) beginnt die Sendung, indem er ankündigt, über eine "ganz merkwürdige Krankheit" reden zu wollen:

005 JF: Jürgen Fliege. - wir wollen heut mal bisschen über Krankheit reden. über eine ganz merk=
006 JF: würdige Krankheit. wissen sie eigentlich was die gefährlichsten Krankheiten sind? – eine
007 JF: Krankheit ist – so lange gefährlich' - und vielleicht am gefährlichsten' so lang ma sie nicht
008 JF: kennt. so lang sie - in der Lage ist sich zu tarnen. oft genug - im Krankheitsbild einer ganz
009 JF: anderen - Krankheit zu tarnen. also da hat man - Malaria' und zuerst denkt man - an ein
010 JF: einfaches Fieber. - gefährlich' gefährlich. oder. - man ist müde und - wieder mal müde und
011 JF: müder und müder und denkt Frühjahrsmüdigkeit' nein. - er könnte sein - dass eine ganz
012 JF: gefährliche Krankheit sich dahinter verbirgt' die eins Komma fünf Millionen Menschen in
013 JF: unserem Land schon haben. - man nennt das das chronische Müdigkeitssyndrom. -und wenn
014 JF: Sie nun sagen, das is ja vielleicht gar nich so schlimm' dann sag ich ihnen doch' es is
015 JF: deshalb schlimm' – weil s Menschen unter uns gibt' oder auch ebm nicht mehr gibt' - die
016 JF: hat diese Krankheit in den Tod getrieben. - sehn Sie und deswegen ist es wichtig dass Sie
017 JF: jetzt zugeschaltet haben' um zu unterscheiden. und auch zu kucken - wem hab ich
018 JF: Vorwürfe gemacht im Land' - der sie gar nicht: verdient' einfach weil ich einem kranken
019 JF: Menschen begegnet bin.

Es zeigt sich, dass in dieser Einleitung eine ganz andere Form von Hochstufung und Fokussierung der Aufmerksamkeit stattfindet als in der medizinischen Informationssendung, nämlich die Inszenierung von *dramatischer und moralisierender Gesundheitskommunikation*. Dazu bedient sich der Moderator vieler Mittel der Emotionalisierung: Er führt das Chronische Erschöpfungssyndrom zuerst als *merkwürdige* und dann sehr schnell als *gefährliche Krankheit (005)* ein, gefährlich, weil sie nicht als die Krankheit erkannt wird, die sie ist. Er vergleicht sie mit Malaria, einer epidemischen Krankheit, die weite Teile der Erde bedroht und die – im Gegensatz zum CFS – ohne medizinische Behandlung tatsächlich lebensgefährlich verlaufen kann. Inhaltlich ist dieser Vergleich also völlig unzulässig, er dient nur dazu um Konnotationen wie Epidemie und Lebensgefahr zu aktivieren und die Parallelisierung zwischen Fieber und Malaria und Müdigkeit und CFS zu ermöglichen. Auch er nennt eine Zahl von 1,5 Millionen Deutschen, was etwa den offiziellen Schätzungen entspricht, und führt weiter mit *die diese Krank-*

heit schon haben (012), wobei die Partikel *schon* eine ansteckende bzw. epidemische Ausbreitung impliziert. Dann übernimmt er die Perspektive der ZuschauerInnen (*und wenn Sie nun sagen (013)*, um zu einer Predigt über Moral und Schuld auszuholen: Viele CFS-Kranke sind durch diese Krankheit in den Tod getrieben worden, und zwar durch falsche und unberechtigte Vorwürfe durch die anderen. Das Problem, das CFS als Krankheit nicht ausreichend ernst genommen wird, zeigt sich also auch in dieser Sendung als zentrales Thema, allerdings mit der neuen Komponente der sozialen Verantwortung.

In Flieges Talkshow werden die ZuschauerInnen also in ganz anderer, nämlich moralisierender Form aufgefordert: Es soll in dieser Sendung nicht darum gehen, sie zu befähigen, ihre eigenen körperlichen Symptome zu diagnostizieren, sondern sie sollen Informationen bekommen, um in Zukunft unangemessenes Verhalten Betroffenen gegenüber zu vermeiden, also *unterscheiden (017)* zu können, wer wirklich krank ist, wenn er über Müdigkeit klagt, und um nachträglich ihr Gewissen zu erforschen, wem sie eventuell schon unberechtigte *Vorwürfe gemacht (018)* haben könnten.

7.3.7.2. Das persönliche Leiden

Karl-Heinz Sandrock (KS) ist gemeinsam mit seiner Frau eingeladen. Auch er leidet seit Jahren an CFS, typischerweise ausgelöst durch einen grippalen Infekt, und auch er durchlief Jahre der Suche nach einer Diagnose und der privaten und beruflichen Belastungen und Probleme. Zur Zeit ist er soweit wiederhergestellt, dass einige Stunden am Tag bedingt leistungsfähig ist.

In der Darstellung der Betroffenen geht es Jürgen Fliege vor allem darum, das *persönliche Leiden* deutlich zu machen. Dazu ist es erforderlich, dass die Betroffenen ausführlich erzählen, so dass der gesamte Lebenskontext deutlich wird, dass auch die Angehörigen und ihre Mitbetroffenheit durch die Erkrankung in die Darstellungen miteinbezogen werden und dass einzelne Symptome und Zustände – im Sinne der emotionalisierten Unterhaltung – überaus plastisch aufbereitet werden. Dazu eignen sich "bizarre Symptome" wie ein einjähriger Schlaf natürlich besonders gut:

066
KS: ja ich hab/ ja ich hab dann fast ein Jahr lang - öh fast vierunzwanzig Stunden am Tag

067
KS: geschlafen. ich hab lediglich - Nahrung noch zu mir nehmen können'- und - ja' mal dass

068
JF: aha[v]
KS: das Bett gewechselt werden konnte' und sonst hab ich - fast vierunzwanzig Stunden

069
JF: also f/ also sagen wa so vierunzwanzig Stunden im Bett gelegen.
KS: nur geschlafen. ein Jahr lang ja. ja geschlafen

070
JF: also Nahrung aufnehmen und wieder die Augen zu.
KS: und geschlafen. ja - es war also nich

071
KS: möglich - länger wie - vielleicht fünf bis zehn Minuten wach zu sein, - dann bin ich sofort

072
JF: hmhm[v]
KS: wieder eingeschlafen' teilweise mitten im Satz drinnen bin ich eingeschlafen. und - war

073
JF: hmhm[v] hat Ihre Frau Sie gepflegt?
KS: keine Möglichkeit das zu ändern.

Herr Sandrock wird auch danach gefragt, wie es ihm ganz aktuell im Moment ginge, ein Aspekt, der in der Gesundheitssendung niemals zur Sprache kommt. Die entsprechende

Darstellung kann den aktuellen Leidens- und Belastungsaspekt auch tatsächlich nachvollziehbar machen:

207
JF: wie ist das jetzt. in diesem Augenblick. haben Sie Schmerzen?
KS: im Augenblick hab ich in

208
KS: allen Gelenken Schmerzen. - dauernd.

(...)

228
JF: aber Sie sitzen im Augenblick so grade hier' dass man sagen kann' es gibt offenbar ein paar

229
JF: Stunden am Tag' wo er völlig okay is. - mit mit mit Schmerzen in allen
KS: ein paar Stunden' ja.

230
JF: Knochen wohlgemerkt.
KS: ja ein paar Stunden sind es schon am Tag. ich bin auch etwas

231
JF: hmhm[v]
KS: belastbarer geworden, - ich kann -- relativ - normal am Leben teilnehmen' aber das

232
KS: bezieht sich immer nur auf ein paar Stunden' und danach' wenn ich wieder liege' das sieht ja

233
KS: auch keiner zu Hause sondern' - man sieht nur wenn wenn ich mich in der Öffentlichkeit -

234
JF: ja.
KS: diese kurze Zeit bewege.

Während es in der Gesundheitssendung um das Beschwerdenbild des CFS an sich geht, um seinen Status als Krankheit und die dadurch bedingte Bedeutung große Bedeutung der medizinischen Diagnose, geht es in der Talkshow um die Vermittlung des persönlichen Leidens und um die Bewältigung der Erkrankung und des Alltags. Über diese Präsentationsform wird das Ausmaß des Leidens und der persönlichen und sozialen Betroffenheit durch CFS deutlich und unmittelbar nachvollziehbar. So kann auch der in der Einleitung der Sendung formulierte Anspruch, zu einer verstehenden Haltung befähigen zu wollen, eingelöst werden. Dennoch bietet diese dramatische Anschaulichkeit viele Möglichkeiten, sich selbst bezüglich der dargestellten Symptome zu begutachten, auch wenn das Angebot zur Selbstbeobachtung in der Sendung vermieden wird. Da es sich um um den Sendungstyp Talkshow handelt, ist jedoch anzunehmen, dass die Dimension des "Leidens" vor allem auch benützt wird um emotionalisierte Unterhaltung zu inszenieren, wofür die Symptomatik des CFS und das anschauliche Leiden der Betroffenen besonders gut geeignet ist. Daher geht auch die Talkshow Jürgen Flieges über diese Form der Darstellung der Symptomatik nicht hinaus. Das Grundproblem der Boulevardisierung und der medialen Inszenierung ist nämlich, das sich die Diskussion komplexerer gesellschaftlicher Zusammenhänge einer plakativen Darstellung notwendigerweise entzieht. So muss die Betrachtung bei der immer wieder äußerbaren Verwunderung stehen bleiben, wie einem ehemals so gesunden und leistungsfähigen Menschen "plötzlich so etwas passieren kann".

7.3.8. Fazit der Analyse

Das Chronische Erschöpfungssyndrom als Prototyp eines "modernen Leidens" stellt sich mit seiner spektakulären Symptomatik auch als körperliche Ausdrucksform eines persönlichen Leidens an den aktuellen gesellschaftlichen Bedingungen dar. Die Notwendigkeit, diesen Beschwerden Bedeutung als relevante körperliche Erkrankung zu

verleihen wird bedingt durch die bestehende kulturelle Tendenz, Beschwerden, die medizinisch nicht eindeutiger diagnostiziert und benannt werden können, nicht als Leid ernst zu nehmen. Diese Notwendigkeit bewirkt in der öffentlichen Darstellung eine gewisse Übersteigerung, die Massivität der Symptome und die persönliche und lebensweltliche Relevanz werden in dramatischen Bildern hervorgehoben. Dies wiederum kommt der medialen Inszenierung und ihrer Ausrichtung auf unterhaltsame, spannende oder anderweitig emotionalisierte Information entgegen. Als Gesundheitsinformation für ZuschauerInnen ist eine solche Darstellung wenig geeignet, eine angemessene Vorstellung dieses Beschwerdenbildes zu entwickeln. Viel eher besteht die Gefahr, bei schon verunsicherten, ängstlichen oder verstärkt zur Somatisierung neigenden Personen eine übersteigerte Aufmerksamkeit auf einzelne körperliche Symptome zu produzieren und zur hypochondrischen Nachahmung anzuregen. Beide Sendungen bleiben in dieser "Inszenierung der bizarren Symptomatik" stehen ohne wesentlich darüber hinauszugehen. So wird die Chance vertan, am Beispiel eines "neuen Leidens" die spezielle Qualität dieses Neuen zu beleuchten und so zu einem erweiterten und reflektierten Verständnis von psychosomatischen und aktuellen soziokulturellen Krankheitszusammenhängen anzuregen, neue kollektive Diskurse in Gang zu bringen, so dass körperliche Symptome auch als mögliche Ausdrucksformen für persönliches Leid, widersprüchliche oder krankmachende gesellschaftliche Zustände und soziale Spannungen wahrnehmbar werden.

8. Ergebnisse und Veränderungen

Ich folge einer verschlungenen Rehfährte,
bis ich ihren Rhythmus kenne.

Peter Høeg (Fräulein Smillas Gespür für Schnee)

8.1. Ergebnisse der Untersuchung

8.1.1. Die Rahmenbedingungen medialer Gesundheitskommunikation

Das Thema Gesundheitskommunikation im Fernsehen steht im Spannungsfeld dreier unterschiedlicher Rahmenbedingungen:

- erstens die Rahmenbedingungen der *gängigen Schulmedizin*, die eine bestimmte Form des Sprechens *mit* Kranken (ärztliche Kommunikation) sozial etabliert hat, ebenso wie eine bestimmte Form des Sprechens *über* Krankheiten (Gesundheitsinformation);
- zweitens die Rahmenbedingungen der *öffentlichen Gesundheitsinformation*, die zum Ziel hat, verständliches medizinisches Wissen zu vermitteln und in der Bevölkerung zu gesundheitsförderlichem Handeln zu motivieren,
- und drittens die Rahmenbedingungen der *medialen Inszenierung*, in der Kommunikation mit dem Zweck der Vermittlung von Information und/oder Unterhaltung an ZuschauerInnen inszeniert wird und in der Krankheits- und Gesundheitsthemen unter den Aspekten einer unterhaltsamen und Aufmerksamkeit bindenden Berichterstattung auswählt und produziert werden.

Jeder dieser drei Bereiche wird über bestimmte sprachliche (und nicht-sprachliche) Verfahren realisiert und wird so als Diskurs mit entsprechenden Normen, Werten, Bedeutungen und Rollenzuschreibungen manifest, die über ihn vermittelt und re-etabliert werden und die ihn selbst wiederum auch bedingen. Entsprechend der vorangegangen Aufzählung handelt sich also um den *medizinischen Diskurs* in seinen Ausprägungen als biomedizinischer oder ganzheitlich-medizinischer Diskurs, um den *Diskurs der öffentlichen Gesundheitsinformation* in traditioneller schulmedizinischer oder moderner ganzheitlicher Variante und um den *medialen Diskurs* auf der Skala zwischen Information und Unterhaltung.

8.1.2. Die Sendungsformate Medizintalk und Talkshow

Die Mechanismen der Diskursrealisierungen bei der medialen Darstellung von Krankheit wurden an zwei konzeptuell ähnlich gestalteten *Sendungsformaten* untersucht, und zwar am Medizintalk "*Gesundheit!*" mit einem ärztlichen Moderator und an Talkshows zu Krankheits- und Gesundheitsthemen. In beiden Formaten wird Gesundheitsinformation über die Inszenierung von Kommunikation über Krankheit zwischen ModeratorInnen, Betroffenen und ExpertInnen für die ZuschauerInnen aufbereitet und vermittelt, der Medizintalk ist der Produktion von unterhaltender Information (Infotainment) verpflichtet, die Talkshow der Produktion von emotionalisierter Unterhaltung (Emotainment).

Es zeigt sich, dass die Rahmenbedingungen der medialen Inszenierung und der Schulmedizin als gesellschaftlich dominantem Medizinsystem prägenden Einfluss auf

die Art, Inhalt und Qualität der Krankheitsdarstellungen in den Sendungen ausüben, so dass ganz systematisch nur ganz bestimmte medizinische, gesundheitspolitische und gesellschaftliche Bedeutungen, Konzepte und Bewertungen an die ZuschauerInnen vermittelt werden und als "Art des Sprechens über Krankheit" festgesetzt werden.

Diese Art des Sprechens erfolgt im *Medizintalk* im Einklang mit der dominanten Medizinform der Schulmedizin und ihrem traditionellen Normen- und Wertesystem. Sie folgt trotz inszenierter modern-kritischer Offenheit für ganzheitliche Medizinformen und Sichtweisen einem biomedizinischen Verständnis von Krankheit und einer patriarchalen Arzt-Patient-Beziehung, die den lebensweltlichen Diskurs der Betroffenen und die persönlichen Krankheitserfahrungen für die Behandlung nicht relevant setzt. Die Gesundheitsinformation für das Publikum wird über die Etablierung des schulmedizinischen Diskurses geformt und vermittelt. Ganzheitliche medizinische Diskurse, schulmedizin-kritische oder gesellschaftskritische Diskurse werden nicht dominant und können keine Bedeutungen entfalten. So wird im sozial mächtigen Medium Fernsehen die sozial mächtige Medizinform Schulmedizin System unterstützend als "Normalform" reetabliert,.

In der *Talkshow* erfolgt das Sprechen über Krankheit über die Produktion emotionalisierter Unterhaltung. Das Krankheitserleben der Betroffenen und seine schicksalhaften und dramatischen Momente, die alternativen Medizinformen und ihre zum Teil ungewöhnlichen Techniken, die Behandlungsfehler der Schulmedizin und das Außergewöhnliche, Bedrohliche oder Bizarre mancher Erkrankungen werden in den Darstellungen fokussiert. Die Art des Sprechens über Krankheit erfolgt über eine systematische Verzerrung in eine dramatisch-außergewöhnliche Richtung. Relevante emanzipatorische oder oppositionelle gesellschaftliche Diskurse wie der schulmedizin-kritische oder der ganzheitliche medizinische Diskurs, die damit in diesem Format Raum bekommen, werden über die Funktionalisierung als Mittel zur Produktion von emotionalisierter Unterhaltung ihres komplexen Bedeutungsspektrums enthoben und damit unwirksam gemacht. Auch dies stützt, wenn auch auf indirekte oder fast paradoxe Weise, das dominante Medizinsystem.

8.1.3. Medizintalk und die Dominanz des schulmedizinischen Diskurses

Im Sendungsformat Medizintalk erfolgt die Vermittlung von Informationen über Krankheit über die *Etablierung eines schulmedizinisch orientierten Diskurses der öffentlichen Gesundheitsinformation*. Dies geschieht durch die Art der Krankheitsdarstellungen, die sich an den biomedizinischen Diagnoseschemata, Behandlungswegen und Heilungsvorstellungen orientiert, durch die Auswahl von primär schulmedizinischen ExpertInnen und durch die Auswahl der Betroffenen, die spezifische Ausprägungen der jeweiligen Erkrankung als "medizinische Fälle" vertreten. Die zentrale Bedeutung bei der Durchsetzung und Aufrechterhaltung des schulmedizinischen Diskurses kommt hier dem ärztlichen Moderator zu.

Die Etablierung des schulmedizinischen Diskurses zum Zweck der Gesundheitsinformation setzt automatisch das *Bezugssystem der Biomedizin* relevant, mit ihren spezifischen Konzepten von Krankheitsentstehung als primär somatischer Prozess, einem an Risikofaktoren orientierten und pathogen ausgerichteten Konzept der Gesundheitsvorbeugung, einem patriarchal bestimmten Arzt-Patient-Verhältnis mit entsprechenden Rollenzuschreibungen und –erwartungen und ihrer Präferenz, auch komplexere Befindensstörungen als somatische Krankheiten zu klassifizieren und einem entsprechenden einseitigen Behandlungsprozess zu unterwerfen. Die Konsequenzen für die Vermittlung sind, dass das Spektrum an biologischen, psychologischen und sozialen Bedeutungen

von Krankheit systematisch eingeschränkt wird und dass das der Schulmedizin zu Grunde liegende, prinzipiell traditionelle Normen- und Wertesystem etabliert wird.

Dabei zeigt sich eine *Differenzierung bei den Themen*: Bei Krankheitsthemen, die von Seiten der Schulmedizin als "nicht ernst" klassifiziert werden, ist die Inszenierung von Ernsthaftigkeit teilweise zu Gunsten der Inszenierung von Unterhaltung ausgesetzt und die Berichterstattung offener in Bezug auf alternativmedizinische Praktiken. Bei als "ernst" klassifizierten Krankheitsthemen wird ausschließlich der biomedizinische Diskurs relevant gesetzt. Die Präferenz für den biomedizinischen Diskurse dient auch zur medialen Inszenierung von Ernsthaftigkeit und Wissenschaftlichkeit dieses Sendungsformats.

Bei den *Gespräche mit den Betroffenen* wird die Ambivalenz zwischen Unterhaltungsauftrag und ernsthafter öffentlicher Gesundheitsinformation besonders deutlich: Die Krankheitsdarstellungen sollen zwar persönlich sein, um den Unterhaltungsanspruch zu gewährleisten und um Interesse und Betroffenheit zu erzeugen, vor allem sollen sie für die ZuschauerInnen und die allgemeine Umsetzbarkeit der Informationen aber prototypisch genug ausfallen. Der *lebensweltlich ausgerichtete Diskurs der Betroffenen* soll der Authentizität, Plastizität und Nachvollziehbarkeit der krankheitsbezogenen Darstellungen dienen, nicht jedoch in den Vordergrund rücken oder gar mit dem schulmedizinisch orientierten Diskurs des ärztlichen Moderators konkurrieren.

Im Medizintalk steht dem ärztlichen Moderator neben seinem redaktionellen Vorwissen und seinen mächtigen interaktiven Ressourcen als Moderator aufgrund seiner Berufsrolle als Arzt die Möglichkeit zur Verfügung, Teile von schulmedizinischen ärztlichen Gesprächsformen zu importieren. Die *schulmedizinische Gesprächsführung* erweist sich aufgrund ihrer Charakteristika für den Import in Medizinsendungen formal als besonders gut geeignet: die Betroffenen bekommen über Rollenzuweisung "PatientIn" einen stark reglementierten interaktiven Handlungsspielraum zugewiesen, die Gesprächskontrolle bleibt strukturell und thematisch in der Hand des ärztlichen Moderators. Da sie "schnell" durchführbar ist, also eine schnelle Diagnosefindung bietet und eine schnelle Problemlösung, kann der Moderator am ökonomischsten die für ihn und das Sendungsziel relevanten Informationen über Krankheits- und Beschwerdenbild und Behandlungsformen herausarbeiten und präsentieren und den für ihn relevanten Diskurs etablieren und durchsetzen.

Über die Inszenierung eines "ärztlichen Gesprächs" mit den Betroffenen kann der Moderator die genannte Ambivalenz bewältigen: Er etabliert einen *schulmedizinisch ausgerichteten Diskurs der Gesundheitsinformation*, der sich dadurch auszeichnet, dass aus dem *lebensweltlichen Diskurs* der Betroffenen diejenigen Aspekte interaktiv herausarbeitet werden, die für eine verallgemeinerte und typisierte Darstellung von Krankheit nützlich sind. Dabei orientiert er sich am Diagnose- und Behandlungsschema der Schulmedizin. Die individuellen Relevanzen des Krankheitserlebens und die psychosozialen Aspekte und kulturellen Bedeutungen, die über den lebensweltlichen Diskurs der Betroffenen mittransportiert werden, dienen im Sinne des *Infotainment-Auftrags* des Sendungsformats als Indikatoren für Authentizität, Nachvollziehbarkeit oder Zuschauerbindung. Sie werden zugelassen, aber vom Moderator üblicherweise nicht weiter vertieft. Wenn der lebensweltliche Diskurs überhand zu nehmen droht oder zu eigenständig wird und damit dem Sendungsziel nicht mehr dienlich ist, erfolgt die Disziplinierung durch Unterbrechung oder Wortentzug. Die Ausrichtung auf unterhaltsame, aber im Wesentlichen ernstzunehmende Gesundheitsinformation geht auf Kosten des unterhaltenden personalisierten Elements der Darstellung.

Über diesen Import wird ein gesprächstechnisches Verfahren der Schulmedizin als ein *Standard des Sprechens über Krankheit* inszeniert. Mitimportiert wird damit nicht nur das Bezugssystem der Biomedizin, sondern auch der problematische Aspekt domi-

nanter ärztlicher Gesprächsführung und das Prinzip, andere Diskursrealisierungen zu übergehen oder auszuschließen. Diese Art der Krankheitspräsentation ist eine Re-Etablierung der schulmedizinischen Normvariante des Sprechens über Krankheit.

Auch wenn Betroffene sich um die Etablierung oder Durchsetzung ihres lebensweltlichen Diskurses und ihrer Relevanzen bemühen und um eine Korrektur ihrer Rollenzuweisungen als "PatientInnen", wird "ihre Geschichte" nicht zentral Sendung gestaltend. Ein wesentlicher Grund dafür ist das *breite Rollenspektrum Dr. Gerhardts*. Der mediale Diskurs, den er als Moderator realisiert, ist wegen seiner hierarchisch dominanten Position ganz prinzipiell der dominante Diskurs der Sendung. In seiner Rolle als Gesundheitserzieher und medizinischer Experte kann er im Dienste einer Verallgemeinerbarkeit und Typisierbarkeit zu individuelle Bestandteile des lebensweltlichen Diskurses übergehen. In seiner Rolle als Arzt verfügt er schließlich über potente interaktive Kontrollmechanismen aus der ärztlichen Gesprächsführung und Diagnostik, um Anteile der Krankheitsdarstellungen zu de-thematisieren, die seinen Diskurs und den von ihm geplanten Sendungsverlauf nicht unterstützen. So fungiert der Moderator als disziplinierendes Element, setzt die interaktiven Rollenzuweisungen durch und hält seinen Diskurs relevant.

Die *Gespräche mit den medizinischen ExpertInnen* dienen der Herstellung ernstzunehmender und wissenschaftlich abgesicherter Information, in Ergänzung der persönlichen Krankheitsdarstellungen der Betroffenen. Produktionsmittel ist der *Import des Gesprächstyps "kollegiales ärztliches Fachgespräch"*. In der Rollenkombination von medizinischem Co-Experten und Moderator kann dieser die Gesprächsbeiträge der ExpertInnen minutiös steuern, auch wenn ihm diese als SpezialistInnen hierarchisch übergeordnet sind. Er kann seine eigenen fachlichen Wissensbestände und die für ihn relevanten Themen einbringen, fehlende Informationen einfordern und zu abstrakte Darstellungen für die ZuschauerInnen reformulieren und so das Sendungsziel und Sendungskonzept umsetzen. Das Problem bei dieser Konzeption ist, dass ein ärztlicher Moderator und die Inszenierung eines Fachgesprächs die medizinischen ExpertInnen aber auch zur Produktion erhöhter Fachlichkeit motiviert, was wiederum der Herstellung von verständlicher Gesundheitsinformation zuwiderläuft.

Der vom ärztlichen Moderator etablierte schulmedizinische Diskurs, seine enge Gesprächsführung und der Fokus auf wissenschaftlich abgesicherter Information engt den interaktiven Handlungsspielraum der medizinischen ExpertInnen auf die Realisierung eines im Wesentlichen biomedizinischen Diskurses ein. Die sendungskonzeptuell bedingte *Trennung der Diskurse der Betroffenen von denen der ExpertInnen* reinszeniert die Trennung zwischen lebensweltlichem und medizinischem Diskurs, wie er für die schulmedizinische Praxis üblich ist. Gerade an den interaktiven Übergangspunkten, an denen es zur Abtrennung von den Darstellungen der Betroffenen kommt, kommt es auch zum Import von heiklen Aspekten schulmedizinischer sozialer Praxis, nämlich das Sprechen über PatientInnen in deren Anwesenheit.

8.1.4. Talkshow und die Dominanz des Diskurses der emotionalisierten Unterhaltung

Das Sendungsziel von *Talkshows zu Krankheitsthemen* ist, über die Darstellung von Krankheiten, Krankheitserleben und Heilmethoden emotionalisierte Unterhaltung mit Gesundheitsinformation zu verbinden. Dazu wird von den ModeratorInnen über emotionalisierende und szenisch inszenierende interaktive Verfahren ein *dramatisierter Diskurs der Gesundheitsinformation* etabliert. Er zeichnet sich durch die Darstellung der Vielfalt und Besonderheiten der Erlebens- und Behandlungsformen aus, die mit Erkrankungen zusammenhängen können.

In den *Gesprächen mit den Betroffenen* etablieren die ModeratorInnen einen dramatisierten lebensweltlichen Diskurs, der die Betroffen zur Realisierung eines vergleichbaren Diskurses stimulieren oder aus den Darstellungen der Betroffenen die dramatischen und erlebensrelevanten Aspekte der Erkrankungen und Beschwerden herausarbeiten soll. Wenn dies vom realisierten lebensweltlichen Diskurs der Betroffenen nicht unterstützt wird, stehen den ModeratorInnen aufgrund des redaktionellen Vorwissens die Möglichkeit zur Verfügung, in der Rolle des "stellvertretenden Gastes" selbst die dramatisierte Darstellung von Teilen des Krankheitserlebens zu übernehmen. Die Frage des individuellen und besonderen *Schicksals* spielt bei der Etablierung des dramatisierten lebensweltlichen Diskurses eine spezielle Rolle, und dies beeinflusst entsprechend auch die Darstellung der unterschiedlichen Medizinformen.

Der *dramatisierte Diskurs der Gesundheitsinformation* erweist sich als zweifelhaftes Produkt. Er ist am unmittelbaren Erleben der Betroffenen und ihrem mehr oder weniger umfangreichen Wissensbestand zu ihrer Erkrankung ausgerichtet. Inhaltlich obliegt er nur der Kontrolle der ModeratorInnen, die trotz redaktionellem und anderweitigem Vorwissen medizinische LaiInnen sind. Als Quelle ernsthafter Informationsvermittlung ist dieser Diskurs deshalb nur bedingt verlässlich, als Quelle unterhaltsam aufbereiteter Information allerdings gut geeignet. Er erfüllt das Kriterium der leichten und bildhaften Verständlichkeit, da er unmittelbar an Alltagserfahrungen und Alltagsvorstellungen anknüpft und umgangssprachlich realisiert wird, und er erfüllt das Kriterium der Unterhaltsamkeit durch die dramatisierten Elemente des Erlebens. Durch die Vorrangigkeit des dramatisierenden Aspekts als Format des Emotainments tritt die Darstellung der Erkrankung manchmal ganz hinter die Darstellung des Schicksalhaften zurück.

Der *Laienstatus der ModeratorInnen* in Talkshows ist ein wesentliches Moment, um für verständliche Information zu sorgen. Er ist quasi der Garant für die Herstellung verständlicher medizinischer Information und die Regulation des Inszenierung der Information in Richtung Einfachheit und reduzierte Fachlichkeit. Deshalb wird der Laienstatus der ModeratorInnen, der de facto ja vorhanden ist, zusätzlich inszeniert und dem Laienstatus des angenommenen, durchschnittlichen Publikums angepasst. Sprachliche Verfahren der ModeratorInnen dazu sind die Realisierung von "laienhaften Fragen", die das vorhandene Vorwissen als Nicht-Wissen kaschieren, und die Inszenierung von "falschen Fragen", "Nicht-Verstehen", "Verwirrung" und "schwierigem Begreifen". Diese werden sowohl bei den ExpertInnen als auch bei informierten Betroffenen eingesetzt.

Im *Gespräch mit den medizinischen ExpertInnen* geht es darum, gleichermaßen unterhaltsame wie verständliche und wissenschaftlich fundierte Information zu Krankheitsbildern und therapeutischen Verfahren herzustellen, also einen *unterhaltsamen Diskurs der Gesundheitsinformation* zu produzieren. Auf Grund des faktischen Laienstatus der ModeratorInnen sind die ExpertInnen im Vergleich zum Medizintalk aber nicht so vollständig der interaktiven Kontrolle der ModeratorInnen unterworfen und können v.a. was die Inhalte betrifft, interaktiv etwas eigenständiger agieren. Als zentrale Elemente der Inszenierung zeigen sich hier die Personalisierung des Experten-Auftritts, also die explizite Kategorisierung als die behandelnden ÄrztInnen der Betroffenen, die Herstellung einer zugewandten und persönlichen Arzt-Patienten-Beziehung zwischen den Anwesenden und schließlich die Anbindung der wissenschaftlichen und allgemeinen Ausführungen an die individuellen Krankengeschichten der Betroffenen. Diese Inszenierung funktioniert natürlich umso besser, je medial präsentabler die jeweiligen ExpertInnen (mit)agieren.

Diese Inszenierung erfüllt aber auch die Erwartungen und Bedürfnisse der ZuschauerInnen an eine "sprechende, zugängliche und beziehungsvolle Medizin". Hierbei handelt es sich um die *Funktionalisierung des ganzheitlich-medizinischen Diskurses* zum Zweck der medialen Unterhaltung und der Zuschauerbindung.. Die genannten Elemente

der medialen Inszenierung decken sich mit den zentralen Charakteristika einer ganzheitlichen, patientenzentrierten Medizin, die so in der Sendung verstärkt und als Diskurs realisiert werden.

Die Herstellung unterhaltsamer Gesundheitsinformation erfordert einen ständigen Wechsel zwischen der Inszenierung von besonders unterhaltenden Aspekten und der Produktion medizinischer Information, ohne zu sehr ins Komische oder Extreme und damit ins Nicht-Relevante abzugleiten, was gerade bei der Darstellung von alternativen Heilmethoden problematisch ist, aber auch ohne sich zu sehr von den persönlichen und schicksalhaften Erzählungen der Betroffenen zu entfernen und zu abstrakt zu werden, was der Produktion von emotionalisierter Unterhaltung nicht dienlich ist. So kommt es im Gesprächsverlauf zu einer Art ständigem *Wechsel zwischen den Diskursen*, zwischen emotional inszenierten Passagen und Passagen mit mehr oder weniger unterhaltsam verpackter Medizin- und Gesundheitsinformationen, ohne dass diese sich notwendigerweise miteinander verquicken. Sie erfolgen hintereinander bzw. lösen einander ab.

In der Talkshow zeigt sich eine *Präferenz für alternativen Medizinformen*, da deren ungewöhnlichen Diagnose- und Behandlungstechniken medial besonders präsentabel sind. Ebenso zeigt sich eine Präferenz für bedrohliche und tabuisierte Krankheiten und die Darstellung von "Wunderheilungen" nach Versagen der Schulmedizin, da ein medial wirksamer Kontrast zwischen dem zuerst bestehenden, "unheilbaren" Leid und der nachfolgenden wundersame Heilung hergestellt werden kann. Die Koppelung der Darstellung von relevanten chronischen, lebensbedrohlichen oder tabubehafteten Erkrankung mit der Darstellung von Besonderheiten alternativer Medizinformen und Heilmethoden in Form von "Erlösungserzählungen" und "Wunderheilungen" kommt den Inszenierungsprinzipien der Boulevardisierung und des Emotainments besonders entgegen, da sich die dramatisierten Darstellungen beider Bereiche gegenseitig verstärken. Gerade *für die Darstellung alternativmedizinischer Methoden hat dies negative Auswirkungen*, da diese Darstellung im Sinne von wirksamer Gesundheitsinformation unangemessene Erwartungen an diese Methoden fördert und sie genau in die Nische Wundermedizin und Exotik zurückdrängen, aus der sie durch eine offene und vorurteilsfreie Darstellung eigentlich herausgeholt hätten werden sollen. Heilmethoden, die sich langsam etablieren wie etwa die Traditionelle Chinesische Medizin, werden wieder "exotisiert". Da Talkshows als Sendungsformat ganz generell inhaltlich wenig ernst genommen werden, ist auch anzunehmen, dass die hohe Präsenz der Alternativmedizin gerade in diesem Sendungsformat auch für die Bewertung der Alternativmedizin selbst heikel bis ist. Paradoxerweise erfolgt so eine Stabilisierung des traditionellen schulmedizinischen Medizinsystems

8.1.5. Diskurs-Patchwork und Diskurs-Inkorporation

Die Analyse zeigt, dass aufgrund der Rahmenbedingungen der Inszenierung von Kommunikation und der Produktion von Gesundheitsinformation und/oder Unterhaltung in allen Äußerungen zugleich auch immer Aspekte aller anderen Diskurse und ihrer unterschiedlichen Ausprägungen realisiert werden – biomedizinischer, alternativmedizinischer, traditioneller oder moderner gesundheitsinformativer und unterhaltsamer oder dramatisierter medialer. Dieses Prinzip der ständigen Verflechtung von Diskursanteilen habe ich als *Diskurs-Patchwork* bezeichnet. Die Verquickung und Vermischung von Diskursen bzw. Diskursanteilen ist abhängig von Sendungsziel, Thema, Rollenspektrum und lokaler pragmatischer Funktion. Sie kann in den einzelnen Äußerungen selbst oder in den aufeinander folgenden Redebeiträgen erfolgen, indem einmal der eine, dann der andere Aspekt relevant gesetzt wird – allerdings ohne dass der Diskurs, der von den ModeratorInnen relevant gesetzt wird, je bedroht wird.

Beim Aufeinandertreffen unterschiedlicher medizinischer Diskurse kommt es zu *Prozessen der Inkorporation*, die die Funktion erfüllen, die dominante Position des schulmedizinischen Diskurs zu schützen. Der ärztliche Moderator im Medizintalk etabliert im Prinzip einen schulmedizinischen Diskurs, der sich durch die Orientierung am biomedizinischen Diagnoseschema und entsprechenden Behandlungswegen und Heilungsvorstellungen auszeichnet und ein patriarchal bestimmtes Arzt-Patient-Verhältnis verfolgt. In der Gesprächsführung wird dies deutlich, indem er die Gespräche mit den Betroffenen als traditionelle ärztliche Gespräche inszeniert, biomedizinische Konzepte zur Krankheitsdarstellung und thematischen Steuerung einsetzt und den lebensweltlichen Diskurs zwar zulässt, ihn aber vom medizinischen im Wesentlichen getrennt hält. Bei der Darstellung von leichteren und chronischen Erkrankungen und Befindlichkeitsstörungen etabliert der Moderator einen *aufgeklärten, modernen schulmedizinischen Diskurs*, der sich in einer gewissen, wenn auch kritischen, Offenheit gegenüber alternativen Behandlungsmethoden und ganzheitlichen Sichtweisen von Krankheitsentstehung und ganzheitlich-medizinischen Diskursen manifestiert. Das Aufeinandertreffen der unterschiedlichen Diskurse in Gesprächen mit medizinischen ExpertInnen wird dabei folgendermaßen bewältigt: Die Darstellung von Methoden aus anderen Medizinformen erfolgt selektiv als isolierte Techniken, also z.B. die Technik der Akupunktur oder die Einnahme eines bestimmten homöopathischen Mittels, außerhalb ihres je unterschiedlichen Krankheitsverständnisses oder wissenschaftlich-philosophischen Bezugssystems. Die additive Darstellung unterschiedlicher Behandlungstechniken aus unterschiedlichen Medizinformen verwischt auch die konzeptionellen und hierarchischen Unterschiede zwischen den unterschiedlichen medizinischen Techniken. Damit wird eine gewisse Gleichartigkeit der Methoden und eine gewisse Beliebigkeit ihrer Wahl suggeriert, sie werden als "frei wählbare Techniken" in den schulmedizinischen Diskurs inkorporiert. Indirekte Hierarchisierungen zwischen alternativmedizinischen und schulmedizinischen Methoden erfolgen in subtiler Weise: Alternative Techniken werden, weil nebenwirkungsfrei, gerne zur Selbstbehandlung empfohlen. Bei ernsten Erkrankungen wird alternativen und ganzheitlichen Methoden allenfalls eine begleitende und z.B. psychisch stärkende Funktion zugesprochen, die zentrale Behandlung bleibt der Schulmedizin vorbehalten.

Durch die Methode der Inkorporation bleibt die dominante Stellung des schulmedizinischen Ansatzes unangefochten, da er ja weiterhin den konzeptuellen Rahmen liefert und die Selektion immer aus der Perspektive der Schulmedizin erfolgt, er muss sich aber nicht der Kritik mangelnder Offenheit und Modernität aussetzen. Dies führt zur *Etablierung eines hybriden schulmedizinischen Diskurses*, der sich durch ein komplexes und widersprüchliches Nebeneinander von Behandlungstechniken unterschiedlicher Medizinformen ausweist, wie es für moderne Diskurse typisch ist.

Ein gesellschaftlich relevanter Diskurs, der im Gegensatz zum Medizintalk gerade in den *Talkshows* auch Raum bekommt, ist der *schulmedizin-kritische Diskurs*. Betroffene erzählen von ihren schwierigen oder fragwürdigen Erlebnissen mit ÄrztInnen oder dem Gesundheitswesen, die oft nur durch Zufälligkeiten oder die bewusste Hinwendung zu alternativen Heilpraktiken ihr Ende fand. So können Talkshows für Betroffene zu einer Art Forum für die Darstellung des Versagens der traditionellen Medizin werden. Für Talkshow-ProduzentInnen steht das Potenzial des Diskurses an emotionalisierter Unterhaltung im Vordergrund, das in den entsprechenden Erlebnissen steckt. Aufgrund der Inszenierungsbedingungen des Boulevard bleibt die vielfältige Kritik am dominanten medizinischen Modell personalisiert und wird nicht zu substanzieller system-kritischer Diskussion genützt. Dass der schulmedizin-kritische Diskurs Raum geboten bekommt, ist paradoxerweise nur deshalb möglich, weil Talkshows als Sendungsformat nicht ernst

genommen werden und darum die dort produzierten kritischen Diskurse für das dominante Medizinsystem auch nicht gefährlich sind.

Anders hingegen im *Medizintalk*, wo der schulmedizin-kritische Diskurs unterdrückt wird: Wenn Aspekte des Versagens der Schulmedizin oder des Gesundheitswesens wie etwa Fehlbehandlungen oder Unterlassungen in den Darstellungen der Betroffenen auftauchen, werden sie vom Moderator nicht weiter thematisiert oder gar systemkritisch vertieft, bekannte Probleme der Schulmedizin wie etwa die Herstellung von Schmerzmittelabhängigkeit durch ärztliche Verschreibung werden als quasi naturgegebene Fakten hingenommen, ideologischerweise naturalisiert. So wird der dominante Diskurs der Schulmedizin gestärkt und geschützt.

8.1.6. Die interaktive Produktion von Bedeutung und die Reproduktion der normativen Ordnung

In Medizintalk und Talkshows werden aufgrund der spezifischen Zielsetzungen der Sendungen als medizinische Informationssendung bzw. als unterhaltende Formate, aufgrund ihres medialen Auftrages und aufgrund der realisierten Diskurse jeweils nur ganz bestimmte medizinische, gesundheitspolitische und gesellschaftliche Bedeutungen, Konzepte und Bewertungen an die ZuschauerInnen vermittelt und als relevante Bedeutungen etabliert. Die entsprechende „interaktive Selektion“ erfolgt nicht zufällig, sondern durchaus systematisch in Übereinstimmung mit bestimmten gesellschaftlichen Normen, die in der Vermittlung durch ein relevantes öffentliches Informationsmedium reproduziert werden.

Gesellschaftskritische oder emanzipatorische Aspekte bekommen Raum, allerdings nur in engem und ungefährlichem Rahmen, sei es die Medizinkritik im bagatellisierten Format Talkshow, seien es alternativmedizinische Methoden zur Behandlung von leichten Erkrankungen. Der lebensweltliche Diskurs der Betroffenen im Medizintalk transportiert z.B. vielfältige Inhalte und Bedeutungen mit, sie reichen von persönlichen Relevanzen zu psychosozial und soziokulturell relevanten Inhalten wie Umgang der Ärzte mit Kranken, Kritik am medizinischen und am Gesundheitssystem, psychosozialen oder gesellschaftliche krankmachenden Faktoren, Vorurteilen. Ebenso reich an Bedeutungen sind alternative und ganzheitliche Konzepte zu Krankheitsentstehung oder Heilung.

Diese Bereiche im Medizintalk aufzunehmen und anzusprechen würde *einen ganz anderen Diskurs der Gesundheitsinformation* notwendig machen und etablieren, der neue und andere Verständnisansätze von Krankheit, Krankheitsentstehung und Behandlung vermitteln, die Kritikfähigkeit schärfen und den Blick auf andere, zumeist ganzheitliche oder systemische Sichtweisen öffnen könnte. Er müsste auch der Aufgabe nachkommen, die ideologischen Einschränkungen von sozialen, aber auch schulmedizinischen Normen anzusprechen und sie aufzuzeigen, gerade bei Krankheitsthemen, die von hoher psychosozialer Bedeutung sind. Damit könnte das Ziel von Gesundheitsförderung, durch Aufklärung auch zu einer Veränderung von sozialen Normen beizutragen, erreicht werden. Diese Aufgaben oder Herausforderungen werden von den Sendungen nicht angenommen, weder vom Medizintalk noch von den Talkshows.

8.1.7. Keine Gefahr für die Schulmedizin

Das *Fazit* ist: Durch die Etablierung eines schulmedizinisch orientierten Diskurses der öffentlichen Gesundheitsförderung im Medizintalk und durch die Funktionalisierung ganzheitlicher medizinischer und medizinkritischer Diskurse für Unterhaltungszwecke in der Talkshow wird die bestehende diskursive Ordnung mit der Schulmedizin als dominantem medizinischem Diskurs in den Sendungen reproduziert, und zwar in vielfälti-

ger, komplexer und übergreifender Weise. So gelingt es, die gesellschaftliche Dominanz der Schulmedizin mit der Dominanz des Mediums Fernsehen stabil zu verbinden.

8.2. Vorschläge für Veränderungen

Die vielfältigen Analysen und Überlegungen zu den Medizinsendungen und Talkshows haben deutlich gemacht, dass es die größeren Rahmenbedingungen der medialen Inszenierung und des medizinischen Systems sind, die die Sendungen und die in ihnen ablaufenden interaktiven Prozesse prägen. Diese Ergebnisse legen nicht nahe, bei kleinen, lokalen Veränderungen anzufangen und etwa vorzuschlagen, den Betroffenen in den Medizintalks mehr Raum zur Darstellung ihrer Krankheitsgeschichte zu geben. Auch wenn dieser Vorschlag aufgrund der Untersuchungsergebnisse gut argumentierbar und im Prinzip auch richtig wäre, ginge er an den eigentlichen Problempunkten vorbei.

Wie sich aus meiner Arbeit mit der Gesprächsfortbildung von MedizinstudentInnen und ÄrztInnen ergeben hat, erweist es sich als wesentlich produktiver, die prinzipiellen Produktionsbedingungen und die eigene Grundhaltung zu reflektieren und sich eine gewisse Aufmerksamkeit und Sensibilität für kommunikative Prozesse anzueignen. Die Erfahrung zeigt, wenn sich die Haltung verändert und sich die Aufmerksamkeit auf Kommunikationsprozesse verstärkt, verändert sich – quasi automatisch – die Interaktion. Und so ist es oft gar nicht mehr erforderlich, mühsam einzelne "Rezepte" zu lernen und zu befolgen, da sich viele der früheren Interaktionsprobleme, Dysfunktionalitäten und versehentlich produzierter Bedeutungen aufgrund der veränderten Haltung und der neuen Aufmerksamkeit gar nicht mehr ergeben.

Die *sehr allgemein gehaltenen Verbesserungsvorschläge* für ProduzentInnen und ModeratorInnen von medizinischen Informationssendungen betreffen somit vor allem Veränderungen in Einstellung und Haltung. Sie basieren alle auf der grundlegenden Prämisse, dass Fernsehsendungen, und im Speziellen medizinische Informationssendungen, ein Ort der Produktion von Bedeutungen von gesellschaftlicher Relevanz sind. Dies hängt damit zusammen, dass die Themen Krankheit und Gesundheit in einem komplexen sozialen Zusammenhang zu sehen sind und prinzipiell mit sozial relevanten Themen und Bedeutungen verbunden sind, so dass das Sprechen darüber Bedeutungen und Normen erzeugt, festsetzt oder stabilisiert. Umso wichtiger wird dieser Aspekt der Produktion von Bedeutung bei öffentlichem Sprechen über Krankheit und Gesundheit in einem relevanten Informations- und Unterhaltungsmedium wie dem Fernsehen. Diese Wirkung selbst speist sich erstens aus der großen gesellschaftlichen Bedeutung von Gesundheit, Krankheit und körperlichem Aussehen und zweitens daraus, dass bestimmte "Normvarianten" des Sprechens über Krankheit und mit Kranken sozial etabliert sind. Diese Normvarianten sind wiederum von der gängigen Schulmedizin und dem traditionellen Wertesystem, das ihr zu Grunde liegt, bestimmt.

Die Vorschläge im Einzelnen:

- *Sensibilisierung für soziokulturelle Zusammenhänge* bzw. Zusammenhang zwischen Diskurs und Bedeutung, die hergestellt und transportiert wird, am besten über entsprechende gesprächsanalytische Fortbildungen mit konkretem Datenmaterial aus den Sendungen.
- *Bewusste Auswahl von TeilnehmerInnen*, also ModeratorInnen, ExpertInnen und Betroffenen, da diese Auswahl die in der jeweiligen Sendung möglichen und gewünschten inhaltlichen und interaktiven Prozesse bestimmt (also ärztliche oder nicht-ärztliche ModeratorInnen; schulmedizinische, alternativmedizinische psychologische und/oder gesundheitspolitische ExpertInnen welches Medizinsystems, Be-

troffene als RepräsentantInnen für Symptome/medizinische Fälle oder ErzählerInnen persönlicher Erfahrungen).

- *Bewusste Formulierung und Einleitung von Themen* (welche Diskurse sollen in den Sendungen für die ZuschauerInnen erzeugt und relevant gesetzt werden).
- *Hinterfragung der Methode, Bestandteile schulmedizinischer Gespräche zu importieren*: Der Vorteil der Methode liegt darin, dass es sich um eine bekannte Diskursform handelt, die die mediale Inszenierung und den Unterhaltungsauftrag fördert , und dass die schulmedizinische Gesprächsführung gut zur Kontrolle der interaktiven Prozesse und zur Steuerung der anderen TeilnehmerInnen geeignet ist; der Nachteil liegt darin, dass die Bedeutungen der Lebenswelt ausgeschlossen werden und problematische Aspekte ärztlicher Gesprächsführung mitimportiert werden.
- *Bewusster Umgang mit dem Einsatz medizinischer Konzepte* und den von ihnen mitgetragenen Bedeutungen und sozialen Implikationen.
- Eine *bewusst demokratische Präsentation* der bestehenden Medizin- und Heilformen, die einen Status des Nebeneinanders von unterschiedlichen Formen fördert, die die Unterschiede der Konzeptionen belässt und Hierarchisierungen und Dominanzen entgegenwirkt.

8.3. Plädoyer für *keine* Veränderungsvorschläge

Zur tatsächlichen Sinnhaftigkeit und Wirksamkeit dieser Veränderungs- und Verbesserungsideen möchte ich abschließend einige persönliche Worte formulieren. Medizinische Kommunikation im Fernsehen erscheint auf den ersten Blick wie eine bestimmte, mehr oder weniger unterhaltsame und mehr oder weniger seriöse Form von Information über Krankheits- und Gesundheitsthemen, über Wissen über die Zusammenhänge von Krankheiten und über gesundheitsförderliche Verhaltensweisen und Lebensstile. Je genauer man hinsieht, desto deutlicher verengt sich der Blick auf eine sehr geringe Anzahl von Bedeutungen und Funktionen, die in den Sendungen zur Sprache kommen (dürfen) werden. Auch wenn die Sendungslandschaft sich in ständiger Veränderung befindet, bleiben die Grundprobleme über all die Jahre die gleichen.

Was könnte man denn wirklich und mit Überzeugung raten, nicht nur aus methodischer Notwendigkeit am Ende einer angewandten gesprächsanalytischen Arbeit? Es zeigt sich deutlich, Prävention ist schwer zu vermitteln, die Konsequenzen eines Schlaganfalls sind anschaulicher zu erzählen und darzustellen als präventive Maßnahmen einer disziplinierteren und gemäßigten Lebensführung, diffuse Befindlichkeitsstörungen sind medial nicht so interessant wie ein gerade noch überlebter Herzinfarkt. Talkshows und Gesundheitsshows brauchen spannende Aufhänger, Schicksale und Geheimnisse, um sich im Lauf des vielfältigen und hart umkämpften medialen Nachmittags und Vorabends zu behaupten. Informationsmagazine brauchen neue, knappe und in sich abgeschlossene Geschichten, um Aufmerksamkeit zu erregen und das Interesse derer an sich zu binden, die ganz bewusst zusehen, wie auch das Interesse derer, die zufällig "herein zappen" oder die den Fernsehapparat nebenbei laufen lassen. Das Fazit ist und bleibt: Das Fernsehen ist ein Unterhaltungsmedium und ein Begleitmedium, das für substanzielle, komplexe, spezifische und kritische Informationsvermittlung einfach nur sehr beschränkt geeignet ist.

Der beschränkende Einfluss der Schulmedizin und des medialen Unterhaltungsauftrages dringt so deutlich durch, dass absehbar ist, dass alle möglichen gesprächsanalytisch motivierten Empfehlungen an den medialen Produktionsbedingungen scheitern werden. Es ist ähnlich wie bei der ärztlichen Kommunikation im Krankenhaus und in

der Praxis. Die meisten Empfehlungen scheitern letztlich an den Umständen, die sich nicht verändern lassen: die biomedizinische und technische Prägung des Gesundheitssystems und seiner Organisationen und Institutionen.

Was die Ergebnisse nahe legen und was man natürlich wie gesagt ganz allgemein raten kann, ist, die Sendungskonzeption bewusster und reflektierter anzugehen, auch in der Moderation den Betroffenen etwas mehr Respekt erweisen für ihre öffentlichen Selbstdarstellungen – aber selbst damit gerät man schon in die Zwickmühle des Produktions- und Zeitdrucks. Ich sehe schon die RedakteurInnen und ModeratorInnen in Verzweiflung still die Augenrollen: Völlig illusorisch. Da schaut keiner hin, wenn es nicht spannend oder anregend bleibt. Viel zu langatmig, da zappen um diese Zeit alle weg.

Plädoyer für *keine* Veränderungen? Ist es nicht ungewöhnlich, gerade für eine angewandte gesprächsanalytische Arbeit, die sich mit der Entwicklung von Veränderungen und Optimierungen auf Grund der Untersuchungs- und Analyseergebnisse auseinander setzt. Oder muss man das Ganze deshalb einfach vielleicht völlig anders betrachten und sich eine ganz andere Form von medialer Gesundheitsinformation vorstellen?

8.4. Ein wahrscheinlicher Blick in die Zukunft: "weitere Informationen finden Sie im Internet auf www – Punkt …"

Wie kann die Zukunft aussehen? Ist ein bisschen Zukunft nicht vielleicht schon passiert beim – inzwischen abgesetzten – Sendungsformat Gesundheitsshow wie "*Dr. Verena Breitenbach*" (PRO7) und "*Vertrauensarzt Dr. Michael Ehrenberger*" (ATV+) (Kap. 5.2.6.3.), in dem das Fernsehen komplett den Unterhaltungsauftrag übernommen hat und das Internet den Informationsauftrag? Wenn man einmal von der Fragwürdigkeit des Formats absieht, dann macht die Gesundheitsshow auf gesundheitliche und medizinische Fragen aufmerksam, indem sie diese als Aufhänger für mehr oder weniger spannende Konflikte und verborgene Geheimnisse benutzt, die dann mit Hilfe der moderierenden ÄrztInnen doch ans Tageslicht gebracht werden. Das ist Unterhaltungsfernsehen par excellence. Begleitet wurden die Sendungen aber durch zum Teil umfangreiche Internetauftritte auf den Websites der Sender, die substanzielle gesundheitliche und medizinische Zusatzinformationen zu den aktuellen und allen bisherigen Themen lieferten, mit Links zu einer Vielfalt von allgemeinen Gesundheitsportalen und Spezialseiten und der Möglichkeit, Anfragen per Mail zu stellen.

Der Vorteil der Mischung liegt darin, dass die ZuschauerInnen auf ein Thema aufmerksam werden, zu dem sie sich als Internet-UserInnen zu einem selbst gewählten Zeitpunkt mit so viel Informationen von so vielen unterschiedlichen Stellen versorgen können, wie sie individuell benötigen, verarbeiten können oder interessant finden. Zurzeit ist es so, dass die Gesundheitsportale zu den am meisten besuchten Informationsportalen gehören und sich z.B. schon jede/r Zweite *vor* dem Arztbesuch über die körperlichen Beschwerden im Internet informiert.

Zum jetzigen Zeitpunkt erscheint diese Lösung vielleicht nicht so besonders überzeugend, da das Format der Gesundheitsshow natürlich ein fragwürdiges ist. Man könnte sich aber natürlich auch *andere Formate* vorstellen, so wie die aktuell beliebten Quizshows, die leicht in den Varianten Gesundheitsquiz, Ernährungsquiz, medizinisches Wissensquiz etc. denkbar sind. Auch das beliebte Format Doku-Soap wie beispielsweise "*Ich tausche meine Familie*" könnte leicht zu "*Ich tausche meinen Arzt*" adaptiert werden, so dass zwei Kranke mit ähnlichen Beschwerden für eine gewisse Zeit ihre behandelnden ÄrztInnen tauschen, also z.B. die behandelnden Internistin gegen einen Facharzt für Chinesische Medizin und umgekehrt, usw. Das würde natürlich bedeuten (und voraussetzen), dass die Fernsehsendungen im Prinzip so bleiben, wie sie sind, dem

Unterhaltungsauftrag verpflichtet, wenn auch wünschenswerterweise unter Umsetzung einiger der oben aufgezählten, optimierten Produktionsbedingungen.

Zentraler Punkt ist bei allen diesen Produktionen jedoch das Zusammenspiel von Fernsehen und Internet, und zwar in dem Sinne, dass die Fernsehproduktion auf unterhaltsame Weise auf ein Thema aufmerksam macht, es ins Blickfeld rückt, und dass der Internetauftritt, der an die Sendung gekoppelt ist, in vielfältiger Weise die Möglichkeit eröffnet, die Informationen zu vertiefen. Dies muss natürlich über eine reine Wiederholung der Inhalte und ein paar altbekannte Links, wie man sie oft unter der Ankündigung "und weitere Informationen finden Sie im Internet unter www – Punkt (…)" findet, weit hinaus gehen. Ich denke weiter in die Zukunft.

Ich gehe davon aus, dass das Internet im Laufe der kommenden Jahre in seiner Zugänglichkeit wesentlich bequemer werden wird, dass es (und die Rechner) leistungsfähiger wird, um auch rasch eine ausreichende Menge an Video- und Tonmaterial bereitstellen zu können. Die größere Leistungsfähigkeit wird dazu führen, dass die BenutzerInnen in zunehmendem Maße über Web-Cams miteinander in Verbindung treten und z.B. an regelmäßigen Sitzungen in Internet-Selbsthilfegruppen teilnehmen können oder mit einzelnen Betroffen in direkten dialogischen Austausch treten und dafür nicht mehr das Fernsehen als Vermittler brauchen. Und so wird es vermutlich auch ganz selbstverständlich werden wird, den PC-Monitor als Fernsehschirm zu verwenden (und umgekehrt), so dass der Wechsel zwischen Fernsehen und Internet bzw. die Gleichzeitigkeit davon so selbstverständlich werden wird wie heute das Zappen zwischen TV-Sendern. Und so wird es mit der Zeit für BenutzerInnen immer unattraktiver werden, auf "Informationen aus dem Fernsehen zu warten", über deren Zeitpunkt und Inhalt sie nicht bestimmen können, wenn das Internet dieses viel spezifischer und direkter zu bieten vermag. Was man sich aber vermutlich über das Fernsehen immer holen wird, ist das, was es am besten bieten kann, nämlich Unterhaltung.

9. Literaturverzeichnis und Anhang

9.1. Literaturverzeichnis

Abt, V./Mustazza, L. 1997. Coming after Oprah. Cultural Fallout in the Age of the TV Talk Show. Bowling Green State Popular University Press.

Achterberg, J. 1999. Heilen und Heilsystem. In: von Weltzien, Diane (Hg.) 1999. Das große Buch vom ganzheitlichen Heilen. Goldmann: München. 13-20.

Adler, R./Wulf, B. (Hg.) 1994. Thure von Uexküll. Integrierte Psychosomatische Medizin in Praxis und Klinik. 3. Aufl. Schattauer: Stuttgart.

Adler, R., et al. (Hg.) 1990. Uexküll. Psychosomatische Medizin. 4., neubearb. u. erw. Aufl. Urban/Schwarzenberg: München.

Agar, M. 1985. Institutional Discourse. In: Text 5(3). 147-168.

Ahmed, P.I./Coelgo, G.V. (eds.) 1973. Toward A New Definition of Health: Psychosocial Dimensions. Plenum: New York.

Albrecht, G.L., Fitzpatrick, R./Scrimshaw, S.C. (Hg.) 2000. The Handbook of Social Studies in Health/Medicine. Sage: London.

Allen, R.C. 1992. Channels of Discourse. Reassambled. University of California Press: Chapel Hill.

Ang, I. 1991. Desperately Seeking the Audience. Routledge: London.

Antonovsky, A. 1987. Unraveling the Mystery of Health. Jossey-Bass: San Francisco.

Appel, A.J./Jazbinsek, D. 2000. "Der Gen-Sieg über den Krebs?" Über die Akkuratheit der Berichte zu den ersten Gentherapie-Versuchen in Deutschland. In: Jazbinsek, D. (Hg.) 2000. Gesundheitskommunikation. Westdeutscher Verlag: Opladen. 184-228.

Appel, A.J. 1996. Gesundheit aus dem Fernseher? Die Gesundheits- bzw. Krankheitsvorstellungen in den Gesundheits- und Medizinreihen des deutschen Fernsehens. Unveröffentl. Magisterarbeit: FU Berlin.

Appel, A.J. 2000. Patentrezepte per TV. Die Gesundheits- und Krankheitsvorstellungen in einschlägigen Informations- und Ratgebersendungen. In: Jazbinsek, D. (Hg.) 2000. Gesundheitskommunikation. Westdeutscher Verlag: Opladen. 96-114.

Arens, K. 1973. Manipulation. Kommunikationspsychologische Untersuchung mit Beispielen aus den Zeitungen des Springer Konzerns. Berlin.

Ariès, P./Duby, G. (Hg.) 1993. Geschichte des privaten Lebens. Vom Ersten Weltkrieg zur Gegenwart. Bd. 5. S. Fischer: Frankfurt.

Armstrong, D. 1983. Political Anatonomy of the Body: Medical Knowledge in Britain in the Twentieth Century. Cambridge University Press: Cambridge.

Ashton, J./Seymour, H. 1988. The New Public Health. Open University Press: Milton Keynes.

Atkin, C./Arkin, E.B. 1990. Issues and Initiatives in Communicating Health Information. In: Atkin, Ch./Wallack, L. (eds.) 1990. Mass Communication and Public Health. Complexities and Conflicts. Sage: London. 13-40.

Atkin, C./Wallack, L. (eds.) 1990. Mass Communication and Public Health. Complexities and Conflicts. Sage: London.

Atkinson, J./Drew, P. 1979. Order in Court: the Organization of Verbal Interaction in Judicial Settings. Macmillan: London.

Atkinson, J./Heritage, J. 1984. Structures of Social Action. Cambridge University Press.

Atkinson, J. 1985. Refusing Invited Applause: Preliminary Observations From a Case Study of Charismatic Oratory. In: van Dijk, T. (ed.) 1985. Handbook of Discourse Analysis, vol. 3. Academic Press: London. 161-182.

Atkinson, P. 1995. Medical Talk and Medical Work. The Liturgy of the Clinic. Sage: London.

Auer P./de Luzio, A. (eds.) 1992. The Contextualization of Language. Benjamins: Amsterdam.

Ayanian J.Z./Epstein A.M. (1991): Differences in the use of procedures between women and men hospitalized for coronary heart disease. N Engl J Med 1991; 325: 221-225.

Bachmair, B. 1996. Fernsehkultur. Subjektivität in einer Welt bewegter Bilder. Westdeutscher Verlag: Opladen.

Bailo, A. 1998. "Gesund und munter?" Der tv-today-check: Drei Ärzte testen die Medizin-Magazine im Fernsehen. In: TV Today, 1998, 24-30.

Bakhtin, M. 1981. The Dialogical Imagination. University of Texas Press: Austin, Tx.

Balint, M. 1964. Der Arzt, sein Patient und die Krankheit. (dt. 1991). Stuttgart: Klett-Cotta.

Baumann, Z. 1999. Culture as Praxis. new edition. Sage: London.

Bayer, K. 1975. Talk-Show - die inszenierte Spontaneität. In: Barloewen, C./Brandenberg, H. (Hg.) Talk Show. Unterhaltung im Fernsehen = Fernsehunterhaltung? München/Wien. 138-164.

Beaugrande, R./Dressler, W.U. 1981. Einführung in die Textlinguistik. Niemeyer: Tübingen.

Beck, U./Beck-Gernsheim, E. (Hg.) 1994. Riskante Freiheiten. Individualisierung in modernen Gesellschaften. Suhrkamp: Frankfurt/M.

Bente, G./Fromm, B. 1997. Affektfernsehen. Motive, Angebotsweisen und Wirkungen. Opladen: Leske + Budrich.

Berg, P. (Hg.) 1999. Chronisches Müdigkeits- und Fibromyalgiesyndrom. Eine Standortbestimmung. Springer: Berlin.

Bergmann, J. 1980. Ethnomethodologische Konversationsanalyse. In: Schröder, P./Steger, H. (Hg.) Dialogforschung. Düsseldorf.

Bergmann, J. 2001. Das Konzept der Konversationsanalyse. In: Text- und Gesprächslinguistik. 2. Halbband. De Gruyter: Berlin. 919-927.

Biere, B.U./Hoberg, R. (Hg.) 1996. Mündlichkeit und Schriftlichkeit im Fernsehen. Narr: Tübingen.

Bliesener, T./Brons-Albert, R. (Hg.) 1994. Rollenspiele in Kommunikations- und Verhaltenstrainings. Westdeutscher Verlag: Opladen.

Bliesener, T. 1982. Die Visite – ein verhinderter Dialog. Narr: Tübingen.

Bordo, S. 1993. Unbearable Weight. Feminism, Western Culture and the Body. University of California Press: Berkeley.

Bourdieu, P. 1998. Über das Fernsehen. Suhrkamp: Frankfurt.

Brand, G./Scanell, P. 1991. Talk, Identity and Performance: *The Tony Blackburn Show*. In: Scannell, P. (ed.) 1991. Broadcast talk. Sage: London. 201-226.

Brandt, A./Rozin, P. (eds.) 1997. Morality and Health. Routledge: London.

Bräutigam, W./Christian, P./von Rad, M. 1997. Psychosomatische Medizin. Ein kurzgefasstes Lehrbuch. 6. unver. Aufl. Thieme: Stuttgart.

Breed, W.J./DeFoe, J.R. 1982. Effecting media change: The role of cooperative consultation on media topics. In: Journal of Communication, 32 (2), 88-99.

Brody, H. 1989. Transparency: informed consent in primary care. Hastings Center Report 19/5. 5-9.

Brown, M.E. 1994. Soap Opera and Women's Talk. The Pleasure of Resistance. London.

Brucks, U., Salisch, E./Wahl, W.B. 1984. Kommunikationsprobleme zwischen Arzt und Patienten - unter besonderer Berücksichtigung ausländischer Patienten (Abschlussbericht): Univ. Hamburg, Psychologisches Institut.

Brünner, G./Gülich, E. (Hg.) 2002. Krankheit verstehen. Interdisziplinäre Beiträge zur Sprache in Krankheitsdarstellungen. Aisthesis: Bielefeld.

Brünner, G./Gülich, E. 2002. Verfahren der Veranschaulichung in der Experten-Laien-Kommunikation. In: Brünner, G./Gülich, E. (Hg.) 2002. Krankheit verstehen. Interdisziplinäre Beiträge zur Sprache in Krankheitsdarstellungen. Aisthesis: Bielefeld. 17-94.

Brünner, G. 1997. Fachsprache, berufliche Kommunikation und die Professionalisierung der Pflege. In: Zegelin, Angelika (Hg.) 1997. Sprache und Pflege. Ullstein Mosby: Wiesbaden. 37-48.

Brünner, G. 1999. Medientypische Aspekte der Kommunikation in medizinischen Fernsehsendungen. In: Bührig, K./Matras, Y. (Hg.) 1999. Sprachtheorie und sprachliches Handeln. Festschrift für Jochen Rehbein zum 60. Geburtstag. Stauffenburg: Tübingen. 23-42.

Brünner, G. 2005. Arzt-Patient-Kommunikation als Experten-Laien-Kommunikation. In: Neises, M., Dietz, S./Spranz-Fogasy, T. (Hg.) Psychosomatische Gesprächsführung in der Frauenheilkunde. Ein interdisziplinärer Ansatz zur verbalen Intervention. Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft: Stuttgart. 90-109.

Bucher, H.-J. 1993. Geladene Fragen. Zur Dialogdynamik in politischen Fernsehinterviews. In: Löffler, H. (Hg.) Dialoganalyse IV. Max Niemeyer Verlag: Tübingen. 97-107.

Buckman, R./Sabbagh, K. 1995. Magic or Medicine. An Investigation of Healing and Healers. Prometheus Books: New York.

Burger, H. 1989. Diskussion ohne Ritual oder: Der domestizierte Rezipient. In: Holly, W., Kühn, P./Püschel, U. (Hg.) 1989. Redeshows. Fernsehdiskussionen in der Diskussion. Niemeyer: Tübingen.116-141.

Burger, H. 1991. Das Gespräch in den Massenmedien. de Gruyter: Berlin.

Burger, H. 1996a. Laien im Fernsehen. In: Biere, B.U./Hoberg, R. (Hg.) Mündlichkeit und Schriftlichkeit im Fernsehen. Narr: Tübingen. 41-80.

Burger, H. 1996b. Realität - Fiktion - Inszenierung im Fernsehen. In: Wehrli, B./Sherer, G. (Hg.) Wahrheit und Wort. Festschrift für Rolf Tarot zum 65. Geburtstag. Peter Lang: Bern. 91-109.

Bury, M./Gabe, J. 1994. Television and medicine: medical dominance or trial by media? In: Gabe, J./Kelleher, D./Williams, G. (Hg.) Challenging Medicine. London: Routlege. 65-83.

Busch, A. 1999. Semantische Vertikalitätstypik und diskursive Grundkonzepte in der Gesundheitskommunikation. In: Niederhauser, J./Adamzik, K. (Hg.) 1999. Wissenschaftssprache und Umgangssprache im Kontakt. Peter Lang: Frankfurt. 104-122.

Caldas-Coulthard, C.R. 1996. 'Women who pay for sex. And enjoy it' Transgression versus morality in women's magazines. In: Caldas-Coulthard, C.R./Coulthard, M. (eds.) 1996. Texts and Practices. Readings in Critical Discourse Analysis. 250-271.

Cant, S./Sharma, U. 2000. Alternative Health Practices and Systems. In: Albrecht, G.L., Fitzpatrick, R./Scrimshaw, S.C. (eds.) 2000. The Handbook of Social Studies in Health/Medicine. Sage: London. 426-439.

Carbaugh, D. 1989. Talking American: Cultural Discourses on Donahue. Ablex Publ.: Norwood.

Charlton, M./Neumann-Braun, K. (Hg.) 1990. Medienkommunikation im Alltag. München.

Chopra, D. 1996. Ayurveda. Der Weg zum gesunden Leben. Econ/List: Düsseldorf.
Chouliaraki, L./Fairclough, N. 1999. Discourse in Late Modernity. Rethinking Critical Discourse Analysis. Edinburgh University Press: Edinburgh.
Cicourel, A. 1985. Doctor-Patient-Discourse. In: T.v.Dijk (ed.) Handbook of Discourse Analysis. vol 4(1985). Academic Press: London. 193-202.
Cicourel, A.V. 1995. Medical Speech Events as Resources for Inferring Differences in Expert-Novice Diagnostic Reasoning. In: Quasthoff, Uta M. (ed.) Aspects of Oral Communication. de Gruyter: Berlin/NY.
Coupland, N./Coupland, J. 1997. Bodies, beaches and burn-times: "environmentalism" and its discursive competitors. In: Discourse/Society, vol. 8(1). 7-25.
Csikszentmihalyi, M. 1998. Flow: Das Geheimnis des Glücks. Klett-Cotta: Stuttgart.
Curran, J.. Morley, D./Walkerdine, V. (eds.) 1996. Cultural Studies and Communications. Edward Arnold: London.

Dahlke, R. 1997. Krankheit als Sprache der Seele. Be-Deutung und Chance der Krankheitsbilder. Goldmann: München.
Dahlke, R./Preiml, B./Mühlbauer, F. 2000. Die Säulen der Gesundheit. Körperintelligenz durch Bewegung, Ernährung und Entspannung. Irisiana Verlag.
Darkins, A.W./Cary M.A. 2000. Telemedicine and Telehealth. Principles, Policies, Performance and Pitfalls. Free Association Books: London.
Deppermann, A. 1999. Gespräche analysieren. Leske & Budrich: Opladen.
Derlega, V.J. et al. 1993. Self-Disclosure. Sage: London.
Deusch, E./Lalouschek, J./Spiess, K. 1989. Medizinisches Fachtutorium – Anamnesegruppe. Forschungsbericht: Wien (Bundesministerium für Wissenschaft und Forschung).
Deutsche Krebshilfe (Hg.) 1999. Wertvoll: Gesunde Ernährung. Präventionsratgeber 4. Deutsche Krebshilfe e.V.: Bonn.
Dieckmann, W. 1981. "Inszenierte Kommunikation". Zur symbolischen Funktion kommunikativer Verfahren in (politisch-)institutionellen Prozessen. In: Dieckmann, W. (Hg.) Politische Sprache - politische Kommunikation. Heidelberg. 255-279.
Dines, G./Humez, J.M. (eds.) 1995. Gender, Race and Class in Media. A Text-Reader. Sage: London.
Dost, B. 1998. Heilung durch ganzheitliche Medizin. Goldmann: München.
Dressler, W.U./Wodak, R. (Hg.) 1989. Fachsprache und Kommunikation. Experten im sprachlichen Umgang mit Laien. Österr. Bundesverlag: Wien.
Drew, P./Heritage, J. (eds.) 1992. Talk at work. Interaction in institutional settings. Univ. Press: Cambridge.
Drew. P./Soronjen, M.-L. 1997. Institutional Dialogue. In: van Dijk, T. (ed.) 1997. Discourse as Social Interaction. Discourse Studies 2. Sage: London. 92-118.
Duranti, A./Goodwin, C. (eds.) 1992. Rethinking Context: Language as an Interactive Phenomenon. CUP: Cambridge.
Duranti, A. 1997. Linguistic Anthropology. CUP: Cambridge.

Ebrahim, S./Smith, G.D. 1997. Systematic review of Randomised Controlled Trials of Multiple Risk Factor Interventions for Preventing Coronary Heart Disease. In: Bristish Medical Journal 314. 1666.
Ehlich, K./Rehbein, J. 1980. Kommunikation und Institution. Narr Verlag: Tübingen.
Ehlich, K. et al. (Hg.) 1990. Medizinische und therapeutische Kommunikation. Diskursanalytische Untersuchungen. Westdeutscher Verlag: Opladen.
Ellis, J. 1988. Visible Fictions. Cinema: Television: Video. London.

Endler, P.C. 1998. Expedition Homöopathieforschung. Ein altes Heilsystem wird plausibel. Verlag Maudrich: Wien.

Erfurt, J. 2003. "Multisprech": Migration und Hybridisierung und ihre Folgen für die Sprachwissenschaft. In: OBST 65, 5-34.

Ernst, H. 1997. Das Phantom Gesundheit. In: psychologie heute compact 18/1. 6-9.

Faber, M. 1993. "Mit dem Anzug hab ich nicht gerechnet". Bemerkungen zur medienspezifischen Verschiebung von Alltagsmustern in der Talkshow "Heut' abend". In: Löffler, H. (Hg.) 1993. Dialoganalyse IV. Max Niemeyer Verlag: Tübingen. 117-123.

Faber, M. 1994. "Small Talk" als mediale Inszenierung. In: Zeitschrift für Germanistik 3/94. 591-602.

Faber, M. 1996. *Schreinemakers live*. Der Jahrmarkt des Medienzeitalters. In: Hess-Lüttich, Ernest B., Holly, Werner/Püschel, Ulrich (Hg.) Peter Lang: Frankfurt.143-160.

Fairclough, N./Mauranen, A. 1997. The conversationalization of political discourse: a comparative view. In: Blommaert, J./Bulcaen, Ch. (eds.) 1997. Political Linguistics (Belgian Journal of Linguistics, 11). S. 89-120.

Fairclough, N./Wodak, R. (1997): Critical Discourse Analysis. In: Van Dijk, T. (ed.) 1997b. Discourse as Social Interaction. Discourse Studies 2. Sage: London. S. 258-284.

Fairclough, N. 1992. Discourse and Social Change. Cambridge: Polity Press

Fairclough, N. 1993. Critical discourse analysis and the marketization of public discourse: the universities. In: Discourse & Society 1993/4(2). 133-168.

Fairclough, N. 1995. Media Discourse. Edward Arnold: London.

Feingold, P.C./Knapp, M.L. 1977. Anti-Drug Abuse Commercials. In: Journal of Communication, 27(1). 20-28.

Fend, H. (Hg.) 1991. Identitätsentwicklung in der Adoleszenz. Lebensentwürfe, Selbstfindung und Weltaneignung in beruflichen, familiären und politisch-weltanschaulichen Bereichen. Bd.2. Huber Verlag: Bern

Fiehler, R. 1990. Kommunikaton und Emotion. Theoretische und empirische Untersuchungen zur Rolle von Emotionen in der verbalen Interaktion. de Gruyter: Berlin.

Fiehler, R. 2005. Erleben und Emotionalität im Arzt-Patient-Gespräch. In: Neises, M./Dietz, S./Spranz-Fogasy, T. (Hg.) Psychosomatische Gesprächsführung in der Frauenheilkunde. Ein interdisziplinärer Ansatz zur verbalen Intervention. Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft: Stuttgart. 120-136.

Fischer, L. 2001. Neuraltherapie nach Huneke. Hippokrates: Stuttgart.

Fisher, S. 1991. A discourse of the social: medical talk/power talk/oppositional talk? Discourse/Society, vol 2, No 2. 157-182.

Fiske, J. 1987. Television Culture. Routledge: London.

Fiske, J./Hartley, J. 1978. Reading Television. Routledge: London.

Flay, B.R./Burton, D. 1990. Effective Mass Communication Strategies for Health Campaigns. In: Atkin, Ch./Wallack, L. (eds.) 1990. Mass Communication and Public Health. Complexities and Conflicts. Sage: London. 129-146.

Flay, B.R. 1982. Verhaltensänderung durch Gesundheitsprogramme in den Massenmedien: Theoriemodelle und Möglichkeiten ihrer Anwendungen. In: Meyer, M. (Hg.) 1982. Gesundheitserziehung in Hörfunk und Fernsehen. München. 58-89.

Foucault, M. 1976. Überwachen und Strafe. Die Geburt des Gefängnisses. Suhrkamp: Frankfurt.

Foucault, M. 1988. Die Geburt der Klinik. Eine Archäologie des ärztlichen Blicks. Fischer: Frankfurt.

Franke, A./Broda, M. 1993. Psychosomatische Gesundheit. Versuch einer Abkehr vom Pathogenese-Konzept. dgvt: Tübingen.

Franke, A. 1997. Praxisrelevante Gedanken des Salutogenese-Konzeptes. In: Lamprecht, F./Johnen, R. (Hg.) 1997. Salutogenese. Ein neues Konzept in der Psychosomatik. 3. überarb. Aufl. Verlag für Akademische Schriften: Frankfurt/M. 41-45.

Franke, M. 2000. Talkshow-Transplantationen. Erfahrungen eines Studiogastes. In: Jazbinsek, D. (Hg.) 2000. Gesundheitskommunikation. Westdeutscher Verlag: Opladen. 115-128.

Franke, W. 1993. Mediendialoge. Überlegungen zu einer problematischen Kategorie. In: Löffler, Heinrich (Hg.) 1993. Dialoganalyse IV. Max Niemeyer Verlag: Tübingen. 125-132.

Franklin, C./Goodman, G. (Hg.) 1997. Brustkrebs. Aufklärung, Vorsorge, Erfahrungen. München: Heyne.

Frawley, D. 1999. Vom Geist des Ayurveda. Windpferd Verlag.

Fritzsche, K. P. 1998. Die Stress-Gesellschaft. Kösel: München.

Fulder, S. 1996. The Handbook of Complementary Medicine. 3rd ed. Oxford University Press: Oxford.

Furchner, I. 1999. Medizinische Aufklärung im Fernsehen – Die Rolle der Moderatorin zwischen Expertin und Nichtexpertin. In: Becker-Mrotzek, M./Doppler, C. (Hg.) 1999. Medium Sprache im Beruf. Narr: Tübingen. 179-197.

Furnham, A. 1988. Lay Theories. Everyday Understanding of Problems in the Social Sciences. Pergamon Press: Oxford.

Gabe, J., Kelleher, D./Williams, G. (Hg.) 1994. Challenging Medicine. London: Routlege.

Gahl, K. 1995. Beziehung zwischen Arzt und Patient. In: Kahlke, W./Reiter-Theil, S. (Hg.) 1995. Ethik in der Medizin. Enke: Stuttgart. 23-33.

Gardner, C.B. 1994. The Social Construction of Pregnancy and Fetal Development: Notes on a Nineteenth-Century Rhetoric of Endangerment. In: Sarbin, T.R./Kitsuse, J.I. (eds.) 1994. Constructing the Social. Sage: London. 45-64.

Garrett, C. 1998. Beyond Anorexia. Narrative, Spirituality and Recovery. Cambridge University Press: Cambridge.

Gerbner, G./Gross, L. 1976. Living with television: The violence profile. In: Journal of Communication, 26 (2), 173-179.

Giddens, A. 1991. Modernity and Self-Identity. Self and Society in Late Modern Age. Polity Press: London.

Göpfert, W. 1992. Infotainment und Confrontainment – Unterhaltung als journalistisches Stilmittel. In: Bertelsmann Briefe 128. 48-51.

Gordon, R.A. 2000. Eating Disorders. Anatomy of a Social Epidemic. Blackwell: Oxford.

Gottdiener, M. 1995. Postmodern Semiotics. Material Culture and the Forms of Postmodern Life. Blackwell: Oxford.

Graber, D. 1994. The infotainment quotient in routine television news: a director's perspective. In: Discourse & Society 5. 483-508.

Gray, R.E. 1998. Four perspectives on unconventional therapies. In: Health 2/1 (1998). 55-74.

Grodin, D./Lindlof, T.R. 1996. The Self and Mediated Communication. In: Grodin, Debra/Lindlof, Thomas R. (eds.) 1996. Constructing the Self in a Mediated World. Sage: London. 3-14.

Grodin, D./Lindlof, T.R. (eds.) 1996. Constructing the Self in a Mediated World. Sage: London.

Grosenick, U. (Hg.) 2001. Women Artists. Künstlerinnen im 20. und 21. Jahrhundert. Taschen Verlag: Köln.

Gross, L. 1995. Out of the Mainstream. Sexual Minorities and the Mass Media. In: Dines, G./Humez, J.M. (eds.) 1995. Gender, Race and Class in Media. A Text-Reader. Sage: London. 61-69.

Grossberg, L. 1999. Was sind Cultural Studies? In: Hörning, K.H./Winter, R. (Hg.) 1999. Widerspenstige Kulturen. Cultural Studies als Herausforderung. Suhrkamp: Frankfurt/M. 43-83.

Gruber, H. 1992. Rollenstruktur und Konfliktaustragung in einer Fernsehdiskussion. In: Hess-Lüttich, W. (Hg.) Kulturkonflikt – Medienkonflikt – Konflikt in den Medien. Westdeutscher Verlag: Opladen. 317-349.

Gruber, H. 1995. Streitgespräche. Zur Pragmatik einer Diskursform. Westdeutscher Verlag: Opladen.

Gruber, H./Lalouschek, J. 2001. The Publicalisation of the Private: Talkshow Genres and Role Assignment. In: Schaner-Wolles, C./Rennison, J./Neubarth, F. (eds.) 2001. Naturally! Festschrift für W.U.Dressler. Rosenberg & Sellier: Turin. 153-163.

Gruber, H./Menz, F. (Hg.) 2001. Interdisziplinarität in der Angewandten Sprachwissenschaft. Methodenmenü oder Methodensalat? Lang: Frankfurt/M.

Gstettner, A./Lalouschek, J./Menz, F. (in Vorb.) Ärztliche Gesprächsführung in der ambulanten medizinischen Versorgung. Bestandsaufnahme und Veränderung durch gesprächsanalytische Intervention. LIT-Verlag: Münster.

Gülich, E. 1976. Ansätze zu eine kommunikationsorientierten Erzähtextanalyse. In: Haubrichs, W. (Hg.) 1976. Erzählforschung I, Theorien, Modelle und Methoden der Narrativik. Vandenhoeck/Ruprecht: Göttingen. 224-256.

Gülich, E. 1981. Dialogkonstitution in institutionell geregelter Kommunikation. In: Schröder, P./Steger, H. (Hg.) 1981. Dialogforschung. Schwann: Düsseldorf.

Gülich, E. 1994. Formulierungsarbeit im Gespräch. In: Cmejrková, S./Danes, F./Havlová, E. (eds.) 1994. Writing vs. Speaking. Narr Verlag: Tübingen.

Gülich, E. 1999. "Experten" und "Laien": Der Umgang mit Kompetenzunterschieden am Beispiel medizinischer Kommunikation. In: Werkzeug Sprache. Sprachpolitik, Sprachfähigkeit, Sprache und Macht, Hg. von der Union der deutschen Akademien der Wissenschaften und Sächsische Akademie der Wissenschaften. Georg Olms Verlag: Hildesheim. 165-196.

Gülich, E. 2005. Krankheitserzählungen. In: Neises, M./Dietz, S./Spranz-Fogasy, T. (Hg.) 2005. Psychosomatische Gesprächsführung in der Frauenheilkunde. Ein interdisziplinärer Ansatz zur verbalen Intervention. Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft: Stuttgart. 73-89.

Gülich, E./Schöndienst, M./Surman, V. (Hg.) 2003. Themenheft Schmerzerzählungen. Psychotherapie und Sozialwissenschaft, Heft 04 (2003). Vandenhoeck & Ruprecht: Göttingen.

Gumperz, J. (ed.) 1982. Language and Social Identity. CUP: Cambridge.

Günther, U. 1993. Bedeutungskonstitution im Gespräch: Phone-In-Sendungen mit tabuisierten Themen. In: Löffler, H. (Hg.) 1993. Dialoganalyse IV. Max Niemeyer Verlag: Tübingen. 141-150.

Hall, S. 1982. The Rediscovery of 'Ideology': Return of the Repressed in Media Studies. In: Gurevitch, M. et al. (eds.) 1982. Culture, Society and the Media. London. 56-90.

Hall, S. (Hg.) 1997. Representation. Cultural Representations and Signifying Practices. Sage: London.

Hall, S./du Gay, P. (eds.) 1996. Questions of Cultural Identity. Sage: London.

Halliday, M.A.K. 1985. Introduction to Functional Grammar. Edward Arnold: London.

Hartog, J. 1993. Laienvorstellungen im genetischen Beratungsgespräch. In: Löning, P./Rehbein, J. (Hg.) 1993. Arzt-Patienten-Kommunikation. Analysen zu interdisziplinären Problemen des medizinischen Diskurses. de Gruyter: Berlin. 15-134.

Hausendorf, H. 2001. Grammatik im Gespräch. Das Beispiel "Hervorhebung". In: Ivanyi, S. (Hg.) Gesprächsforschung: Tendenzen und Perspektiven. Reihe Metalinguistica. Lang: Berlin. 97-120.

Heath, C. 1986. Body Movement and Speech in Medical Interaction. CUP: Cambridge.

Heim, E./Willi, J. 1986. Psychosoziale Medizin. Gesundheit und Krankheit in bio-psycho-sozialer Sicht. Bd. 2. Springer Verlag: Berlin.

Heim, N. 1999. Leitideen und Menschenbilder in der Medizin. Neue Zürcher Zeitung (23.1.1999). 85.

Hein, N./Hoffmann-Richter, U./Lalouschek, J./Nowak, P./Wodak, R. 1985. Kommunikation zwischen Arzt und Patient. Wiener Linguistische Gazette, Beiheft 4.

Heise, T. 1996. Chinas Medizin bei uns: einführendes Lehrbuch zur traditionellen chinesischen Medizin. Wissenschaft und Bildung: Berlin.

Helmich, P. et. al. 1991. Psychosoziale Kompetenz in der ärztlichen Primärversorgung. Springer Verlag: Berlin.

Henkel, M. 1998. Seele auf Sendung. Die Tricks der Talkshow-Tröster. Argon: Berlin.

Hepp, A. 1999a. Cultural Studies und Medienanalyse. Eine Einführung. Westdeutscher Verlag: Opladen.

Hepp, A. 1999b. Das Lokale trifft das Globale: Fernsehaneignung als Vermittlungsprozess zwischen Medien- und Alltagsdiskursen. In: Hepp, A./Winter, R. (Hg.) 1999. Kultur – Macht – Medien. Cultural Studies und Medienanalyse. 2. erw. u. überarb. Aufl. Westdeutscher Verlag: Opladen. 191-211.

Hepp, A./Winter, R. (Hg.) 1999. Kultur – Macht – Medien. Cultural Studies und Medienanalyse. 2. erw. u. überarb. Aufl. Westdeutscher Verlag: Opladen.

Hepworth, J. 1999. The Social Construction of Anorexia Nervosa. Sage: London.

Heritage, J./Greatbatch, D. 1991. On the institutional character of institutional talk: the case of news interviews. In: Boden, Deidre/Zimmerman, Don (eds.) Talk and Social Structure: Studies in Ethnomethodology and Conversation Analysis. Polity Press: Cambridge. 93-137.

Heritage, J. 1985. Analyzing News Interviews: Aspects of the Production of Talk for an Overhearing Audience. In: van Dijk, T. (ed.) 1985. Handbook of Discourse Analysis, vol. 3. Academic Press: London. 95-117.

Heritage, J./Watson D.R. 1979. Formulations as conversational objects. In: Psathas, G. (ed.) Everyday Language: Studies in Ethnomethodology. Irvington: New York.

Hess-Lüttich, E. 1993. Schau-Gespräche, Freitagnacht. Dialogsorten öffentlicher Kommunikation und das Exempel einer Talkshow. In: Löffler, H. (Hg.) 1993. Dialoganalyse IV. Max Niemeyer Verlag: Tübingen. 161-175.

Hickethier, K./Bleicher, J.K. 1998. Die Inszenierung der Information im Fernsehen. In: Willems, H./Jurga, M. (Hg.) 1998. Inszenierungsgesellschaft. Westdeutscher Verlag: Opladen. 369-384.

Hilgers, M. 1999. Das Ungeheure in der Kultur. Psychoanalytische Aufschlüsse zum Alltagsleben. Vandenhoeck & Ruprecht: Göttingen.

Hirshberg, C./Barasch, M.I. 1997. Spontanheilungen. Wenn Krankheiten von alleine verschwinden. Bechtermünz: Augsburg.

Hochleitner M. (1996): Unterschiede zwischen Frauen und Männern in der kardiologischen Versorgung in Tirol. J Kardiol 1996; 6. 406-408.

Hoffmann, A.C. 1998. Öffentlichkeit als Therapie? Zur Motivation von Daytime-Talk-Gästen. KoPäd Verlag: München.

Hoffmann-Richter, U. 1985. Der Knoten im roten Faden. Eine Untersuchung zur Verständigung zwischen Arzt und Patient in der Visite. Huber: Bern.

Holly, W. 1979. Imagearbeit in Gesprächen. Niemeyer: Tübingen.

Holly, W. 1993. Zur Inszenierung von Konfrontation in politischen Fernsehinterviews. In: Grewenig, A. (Hg.) 1993. Inszenierte Information. Politik und strategische Kommunikation in den Medien. Westdeutscher Verlag: Opladen.

Holly, W. 1996. Mündlichkeit im Fernsehen. In: Biere, B.U./Hoberg, R. (Hg.) 1996. Mündlichkeit und Schriftlichkeit im Fernsehen. Narr: Tübingen. 29-40.

Holly, W./Püschel, U. (Hg.) 1993. Medienrezeption als Aneignung. Methoden und Perspektiven qualitativer Medienforschung. Westdeutscher Verlag: Opladen.

Holly, W./Kühn, P./Püschel, U. (Hg.) 1989. Redeshows. Fernsehdiskussionen in der Diskussion. Niemeyer: Tübingen.

Holly, W./Kühn, P./Püschel, U. 1986. Politische Fernsehdiskussionen. Zur medienspezifischen Inszenierung von Propaganda als Diskussion. Niemeyer: Tübingen.

Holmes G.P. et al. 1988. Chronic fatigue syndrome: a working case definition. *Annals of Internal Medicine* 1988/108. 387-9.

Holmes, J./Stubbe, M./Vine, B. 1999. Constructing professional identity: "Doing power" in policy units. In: Sarangi, S./Roberts, C. (eds.) 1999. Talk, Work and Institutional Order. Discourse in Medical, Mediation and Management Settings. de Gruyter: Berlin. 351-388.

Holzer, H. 1994. Medienkommunikation. Einführung in handlungs- und gesellschaftstheoretische Konzeptionen. Westdeutscher Verlag: Opladen.

Honneth, A. et al. (Hg.) 1990. Zwischenbetrachtungen. Frankfurt.

Hope, R.A. et al. 1990. Oxford Handbuch der Klinischen Medizin. 3. überarb. Aufl. Huber: Bern.

Hörbst, V. 1996. Krankheit und Kranksein im Kulturvergleich: Kulturgebundene Syndrome. In: Wolf, A./Stürzer, M. (Hg.) 1996. Die gesellschaftliche Konstruktion von Befindlichkeit. Ein Sammelband zur Medizinethnologie. VWB: Berlin. 11-21.

Hörning, K.H./Winter, R. 1999. Widerspenstige Kulturen. Cultural Studies als Herausforderung. In: Hörning, K.H./Winter, R. (Hg.) 1999. Widerspenstige Kulturen. Cultural Studies als Herausforderung. Suhrkamp: Frankfurt/M. 7-12.

Hörning, K.H./Winter, R. (Hg.) 1999. Widerspenstige Kulturen. Cultural Studies als Herausforderung. Suhrkamp: Frankfurt/M.

Horton, D./Wohl, R. 1956. Mass-Communication and Para-Social Interaction. In: Psychiatry 19. 215-229.

Hutchby, I. 1996, Confrontation Talk. Arguments, Asymmetries, and Power on Talk Radio. Erlbaum Publ.: Mahwah, N.J.

Hydén, L./Sachs, L. 1998. Suffering, hope and diagnosis: on the negotiation of CFS. In: Health vol 2(2). 175-193.

Hymes, D. 1972. Models of the Interaction of Language and Social Life. In: Gumperz, J./Hymes D. (eds.) 1972. Directions in Sociolinguistics: The Ethnography of Communication. Holt, Rinehart/Winston: New York. 35-71.

Igersky, S./Schmacke, N. 2000. Und wo bleiben die Patienten? Eine Analyse von Arzt- und Krankenhausserien im deutschen Fernsehen. In: Jazbinsek, D. (Hg.) 2000. Gesundheitskommunikation. Westdeutscher Verlag: Opladen. 129-149.

Iribarren, C. et al. 2000. Association of hostility with coronary artery calcification in young adults. The CARDIA study. Journal of the American Association, vol. 283, 19. 2546-2551.

Jazbinsek, D. 2000. Gesundheitskommunikation. Erkundungen eines Forschungsfeldes. In: Jazbinsek, D. (Hg.) 2000. Gesundheitskommunikation. Westdeutscher Verlag: Opladen. 11-33.

Jazbinsek, D. (Hg.) 2000. Gesundheitskommunikation. Westdeutscher Verlag: Opladen.

Jenkins, H. 1992. Textual Poachers. Television Fans and Participatory Culture. London.

Jütte, R. 1996. Geschichte der alternativen Medizin. Von der Volksmedizin zu den unkonventionellen Therapien von heute. Beck: München.

Kade, J. 1999. Irritationen – Zur Pädagogik der Talkshow. In: Gogolin, I./Lenzen, D. (Hg.) 1999. Medien-Generation. Beiträge zum 16. Kongress der Dt. Ges. f. Erziehungswissenschaften. Leske & Budrich: Opladen. 151-181.

Kahlke, W./Reiter-Theil, S. (Hg.) 1995. Ethik in der Medizin. Enke: Stuttgart.

Kallmeyer, W. 1978. Fokuswechsel und Fokussierung als Aktivitäten der Gesprächskonstitution. In: Meyer-Hermann, R. (Hg.) 1978. Sprechen – Handeln – Interaktion. Niemeyer: Tübingen. 191-241.

Karpf, A. 1988. Doctoring the Media. London: Routledge.

Kathan, B. 2000. Das Elend der ärztlichen Kunst. Eine andere Geschichte der Medizin. Döcker Verlag: Wien.

Kelleher, D. 1994. Self-help groups and their relation to medicine. In: Gabe, J./Kelleher, D./Williams, G. (Hg.) Challenging Medicine. London: Routlege. 104-117.

Kelleher, D./Gabe, J./Williams, G. 1994. Understanding medical dominance in the modern world. In: Gabe, J./Kelleher, D./Williams, G. (Hg.) Challenging Medicine. London: Routlege. 9-29.

Kemeter, P. 1996. Reproduktionsmedizin aus psychosomatischer Sicht. In: Mixa, E. et al. (Hg.) 1996. Körper - Geschlecht - Geschichte. Historische und aktuelle Debatten in der Medizin. Innsbruck/Wien: Studienverlag. 208-228.

Keppler, A. 2000. "Medienreligion" ist keine Religion. Fünf Thesen zu den Grenzen einer erhellenden Analogie. In: Thomas, G. (Hg.) 2000. Religiöse Funktionen des Fernsehens? Westdeutscher Verlag: Opladen. 223-230.

Kleinman, A. 1988. The Illness Narratives. Suffering, Healing/the Human Condition. Basic Books: New York.

Klemm, M. 1995. Streiten im Fernsehen: "Explosiv - Der heiße Stuhl". Zur Inszenierung von Authentizität in "Confrontainment"-Sendungen. In: Spillner, B. (Hg.) 1995. Sprache: Verstehen und Verständlichkeit. Peter Lang: Bern. 266-267.

Klemm, M. 1996. Streiten "wie im wahren Leben". In: Biere, B.U./Hoberg, R. (Hg.) 1996. Mündlichkeit und Schriftlichkeit im Fernsehen. Narr: Tübingen. 135-162.

Klemm, M. 2000. Zuschauerkommunikation. Formen und Funktionen der alltäglichen kommunikativen Fernsehaneignung. Peter Lang: Bern.

Knapp, M.L./Miller G.R. (eds.) 1995. Handbook of Interpersonal Communication. 2nd ed. Sage: London.

Koerfer, A./Köhle, K./Obliers, R. 1994. Zur Evaluation von Arzt-Patienten-Kommunikation – Perspektiven einer angewandten Diskursethik in der Medizin. In: Redder, A./Wiese, I. (Hg.) 1994. Medizinische Kommunikation. Diskurspraxis, Diskursethik, Diskursanalyse. Westdeutscher Verlag: Opladen. 53-94.

Koerfer, A. Obliers, R./Köhle, K. 2005. Das Visitengespräch – Chancen einer dialogischen Medizin. In: Neises, M./Dietz, S./Spranz-Fogasy, T. (Hg.) Psychosomatische Gesprächsführung in der Frauenheilkunde. Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft: Stuttgart. 256-284.

Köhle, K./Raspe, H.-H. (Hg.) 1982. Das Gespräch während der ärztlichen Visite. Empirische Untersuchungen. Urban/Schwarzenberg: München.

Köhle, K./Olbiers, R./Faber, J. 1997. Das Salutogenese-Konzept in Theorie und Praxis. In: Lamprecht, F./Johnen, R. (Hg.) 1997. Salutogenese. Ein neues Konzept in der Psychosomatik. 3. überarb. Aufl. Verlag für Akademische Schriften: Frankfurt/M. 77-98.

Kolip, P. (Hg.) 2000. Weiblichkeit ist keine Krankheit. Juventa: Weinheim.

Kotthoff, H. 1992. Die konversationelle Konstruktion von Ungleichheit in Fernsehgesprächen. Zur Produktion von kulturellem Geschlecht. In: Günthner, S./Kotthoff, H. (Hrg.) Die Geschlechter im Gespräch. Metzler: Stuttgart. 251-286.

Kotthoff, H. 1993. "Du Trottel, warum hast du denn sowas nicht im Club gesagt?" Fernsehdiskussionen, Kontextforschung und Intertextualität. In: Holly, W./Püschel, U. (Hg.) 1993. Medienrezeption als Aneignung. Methoden und Perspektiven qualitativer Medienforschung. Westdeutscher Verlag: Opladen. 173-192.

Kress, G.,Leite-Garcia, R./van Leeuwen, T. 1997. Discourse Semiotics. In: van Dijk, Teun A. (ed.) 1997a. Discourse as Social Process. Discourse Studies 1. 257-291.

Kühn, H. 1993. Healthismus. Eine Analyse der Präventionspolitik und Gesundheitsförderung in den USA. Edition Sigma: Berlin.

Kühn, P. 1995. Mehrfachadressierung. Untersuchungen zur adressatenspezifischen Polyvalenz sprachlichen Handelns. Niemeyer Verlag: Tübingen.

Kütemeyer, M. 1998. Der Körper als Kompass in der stationären Psychotherapie. In: Vandieken, R., Häckl, E./Matte D. (Hg.) Was tut sich in der stationären Psychotherapie? Standort und Entwicklung. Gießen. 308-324.

Kütemeyer, M. 1999. Das chronische Müdigkeitssyndrom: eine Form der somatisierten Angstneurose. In: Berg, P. (Hg.) 1999. Chronisches Müdigkeits- und Fibromyalgiesyndrom. Eine Standortbestimmung. Springer: Berlin. 84-95.

Lalouschek, J. 1994a. "Erzähln Sie mir einfach" – oder die psychosoziale Dimension von Krankheit als Problem in der medizinischen Gesprächsausbildung. In: Bliesener, T./Brons-Albert, R. (Hg.) 1994. Rollenspiele in Kommunikations- und Verhaltenstrainings. Westdeutscher Verlag: Opladen. 195-216.

Lalouschek, J. 1994b. "Nur ganz normale Sachn." Aufgabe und Probleme der Gesprächsausbildung von MedizinstudentInnen. In: Redder, A./Wiese, I. (Hg.) 1994. Medizinische Kommunikation. Diskurspraxis, Diskursethik, Diskursanalyse. Westdeutscher Verlag: Opladen. 199-217.

Lalouschek, J. 1997a. Mediale Enthüllungen und Instant-Therapie. Zur Inszenierung von Emotionalität und Nähe in TV-Talkshows. In: die Psychotherapeutin 6 (1997). 93-113.

Lalouschek, J. 1997b. Das kontrollierte Verschwinden der ErzählerInnen in TV-Talkshows. In: Wiener Linguistische Gazette 60-61 (1997). 66-88.

Lalouschek, J. 1998a. Von Peinlichkeit, Ehre und kurzem Ruhm. Talkshows im Fernsehen. In: Kunstpunkt 15/1998 – Zeitschrift der Hochschule für Musik und Darstellende Kunst, Wien. 23-24.

Lalouschek, J. 1998b. Medizinische Beratung in Call-In-Sendungen. Vortrag 23. Arbeitskreis für Angewandte Gesprächsforschung (Münster, 15.-16.5.1998). Ms.

Lalouschek, J. 1999a. "Meine Mutter trinkt" – Zur Inszenierung von Normalität und Abweichung in TV-Talkshows. In: Hofbauer, J./Doleschal, U./Damjanova, L. (Hg.) 1999. Sosein – und anders. Geschlecht, Sprache und Identität. Peter Lang: Frankfurt/M. 55-76.

Lalouschek, J. 1999b. Tabuthema Brustkrebs? Die diskursive Konstruktion von medizinischer und kultureller Bedeutung in Gesundheitssendungen des Fernsehens. In: Zeitschrift für Psychotherapie und Sozialwissenschaft 1/1999. 56-82.

Lalouschek, J. 2000. Medizinische Kommunikation und Ethik. In: Schlosser, H-D. (Hg.) 2000. Sprache und Kultur. Forum Angewandte Linguistik, Band 38. Peter Lang: Frankfurt. 101-112.

Lalouschek, J. 2002a. Ärztliche Gesprächsausbildung. Eine diskursanalytische Untersuchung zu Formen des ärztlichen Gesprächs (Neuauflage 1995). Verlag für Gesprächsforschung: Radolfzell (download www.verlag-gespraechsforschung.de).

Lalouschek, J. 2002b. Frage-Antwort-Sequenzen im ärztlichen Gespräch (Neuauflage). In: Brünner, G./Fiehler, R./Kindt, W. (Hg.) 2002. Angewandte Diskursforschung: Grundlagen und Beispiele. Band 1. Verlag für Gesprächsforschung: Radolfzell (download www.verlag-gespraechsforschung.de). 155-173.

Lalouschek, J. 2002c. "Hypertonie?" – oder das Gespräch mit PatientInnen als Störung ärztlichen Tuns. In: Fiehler, R. (Hg.) 1997. Kommunikationsstörungen – gestörte Kommunikation (Neuauflage 1997). Verlag für Gesprächsforschung: Radolfzell (download www.verlag-gespraechsforschung.de). 97-115.

Lalouschek, J. 2002d. Nimmermüde – immer müde. Zur soziokulturellen Symbolik und medialen Präsentation des Chronischen Erschöpfungssyndroms. In: Brünner, G./Gülich, E. (Hg.) 2002. Krankheit verstehen. Interdisziplinäre Beiträge zur Sprache in Krankheitsdarstellungen. Aisthesis-Verlag: Bielefeld. 209-234.

Lalouschek, J. 2004. Kommunikatives Selbst-Coaching im beruflichen Alltag. Ein sprachwissenschaftliches Trainingskonzept am Beispiel der klinischen Gesprächsführung. In: Becker-Mrotzek, M./Brünner, G. (Hg.) 2004. Analyse und Vermittlung von Gesprächskompetenz. Lang Verlag: Berlin/Verlag für Gesprächsforschung: Radolfzell (download unter www.verlag-gespraechsforschung.de). 133-156.

Lalouschek, J. 2005. Medizinische Konzepte und ärztliche Gesprächsführung – am Beispiel der psychosomatischen Anamnese. In: Neises, M./Dietz, S./Spranz-Fogasy, T. (Hg.) 2005. Psychosomatische Gesprächsführung in der Frauenheilkunde. Ein interdisziplinärer Ansatz zur verbalen Intervention. Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft: Stuttgart. 48-72.

Lalouschek, J./Menz, F. 2002. Empirische Datenerhebung und Authentizität von Gesprächen (Neuauflage). In: Brünner, G./Fiehler, R./Kindt, W. (Hg.) 2002. Angewandte Diskursforschung: Grundlagen und Beispiele. Band 1. Online-Verlag für Gesprächsforschung: Radolfzell (download www.verlag-gespraechsforschung.de). 46-68.

Lalouschek, J./Nowak, P. 1988. "Aber es ist passiert .." - Diskurse über Aids. In: Dür, W./Pelikan, J. (Hg.) 1988. "Aids - Analyse einer gesellschaftlichen Herausforderung". Forschungsbericht des LBI für Medizinsoziologie: Wien. 401-432.

Lalouschek, J./Menz, F./Wodak, R. 1990. Alltag in der Ambulanz. Gespräche zwischen Ärzten, Schwestern und Patienten. Narr: Tübingen.

Lamprecht, F./Johnen, R. (Hg.) 1997. Salutogenese. Ein neues Konzept in der Psychosomatik. 3. überarb. Aufl. Verlag für Akademische Schriften: Frankfurt/M.

Lawrence, M. 1984. The Anorexic Experience. Women's Press: London.

Lawrence, M. (ed.) 1987. Fed Up and Hungry. Women, Oppression and Food. The Women's Press: London.

Legato, M. 1997. Frauenmedizin: Frauenkörper funktionieren anders. In: psychologie heute compact. 1997/1. 56-59.

Legato, M. 2002. Evas Rippe. Die Entdeckung der weiblichen Medizin. Kiepenheuer & Witsch: Köln.

Lenzen, D. 1991. Krankheit als Erfindung. Medizinische Eingriffe in die Natur. Fischer: Frankfurt.

Leodolter, R (=Wodak, R.) 1976. Das Sprachverhalten von Angeklagten bei Gericht. Scriptor: Kronberg.

Lieb, H./Pein, A. 1996. Der kranke Gesunde. Trias: Stuttgart.
Linke, A. 1985. Gespräche im Fernsehen. Eine diskursanalytische Untersuchung. Peter Lang: Bern.
Livingstone, S./Lunt, P. 1994. Talk on Television. Audience Participation and Public Debate. Routledge: London.
Lobnig, H./Pelikan, J.M. (Hg.) 1996. Gesundheitsförderung in Settings: Gemeinde, Betrieb, Schule und Krankenhaus. Eine österreichische Forschungsbilanz. Facultas Verlag: Wien.
Löffler, H. 1996. Oralität und Schriftlichkeit im Fernsehen. In: Biere, B.U./Hoberg, R. (Hg.) 1996. Mündlichkeit und Schriftlichkeit im Fernsehen. Narr: Tübingen. 199-206.
Löffler, H. (Hg.) 1993. Dialoganalyse IV. Referate der 4. Arbeitstagung, Basel 1992, Teil 2. Max Niemeyer Verlag: Tübingen.
Löneke, R./Sieker, I. 1996. Reinliche Leiber – schmutzige Geschäfte. Körperhygiene und Reinlichkeitsvorstellungen in zwei Jahrhunderten. Wallstein-Verlag: Göttingen.
Löning, P./Rehbein, J. (Hg.) 1993. Arzt-Patienten-Kommunikation. Analysen zu interdisziplinären Problemen des medizinischen Diskurses. de Gruyter: Berlin.
Löning, P. 2001. Gespräche in der Medizin. In: Brinker, K. et al. (Hg.) 2001. Text- und Gesprächslinguistik. Handbücher zur Sprach- und Kommunikationswissenschaft, Bd. 16.2. de Gruyter: Berlin. 1576-1588.
Lorber, J. 1991. Dismantling Noah's Ark. In: Lorber, J./Farrell, S.A. (eds.) 1991. The Social Construction of Gender. Sage: London.
Ludes, P. 1998. Einführung in die Medienwissenschaft. Entwicklung und Theorien. Erich Schmidt Verlag: Berlin.
Lupton, D. 1994. Medicine as Culture. Illness, Disease and the Body in Western Societies. Sage: London.
Lupton, D. 1996. The Imperative of Health. Public Health and the Regulated Body. Sage: London.
Lupton, D. 1997. Foucault and the medicalisation critique. In: Petersen, A./Bunton, P. (eds.) 1997. Foucault – Health and Medicine. Routledge: London. S.94-112.
Lupton, D. 2000. The Social Construction of Medicine and the Body. In: Albrecht, G.L./Fitzpatrick, R./Scrimshaw, S.C. (eds.) 2000. The Handbook of Social Studies in Health/Medicine. Sage: London. 50-63.
Lutz, B./Wodak, R. 1987. Information für Informierte. Verlag der Akademie der Wissenschaften: Wien.
Lux, T. (Hg.) 2003. Kulturelle Dimensionen der Medizin. Ethnomedizin – Medizinethnologie – medical anthropology. Reimer: Berlin.

Maio, G. 2003. Medizinethik und Medien. Analyse der durch das Fernsehen transportierten Moral in Bezug auf medizinethische Problemfelder. In: Maio, G./Roelcke, V. (Hg.) 2003. Medizin und Kultur. Ärztliches Handeln im Dialog zwischen Natur- und Geisteswissenschaften. Schattauer: Stuttgart. 273-284.
Martin, E. 2000. Flexible Bodies: Science and a New Culture of Health in the US. In: Williams, S./Gabe, J./Calnan, M. (eds.) 2000. Health, medicine and society. Key theories, future agendas. Routledge: London. 123-145.
März, R./Stein, J.I. (Hg.) 1997. Medizinstudium 2000: Educating Doctors for the 21st Century. Zs. f. Hochschuldidaktik, Heft 3/1997. StudienVerlag: Wien.
Maschewsky-Schneider, U. (Hg.) 1996. Frauen – das kranke Geschlecht? Mythos und Wirklichkeit. Leske & Budrich: Opladen.
Maschewsky-Schneider, U. 1997. Frauen sind anders krank. Zur gesundheitlichen Lage der Frauen in Deutschland. Juventa: Weinheim.

Massow, M. 1998. Gute Arbeit braucht ihre Zeit. Die Entdeckung der kreativen Langsamkeit. Heyne Business: München.

McDougall, J. 1989. Plädoyer für eine gewisse Anormalität. Suhrkamp: Frankfurt.

McDougall, Joyce. 1998. Theater des Körpers. Ein psychoanalytischer Ansatz für die psychosomatische Erkrankung. Verlag Internationale Psychoanalyse: Stuttgart.

McHorney, C.A. 2000. Concepts and Measurement of Health Status and Health-Related Quality of Life. In: Albrecht, G.L./Fitzpatrick, R./Scrimshaw, S.C. (Hg.) 2000. The Handbook of Social Studies in Health/Medicine. Sage: London. 337-358.

McLuhan, H.M. 1964. Understanding Media. McGraw-Hill: New York.

Meerwein, F. 1986. Das ärztliche Gespräch. Dritte, vollst. überarb. u. erw. Aufl. Huber: Bern.

Meiér. 1997. Talkshows sind was Wunderbares. Klartext: Augsburg.

Menz, F. 1991. Der geheime Dialog. Medizinische Ausbildung und institutionalisierte Verschleierungen in der Arzt-Patient-Kommunikation. Eine diskursanalytische Studie. Peter Lang: Frankfurt/M.

Menz, F. 2000. Selbst- und Fremdorganisation im Diskurs. Interne Kommunikation in Wirtschaftsunternehmen. DUV: Wiesbaden.

Menz, F./Lalouschek, J. 2005 Geschlechtsspezifische Unterschiede bei der Beschreibung von akutem Thoraxschmerz. In: Neises, M./Dietz, S./Spranz-Fogasy, T. (Hg.) 2005. Psychosomatische Gesprächsführung in der Frauenheilkunde. Ein interdisziplinärer Ansatz zur verbalen Intervention. Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft: Stuttgart. 174-185.

Menz, F., Lalouschek, J./Dressler, W.U. 1989. "Der Kampf geht weiter" - Der publizistische Abwehrkampf in Kärntner Zeitungen seit 1918. Drava Verlag: Klagenfurt.

Menz, F./Lalouschek, J./Stöllberger, C./Vodopiutz, J. 2002. Geschlechtsspezifische Unterschiede bei der Beschreibung von akutem Brustschmerz: Ergebnisse einer medizinsch-linguistischen transdisziplinären Studie. In: Linguistische Berichte 191/2002, 343-366.

Merten, K./Schmidt, S.J./Weischenberg, S. (Hg.) 1994. Die Wirklichkeit der Medien. Eine Einführung in die Kommunikationswissenschaft. Westdeutscher Verlag: Opladen.

Meyer, E. 1999. Homöopathie. In: von Weltzien, Diane (Hg.) 1999. Das große Buch vom ganzheitlichen Heilen. Goldmann: München. 153-161.

Meyrowitz, J. 1990a. Überall und nirgends dabei. Die Fernsehgesellschaft I. Beltz: Weinheim und Basel.

Meyrowitz, J. 1990b. Wie Medien unsere Welt verändern. Die Fernsehgesellschaft II. Beltz: Weinheim und Basel.

Mikos, L. 1998. Die Inszenierung von Privatheit: Selbstdarstellung und Diskurspraxis in Daily Talks. In: Willems, H./Jurga, M. (Hg.) 1998. Inszenierungsgesellschaft. Ein einführendes Handbuch. Westdeutscher Verlag: Opladen.

Mikos, L. 1999. Die Rezeption des Cultural Studies Approach im deutschsprachigen Raum. In: Hepp, A./Winter, R. (Hg.) 1999. Kultur – Macht – Medien. Cultural Studies und Medienanalyse. 2. erw. u. überarb. Aufl. Westdeutscher Verlag: Opladen. 161-172.

Miller, T./McHoul, A. 1998. Popular Culture and Everyday Life. Sage: London.

Miller, T. 2000. Hullo Television Studies, Bye-Bye Television? In: Television & New Media, vol 1, no 1 (2000). 3-8.

Minker, M. 1997. Mit Leib und Seele gesund: Psychosomatik für Frauen. dtv: München.

Mishler, E.G. 1984. The Discourse of Medicine: Dialectics of Medical Interviews. Ablex Publ.: Norwood.

Mixa, E. et al. (Hg.) 1996. Körper - Geschlecht - Geschichte. Historische und aktuelle Debatten in der Medizin. Innsbruck/Wien: Studienverlag.

Möhring, P. 1993. Anpassung als Krankheit. In: Ethnopsychoanalyse 1/Körper, Krankheit und Kultur. Brandes & Apsel: Frankfurt. 39-74.

Montgomery, K.C. 1990. Promoting Health Through Entertainment Television. In: Atkin, Ch./Wallack, L. (eds.) 1990. Mass Communication and Public Health. Complexities and Conflicts. Sage: London. 114-128.

Morgan, W.L./Engel, G.L. 1977. Der klinische Zugang zum Patienten. Anamnese und Körperuntersuchung. Eine Anleitung für Studenten und Ärzte. Huber: Bern.

Morley, D. 1992. Television, Audiences and Cultural Studies. Routledge: London.

Mühlen, U. 1985. Talk als Show. Suhrkamp: Frankfurt.

Munson, W.1995. Constellation of Voices. How Talkshows Work. In: Dines, G./ Humez, J.M. (eds.) 1995. Gender, Race and Class in Media. A Text-Reader. Sage: London. 367-376.

Nagel, G.A. 1998. Unkonventionelle Mittel in der Krebstherapie. Plädoyer für eine offene Medizin. 2. überarb. Aufl. Karger: Freiburg.

Neises, M./Dietz, S./Spranz-Fogasy, T. (Hg.) 2005. Psychosomatische Gesprächsführung in der Frauenheilkunde. Ein interdisziplinärer Ansatz zur verbalen Intervention. Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft: Stuttgart.

Nix, W. 1996. Immer müde – bin ich krank? Trias Verlag.

Obrecht, A. 1999. Die Welt der Geistheiler. Die Renaissance magischer Weltbilder. Böhlau: Wien.

Orbach, S. 1986. Hunger Strike: The Anorectic's Struggle as a Metaphor for Our Age. Faber: London.

O'Sullivan, T. al. 1994. Key Concepts in Communication and Cultural Studies. 2nd ed. Routledge: London.

Palm, K. 1996. Hermes Phettberg. Frucade oder Eierlikör. Knaur: München.

Partheymüller, D. 1992. Populärwissenschaftliche Vermittlung von medizinischem Wissen am Beispiel der TV-Reihe "Die Sprechstunde" - exemplarische Analysen der "Experteninterviews". Magisterarbeit: Universität München.

Partheymüller, D. 1994. Moderatorenfragen in der populärwissenschaftlichen Vermittlung medizinischen Wissens – eine exemplarische Analyse. In: Redder, A./Wiese, I. (Hg.) 1994. Medizinische Kommunikation. Diskurspraxis, Diskursethik, Diskursanalyse. Westdeutscher Verlag: Opladen. 132-143.

Payer, L. 1988. Andere Länder, andere Leiden. Ärzte und Patienten in England, Frankreich, den USA und hierzulande. Campus: Frankfurt a. M.

Penz, H. 1996. Language and Control in American TV Talk Shows. Narr: Tübingen.

Pfleiderer, B., Greifeld, K./Bichmann, W. 1995. Ritual und Heilung. Eine Einführung in die Ethnomedizin. Reimer Verlag: Berlin.

Ploeger, P. 2005. Verbale Interaktion im Kollektiv. In: Neises, M./Dietz, S./Spranz-Fogasy, T. (Hg.) 2005. Psychosomatische Gesprächsführung in der Frauenheilkunde. Ein interdisziplinärer Ansatz zur verbalen Intervention. Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft: Stuttgart. 285-298.

Postert, C. 1996. Das medizinische System: eine Beobachtung aus systemtheoretischer Perspektive. In: Wolf, A./Stürzer, M. (Hg.) 1996. Die gesellschaftliche Konstruktion von Befindlichkeit. VWB: Berlin. 1-9.

Postman, N. 1986. Amusing Ourselves to Death. Public Discourse in the Age of Showbusiness. London.

Powell, T. 1994. Understanding the Self-Help Organization. Framework and Finding. Sage: London.

Priest, P.J. 1996. "Gilt by Association": Talk Show Participant's Televisually Enhanced Status and Self Esteem. In: Grodin, D./Lindlof, T.R. (eds.) 1996. Constructing the Self in a Mediated World. Sage: London. 68-83.

Psathas, G. (ed.) 1979. Everyday Language: Studies in Ethnomethodology. Irvington: N.Y.

Psathas, G. 1995. Conversation Analysis. The Study of Talk-in-Interaction. Sage: London.

Quasthoff, U. 1980. Erzählen in Gesprächen. Linguistische Untersuchungen zu Strukturen und Funktionen am Beispiel einer Kommunikationsform des Alltags. Narr: Tübingen.

Quasthoff, U. 1990. Das Prinzip des primären Sprechers, das Zuständigkeitsprinzip und das Verantwortungsprinzip. In: Ehlich, K. et al. (Hg.) 1990. Medizinische und therapeutische Kommunikation, Westdeutscher Verlag: Opladen. 66-81.

Quasthoff, Uta M. 1996. Mündliche Kommunikation als körperliche Kommunikation. Beobachtungen zur direkten Interaktion und zum Fernsehen. In: Biere, B.U./Hoberg, R. (Hg.) 1996. Mündlichkeit und Schriftlichkeit im Fernsehen. Narr: Tübingen. 9-28.

Queck, V. 2004. Anders Heilen. Traditionelle Chinesische Medizin, Ayurveda, Homöopathie. In: www.mdr.de/ratgeber/anders-heilen.

Rapping, E. 1995. Daytime Inquiries. In: Dines, Gail/Humez, Jean M. (eds.) 1995. Gender, Race and Class in Media. Sage: London. 377-382.

Rattner, J./Danzer, G. 1997. Medizinische Anthropologie. Ansätze einer personalen Heilkunde. Fischer: Frankfurt/M.

Redder, A. (Hg.) 1983. Kommunikation in Institutionen. Osnabrücker Beiträge zur Sprachtheorie 24. Osnabrück.

Redder, A./Wiese, I. (Hg.) 1994. Medizinische Kommunikation. Diskurspraxis, Diskursethik, Diskursanalyse. Westdeutscher Verlag: Opladen.

Rehbein, J. 1986. Institutioneller Ablauf und interkulturelle Missverständnisse in der Allgemeinpraxis. Diskursanalytische Aspekte der Arzt-Patient-Kommunikation. In: Curare 9/86. 297-328.

Rehbein, J. 1993. Ärztliches Fragen. In: Löning, P./Rehbein, J. (Hg.) 1993. Arzt-Patienten-Kommunikation. Analysen zu interdisziplinären Problemen des medizinischen Diskurses. de Gruyter: Berlin. 311-364.

Rehbein, J./Löning, P. 1995. Sprachliche Verständigungsprozesse in der Arzt-Patienten-Kommunikation. Linguistische Untersuchungen von Gesprächen in der Facharzt-Praxis. Hamburg (Arbeiten zur Mehrsprachigkeit 54).

Reisigl, M./Wodak, R. 2001. Discourse and Discrimination. Rhetorics of racism and antisemitism. Routledge: London.

Riegler, J. 1996. Die große Gesundheit im Bio-Lifestyle. In: Mixa, E. et al. (Hg.) 1996. Körper - Geschlecht - Geschichte. Historische und aktuelle Debatten in der Medizin. Innsbruck/Wien: Studienverlag. 195-207.

Robertson, R. 1995. Globalization. In: Featherstone, M. et al. (Hsg.) 1995. Global Modernities. London. 16-27.

Rogers, E.M./Singhal, A. 1990. New Perspectives on Health Communication: The Academic Perspective. In: Atkin, Ch./Wallack, L. (eds.) 1990. Mass Communication and Public Health. Complexities and Conflicts. Sage: London. 176-181.

Rosenstein, D. (Hg.) 1995. Unterhaltende Fernsehmagazine. Zur Geschichte, Theorie und Kritik eines Genres. Westdeutscher Verlag: Opladen.

Röser, J. (Hg.) 1994. Fernsehshows der 90er Jahre. "Alles Männer .. oder was?" LIT-Verlag: Münster.

Roth, J./Bittermann, K. (Hg.) 1996. Das große Rhabarbern. 39 Fallstudien über Talkshows. Edition Tiamat: Berlin.

Sabo, D./Gordon, D. (eds.) 1995. Men's health and Illness. Gender, Power and the Body. Sage: London.

Sacks, H. 1972. On the Analyzability of Stories by Children. In: Gumperz, John/Hymes, dell (eds.) 1972. Directions in Sociolinguistics. Holt, Rinehart and Winston: New York. 329-345.

Sacks, H. 1992. Lectures on Conversation. vol I/II. (edited by Gail Jefferson). Basil Blackwell: Oxford.

Sacks, H./Schegloff, E./Jefferson, G. 1978. A simplest systematics for the organization of turn-taking in conversation. In: Schenkein, J. (ed.) 1978. Studies in the organization of conversational interaction. N.Y. Academic Press. 1-55.

Saks, M. 1994. The alternatives to medicine. In: Gabe, J./Kelleher, D./Williams, G. (eds.) 1994. Challenging Medicine. Routledge: London. 84-103.

Saks, M. 1998. Medicine and complementary medicine: challenge and chance. In: Scambler, G./Higgs, P. (eds.) 1998. Modernity, Medicine and Health. Medical Sociology towards 2000. Routledge: London. 198-215.

Saks, M. 2004. Orthodox and Alternative Medicine. Politics, Professionalization and Health Care. Sage: London.

Sarangi, S./Roberts, C. (eds.) 1999. Talk, Work and Institutional Order. Discourse in Medical, Mediation and Management Settings. de Gruyter: Berlin.

Sarbin, T.R./Kitsuse, J.I. (eds.) 1994. Constructing the Social. Sage: London.

Sator, M. 2003. Zum Umgang mit Relevanzmarkierungen im ÄrztInnen-PatientInnen-Gespräch. Diplomarbeit Universität Wien. Ms.

Scambler, G./Higgs, P. (eds.) 1998. Modernity, Medicine and Health. Medical Sociology towards 2000. Routledge: London.

Schatz, H. (Hg.) 1996. Fernsehen als Objekt und Moment des sozialen Wandels. Faktoren und Folgen der aktuellen Veränderungen des Fernsehens. Westdeutscher Verlag: Opladen.

Schedlowski, M./Tewes, U. 1996. Psychoneuroimmunologie. Spektrum Akademie Verlag: Heidelberg.

Schegloff, E./Sacks, H. 1973. Opening up closings. In: Semiotica 8 (1973), 289-327.

Schegloff, E. 1992. On talk and its institutional occasions. In: Drew, P./Heritage, J. (eds.) 1992. Talk at work. Interaction in institutional settings. Univ. Press: Cambridge. 101-136.

Schenkein, J. (ed.) 1978. Studies in the Organization of Conversational Interaction. Academic Press: New York.

Schettler, G./Nüssel, E. 1984. Das ärztliche Gespräch und die Anamnese. In: Schettler, G. (Hg.) 1984. Innere Medizin. Bd.1. Thieme: Stuttgart. 1-12.

Scheugl, H. 1974. Show Freaks/Monster. Sammlung Felix Adanos. Verlag M. DuMont Schauberg: Köln.

Schiffrin, D. 1987. Discovering the context of an utterance. In: Linguistics 25 (1987), 11-32.

Schilson, A. 1997. Medienreligion. Zur religiösen Signatur der Gegenwart. Francke Verlag: Tübingen.

Schlosser, H. D. (Hg.) 1998. Mit Hippokrates zur Organgewinnung. Medizinische Ethik und Sprache. Lang: Frankfurt/M.

Schlote, A. 2000. Zeit genug. Wege zum persönlichen Zeitwohlstand. Beltz: Weinheim.

Schmacke, N. 1997. Ärzte oder Wunderheiler. Die Macht der Medizin und der Mythos des Heilens. Westdeutscher Verlag: Opladen.
Schmidbauer, W. 1995. Jetzt haben, später zahlen. Die seelischen Folgen der Konsumgesellschaft. Rowohlt: Reinbek.
Schmitz, U. 1996. ZAP und Sinn. Fragmentarische Textkonstitution durch überfordernde Medienrezeption. In: Hess-Lüttich, E.B./Holly, W./Püschel, U. (Hg.) 1996. Textstrukturen im Medienwandel. Peter Lang: Frankfurt. 11-30.
Schüffel, W. 1983. Sprechen mit Kranken. Erfahrungen studentischer Anamnesegruppen. Urban/Schwarzenberg: München.
Schuhmacher, H. 2000. Fernsehen fernsehen. Modelle der Medien- und Fernsehtheorie. DuMont: Köln.
Schulze, G. 1974. Die Erlebnisgesellschaft. Kultursoziologie der Gegenwart. Campus Verlag: Frankfurt/M.
Schütte, W. 1996. Boulevardisierung von Information: Streitgespräche oder Streitkultur im Fernsehen. In: Biere, B.U./Hoberg, R. (Hg.) 1996. Mündlichkeit und Schriftlichkeit im Fernsehen. Narr: Tübingen. 101-134.
Schwabe, M. 1999. Gesundheitskommunikation im Fernsehen: Interaktionsformen in unterschiedlichen Sendungsformaten. Hausarbeit: Universität Bielefeld. Ms.
Schwitalla, J. 1979. Dialogsteuerung in Interviews. Hueber: München.
Schwitalla, J. 2001. Beteiligungsrollen im Gespräch. In: Brinker, K. et al. (Hg.) 2001. Text- und Gesprächslinguistik. 2. Halbband. De Gruyter: Berlin. 1355-1361.
Scollon, R. 1998. Mediated Discourse As Social Interaction: A Study of News Discourse. Longman: Harlow.
Scott, A.L. 1998. The Symbolizing Body and the Metaphysics of Alternative Medicine. In: Body & Society, vol. 4/3 (1998). 21-38.
Scott, G. 1996. Can we talk? The power an influence of talk shows. Plenum Press: New York.
Semeria, S. 1999. Talk als Show – Show als Talk. Deutsche und US-amerikanische Daytime Talkshows im Vergleich: Westdeutscher Verlag: Opladen.
Sennett, R. 1983. Verfall und Ende des öffentlichen Lebens. Die Tyrannei der Intimität. Fischer: Frankfurt.
Sennett, R. 1995. Fleisch und Stein. Der Körper und die Stadt in der westlichen Zivilisation. Berlin Verlag: Berlin.
Shattuc, J.M. 1997. The Talking Cure. TV Talk Shows and Women. Routledge: London.
Shilling, C. 1993. The Body and Social Theory. Sage: London.
Shorter, E. 1992. From Paralysis to Fatigue. A History of Psychosomatic Illness in the Modern Era. The Free Press: N.Y.
Shorter, E. 1994. Von der Seele in den Körper. Die kulturellen Ursprünge psychosomatischer Krankheiten. Hamburg.
Showalter, E. 1997. Hystorien. Hysterische Epidemien im Zeitalter der Medien. Berlin Verlag: Berlin.
Signorelli, N. 1990. Television and Health: Images and Impact. In: Atkin, Ch./Wallack, L. (eds.) 1990. Mass Communication and Public Health. Complexities and Conflicts. Sage: London. 96-113.
Singhal, A./Rogers E. 1989. Prosocial television for development in India. In: Rice, R.E./Atkin C.A. (eds.) 1989. Public communication campaigns. Sage: Newsbury Park. 331-350.
Sobetzko, H-M. 1998. Informationen zum Chronic-Fatigue-Syndrom (Projekt CFS, Universitätsklinik Eppendorf). Sobetzko's Homepage, download 11/1998.

Spetsmann-Kunkel, M. 2004. Die Moral der Daytime Talkshow. Eine soziologische Analyse eines umstrittenen Fernsehformates. Verlag für wissenschaftliche Literatur: Münster.

Sponsel, R. 2002. Undenustherapie. Krankheitsbegriff, Heilbarkeit und das autistisch-undisziplinierte Denken in der Heilkunde von Eugen Bleuler. Internet Publikation für Allgemeine und Integrative Psychotherapie PI-GIPT: Erlangen. http://www.sgipt.org /hm/gesch/bleuler.htm

Stollberg, G. 2002. Heterodoxe Medizin, Weltgesellschaft und Globalisierung: Asiatische Medizinformen in Westeuropa. In: Brünner, G./Gülich, E. (Hg.) 2002. Krankheit verstehen. Aisthesis: Bielefeld. 143-158.

Streeck, J. 1983. Konversationsanalyse - ein Reparaturversuch. Zeitschrift für Sprachwissenschaft 2/1983. 72-104

Stürzer, M./Wolf, A. 1996. Einleitung: Die gesellschaftliche Konstruktion von Befindlichkeit. In: Wolf, A./Stürzer, M. (Hg.) 1996. Die gesellschaftliche Konstruktion von Befindlichkeit. Ein Sammelband zur Medizinethnologie. VWB: Berlin. 7-15.

Stuyck, S.C. 1990. Public Health and the Media: Unequal Partners? In: Atkin, Ch./Wallack, L. (eds.) 1990. Mass Communication and Public Health. Complexities and Conflicts. Sage: London. 71-77.

Suchsland, R. 1997. Die Arztserie der neuen Generation. Zur Geschichte der Arztserien 2/1997. (http://www.digitalmirror.de/cosmo/er/er.htm)

Sudnow, D. (ed.) 1972. Studies in Social Interaction. The Free Press: New York.

ten Have, P. 1991. Talk and Institution: A Reconsideration of the "Asymmetry" of Doctor-Patient-Interaction. In: Boden, D./Zimmerman, D. (eds.) 1991. Talk and Social Structure: Studies in Ethnomethodology and Conversation Analysis. Polity Press: Cambridge. 138-163.

Tenscher, J. (Hg.) 2002. Talk auf allen Kanälen. Angebote, Akteure und Nutzer von Fernsehgesprächssendungen. Verlag für Sozialwissenschaften: Opladen.

Thomas, G. (Hg.) 2000. Religiöse Funktion des Fernsehens? Medien-, kultur- und religionswissenschaftliche Perspektiven. Westdeutscher Verlag: Opladen.

Thompson, T.L. 1995. Interpersonal communication and Health Care. In: Knapp, Mark L./Miller Gerald R. (eds.) 1995. Handbook of Interpersonal Communication. 2nd ed. Sage: London. 696-725.

Thornborrow. J./van Leeuwen, T. (eds.) 2001. Authenticity in media discourse. Discourse Studies, vol 3, nr 4 (2001).

Todd, A.D./Fisher, S. (eds.) 1993 The Social Organization of Doctor-Patient-Communication. 2nd ed. Ablex Publ.: Norwood, New Jersey.

Tolson, A. 1991. Televised chat and the synthetic personality. In: Scannell, P. (ed.) 1991. Broadcast Talk. Sage: London. 178-200.

Tseëlon, E. 1995. The Masque of Femininity. The Presentation of Woken in Everyday Life. Sage: London.

Turner, B.S. 1996. The Body and Society. 2nd ed. London: Sage.

Turow, J. 1989. Playing Doctor. Television, Storytelling and Medical Power. Oxford University Press: New York.

Uexküll, Th. v./Wesiak, W. 1990. Wissenschaftstheorie und Psychosomatische Medizin, ein bio-psycho-soziales Modell. In: Adler, R. et al. (Hg.) 1990. Uexküll. Psychosomatische Medizin. 4., neubearb. u. erw. Aufl. Urban/Schwarzenberg: München. 5-38.

Ussher, J.M. 1989. The Psychology of the Female Body. London: Routledge.

van Dijk, T. (ed.) 1997a. Discourse as Structure and Process. Discourse Studies 1. Sage: London.
van Dijk, T. (ed.) 1997b. Discourse as Social Interaction. Discourse Studies 2. Sage: London.
Verbundprojekt - Frauengesundheit in Deutschland. 2001. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 209. Kohlhammer: Stuttgart.
Vetten, D. 2001. Die große Fitness-Lüge. SZ, Magazin 18/2001. 14-18.
Vienne, V. 2000. Die Kunst, nichts zu tun. Scherz: München.
Virilio, P. 1992. Rasender Stillstand. Hanser Verlag: München.
Voll, B. 1998. Das Sisi-Syndrom. Wenn die Seele die Balance verliert. Knaur: München.
Volosinov, V. 1973. Marxism and the Philosophy of Language. Harvard Univ. Press: Cambridge, MA.
von Braun, C./Dietze, G. (Hg.) 1999. Multiple Persönlichkeit. Krankheit, Medium oder Metapher? Verlag Neue Kritik: Frankfurt/M.
von Braun, C. 1996. Frauenkörper und medialer Leib. In: Müller-Funk, W./Reck, H.-U. (Hg.) 1996. Inszenierte Imagination. Beiträge zu einer historischen Anthropologie der Medien. Springer: Wien. 125-146.
von Eimeren, B./Gerhard, H. 1998. Talkshows – Formate und Zuschauerstrukturen. In: Media Perspektiven 12, 600-607.
von Engelhardt, D. 1999. Krankheit, Schmerz und Lebenskunst. Eine Kulturgeschichte der Körpererfahrung. Beck: München.
von Weltzien, D. (Hg.) 1999. Das große Buch vom ganzheitlichen Heilen. Goldmann: München.
von Wyl, A. 2000. Magersüchtige und bulimische Patientinnen erzählen. Eine narrative Studie der Psychodynamik bei Essstörungen. Peter Lang: Berlin.
Vorderer, P. (Hg.) 1996. Fernsehen als "Beziehungskiste". Para-soziale Beziehungen und Interaktionen mit TV-Personen. Westdeutscher Verlag: Opladen.

Waldenfels, B. 1991. Der Kranke als Fremder - Gesprächstherapie zwischen Normalität und Fremdheit. In: Finke, J./Teusch, L. (Hg.) 1991. Gesprächspsychotherapie bei Neurosen und psychosomatischen Erkrankungen. Neue Entwicklungen in Theorie und Praxis. Asanger Verlag: Heidelberg. 95-124.
Wallack, L. 1990a. Mass Media and Health Promotion: Promise, Problem, and Challenge. In: Atkin, Ch./Wallack, L. (eds.) 1990. Mass Communication and Public Health. Complexities and Conflicts. Sage: London. 41-51.
Wallack, L. 1990b. Improving Health Promotion: Media Advocacy and Social Market Approaches. In: Atkin, Ch./Wallack, L. (eds.) 1990. Mass Communication and Public Health. Complexities and Conflicts. Sage: London. 147-163.
Wecker, K. 1998. Es gibt kein Leben ohne Tod. Vortrag Wien (APAMed-Medizininfo).
Wedlich, S. 2000. Krankheit ist mehr als ein Maschinenschaden. Tagungsbericht. SZ 115 (19.5.2000). 15.
Weiderer, M. 1995. Mensch oder Mythos? Befunde zum Berufsbild MedizinerIn in Arztserien und Spielfilmen des deutschen Fernsehens. In: Münchner Medizinische Wochenschrift 137. 633-635.
Weinhold, C. 1991. Kommunikation in Krankenhäusern. Ein Forschungsbericht über deutschsprachige Analysen der Gespräche zwischen Arzt und Patient und das Gesprächsverhalten des Pflegepersonals. Zs. f. Germanistik 3/1991. 674-684.
Weiß, A. 1999. Wer sieht sich das nur an? Verlag Reinhard Fischer: München.

Westhoff, J. 2000. Pharma-Journalismus. Probleme der Verbreitung unabhängiger Arzneimittel-Informationen. In: Jazbinsek, D. (Hg.) 2000. Gesundheitskommunikation. Westdeutscher Verlag: Opladen. 277-287.
Wilber, K. 1992. Mut und Gnade. Scherz Verlag: München.
Williams, R. 1961. The Long Revolution. Penguin Books: Woordsworth.
Williams, R. 1987. The Sociology of Culture. The University of Chicago Press: Chicago.
Williams, R. 1990. Television. Technology and Cultural Form. Routledge: London.
Williams, S. 1987. Goffman, interactionism, and the management of stigma in everyday life. In: Scambler, G. (Hg.) 1987. Sociological Theory and Medical Sociology. London: Tavistock Publications.
Williams, S. 1998. Health as a moral performance: ritual, transgression and taboo. In: health, vol. 2/4 (1998). 435-458.
Winnicott, D.W. 1973. Playing and Reality. Tavistock: London.
Winterhoff-Spurk, P./Heidinger, V./Schwab, F. 1994. Reality TV. Formate und Inhalte eines neuen Programmgenres. Schriften der Landesanstalt für das Rundfunkwesen Saarland, Bd. 3. Logos Verlag: Saarbrücken.
Wirth, U. 2001. Diskurse der Dummheit. In: Wertheimer, J./Zima, P.V. (Hg.) 2001. Strategien der Verdummung. Infantilisierung in der Fun-Gesellschaft. C.H. Beck: München. 42-57.
Wodak, R./Lalouschek, J. 1997. Ärztliche Sprachlosigkeit in der Arzt-Patienten-Kommunikation. In: wiener klinische wochenschrift 19/1997. 781-791.
Wodak, R./Meier, M. 2001. Methods of Critical Discourse Analysis. Sage: London.
Wodak, R./Quasthoff-Hartmann, U. (Hg.) 1985. Kommunikation in Institutionen. Aufrisse 4/1985.Wien.
Wodak, R. 1996. Disorders of Discourse. Longmans: London.
Wodak, R. 2002. Aspects of Critical Discourse Analysis. Zs. f. Angewandte Linguistik, Heft 36. Peter Lang: Berlin. 5-32.
Wodak, R. et al. 1990. "Wir sind alle unschuldige Täter." Diskurshistorische Studien zum Nachkriegsantisemitismus. Suhrkamp: Frankfurt.
Wodak, R. et al. 1994. Sprachen der Vergangenheiten. Suhrkamp: Frankfurt.
Wodak, R./de Cillia, R./Reisigl, M./Liebhart, K./Hofstätter, K./Kargl, M. 1998. Zur diskursiven Konstruktion nationaler Identität. Suhrkamp: Frankfurt/M.
Wodak, R./Menz, F./Lalouschek, J. 1989. Sprachbarrieren. Die Verständigungskrise der Gesellschaft. Edition Atelier: Wien.
Wodak, R./Andraschko, E./Lalouschek, J./Schrodt, H. 1989. Schulpartnerschaft zwischen Gesetz und Wirklichkeit. Bundesministerium für Unterricht und Kunst: Wien.
Wolf, A./Stürzer, M. (Hg.) 1996. Die gesellschaftliche Konstruktion von Befindlichkeit. Ein Sammelband zur Medizinethnologie. VWB: Berlin.
Woodward, K. (ed.) 1997. Identity and Difference. Sage: London.

ZDF Pressemitteilung. 1998. "Gesundheit!" mit Dr.med. Günter Gerhardt auf neuem Sendeplatz. (auch www.zdf.de/gesundheit.)
Zenker, W. 1996. Das chronische Erschöpfungssyndrom. Wege zur Hilfe und Selbsthilfe bei CFS. Econ: Düsseldorf.

9.2. Anhang

9.2.1. Überblick über die analysierten Sendungen (mit Kapitelverweisen)

Das Untersuchungskorpus umfasst verschiedenste Sendungsformate zu Krankheits- und Gesundheitsthemen (ca. 150 Medizinsendungen, 120 Magazine und Dokumentationen, 150 Talkshows), die im Zeitraum von 1995 bis 2002 aufgezeichnet worden sind. Da sich der Untersuchungsfokus der Arbeit im Laufe der Bearbeitungszeit naturgemäß sehr verengt hat, ist letztlich nur eine vergleichsweise kleine Auswahl von Sendungen für die eigentliche linguistische Analyse herangezogen worden. Die prinzipiellen Überlegungen leiten sich aber selbstverständlich von der Beobachtung des gesamten Korpus ab.

Medizintalk

"*Gesundheit!*" (ZDF)	Thema: Brustkrebs	04/97	Kap. 7.1.
"*Gesundheit!*" (ZDF)	Thema: Chronisches Erschöpfungssyndrom	07/97	Kap. 7.3.
"*Gesundheit!*" (ZDF)	Thema: Prämenstruelles Syndrom (PMS)	12/96	Kap. 6.2.3. Kap. 6.6.2.,
"*Gesundheit!*" (ZDF)	Thema: Prostatakrebs	03/97	Kap. 6.2.2. Kap. 6.9.5.
"*Gesundheit!*" (ZDF)	Thema: Spannungskopfschmerz und Migräne	10/96	Kap. 6.2.1. Kap. 6.6.3. Kap. 6.9.4. Kap. 6.9.6.
"*Gesundheit!*" (ZDF)	Thema: Traditionelle Chinesische Medizin	10/98	Kap. 6.11.1.

Talkshows

"*Arabella*" (PRO7)	Thema: Ich will eine bessere Figur	09/96	Kap. 7.2.
"*Fliege*" (ARD)	Thema: Diagnose: Chronische Müdigkeit	04/97	Kap. 7.3.
"*Fliege*" (ARD)	Thema: Ich bin schwanger	09/95	Kap. 6.3.2. Kap. 6.7.1.
"*Fliege*" (ARD)	Thema: Migräne – Die neuen sanften Heilmethoden	01/00	Kap. 0.1.
"*Fliege*" (ARD)	Thema: Sanfte Medizin – Migräne	04/98	Kap. 6.3.3. Kap. 6.7.2. Kap. 6.10.2.
"*Hans Meiser*" (RTL)	Thema: Meine Mutter trinkt	09/95	Kap. 4.4.
"*Ilona Christen*" (RTL)	Thema: Die Vaterfalle	06/95	Kap. 4.4.
"*Ilona Christen*" (RTL)	Thema: Ehe ohne Sex	06/95	Kap. 4.4.
"*Juliane & Andrea*" (ARD)	Thema: Rheuma, das stille Leiden	11/96	Kap. 6.3.1.
"*Schiejok täglich*" (ORF)	Thema: Prostatakrebs	10/97	Kap. 6.3.4.

Gesundheitsshow

"Dr. Verena Breitenbach" (PRO7)		12/02	Kap. 5.2.6.3.

Magazine und Diskussionsrunden

"*Mona Lisa*" (ZDF)	Thema: Alternativmedizin	01/00	Kap. 1.5.4.
"*Nachstudio*" (ZDF)	Thema: Moderne Leiden	02/00	Kap. 2.3.1.

9.2.2. Transkriptionsnotation

das ist alles.	stark fallend (Aussage-Intonation)
bin gestolpert' bin gefallen'	steigend (progrediente, "erzählende" Intonation)
müde, schwindlig, übel,	stehend (Aufzählung, Reihung)
wissen Sie warum?	steigend-fallend (Frage-Intonation)
aber geh!	betont steigend (Ruf-Intonation)
hm^{v} , hmhm^{v}	bestätigend (fallend-steigend, "typisches Hörersignal")
hm^{-}	deliberativ, überlegend (stehend)
hm^	überrascht (steigend-fallend)
hm\	divergent, zweifelnd (fallend)
hm/	fragend, Zustimmung heischend (steigend)
'hm	ablehnend, verneinend (Glottisverschluss)
-	kurzes Stocken im Redefluss ("intonatorische Pause")
--	längere Pause (0,5 -1 s)
<4 s>	Pause in Sekunden
a:ber	auffällige Dehnung des Vokals/Konsonanten
bei <u>bei</u>den	auffällige Betonung von Silben oder Wörtern
er sagt "das geht schon."	Redewidergabe, "uneigentliches Sprechen"
Jo/ äh Otto!	Reparatur bzw.
also i/ mir is am liebsten,	Abbruch eines Wortes/einer Konstruktion
<EA>	hörbares Einatmen
<AA>	hörbares Ausatmen
( )	Wortlaut unverständlich
(am Nachmittag)	vermuteter Wortlaut
<BE räuspert sich>	non- und paraverbale Phänomene, Kommentare