



universität
wien

Diplomarbeit

Titel der Diplomarbeit

Die Bedeutung virtueller Handlungsräume für Menschen mit Diabetes

Verfasserin

Elena Staroste

angestrebter akademischer Grad

Magistra der Philosophie (Mag. phil.)

Wien, 2012

Studienkennzahl lt. Studienblatt:

Studienrichtung lt. Studienblatt:

Betreuer:

A 307

Kultur- und Sozialanthropologie

Univ.-Prof. Mag. Dr. Bernhard Hadolt, M.Sc.

DANKE DANKE DANKE

Wenngleich mehreren Menschen in meiner Umgebung der Dank für die Realisierung dieser Arbeit zusteht, möchte ich mich besonders bei meinen InterviewpartnerInnen für die inhaltsvollen Gespräche und die schöne Zeit mit ihnen bedanken.

Meiner Familie, insbesondere Anke Staroste und Rabea Staroste, Dieter Schwarz und Sten Hanke die mich während meines Studiums und der Diplomarbeit stets begleitet haben.

Daniela Finzi, Aurelia Wolf und Dana Fox für das Korrekturlesen und die vielen konstruktiven und inspirierenden Gespräche, sowie Nadja Haumberger, dem gesamten Ethnocineca Team und ganz besonders Simone Traunmüller.

Und nicht zuletzt gilt mein besonderer Dank Prof. Dr. Bernhard Hadolt, M. Sc. für die wissenschaftliche Betreuung der Arbeit.

INHALTSVERZEICHNIS

1. EINLEITUNG	1
1.1. Persönlicher Zugang	1
1.2. Fragestellung und Ziel	2
1.3. Forschung und Umsetzung	3
1.4. Inhalt	8
1.5. Schreibart	10
2. ANTHROPOLOGIE DES CYBERSPACE	12
2.1. Das Internet – Versuch einer Definition	13
2.1.1. Das Internet – Entstehung und Verbreitung	13
2.1.2. Das Internet – Erscheinungsformen und Grenzen	14
2.2. Cyberanthropology	17
2.2.1. Die Frage nach den 'Realitäten' – drei theoretische Zugänge	20
2.2.2. Raum und Zeit	31
2.3. Aspekte des Internets im medizinischen Kontext	33
2.3.1. Social Support	34
2.3.2. Storytelling	38
2.4. 'BenutzerInnen' – '(Nicht)-BenutzerInnen'	43
2.4.1. 'Multiple Internets' – die Varianz in der Wahrnehmung des Internets	43
2.4.2. Die Bedeutung der gelegentlichen, der ehemaligen und der Nicht-BenutzerInnen	45
2.4.3. Wer verwendet das Internet nicht?	46
3. DIABETES	52
3.1. Was ist Diabetes?	52
Biomedizinische Definition von Diabetes-Typ-1 und Diabetes-Typ-2	52
3.2. Wo ist der Diabetes?	55
Epidemiologie und Formen sozialwissenschaftlicher Auseinandersetzungen mit dem Diabetes und chronischen Krankheiten	55
3.3. Die Grenzen biomedizinischer Behandlungsformen und biomedizinischer Institutionen ..	58
4. MEIN LEBEN MIT 'meinem Diabetes'	61
4.1. Lisa	62
4.2. Anna	66
4.3. Franziska	70
4.4. Sophie	74
4.5. Marie	78

5. DER STAMMTISCH für Typ-1-DiabetikerInnen	83
5.1. 'DiabetikerInnen-Stammtisch' – Freunde – Bekannte – Selbsthilfegruppe?	86
5.2. Selbsthilfegruppen.....	88
Verbindender Diabetes.....	95
Vorbild und Orientierung.....	97
Information	100
6. VIER DYNAMIKEN	105
6.1. Dynamiken der Objektifizierung (Dynamics of objectification).....	105
Expansive Realisation.....	106
Expansives Potential	111
6.2. Dynamiken der Mediation (Dynamics of Mediation)	114
6.3. Dynamiken der normativen Freiheiten (Dynamics of normativ freedom)	119
6.4. Dynamiken des Positionierens (Dynamics of Positioning).....	124
7. CONCLUSIO	129
8. Bibliographie	136
8.1. Internetquellen.....	141
9. ANHANG.....	143
9.1. Verwendetes empirisches Material.....	143
9.2. Abstracts	145
9.2.1. Abstract – Deutsch.....	145
9.2.2. Abstract – English.....	146

1. EINLEITUNG

„Dinge machen Menschen ebenso, wie Menschen Dinge machen.“

(Miller 2012)

Den Blick auf den langen Weg der Genese dieser Diplomarbeit gerichtet spiegelt dieses Zitat von Daniel Miller die grundlegende Thematik wieder, die mich während des gesamten Entstehungsprozesses begleitet hat. Wie verhalten sich Mensch und Technik zueinander? Wie lässt sich ihr Verhältnis verstehen und was sagen sie übereinander aus? Wie ich im Folgenden darlegen werde, habe ich versucht, diese Thematik anhand des Phänomens Internet mit einer zugespitzten Fragestellung aufzugreifen und zu bearbeiten. Das Internet ist ein technologischer Gegenstand, der in seiner sozialen Dimension tief mit gesellschaftlichen Strukturen verwoben ist. Um den Entstehungsprozess der Arbeit für den Leser nachvollziehbar zu machen, möchte ich einleitend kurz meinen persönlichen Zugang schildern.

1.1. Persönlicher Zugang

Die Nähe von Gesellschaft und Technologie hat mich fasziniert und in gleicher Weise motiviert, dieses Verhältnis genauer zu betrachten – nicht zuletzt, um meine durch Distanz geprägte Beziehung zum Internet zu überwinden. Immer wieder beschlich mich der Eindruck, dass die Abgrenzung von der Technologie hin und wieder auch zu einer gesellschaftlichen Ausgrenzung führt. Um mich aus dieser durch Abneigung bestimmten Position zu befreien, habe ich nach einem für mich positiv und wertvoll erscheinenden Aspekt gesucht, durch den ich das Internet und seine Nützlichkeit als Gegenstand entdecken könnte. Dieser Gedanke, gepaart mit meinem medizinanthropologischen Interesse, hat mich auf die Idee gebracht, die Möglichkeiten, die chronisch kranke Menschen durch das Internet erhalten, zu erforschen. Sie basierte auf der Annahme, dass die grenzüberschreitende Konstitution des Internets für Menschen mit speziellen Krankheiten hilfreich sein würde, auf Menschen in ähnlichen Situationen zu stoßen, derweil sie nicht in ihrem unmittelbaren Umfeld anzutreffen sind. Außerdem könnte diese Form der Begegnung im Online-Raum dazu beitragen, das Gefühl von Andersartigkeit und Ausgrenzung in den bestehenden gesellschaftlichen Strukturen zu überwinden. Auf der Suche nach Menschen, die die notwendigen Kriterien des mir vorschwebenden Forschungsfeldes erfüllen, bin ich auf eine Gruppe von Typ 1-DiabetikerInnen gestoßen. In meinem Freundeskreis wurde erzählt, sie würden das Internet im Zusammenhang mit ihrer Krankheit häufig nutzen. Leider hat

sich bald herausgestellt, dass diese Gruppe sich wider meiner Annahme, besonders in Bezug auf ihren Diabetes, von dem Internet abwenden: eine Haltung, die nicht meinen Erwartungen entsprochen hat. Dieser Hergang hat die Entwicklung der vorliegenden Arbeit entscheidend beeinflusst. Demgemäß wurde ich zwangsläufig mit der Frage konfrontiert, wie ich mit der Positionierung dieser Menschen zu dem Internet umgehe. Ignoriere ich sie und schaue mich nach Menschen um, deren Haltung meinen Erwartungen entsprechen, oder verfolge ich diese Äußerungen und versuche, ihre Botschaft zu verstehen? Schlussendlich wurde ich von einem Cyberanthropologen¹ im Gespräch über das Problem, das sich in meinem Forschungsfeld ergeben hat, darauf aufmerksam gemacht, dass es besonders aufschlussreich sei, auch jene Teile der Gesellschaft, die sich von der Technologie abwenden, in eine wissenschaftliche Auseinandersetzung einzubeziehen. Dieser Zugang würde die Gesellschaft als Ganzes berücksichtigen und nicht nur diejenigen Gruppen implizieren, die vertraut und erfahren mit der Technologie sind. Demzufolge würde diese Herangehensweise auch neue Perspektiven auf die Technologie an sich ermöglichen. Somit entschied ich mich, diese Problematik als Basis meiner Arbeit aufzufassen.

1.2. Fragestellung und Ziel

Mit der Entscheidung, mich in dieser Forschung den Nicht-BenutzerInnen zuzuwenden, hat sich der ursprüngliche Fokus der vorliegenden Arbeit – die Frage nach der „Andersartigkeit“ des virtuellen Raumes² und seiner Vorzüge für chronisch kranke Menschen – geändert. Entsprechend wird die Fragestellung nicht länger auf der Annahme der Gegensätzlichkeit von Online- und Offline-Raum aufgebaut (also: Wie benutzen Menschen mit Diabetes den virtuellen und den realweltlichen Lebensraum und in welchem Verhältnis stehen diese beiden Räume aus ihrer Perspektive zueinander?), sondern vielmehr darauf, das Verhältnis zwischen diesen Räumen mit den Augen der DiabetikerInnen zu entdecken. Vor diesem Hintergrund gehören Online und Offline zu ein und derselben Realität. Somit verstehe ich die Nicht-BenutzerInnen³, die neben den BenutzerInnen einen gewichtigen Teil der Gesellschaft ausmachen, als eine essentielle

1 Aus Diskretionsgründen keine Angaben zu der Person.

2 Im Prozess der wissenschaftlichen Auseinandersetzung mit dem Internet, hat sich für mich das Verständnis von Virtualität und Realität relativiert. Sowohl der Online- als auch der Offline-Raum werden als Teil einer Realität verstanden (Siehe Kapitel 2.2.2 Virtualität und Realität – im theoretischen Kontext).

3 Bezüglich der Verwendung dieser Begriffe bin ich mir dessen bewusst, dass sie nicht statisch zu verstehen sind, sondern die Grenzen zwischen diesen Gruppen fließend sein können und sie in diesem Sinne nicht kategorisierbar sind. Das heißt, dass – je nach Situation – Nicht-BenutzerInnen zu BenutzerInnen werden können und umgekehrt. Zudem gibt es natürlich auch Abstufungen zwischen diesen beiden Bestimmungen, wie z.B. Gelegenheits-BenutzerInnen.

Komponente, um die soziale Dimension des Internets zu erforschen. In diesem Rahmen möchte ich versuchen, mit der Beantwortung der entsprechenden Fragestellung die wissenschaftliche Perspektive auf das Internet zu ergänzen: *„Wie werden Internettechnologien von Menschen mit Typ-1-Diabetes verstanden, angenommen, eingesetzt oder abgelehnt? Welche Dimensionen des Phänomens Internet werden durch die unterschiedlichen Perspektiven auf das Medium sichtbar?“* Die Eingrenzung der Untersuchung findet also nicht über den Online- oder Offline-Zugang zum Feld statt, sondern über das Thema Diabetes. Auf diese Art und Weise soll dem/der LeserIn ein Einblick in die Vielfalt der Wahrnehmungen des Internet gegeben werden und zugleich die mannigfaltigen Unterschiede in der Perspektiven auf die Technologie und dessen Ursachen aufgezeigt werden.

Diese Zugangsweise kann auch in der Cyberanthropology als ein Hinweis verstanden werden, technologische Phänomene in der modernen Gesellschaft nicht nur aus der Perspektive der BenutzerInnen zu erforschen, sondern auch die Nicht-BenutzerInnen vermehrt zu berücksichtigen. So werden auch Aspekte der Technologien mit einbezogen, die durch den Prozess der Abgrenzung von denselben erkennbar werden und besonders im Verhältnis der Technologie zu der Gesellschaft von Bedeutung sind. Mit der vorliegenden Arbeit möchte ich versuchen, diesem Anspruch gerecht zu werden.

1.3. Forschung und Umsetzung

In diesem Abschnitt möchte ich meine Positionierung bezüglich der methodischen Herangehensweise darlegen. Die Aufklärung über das der Diplomarbeit zugrunde liegende Verständnis ethnographischen Vorgehens soll helfen, die Forschungsergebnisse und den Arbeitsprozess für den Leser nachvollziehbar zu machen. Die vorliegende Arbeit basiert auf einer qualitativen subjektorientierten ethnographischen Forschung. Hierbei verstehe ich die eigene Sichtweise und Wahrnehmung der Befragten als fundamental für die Gestaltung und Entwicklung des Forschungsprozesses. Der von Marie, Sophie, Lisa, Anna und Franziska⁴ individuell empfundene und kommunizierte Blick auf das Internet – basierend auf ihren durch den Diabetes geführten Interessen – verleiht der bearbeiteten Thematik eine ganz eigene Dynamik. Dennoch kann der Forscher durch seinen speziellen Blickwinkel und sein Vorgehen bei der Konzeption der Forschung, dem Forschungsprozess, der Interpretation und Präsentation der Ergebnisse nicht der komplexen von ihm untersuchten Realitäten

⁴ Diese fünf Frauen stellen die Teilnehmerinnen der vorliegenden Forschung dar, deren Daten aus Diskretionsgründen anonymisiert wurden.

vollständig habhaft werden, sondern unterliegt ebenfalls der Prägung durch seine eigene Perspektive. Gleichwohl wirken an dem Forschungsprozess und der Ergebnispräsentation ebenfalls eine Vielzahl unterschiedlicher Faktoren mit, die sich u. a. aus theoretischen Überlegungen, Ansichten, Begegnungen und individuellen Eindrücken zusammensetzen. Insbesondere möchte ich in dieser Arbeit zwei Phänomene ethnographischer Forschung hervorheben und transparent machen, die ich für das methodische Verständnis als elementar erachte. Das ist zum einen die Vielfalt der Perspektiven – vornehmlich subjektiver und individueller Wahrnehmungen –, die das Endprodukt einer ethnographischen Arbeit mitgestalten und zum anderen die zeitliche und räumliche Begrenzung ethnographischer Daten, die einzig einen Ausschnitt einer prozessualen und dynamischen Thematik im Forschungsfeld abbilden. Diese beiden Gesichtspunkte sind grundlegend für mein Verständnis ethnographischen Arbeitens und damit gleichermaßen für die vorliegenden Aufzeichnungen. Es handelt sich also um eine detailreiche und tiefgehende Auseinandersetzung mit individuellen Wahrnehmungen, die sich jedoch nur auf einen kleinen Rahmen zahlreicher möglicher Perspektiven auf das Phänomen Internet und Diabetes beschränkt.

Vor allem seit den 60er Jahren sind die Fragen zu der Produktion von anthropologischen Wissen bereits in diversen Auseinandersetzungen diskutiert worden. Nicht nur ausgelöst durch die weltweit antikolonialen Diskurse und Befreiungskriege, sondern auch durch fachinterne Debatten war die Kultur- und Sozialanthropologie als Disziplin dazu angehalten, sich mit ihrem Verhältnis zum Kolonialismus und der Frage der Verobjektifizierung durch ethnologische Forschung auseinanderzusetzen. Diese Phase wurde als 'Krise der Ethnologie' (vgl. Schupp 1997: 1f.) bezeichnet. Der Debatte folgte die 'Krise der Repräsentation'.⁵ In dieser Phase wurde sich vordergründig damit auseinandergesetzt, wie Kulturen angemessen repräsentiert werden können. Diese Diskussion bezog sich auf die Reflexion ethnographischen Schreibens und ethnographischer Texte und den Ausdruck von Machtverhältnissen, die sich dort manifestieren und wiederfinden.⁶ An dieser Stelle möchte ich diese Debatte jedoch nicht tiefergehend behandeln, sondern einzig darauf verweisen, dass mir diese Vergangenheit der Disziplin bewusst ist und ich daher versuchen möchte, meine Forschung subjektorientiert zu gestalten und nebst dem meine Position als Forscherin

5 Kritische Impulse lieferte u.a. Clifford Geertz (1988) *Works and Lives. The Anthropologist as Author*.

6 Z. B. in diesem ausschlaggebenden Werk werden Fragen der kritischen Analyse ethnographischen Schreibens behandelt: James Clifford & George E. Marcus Hrsg. (1986) *Writing Culture. Poetics and the Politics of Ethnography*.

transparent zu machen. Philippe Descola (2005) betont in seinem Artikel *On anthropological knowledge* besonders die Bedingungen, unter denen anthropologisches Wissen produziert wird, als entscheidend für die Forschung und die Ergebnispräsentation. Die Notwendigkeit der Akzentuierung der Forschungsmodalitäten ergibt sich für ihn daraus, dass diese nie gleich sein können und somit die Forschung entscheidend beeinflussen. Die Forschungsmodalitäten sind sowohl die an der Forschung beteiligten Personen (ForschungsteilnehmerInnen, ForscherIn), als auch theoretisches Wissen, die Rahmenbedingungen wie Zeit und finanzielle Ressourcen und Beziehungen, die sich im Feld ergeben. Diese an der Forschung beteiligten wandelbaren Umstände machen jedes Ergebnis zu einem individuellen und einzigartigen. In dem von Descola dargelegten reflexiven Ansatz greifen die drei Phasen: 'Description', 'Comprehension' und 'Explanation' der Produktion anthropologischen Wissens ineinander über. Sie können nicht als strikt voneinander getrennt betrachtet werden, sondern können auch in den jeweils anderen Phasen präsent sein (vgl. ebd.:68). Folglich ist z.B. die deskriptive Phase keine, die als frei von Interpretation gesehen werden kann. Auch in dieser Phase der Beschreibung ist der Blickwinkel des Forschers/der Forscherin bestimmend, indem er/sie entscheidet, welche Daten er/sie aufnimmt und welche er/sie auslässt oder als unwesentlich betrachtet. Dieses grundlegende Verständnis für den Prozess der Produktion anthropologischen Wissens hat mich während der Gestaltung und Entwicklung meiner Forschung und der Datenanalyse begleitet. Eine Herausforderung im Verlauf der Forschung und der Analyse lag für mich darin, mich nicht der Wahrnehmung der ForschungsteilnehmerInnen durch meinen eigenen Standpunkt zu entziehen. Ein Versuch, diesem Anspruch gerecht zu werden, war die Entscheidung, dem Blick der ForschungsteilnehmerInnen zu folgen und mich dem Phänomen der Nicht-BenutzerInnen zuzuwenden. Das heißt jedoch nicht, dass mir diese Aufgabe gelungen ist. Zwischen meiner Präsentation der Daten und der Schilderung des Blickes auf das Internet von den Frauen am Stammtisch können durchaus Differenzen auftreten.

Im Zeitraum von Juni 2011 bis November 2011 lernte ich fünf Frauen, die an Diabetes-Typ-1 leiden, kennen. Bis auf eine Ausnahme (eine 45-jährige Frau) waren die Frauen, die an der Forschung teilgenommen haben, ca. 30 Jahre alt, zum Teil ein bis zwei Jahre jünger oder älter. Außerdem hatten die ForschungsteilnehmerInnen schon seit längerer Zeit Diabetes: eine Frau seit sieben Jahren, eine Frau seit 28 Jahren und die anderen in

der Forschung vorkommenden Frauen seit ca. 15 Jahren.⁷ Ich nahm an den monatlichen Stammtischtreffen⁸ dieser Gruppe von Typ-1-DiabetikerInnen teil und traf mich zur Durchführung qualitativer Interviews⁹ einzeln mit ihnen. Die Stammtischtreffen fanden an unterschiedlichen Orten statt, in einer Kneipe, auf dem Weihnachtsmarkt oder zum Picknick auf einer Wiese. Die Einzelinterviews führte ich häufig bei den Gesprächspartnerinnen zuhause. Wenn es die Umstände ermöglichten, ließ ich mir von ihnen ihre genutzten Online-Räume und Aktivitäten zeigen. So bekam ich einen bescheidenen Einblick in ihre Lebenswelten, ihre gemeinsamen Unternehmungen als Stammtisch für Typ-1-DiabetikerInnen und ihre Beziehung zum Online-Raum. Die Interviews und Beobachtungen brachten mir wichtige Informationen über ihre Beziehung zu 'ihrem Diabetes' und den dadurch bestimmten Blick auf das Internet. Daten, die ich schließlich für die Analyse verwendet habe, umfassen Feldnotizen, Transkriptionen der qualitativen Interviews und Beobachtungsprotokolle. Da ich das Verhältnis von Internet und gesellschaftlichen Phänomenen reziprok verstehe, habe ich es als notwendig betrachtet, sowohl den Diabetes, als auch das Internet in den Fokus der Forschung zu stellen, um das Spannungsfeld zwischen den beiden Aspekten zu begreifen. Es soll kein Verständnis zweier Pole dargelegt werden, sondern die wechselseitige Beziehung skizziert werden, die sich aus Gesellschaft und neuen Technologien ergibt. Die subjektiven Perspektiven und Begrifflichkeiten, die mir in den Interviews und während der Beobachtungen im Feld vermittelt wurden, haben eine zentrale Bedeutung für das Verständnis dieses Spannungsfeldes. Durch diese Sichtweisen geleitet, unternehme ich in der vorliegenden Arbeit den Versuch, Thesen generierend und nicht Thesen bestätigend zu arbeiten, um die Komplexität der ausgewählten Thematik zu berücksichtigen. Auch die leitende Forschungsfrage, die ich als generativ verstehe, unterstützt dieses Vorgehen und eignet sich dazu, 'Neues' herauszufinden. Damit soll das Phänomen Internet aus einer bisher weniger eingenommenen Perspektive betrachtet, und 'unerwartete' Phänomene, die sich daraus ergeben können, sollen erfasst werden. Auch auf der Ebene der Datenanalyse habe ich diesen Aspekt berücksichtigt und Analyseschritte der Grounded Theory (vgl. Strauss & Corbin 1994) in den Prozess der Datenauswertung einbezogen. Mit der Anlehnung an

7 Detailliertere Angaben zu dem Alter und der Dauer der Erkrankung befinden sich in dem Kapitel '4 Mein Leben mit 'meinem Diabetes'.

8 Insgesamt nahm ich an 6 der monatlich stattfindenden Stammtischtreffen teil (zumeist ein ca. fünfstündiges Treffen am Abend oder am Nachmittag).

9 Es handelt sich um zwei- bis dreistündige Interviews, die ich so häufig wie möglich bei den InterviewpartnerInnen zuhause durchführte. In zwei Fällen habe ich mich mit den InterviewpartnerInnen im Kaffeehaus getroffen.

diese Methode habe ich versucht, Zusammenhänge zwischen den thematischen Bereichen Diabetes und Internet herzustellen und zu interpretieren. Folglich haben meine Forschungsergebnisse keinen universellen Anspruch. Sie beziehen sich lediglich auf die spezielle Gruppe von DiabetikerInnen, mit denen ich in meiner Forschung gearbeitet habe. Dass es sich bei den ForschungsteilnehmerInnen ausnahmslos um DiabetikerInnen handelt, die 'ihren Diabetes' nicht als etwas Negatives betrachten, mag in der Konzeption des Stammtisches liegen. Ich möchte jedoch ausdrücklich darauf hinweisen, dass es auch andere Perspektiven auf den Diabetes und die Möglichkeiten des Internets gibt. Leider war es im Rahmen der Forschung nicht umsetzbar, diese Perspektiven ausreichend zu berücksichtigen. Die Einschränkung ist auf begrenzte Zeitressourcen, die dem Rahmen einer Diplomarbeit zugrunde liegen, zurückzuführen.

In der Analyse dieser Arbeit entziehe ich mich immer wieder durch die Verwendung langer Zitate aus den Gesprächen einer direkten Interpretation und mache damit den Versuch, den ForschungsteilnehmerInnen eine eigene und selbsterklärende Stimme zu geben. Als Forscherin wirke ich dennoch durch die Selektion und Positionierung der Textpassagen interpretierend und gestaltend auf das Ergebnis. Des Weiteren sehe ich in dieser Form der Ergebnispräsentation durch lange Textpassagen die Möglichkeit, dem/der LeserIn einen erweiterten Interpretationsraum zu gestatten und dem paradoxen Eindruck, Forschungsergebnisse seien festgelegt, vorzubeugen. Dieses Angebot erfordert jedoch eine/n aktive/n und aufmerksame/n LeserIn, der/die das Angebot nicht ausschließender, festgelegter Forschungsergebnisse annimmt. Die Vielfalt und Intensität, die sich auf der einen Seite aus der Fokussierung der qualitativen ethnographischen Forschung auf einen ganz speziellen ausgewählten Aspekt ergibt, begrenzt auf der anderen Seite das Abbild und die Repräsentation der Forschung. Bohannan vergleicht es mit einer Fotografie. Er verweist auf den zeitlich und räumlich begrenzten Ausschnitt, den eine Ethnographie in ihrem Forschungsfeld greifbar macht. *„In diesem Sinne funktioniert Ethnographie wie Fotografie [sic!]; sie hält ein Stück Zeit fest. Dinge, die sich ereignet haben, bevor die Aufnahme gemacht wurde, sind nicht zu sehen; und alles was danach geschah, fehlt ebenfalls.“* (2003:20) In dem konkreten Fall ist es die Perspektive der fünf von mir ausgewählten Frauen und ihr spezieller Blick auf das Internet innerhalb des Forschungszeitraumes. Sowohl das Phänomen Internet als auch der Blick und die Positionierung der Frauen begrenzen den Anspruch ihrer Geltung auf den Zeitraum der Forschung und können durch ihre dynamischen und

prozessualen Eigenschaften jeder Zeit Veränderungen hervorbringen. Bezogen auf zeitliche und räumliche Aspekte, ist dieser Vergleich nun annehmbar und kann die Grenzen einer Ethnographie verdeutlichen. Die 'dichte Beschreibung' eines Bedeutungsgefüges ist jedoch nicht mit einer Fotografie vergleichbar. In seiner Publikation *Dichte Beschreibungen. Beiträge zum vertsehen kultureller Systeme* (1983) beschreibt Geertz Kultur als 'selbstgesponnenes Bedeutungsgewebe', in dem sich die Menschen aufhalten. Somit versteht er die Wissenschaft nicht als eine „[...] experimentelle Wissenschaft, die nach Gesetzen sucht, sondern eine interpretierende, die nach Bedeutung sucht.“ (ebd.:9) Es ist mir bewusst, dass ich als Forscherin, wie u. a. Descola es ausgeführt hat, durch das Entwerfen der Konzeption der Forschung, der Interpretation, der Analyse und der Präsentation der Forschungsergebnisse keinen Anspruch an Objektivität oder Neutralität meinerseits haben kann. Wir haben es hier mit einer Ausgangssituation zu tun, die mir als angehende Kultur- und Sozialanthropologin vertraut ist und ausreichende Reflexivität verlangt. Die Zusammenkunft der unterschiedlichen Überlegungen, Ansichten, subjektiven Wahrnehmungen, Begegnungen, theoretischen Auseinandersetzungen, der verschiedenen Beschreibungen und Interpretationen machen das in der Diplomarbeit endende Ergebnis mit den Worten von Clifford Geertz zu einem 'intellektuellen Wagnis' (1983:10), das in einer 'Dichten Beschreibung' Ausdruck findet. Schlussendlich fasse ich die fertige Diplomarbeit als eine Collage auf. Während der Entwicklung des Forschungsdesigns, der Forschung selbst und der Ausarbeitung meiner Forschungsergebnisse habe ich verschiedene Elemente und Perspektiven zu einem Ganzen – der Diplomarbeit – zusammengefügt, das schlussendlich auf meinem Blickwinkel, als Forscherin beruht. Es soll jedoch für jeden/jede LeserIn möglich bleiben, die Einzelteile zu erkennen, auseinanderzunehmen und zu einem neuen Bild zusammenzufügen.

1.4. Inhalt

Die Arbeit gliedert sich in fünf Kapitel. Der Einleitung folgt das Kapitel *Anthropologie des Cyberspace*. Mit diesem Kapitel soll zuerst einmal der Forschungsgegenstand *Internet* in den theoretischen Diskurs eingebettet werden, um die Diplomarbeit im Feld der Kultur- und Sozialanthropologie zu verorten. Dabei soll verdeutlicht werden, welche Aspekte und Dimensionen im Rahmen der Cyberanthropologie auf welche Weise aufgegriffen und behandelt wurden. Insbesondere berücksichtige ich in diesem Zusammenhang sozialwissenschaftliche Arbeiten, die sich mit dem Internet im

medizinischen Kontext auseinandergesetzt haben. Das Kapitel wird mit der Aufforderung von Wyatt und ihren KollegInnen (2002) abgeschlossen, das Internet nicht universalistisch zu betrachten, sondern es als „multiple Internets“ zu begreifen und somit die Perspektive auf das Internet zu erweitern und Nicht-BenutzerInnen, gelegentliche sowie ehemalige BenutzerInnen in die Auseinandersetzung mit dem Internet einzubeziehen. Diese Positionen wurden bis daher nur selten in sozialwissenschaftlichen Arbeiten zu dem Internet berücksichtigt. Bei der vorliegenden Arbeit geht es also darum, durch die Augen der 'DiabetikerInnen' auf das Internet zu blicken, unabhängig davon, ob sie das Internet in Bezug auf den Diabetes nutzen oder nicht.

Um den Blick der 'DiabetikerInnen' auf das Internet nachvollziehbar zu machen, werde ich mich in Kapitel drei *Diabetes* mit dem Diabetes-Typ-1 und Diabetes-Typ-2 auseinandersetzen. Mit der Schilderung der Parameter der biomedizinischen Diagnose Diabetes und der dazugehörigen Behandlungsweise sollen die Grenzen der Biomedizin aufgezeigt werden. Neben dieser Perspektive auf den Diabetes werde ich kurz kultur- und sozialanthropologische Zugänge zu dem Diabetes vorstellen, um in Kapitel vier *Mein Leben mit 'meinem Diabetes'* die fünf Frauen vorzustellen, die an der Forschung meiner Arbeit teilgenommen haben. Ich skizziere fünf Portraits zu ihren Schilderungen über 'ihren Diabetes' und das Internet. Es ist kein vergleichendes systematisches Vorgehen, sondern soll ausschließlich ihre Erfahrungen darlegen und Ereignisse weitergeben, von denen sie in den Gesprächen berichtet haben. Mit dem fünften Kapitel möchte ich auf den *Stammtisch* zurückgreifend das Forschungsfeld beschreiben. Dabei halte ich mich im speziellen an zwei Erlebnisse der Teilnehmenden Beobachtung, um dem Leser einen Eindruck von dem Geschehen an dem Stammtisch zu geben. Anschließend vergleiche ich das Konstrukt dieses Stammtisches mit dem Konzept 'Selbsthilfegruppe' von Moeller (1992), um Gemeinsamkeiten und Unterschiede auszuarbeiten. In Form von drei Aspekten, die sich als sehr bedeutsam für den Stammtisch erwiesen haben, soll im Anschluss die emische Sichtweise der DiabetikerInnen auf den Diabetes erfasst werden: der Diabetes selbst in seiner verbindenden Funktion am Stammtisch; die Vorbild- und Orientierungshilfe, die der Stammtisch leistet; und zuletzt die Komponente der Information. Mit Hilfe dieses Einblicks möchte ich anschließend versuchen, das Spannungsfeld Diabetes-Internet zu analysieren. Für die Analyse nehme ich in Kapitel sechs die experimentelle Struktur der

vier Dynamiken her, die Miller und Slater (2000) für die Analyse der sozialen Dimension des Internets entwickelt haben. Die **Dynamiken der Objektifizierung** (Dynamics of Objectification) analysieren vordergründig das Verhältnis der (Nicht-) BenutzerInnen zu dem Internet und wie sie es als Objekt für sich verstehen. Die **Dynamiken der Mediation** (Dynamics of Mediation) versuchen zu erschließen, wie die (Nicht-) BenutzerInnen in der praktischen Anwendung mit dem Internet umgehen und es als Medium verstehen. Die **Dynamiken der normativen Freiheit** (Dynamics of normative freedom) versuchen das Spannungsverhältnis neuer Freiheiten, Normen und Strukturen die sich im Online Raum begegnen zu erfassen und die **Dynamiken des Positionierens** (Dynamics of Positioning) erörtern vor allem, wie sich Einzelne und Gruppen in dem durch das Internet erweiterten Aktionsradius Positionieren. Die vier Dynamiken bieten gleichsam eine prozesshafte und dynamische Struktur, sowie konkrete Anhaltspunkte, um den Online-Raum in seiner sozialen Dimension zu erfassen und das reziproke Verhältnis von Online und Offline zu verstehen. Die Variabilität der (Nicht-) BenutzerInnen einbeziehend versuche ich auf diese Weise, das Spannungsfeld zwischen Diabetes und Internet zu erforschen. Schlussendlich greife ich in der Conclusio drei Punkte heraus, die für mich dieser Arbeit entsprechend, essentiell für den Blick der ForschungsteilnehmerInnen auf das Internet sind: *Das physische Erleben, 'mein Diabetes' ist bedroht* und zuletzt *die 'multiplen Internets'*. Sie zeigen die Nähe und gleichzeitige Distanz die zwischen den Menschen mit Diabetes und dem Internet besteht.

1.5. Schreibart

In dieser Arbeit verwende ich durchgängig eine gendergerechte Schreibweise. Um Konfusionen vorzubeugen sei an dieser Stelle darauf hingewiesen, dass meine Gesprächspartnerinnen ausschließlich Frauen waren. Obgleich die Mitglieder des Stammtisches nicht vornehmlich Frauen sind und sich auch hin und wieder Männer zu der Gruppe gesellen, waren an den Treffen, denen ich beiwohnte, überwiegend jene vier Frauen, mit denen ich auch die Interviews geführt habe vor Ort, auch weil sie die Basis des Stammtischs ausmachen. Somit verwende ich an gewissen Stellen in dieser Arbeit die erforderliche singuläre feminine Schreibweise.

Des Weiteren möchte ich darauf hinweisen, dass ich die englischen Begriffe *Online* und *Offline* trotz des Anglizismus ungekennzeichnet in meinen Fließtexten verwende. Diese

Begriffe sind im deutschen Sprachraum etabliert und eine sinngemäße anwendbare Übersetzung war für das in der Arbeit vorliegende Anliegen nicht auffindbar. Überdies lehne ich mich mit der Verwendung von der Bezeichnung '*mein Diabetes*' und '*der Diabetes*' an die Formulierung meiner Gesprächspartnerinnen an, die ihre '*Krankheit*' in dieser Form titulieren, insbesondere aus dem Grund, weil sie die Bezeichnung Krankheit ablehnen. Überdies möchte ich an dieser Stelle vorab erwähnen, dass sich in der Forschung nicht gezeigt hat, dass sich über die Formulierung eine eindeutige Identifikationszuschreibung äußern muss. Jede Frau die ich interviewt habe, hat sich anders zu ihrem Diabetes positioniert¹⁰. Die andauernde Auseinandersetzung mit ihren Erzählungen hat diese Bezeichnung auch in meinem Sprachgebrauch manifestiert und gibt nebst dem unverblümt ihre Wortwahl wieder. Zu Beginn meiner Forschung habe ich von 'Menschen mit Diabetes' oder 'Menschen, die an Diabetes erkrankt sind' gesprochen. Im Verlauf der Forschung habe ich die Wortwahl meiner InterviewpartnerInnen übernommen.

¹⁰ Siehe Kapitel 4 Mein Leben mit 'meinem Diabetes'.

2. ANTHROPOLOGIE DES CYBERSPACE

Das Internet als Gegenstand der Anthropologie des Cyberspace und als Teil der neuen Medien und Kommunikationstechnologien gehört zu einem jungen Feld der Kultur- und Sozialanthropologie, einer Teildisziplin, die sich gegenwärtig noch bewähren muss, jedoch immer mehr Anerkennung findet. Im folgenden Kapitel wird dargelegt, wie das Internet in der Kultur- und Sozialanthropologie als Forschungsgegenstand verstanden und untersucht wird und welche theoretischen Bezüge entwickelt wurden. Es wird sich zeigen, dass es neben der technischen Dimension des Internets auch eine soziale Dimension und einen engen Bezug zu dem lokalen, lebensweltlichen Kontext der BenutzerInnen gibt. Die Nähe der neuen Kommunikationstechnologien zu dem individuellen Lebensraum der BenutzerInnen betonend, wird die Varianz der Wahrnehmungen und Erscheinungsformen des Internets deutlich. Aspekte, die Nicht-BenutzerInnen, gelegentliche und ehemalige BenutzerInnen des Phänomens Internets sichtbar machen, sind nur in wenigen Fällen wissenschaftlicher Arbeiten berücksichtigt worden (vgl. Wyatt et al. 2001). Auch Forschungsarbeiten, die sich mit sozialmedizinischen Fragestellungen in Zusammenhang mit dem Internet auseinandersetzen (vgl. Hardey 2002, Sharf 1997, Bury 2001), vernachlässigen beispielsweise den lebensweltlichen Kontext ihrer „e-patients“¹¹, und die Auswirkungen, die online Aktivitäten auf ihn und seine Lebenswelten haben (vgl. Oragd 2005).

Mit diesem Kapitel möchte ich zum einen das aktuelle theoretische Verständnis über die Technologie Internet darlegen und zum anderen auf die Notwendigkeit verweisen, sich mit den unterschiedlichen Perspektiven, die darauf möglich sind, auseinander zu setzen. Es ist eine Aufforderung, der anfänglichen Verführung zu widerstehen, das Internet als statische und eindimensionale Erscheinung zu betrachten – weder auf der sozialen und lokalen Ebene, noch auf der technischen und globalen. Diesen Blickwinkel auf den

11 Die Kommunikationswissenschaftlerin Shani Orgad (2005) kritisiert, dass zwar die Online – Aktivitäten der PatientInnen im Hinblick auf bestimmte Kategorien (Informationssuche, emotionale Unterstützung) analysiert werden, jedoch nicht berücksichtigt wird, was sie wirklich Online machen und welche Auswirkungen diese Aktivitäten auf ihr Leben haben. Den Begriff „e-patient“ der in diesem Zusammenhang häufig Anwendung findet betrachtet sie aus diesem Grund als zu kurz gegriffen.

Forschungsgegenstand Internet zu verfolgen, halte ich für notwendig, um meine Forschungsfrage vollständig und in den gegenwärtigen wissenschaftlichen Diskurs eingebettet beantworten zu können.

2.1. Das Internet – Versuch einer Definition

Als Anglizismus kommt der Begriff 'Internet'¹² (Interconnected Network) aus dem Englischen und hat sich mit der weltweiten Etablierung des Internets als Eigenname durchgesetzt. Das Internet ist ein Rechnernetzwerk, über das weltweit Daten ausgetauscht werden. Dabei ist es theoretisch möglich, jeden Rechner mit einem anderen zu verbinden, gleich an welchem Ort der Welt sie sich befinden. Es gibt verschiedene Internetdienste wie u.a. E-Mail, Datenübertragung und das WWW, die von den BenutzerInnen verwendet werden können.

2.1.1. Das Internet – Entstehung und Verbreitung

Der Vorläufer des heutigen Internet war das ARPANET (Advanced Research Project Agency Network), das während des Kalten Krieges erfunden wurde. Es diente der Vernetzung US-amerikanischer Universitäten, die für das Verteidigungsministerium arbeiteten. Es sollte helfen, Rechenkapazitäten gemeinsam zu nutzen.¹³ In den 1970er und 1980er Jahren gab es neben dem Internet auch noch andere Mechanismen, die sich zur digitalen Datenübertragung¹⁴ anboten, sich aber nicht durchsetzen konnten (vgl. Wyatt et al. 2001:24). Mit der Zeit hat sich das Internet aus dem universitären Rahmen heraus weit verbreitet. Es wurde im öffentlichen Dienst und zur individuellen Nutzung angewandt und hat sich in dieser Form fortwährend etabliert. Heute stellt das Internet das weltweit größte

12 Mit „Internet“ meine ich das Internet in der Gesamtheit seiner Dienste. Mit dem Begriff beschränke ich mich nicht ausschließlich auf das WWW, dem es hauptsächlich seine Popularität zu verdanken hat, sondern beziehe mich unter anderem auf Applikationen wie E-Mail, Mailing Liste, Newsgroups und „Social Networks“ wie z.B. Facebook oder Google+.

13 Dies hat sich überwiegend gegenüber der Annahme durchgesetzt, dass das Apanet dazu entwickelt wurde, die nationale Sicherheit zu gewährleisten, würde ein Atomkrieg tatsächlich ausbrechen. Eine Übersicht zu dieser Ansicht gibt es auf der Website <http://www.demokratiezentrum.org/themen/mediengesellschaft/e-democracy/die-geschichte-des-internets.html> [Zugriff:29.12.2011]. Einen guten und lebhaften Überblick zu der historischen Entwicklung des Internets mit friedlichen Absichten und seinen Vorläufern bieten die Journalisten Hafner & Lyon (2000).

14 Der konkrete technische Datenaustausch zwischen den Rechnern am Netzwerk erfolgt anhand der Daten-Übertragungstechnik TCP/IP (Transaction Contral Protocol/Internet Protocol). Sie bildet die Grundlage für die Netzwerkkommunikation im Internet. TCP wandelt dabei die Daten in Datenpakete um, die durch ihre Adresse vom IP weiter geleitet werden (Budka 2002:10).

Computernetzwerk dar.¹⁵ Laut den „Usage and Information Statistics“¹⁶ haben 30,2% der Weltbevölkerung Internetzugang. Die höchste Durchdringung in der Bevölkerung findet sich in den USA (78,3%), gefolgt von Australien/Ozeanien (60,1%) und Europa (58,3%). Afrika (11,4%) hat den geringsten Zugang, verweist jedoch auf das höchste Wachstum von 2000 – 2011. Die Länder, in denen der Internetzugang am weitesten verbreitet ist, haben auch das geringste Wachstum. Laut Statistik Austria¹⁷ haben in Österreich 79% Einzelpersonen Internetzugang. Obschon die Statistiken über die Erscheinung und Auswirkung des Internets in seiner sozialen Dimension an sich wenig aussagt, wird dennoch ein Eindruck vermittelt, wie unterschiedlich die Durchdringung unterschiedlicher Bevölkerungsgruppen von der Technologie Internet ist.

2.1.2. Das Internet – Erscheinungsformen und Grenzen

„In contrast to many technologies which take a material form, it is harder to say where the Internet begins and ends and what is meant when the term is used: computers, a protocol, applications programs, content or domain names and email addresses. Both its production and its consumption are dispersed among multiple locations, institutions and individuals“
(Hine 2000:28).

Den Blick in die Vergangenheit gerichtet, macht es den Anschein, dass sich das Internet als neues technologisches Kommunikationsmedium mit einer Selbstverständlichkeit in unseren Lebensraum eingeschlichen hat, die von uns NutzerInnen kaum bemerkt wurde. Neben der weitreichenden Beeinflussung kommunikativer und informativer Funktionen im medizinischen Bereich stellt bei Woolgar¹⁸ (2002) und Tautz¹⁹ (2002) das Internet die neue Infrastruktur der Kommunikation in divergierenden Bereichen (Bildung, Politik, Kunst, Musik, Ökonomie, Gesundheit, usw.) dar. Somit tangieren die neuen

15 WWW – World Wide Web: Das World Wide Web basiert auf einem Netzwerk von Billionen Dokumenten im Internet. Die „Sprache“, die im World Wide Web verwendet wird, ist HTML. Diese Hypertext – Dokumente sind über Hyperlinks miteinander verbunden und können darüber hinaus aufeinander verweisen. Die Internetseiten müssen nicht ausschließlich auf Texten basieren, sondern können auch multimedial sein, indem sie Bild-, Audio- und Video-Dateien in die Gestaltung der Dokumente einbinden (vgl. Budka 2002).

16 <http://www.internetworldstats.com/stats.htm> [Zugriff: 2.1.2012].

17 http://www.statistik.at/web_de/statistiken/informationsgesellschaft/index.html [Zugriff 2.1.2012].

18 Steve Woogar ist britischer Soziologe mit Professur für Marketing in Oxford und Mitinitiator des Projektes „Virtual Society“ von 2002.

19 Nach dem Studium der Soziologie und Gesundheitsökonomie veröffentlichte Frederik Tautz (2002) das Buch „E – Health und die Folgen: Wie das Internet die Arzt – Patienten – Beziehung und das Gesundheitssystem verändert“. Als Consultant begleitet er Firmen und Unternehmen seit 15 Jahren bei der Einführung und Anwendung digitaler Technologien.

Kommunikationstechnologien zahlreiche gesellschaftliche Phänomene und verändern die Erfahrungen interpersoneller Kommunikation und interpersoneller Beziehungen (vgl. Woolgar 2002). Mittlerweile ist ein 'gewöhnlicher' Alltag in jenen Lebensräumen, in denen sich die neuen Kommunikationstechnologien etabliert haben, ohne Internetzugang kaum vorstellbar. Mit dieser Präsenz des Internets, das nicht einzig oben genannte gesellschaftliche Aspekte berührt, sondern umfassend mit Lebenswelten von Individuen verbunden ist, bietet sich das Internet unvermeidbar als Forschungsgegenstand der Kultur- und Sozialanthropologie an und verlangt nach einer Untersuchung seiner Position, Auswirkung und Bedeutung im gesellschaftlichen Kontext (vgl. Hine 2007). Doch wo genau ist das Internet? Wie ist es in seinem Verhältnis zu der Gesellschaft zu verstehen?

Besonders die Charakteristika der neuen Kommunikationstechnologien wie Interaktion, Multidimensionalität, Ortsunabhängigkeit und Vernetzung sind bezeichnend für das Medium Internet. Von verschiedenen lokalen Standpunkten aus entsteht die Möglichkeit, eigene Perspektiven der Weltöffentlichkeit zu vermitteln und einer globalen Ebene zugänglich zu machen. Dabei hat der/ die AkteurIn die Wahl, ob er/sie sich nur an einen ausgewählten privaten Kreis wenden möchte oder an die globale Öffentlichkeit. 'Privat' und 'öffentlich' können auch in der Internetanwendung verschwimmen und nicht mehr klar voneinander abgrenzbar sein. Mit dem Internet ist eine Plattform geschaffen worden, auf der Texte, bewegte und statische Bilder sowie Ton in nie dagewesener Weise vereint werden können. „*So ist ein völlig neues, mächtiges Kommunikationspotential geschaffen.*“ (Bräuchler 2005:14), das mit den unterschiedlichsten gesellschaftlichen Ebenen 'verwoben' ist.

Neben der technischen Dimension hat das Internet also eine soziale Dimension. Die Struktur des Internets ermöglicht es, bestehende soziale Gefüge und Formationen zu durchbrechen und zu verändern. Konventionen, Verhaltensmuster sowie soziale, kulturelle und geografische Grenzen können sich von herkömmlichen Ort-und Zeit-Strukturen lösen, neu formieren und erweitern. Aber auch neue Grenzen können sich entwickeln und an Bedeutung gewinnen (vgl. Slevin 2000, Miller & Slater 2000, Bräuchler 2005, Orgad 2006). In seinem Artikel *Five Rules of Virtuality* weist Woolgar (2002: 5-8) auf einzelne Gesichtspunkte hin, die in der sozialwissenschaftlichen Auseinandersetzung mit dem

Spannungsfeld zwischen Gesellschaft und Internet mitgedacht werden sollten, um die Dimensionen der neuen Technologien erfassen zu können.

1. Die Aufforderung, Nuancen wahrzunehmen und nachzugehen: In den sozialwissenschaftlichen Debatten zu den neuen Technologien wird vielfach von einem 'wir' gesprochen. Mit der Annäherung an den Forschungsgegenstand Internet ist es jedoch wichtig zu differenzieren, wer diese Technologien tatsächlich verwendet und wen diese Veränderungen, die mit der Einführung dieser Technologie einhergehen, betreffen.
2. Die Erforschung und Analyse der alltäglichen Erfahrungen mit der Technologie ermöglichen dann einen Einblick, welche Auswirkungen sie auf unterschiedliche soziale Netzwerke wie z.B. Arbeitsverhältnisse haben oder inwieweit die neuen Technologien für die Entwicklung der globalen Gesellschaft bedeutsam sind.
3. Diese detailreichen Erklärungen erlauben dann einen Rückschluss auf die Folgen, Veränderungen und Effekte gesellschaftlicher Gefüge, die sich auf Basis der Entwicklung neuer Kommunikationstechnologien für die Menschen und Gesellschaften ergeben.

Diese Herangehensweise an die neuen Kommunikationstechnologien hat Woolgar im Rahmen des Forschungsprojektes 'Virtual society?' aufgezeigt und stellt eine Perspektive dar, die nicht immer in der Auseinandersetzung mit den neuen Technologien selbstverständlich war. In der Mitte der 90er Jahre, zu Beginn des Projektes wurde angenommen, dass sich durch die Fortentwicklung der neuen Technologien eine 'virtual Society' konstituiert, die das Verhalten, die Interaktion und Organisation der Menschen grundlegend verändert. Dies sollte erforscht und analysiert werden. Die Umsetzung des Projektes brachte jedoch unerwartete Ergebnisse und exponierte die Kluft zwischen der wissenschaftlichen Annahme und dem manifesten Ergebnis, das die Forschung hervorbrachte – es sind im speziellen die 'non-technical circumstances', die das Phänomen der neuen Technologien exemplifizieren. Wie ist nun das Internet, das sich als Technologie nicht ausschließlich materiell auszeichnet, zu verstehen? Es ist ein Computernetzwerk, das besonders in der Cyberanthropology als ein Aspekt der Globalisierung betrachtet wird und das auf den unterschiedlichsten Ebenen in den unterschiedlichsten Ausprägungen in Erscheinung tritt (vgl. Beck1998, Hörbst/Krause 2004, Bräuchler 2005, Miller/Slater

2003). Schlicht technisch betrachtet bietet das Internet als Kommunikations- und Informationstechnologie die verschiedensten Dienste, wie E-Mail, Homepage, Newsgruppen, Videochat usw. an. Diese soeben aufgezählten Dienste einschließlich, ersuchen Miller und Slater:

“not to look at a monolithic medium called ‘the Internet’, but rather at a range of practices, software and hardware technologies, modes of representation and interaction, that may or may not be interrelated by participants, machines or programs [...]”
(2000: 14).

Somit bezieht sich der Begriff Internet auf das technische Netzwerk an sich, bezeichnet aber in seiner sozialen Dimension keine Entität, sondern viele unterschiedliche Phänomene, die durch die Form der Anwendung sichtbar werden. Es sind inhomogene Modalitäten, die für die Nutzung des Internets bezeichnend sind. Dadurch wird eine Definition des Internets, die es in seiner Ganzheit erfasst, separiert von der technischen Dimension, unmöglich. Da sich der Schwerpunkt meiner Arbeit hauptsächlich mit dem Verhältnis von Internet und Gesellschaft beschäftigt und die verschiedenen Facetten des Phänomens Internet in der Wahrnehmung und Aneignung von Diabetikerinnen als BenutzerInnen oder Nicht-BenutzerInnen aufzuzeigen versucht, wurde die technische Dimension an dieser Stelle nur kurz erläutert. Für die konkretere Auseinandersetzung mit den Begrifflichkeit des Internets verweise ich auf das „Glossary of the Internet“ von Christine Hines (2000) *Virtual Ethnography*, das übersichtlich die verschiedenen Begriffe, die in Zusammenhang mit dem Internet stehen, darlegt und erläutert.

2.2. Cyberanthropology

Im vorliegenden Abschnitt möchte ich einen kurzen Überblick in die Entwicklung und den Umgang mit den neuen Kommunikationstechnologien im kultur- und sozialanthropologischen Kontext geben.

„Cyberanthropology or the anthropology of cyberculture deals with technologies and how they are constructed and implemented in society and culture“ (Budka/Kremser 2004:213). Das Präfix 'Cyber' wird heute in der Regel mit den neuen Kommunikationstechnologien in Zusammenhang gebracht. Anfangs diente es der Definition von Wissenschaften, die sich

mit der Interaktion von Mensch und Maschine befassten. Arturo Escobar war 1994 der erste Anthropologe, der sich mit dem Feld der Cyberanthropologie auseinandersetzte. Er entwickelte das Konzept der „Cyberculture“, mit dem er hauptsächlich auf den Bereich der neuen Technologien verwies – auf der einen Seite die Biotechnologien und auf der anderen Seite die neuen Kommunikationstechnologien (vgl. Escobar 1994, Budka 2004). Das Konzept sollte helfen, die Transformationen und Veränderungen durch die Technologien in Struktur und Bedeutung der modernen Gesellschaft zu analysieren.

„As a new domain of anthropology practice, the study of cyberculture is particularly concerned with the cultural constructions and reconstructions on which the new technologies are based and which they in turn help to shape”
(Escobar 1994: 211).

Mit der Cyberanthropologie entwickelte sich ein neues Wissenschaftsprojekt. In der Kultur- und Sozialanthropologie wurde das Internet anfangs vor allem auf zwei Weisen verstanden: *im ersten Fall* als kulturelles Produkt oder Artefakt, das in einem bestimmten Kontext mit bestimmten Absichten entwickelt wurde. Solcherart verstanden, ist das Internet eine materielle Manifestation menschlicher Interessen und Bedürfnisse: ein Gegenstand, den der Mensch kreiert, mit dem er umgeht und dem er in seiner Umgebung eine Bedeutung zuschreibt (vgl. Hörning 1989: 96). Beispielsweise bei Miller und Slater (2000) ist es für ihre theoretischen Auseinandersetzungen mit dem Internet grundlegend, es als integrale Komponente materieller Kultur zu verstehen.²⁰ Von der *zweiten Perspektive* ausgehend wird das Internet als „Cyberspace Kultur“ verstanden. Sie konstituiert sich über die Interaktion der Menschen im Online-Raum, beispielsweise im Rahmen von Computerspielen, bei denen die MitspielerInnen im Online Raum zusammenwirken und dort eine zuvor 'nicht existente' Welt kreieren – einen 'third Space' (vgl. Boellstorff). Das Internet ist somit nicht nur ein Medium, das Inhalte übermittelt, sondern ebenfalls neue Phänomene von Aktion, Interaktion und sozialen Beziehungen hervorbringen kann. Bräuchler (2005) verbindet in ihrer Definition der Cyberanthropologie den durch das Internet entstandenen sozialen Raum mit dem lebensweltlichen Kontext des/der BenutzerIn. Demgemäß ist das Internet keine virtuelle Welt, die wir mit dem Online Status betreten und

20 Auf die theoretischen Ansätze zum Internet werde ich am Schluss des Kapitels konkreter eingehen.

die aus unserem üblichen Wirklichkeitsrahmen hinausfällt, sondern führt lediglich dazu, dass sich die Variationsbreite sozialer Positionen ausweitet. Diese Wechselwirkung zwischen Online und Offline berücksichtigend, verweist sie dennoch darauf, dass die Konstituierung des Online-Raumes eine andere ist als die des Offline-Raumes und sich demzufolge auch etwas kulturell Eigenständiges im Online-Raum herausbilden kann. Sie konzidiert dem Kulturraum Internet einen Status als mögliches autarkes soziokulturelles Territorium (Bräuchler 2005:44). Somit ist nicht nur die Cyberanthropologie ein neues Feld; auch Felder, die im Kontext des Internets untersucht werden, können sich neu konzipieren. Damit unterscheidet sich Bräuchler von Miller und Slater, die das Internet als Teil der materiellen Kultur sehen und es damit in der kulturellen Praxis ansiedeln. Beide Standpunkte haben jedoch gemeinsam, dass sie dem 'Kontext Ansatz'²¹ zuzuordnen sind und sich von Manuel Castells (2001) Vision einer 'Network Society'²² distanzieren.

Schlussendlich unterscheidet sich eine kultur- und sozialanthropologische Auseinandersetzung mit dem Internet nicht von Herangehensweisen an andere Forschungsgegenstände in dieser Disziplin (vgl. Hine 2000). Die Perspektive und der Glaube an das Internet bestimmen letztendlich die Wahrnehmung und die Beziehung, die wir zu ihm haben, ähnlich wie bei anderen ethnographischen Themen – beispielsweise im Fall der Azande. Nach Evans-Pritchard (1937) bestimme der Glaube an den Schadenszauber die Beziehungen und Erklärungsmuster der Azande zu Unglücksfällen die sie mit dem Schadenszauber erklären. Bezogen auf das Internet bedeutet es, dass die Position und Perspektive, die ein Mensch zum Internet einnimmt, für die Beziehung und den Umgang mit demselben bestimmend ist (vgl. Hine 2000:9ff.). Das ethnographische Feld formt sich also über die lokale Interpretation und den lokalen Gebrauch der Technologie. „*Ethnography can therefore be used to develop an enriched sense of the meanings of the technology and the culture, which enable it and are enabled by it*“ (vgl. ebd.:8). Durch diese Ausrichtung ist vor allem in der Cyberanthropology die Auseinandersetzung mit dem Diskurs von Virtualität und Realität äußerst bedeutsam und veranschaulicht präzise die wissenschaftliche Perspektive auf dieses Phänomen.

21 Siehe Kapitel 2.2.1 Die Frage nach den 'Realitäten – drei theoretische Zugänge.

22 Siehe Kapitel 2.2.1 Die Frage nach den 'Realitäten – drei theoretische Zugänge.

2.2.1. Die Frage nach den 'Realitäten' – drei theoretische Zugänge

Vornehmlich möchte ich in diesem Kapitel drei theoretische Ansätze darlegen, die sich mit dem Verhältnis von Gesellschaft und Internet auseinandersetzen und in sozialwissenschaftlichen Disziplinen entwickelt wurden. Die theoretischen Positionen unterscheiden sich vor allem in ihren divergierenden Auffassungen der Beziehung von 'Virtualität' und 'Realität' und beschäftigten sich häufig mit der Frage der Separationen von 'Realitäten', die sich durch den Internet-Gebrauch ergeben. Der Online-Raum, der als 'Cyberspace' bezeichnet wird, wird dabei oftmals als 'Virtualität' verstanden, die die eigentliche lebensweltliche 'Realität' auf unterschiedliche Art und Weise ersetzt oder widerspiegelt. Der Parallelansatz, der Simulationsansatz und der Kontextansatz stellen drei theoretische Erklärungsmuster dar, die dem Leser zugleich einen Einblick in die Diskussion um 'Virtualität' und 'Realität' geben sollen.

Die theoretischen Überlegungen des Parallelansatzes gehen davon aus, dass es zwei parallele Welten gibt – die reale und die virtuelle²³ (vgl. Castells 1996). Diese theoretische Erklärung fasst den Online-Raum als Option auf, z.B. soziale Interaktionen auf einer anderen Ebene zu repräsentieren. Mit den Neuen Technologien bricht für Visionäre wie den spanischen Soziologen Manuel Castells (2001), im soeben dargelegten Sinne, ein neues Zeitalter an, dass er mit 'Network Society' bezeichnet. Er nimmt an, dass sich mit der Fortentwicklung dieser Neuen Technologien eine von Netzwerken dominierte Welt konstituiert, zu der nicht alle Menschen Zugang haben, sondern nur diejenigen, die mit dem Netzwerk verbunden sind. Diese neu entwickelte Welt ist losgelöst vom Rest der Welt und geschichtlichen sowie geographischen Relikten. Sie werden als zwei Welten verstanden, die nebeneinander existieren, sich aber nicht treffen können. Auch virtuelle Kommunikationsumgebungen wie MUDs (Multi-User Domains)²⁴ werden als derartige Parallelwelten verstanden (vgl. Sherry Turkle 1995). Populäre Sätze wie: *'Real life is just*

23 Manuel Castells (1996) betrachtet in „The Rise of the Network Society“ die virtuelle und die reale Welt als zwei getrennt voneinander bestehende Welten. Als Soziologe legt er sein Hauptaugenmerk in der Untersuchung auf Aspekte wie Ökonomie, Gesellschaft und Kultur. Im Speziellen geht es um die Architektur und Geometrie der neuen Netzwerk-Gesellschaft.

24 MUDs geben Online Szenerien vor, in denen die NutzerInnen agieren und mit anderen NutzerInnen kommunizieren können. Um das machen zu können müssen sie sich einen Charakter anlegen (äußere Merkmale bestimmen und Fähigkeiten die sie besitzen aussuchen).

one more window' stammen aus diesen Spielerdomains. Hine hat diesen Ansatz zutreffend zusammengefasst:

„Meaningful social relations existed in cyberspace, researchers effected a move towards CMC [Computer Mediation Network] as a context of social relations in its own right, rather than a medium used to good or bad effect within other context“ (2000: 17).

Dombrowski (2011: 273) formuliert Forschungsfragen, die charakteristisch für den Parallelansatz sind, wie folgt: 'Sind Interaktionen im Internet real oder nicht?' oder 'Wohin führt der Gebrauch des Internets, in eine Utopie oder eine Dystopie?' Folglich determiniert die Frage nach der Beziehung des Online-Raumes zur 'Realität' die Form der Auseinandersetzung mit dem Internet.

Die unter dem Simulationsansatz zusammengefassten Theorien gehen in ihren Überlegungen noch ein Stück weiter. Man geht davon aus, dass „[...]sich die virtuelle Ebene über die Realität hinwegsetzt und schließlich als deren Simulation, als einzige 'Realität' zurück bleiben kann“ (Bräuchler 2005:18). Simulation meint in diesem Fall, dass z.B. Online-Communities, die entstehen, nur oberflächliche Pseudo-Gemeinschaften sein können. Diese als 'Virtualität' bezeichnete Ebene bildet jedoch nicht mehr als eine scheinbare Realität ab und wird demgemäß als von der 'wirklichen' Realität separiert verstanden. Der Ethnologe Tom Boellstorff (2008) hat mit *Coming of age in second life* eine Ethnographie über die virtuelle Welt von 'Second Life'²⁵ verfasst. Er setzt sich mit 'virtual worlds' und ihren eigenen Bedingungen auseinander. Dabei betrachtet er die 'virtual world of Second life' als einen 'third place', an dem zwei Menschen miteinander von zwei verschiedenen Orten agieren können. Er betrachtet diesen Platz jedoch nicht als eine Simulation und auch nicht als eine Welt, die losgelöst von der lebensweltlichen 'Realität' betrachtet wird, sondern als erweiterte Komplexität gesellschaftlicher Strukturen. Mit diesem Beispiel leite ich zu dem kontextuellen Ansatz über, dem ich mich mit der vorliegenden Untersuchung anschließe. Zumeist wird dieser Ansatz von SoziologInnen und EthnologInnen vertreten. Diese theoretische Position geht davon aus, dass „die virtuelle

²⁵ 'Second Life' ist eine virtuelle Welt, die von den in ihr interagierenden Menschen als Parallelwelt zu ihrer alltäglichen Welt betrachtet wird. Diese dreidimensionale Welt wird von den BenutzerInnen selbst gestaltet.

Ebene immer in ihrem 'realen' soziohistorischen Zusammenhang betrachtet werden muss“ (Bräuchler 2005: 19). Online- und Offline-Räume sind miteinander verbunden und nicht voneinander getrennt zu betrachten (vgl. James Slevin 2000, Daniel Miller & Don Slater 2000, Bräuchler 2005, Hine 2007). Die erste holistische Studie über das Internet im Sinne des kontextuellen Ansatzes wurde im Jahr 2000 als ethnographische Arbeit von dem Anthropologen Daniel Miller gemeinsam mit dem Soziologen Don Slater veröffentlicht *The Internet: An Ethnographic Approach*. Die Studie wurde zu einer Pionierarbeit, die dazu beitrug, den kontextuellen Ansatz in der Cyberanthropology zu etablieren. In ihrer Arbeit gingen sie davon aus, dass das Internet als ein Teil des alltäglichen Lebens zu betrachten ist, aber nicht als virtueller Raum, der separat oder als Simulation von der Offlinewelt existiert.

„[...] we need to treat Internet media as conscious with and embedded in other social spaces, that they happen within mundane social structure and relations that they may transform but that they cannot escape into a self – enclosed cyberian apartness.“
(Miller/Slater 2000:5)

Die enge Verbindung von Internet und Gesellschaft war also für Miller und Slater keine Frage, die sie erforschen wollten, sondern stellt die Grundannahme für die Forschung und den Zugang zum Feld dar. Das Internet wird von ihnen als Medium betrachtet, das sich etabliert hat, aber nicht eine neue Realität darstellt. Sie haben versucht zu analysieren, wie sich Menschen in einer bestimmten Umgebung, die durch das Internet transformativ und zugleich kommunikativ ist, ihr eigenes Zuhause errichten. Ihre Forschung wird determiniert durch die Frage *„[...] how they can find themselves in this environment and at the same time try to mould it in their own image.“* (Miller/Slater 2000:1)

Als Indikator für die verschiedenen Kräfte und Spannungen, die in diesem Feld zwischen dem alltäglichen Leben und dem Potential, das die neuen Technologien haben, wurden von Miller und Slater **vier Dynamiken** entwickelt, anhand derer sie die unterschiedlichen Dimensionen des Internets untersuchen. Bezeichnend und zugleich eine Voraussetzung für die Anwendung der Dynamiken von Miller und Slater (2000) sind insbesondere zwei Bedingungen. Die erste Modalität ist die Annahme, dass das Internet als Medium anhaltend mit anderen sozialen Welten in Verbindung steht, diese fortführt und formt. Auf diese

Weise wird das Internet nicht als ein statisches Phänomen verstanden, sondern, im Sinne des Kontext-Ansatzes, als ein Phänomen, das prozesshaft und dynamisch ist. Daher fassen Miller und Slater (2000) die vier Dynamiken als Indikatoren für die verschiedenen Kräfte und Spannungen, die sich im Feld zwischen dem Internet als Medium und seiner Beziehung zu anderen sozialen Welten ergeben, auf. Eine zweite Bedingung, auf der die Dynamiken basieren, ist die Vorstellung, dass das Internet ein integraler Bestandteil der materiellen Kultur ist. Demgemäß wird das Medium Internet als Gegenstand beispielsweise durch divergierende Erwartungen unterschiedlicher Interessen bestimmter Menschen und Gruppen geformt und angewandt. Nicht in jedem Kontext, in dem die Dynamiken des Internets verwendet werden, haben sie die gleiche Bedeutung und werden gleich wahrgenommen und betrachtet. Es kann vorkommen, dass bestimmte Dynamiken in gewissen Forschungsfeldern unwesentlich werden. Andere Merkmale der Dynamiken können dem jeweiligen Forschungsgegenstand entsprechend vorder- oder hintergründige Bedeutung haben. Um derartige Modifikationen klar abgrenzen und anwenden zu können, ist es wichtig, den Kontext der Studie zu klären. Nebstdem sind die Dynamiken nicht in jeder Hinsicht klar voneinander zu trennen und können sich auf Grund dessen gegenseitig bedingen. Es sind die Dynamik der Objektifizierung (Dynamics of Objectification), die Dynamik der Mediation (Dynamics of Mediation), die Dynamik der normativen Freiheit (Dynamics of Normative Freedom) und die Dynamik der Positionierung (Dynamics of Positioning), anhand derer sie die unterschiedlichen Aspekte des Internets untersuchen. Um dem Leser einen detaillierteren Einblick in das Analysenkonzept zu gewähren, werde ich es im Folgenden ausführlich und differenziert darlegen.

Dynamiken der Objektifizierung (Dynamics of Objectification)

*„Dynamics of objectification: How do people engage with the Internet as an instance of material culture through which they are caught up in processes of identification?“
(Miller/Slater 2000:10)*

Die Autoren ordnen die Dynamiken der Objektifizierung zwischen dem Spannungsfeld von Identität und Internet an. Es geht darum zu untersuchen, wie die Menschen das Internet als Gegenstand materieller Kultur verstehen und es für sich einnehmen. Der Gebrauch des Internets führt nach ihnen dazu, dass die BenutzerInnen durch die (ungewohnte) mediale Umgebung mit einer neuen Form der Auseinandersetzung von Identität konfrontiert sind.

Sie formulieren dies wie folgt: „*People recognized themselves in the Internet in various ways and found that it provided the space for enacting core values, practices and identities.*“ (Ebd.) Diese Dynamiken werden von ihnen, im Fall von Trinidad, anhand zweier Beispiele dargelegt, die die Wahl des Begriffes „Objektifizierung“ für diese Dynamik nachvollziehbar machen und die verschiedenartige Anwendung erklären.

- In diesem Fall können die Umstände des Internets dazu führen, dass sich die BenutzerInnen durch den Gebrauch des Internets in einer neuen oder auch alten Umgebung befinden, in der sie sich selbst als „Trinidadian“²⁶ bezeichnen und identifizieren. Dadurch werden in diesem Moment andere Identifikationsmerkmale (z.B. Beruf, Geschlecht, Alter, usw.) sekundär und eine Reduktion der Person auf diesen Aspekt vordergründig. Diesen Prozess bezeichnen Miller/Slater mit, „*objectify themselves as Trinidadian*“ (2000:10).
- In diesem Punkt ist es für die BenutzerInnen zugleich möglich, mit Hilfe des Internets für sie spezielle kulturelle Räume zu gestalten und sich selbst darin zu verwirklichen. Das heißt, Menschen, die den Online-Raum mitformen, werden durch ihr Wirken zu einem Teil der materiellen Kultur. Miller und Slater (2000:10): „*We are concerned with the ways in which a particular people can recognize or 'realize' themselves through a particular domain of material culture.*“

Die Dynamik der Objektifizierung beschreibt also die Vergegenständlichung situationsbedingter Gesichtspunkte des Subjektes durch den Internet-Gebrauch. Individualität und Subjektivität des/der BenutzerIn treten in den Hintergrund, sodass er/sie sich einzig über einen objektiven Aspekt identifiziert, der in dem bestimmten Fall des Online-Kontextes adressiert wird, wie z.B. 'DiabetikerIn sein'. Gestaltet also er/sie Online-Räume als DiabetikerIn mit, realisiert er/sie die Entstehung des Internets als Teil materieller Kultur und vergegenständlicht durch diesen Prozess bestimmte Komponenten seines/ihres Selbst. Grundlage dafür ist jedoch, das Internet als materielle Kultur zu betrachten. Die Dynamiken der Objektifizierung werden durch zwei miteinander

26 Es gibt keine deutsche Übersetzung für die Bezeichnung „Trinidadian“ (Einwohner von Trinidad). Daher die Verwendung des englischen Begriffes.

verbundene Formen charakterisiert. Die „expansive Realisation“ und das „expansive Potential“.

Expansive Realisation

Im Fall der „Expansiven Realisation“ wird das Internet als ein Hilfsmittel betrachtet. Der/die BenutzerIn kann die unterschiedlichsten Varianten des Selbst im Internet skizzieren und darlegen. Es müssen nicht ausschließlich idealisierte Formen sein, sondern können gleichfalls Versionen des Selbst sein, die in Vergessenheit geraten sind oder für den/die BenutzerIn einen Anspruch an Originalität bzw. Authentizität seiner/ihrer Selbst haben. Dabei geht es nicht darum, eine natürliche oder essentialistische Identität wieder zu beleben oder zu entdecken, sondern vielmehr darum, dass durch die Konstitution des Internets ein Raum entsteht, in dem verschiedene Versionen des Selbst umgesetzt werden können. Ein signifikantes Merkmal des Internets ist die 'expansive' Dimension der 'Realisation'. Durch die globale Reichweite des Internets können sich die BenutzerInnen intensiver mit speziellen Aspekten, wie z.B. religiösen Vorstellungen auseinandersetzen, die zuvor schwieriger zu erreichen waren.

Expansives Potential

Neben der „expansiven Realisation“ betrachten Miller und Slater das „expansive Potential“ als eine Form der Dynamiken der Objektifizierung. Das „expansive Potential“ ist im Gegensatz zur „expansiven Realisation“ eher auf die Zukunft als auf die Gegenwart bezogen.

*„It is about the Internet as a mode of imagining the future, and it incorporates those issues of the Internet as utopia or dystopia that preoccupy so much of the literature but also some of the people we study“
(Miller/Slater 2000:13).*

Somit wird mit dem Internetzugang das Potential in Bezug auf die Selbstfindung erweitert. Auch das Verständnis für die Möglichkeiten, seinen angemessenen Platz zu finden, wird

durch das Internet ausgebaut. Es bezieht sich auf die Zukunft und das, was mit Hilfe des Internets erreichbar ist.

Dynamiken der Mediation (Dynamics of Mediation)

„Dynamics of Mediation: how do people engage with new media as media: how do people come to understand, frame and make use of features, potentialities, dangers and metaphors that they perceive in these new media?“
(Miller/Slater 2000:10).

Demgemäß sollen die Dynamiken der Mediation helfen nachzuvollziehen, wie die neuen Medien von den BenutzerInnen als *Medien* verwendet werden. Um diese Dynamiken zu verstehen, ist es sowohl für die Forscher als auch für die an der Forschung Teilnehmenden wichtig, das Internet in seine Einzelteile zu zerlegen, um neben der monolithischen Dimension des Internets auch die Vielfalt des Phänomens aufzugreifen. Der Begriff „Mediation“ bezieht sich somit auf das Medium als technischen Apparat und die vermittelnde Funktion, die ihn charakterisiert. Dieses Verständnis ist gekoppelt an die Frage, wie sich das Internet verstanden durch die vielfältigen Anwendungsformen als materielle Kultur manifestiert.

Infolgedessen verdeutlichen Miller und Slater die Dynamiken der Mediation anhand zweier Komponenten. Beide Komponenten machen das Internet im gesellschaftlichen Kontext aus und sind für diese Analyseebene von Bedeutung. In dem einen Fall sehen sie das Internet als „symbolic totality“. Diese objektive Betrachtung des Internets bezieht sich auf das Internet als Ganzes, als Infrastruktur, die geografische, ideelle, soziale und kulturelle Grenzen und Vorstellungen verändert. Als Ganzheit betrachtet wird das Internet objektifiziert. Zukunftsszenarien, die bis dahin utopisch erschienen, werden durch diese Betrachtungsweise in den Online-Raum projiziert. So haben z.B. Miller und Slater im Fall von Trinidad festgestellt, dass die „Trinidadian“ mehr persönliche sowie ökonomische Freiheiten, globale Mobilität usw. für sich im Internet sehen.

„This framing of the Internet as a totality is related to objectification of „the net“ (whether religious or net libertarian) as a space of utopian possibilities or to other ways looking into „the net“ and reading the future there“
(ebd.:16).

Die zweite Komponente bezieht sich auf die praktische Umsetzung und Anwendung der technischen Strukturen im lebensweltlichen Alltag des Einzelnen. Die Segmentierung der Einheit Internet in seine Einzelheiten soll eine detailliertere Perspektive auf das Phänomen Internet ermöglichen. Email, Chatrooms, Newsrooms, Foren und Homepages stellen verschiedene Zugänge und Handlungsmöglichkeiten dar, das Internet zu nutzen und in den Lebensalltag zu integrieren. Von Interesse ist dabei nicht der Gebrauch des Internets an sich, sondern wie sich die BenutzerInnen aus den divergenten technischen Möglichkeiten 'ihr Internet' modellieren (vgl. ebd. 2000:14). Die Motivation nachzuvollziehen, welche Möglichkeiten des Internets in welchen Zusammenhängen genutzt werden, basiert auf der Annahme der Autoren, dass nicht nur die Auswahl der Anwendungen an sich variabel ist, sondern auch die BenutzerInnen die Anwendungen unterschiedlich wahrnehmen und einsetzen. Die vielfältigen Varianten des Internets, die dadurch sichtbar werden, sind für die Dynamiken der Mediation interessant.

„While for some people email, surfing and chat are an integral whole, for others their relationship is merely fortuitous and incidental, since only one of these technologies is of interest to those particular users“
(Miller/Slater 2000:15).

Die Entwirrung des Internets in seine Teilbereiche eröffnet den Blick auf dieses als 'practical multiplicity'. Damit wollen die Autoren darauf hinweisen, dass sich durch die soziale Praxis Online verschiedene Internet-Phänomene ergeben, die auch Felt et al. (2008) als 'multiple Internets'²⁷ bezeichnen. Erst diese detaillierte Betrachtungsweise macht deutlich, wie BenutzerInnen das Medium Internet als Medium verwenden und einsetzen.

Dynamiken der normativen Freiheit (Dynamics of Normative Freedom)

„Dynamics of normative freedom: how do people engage with the dialectics of freedom and its normative forms as they are opened up by Internet media?“
(Miller/Slater 2000:10)

Mit diesem Punkt gehen Miller und Slater (ebd.) auf den Umstand des Freiheitsaspekts ein, der mit der Entwicklung des Internets verbunden ist. Sie betrachten das Internet wie eine Art 'Wild West', eine offene Projektionsfläche für Vorstellungen, Wünsche und Interessen.

²⁷ Siehe Kapitel 2.4.1 'Multiple Internets' – die Varianz in der Wahrnehmung des Internets.

Dabei sehen sie zwei Formen von Freiheit, die sich im Zusammenhang mit der Entwicklung und Konstitution des Internets ergeben. Das Internet als Produzenten von neuen Freiheiten, z.B. in Rede, Information und Vernetzung, und das Internet als 'Symbol of potential freedom', das sich, in ihrem Fall von Trinidad, z. B. auf ökonomische und persönliche Aspekte bezieht und zumindest symbolisch den Menschen in Trinidad mehr Freiheiten versichert. Folglich versuchen sie nachvollziehbar zu machen, wie die Dynamiken der normativen Freiheit wirken. Mit der Bezeichnung 'normative' greifen sie ein Paradox auf, das besagt, dass keine Freiheit absolut sein könne und auch jede Form von Freiheit konstruiert sei. Normen und Strukturen, deren Abwesenheit im Internet an und für sich für Freiheit spricht, würden in der sozialen Praxis, also durch die Nutzung und damit auch die Gestaltung des Online-Raumes, wieder geschaffen. Respektive nimmt die Freiheit in der sozialen Praxis wieder normative Formen an. In diesem Spannungsfeld des Online-Raumes stehen sich nicht Freiheit und Eingrenzung gegenüber. Es sind vielmehr unterschiedliche Formen von Vorstellungen und Normativität, die durch die BenutzerInnen aus dem sozialen Kontext in den Online-Raum eingebracht werden und konflikthafte Spannungsfelder entwickeln können (vgl. ebd.: 16 ff.). Ein Beispiel für das Spannungsfeld normativer und struktureller Dynamiken im Online-Raum liefert Shani Orgad (2006). In ihrer Untersuchung in Nordamerika über das Online-Verhalten von Frauen, die an Brustkrebs erkrankt sind, ist sie auf die kulturellen Dimensionen der Online-Kommunikation aufmerksam geworden:

„While patients’ CMC [Computer Mediated Network] spaces have real potential to facilitate cross-cultural exchange of experience and information and foster the commonality between their experiences beyond physical and cultural borders, these communicative environments at the same time are highly culturally structured. [...], the online communication of breast cancer patients, and the spaces I studied, are embedded within cultural settings that have a significant North American resonance“
(Ebd.: 16 -17).

Im Folgenden möchte ich zwei Argumente von Shani Orgad (2006: 17 ff.) darlegen. Sie sollen verdeutlichen, wie sich Strukturen und Normen aus dem gesellschaftlichen Kontext der BenutzerInnen in den Online-Raum übertragen und dort manifestieren können. Diese Strukturen und Normen können am Ende Ein- und Ausschlusskriterien für die Dazugehörigkeit zu Online Gruppierungen und Begegnungen zum Thema Brustkrebs darstellen. Der erste Anhaltspunkt sind medizinische Strukturen und

Behandlungsmöglichkeiten, die regional variieren können und daher die Behandlungsbedingungen der Patientinnen unterscheiden. Der zweite Indikator ist das Sprachniveau, auf dem Online diskutiert wird.

- In einigen von der Autorin untersuchten Fällen ist die Form der Online-Kommunikation der Brustkrebs-Patientinnen an ihre nordamerikanische nationale Realität gebunden. Im jeweiligen medizinischen Behandlungskontext bedeutet das, dass sich z. B. Optionen von Behandlungsformen der Patientinnen überschneiden sollten, damit sie sich miteinander identifizieren können und ein Interesse entwickeln, sich Online miteinander auszutauschen. Diese Behandlungsgegebenheiten sind häufig an lokale Umstände und Institutionen gebunden. Somit waren es in ihrer Studie fast ausschließlich US-amerikanische Frauen, die sie in den englischsprachigen Foren angetroffen hat. Shani Orgad schlussfolgert daraus, dass es nicht in allen Fällen einzig das übereinstimmend diagnostizierte Krankheitsbild sei, dass das Interesse am gemeinsamen Austausch unter Brustkrebs-Patientinnen bestimmt.
- Ein zweiter Indikator, den Shani Orgad als Ein- oder Ausschlusskriterium bei Online-Diskussionen über Brustkrebs als entscheiden befunden hat, ist das Sprachniveau. In ihrer Studie hat die Autorin ausschließlich BenutzerInnen angetroffen, die eine gute Bildung genossen haben und ein dementsprechendes Sprachniveau beherrschten, um Online über Brustkrebs zu diskutieren.

Mit diesen Beispielen wird dargelegt, wie trotz der potentiellen Freiheiten, die der Online-Raum anbietet, immer wieder normative Strukturen durch die BenutzerInnen zur Geltung kommen. Demgemäß bietet das Internet für Frauen mit Brustkrebs die Gelegenheit, den gesellschaftlichen stigmatisierenden Strukturen zu entgehen und den Online-Raum für eine offenere Auseinandersetzung mit Brustkrebs zu nutzen. Auf der anderen Seite jedoch ist der Online-Raum nicht frei, sondern durchdrungen von Normen und Strukturen, die aus den sozialen Welten der BenutzerInnen hervorgebracht werden. Die BenutzerInnen repräsentieren die permanente Verbindung des Online-Raumes mit anderen sozialen Welten. Dadurch kann der Online-Raum zu neuen Machtverhältnissen und Unabhängigkeiten veranlassen, jedoch werden Normen und Strukturen dadurch nicht

unbedeutend, auch in diesem Fall können sie in den Online-Raum übertragen werden. Dementsprechend ergibt sich das von Miller & Salter (2000) postulierte 'Paradoxon der normativen Freiheit'.

Dynamiken des Positionierens (Dynamics of Positioning)

„Dynamics of positioning: how do people engage with the ways in which Internet media position them within networks that transcend their immediate location, and that comprise the mingled flows of cultural, politics, financial and economics?“
(Miller/Slater 2000:10)

Wie an dem vorausgehenden Zitat ersichtlich, ändern sich mit dem Internet diverse Grenzen von denen die Menschen und Gesellschaften umgeben sind. Lokale Grenzen werden erweitert und der Aktionsradius dehnt sich auf den unterschiedlichsten Ebenen (persönlich, ökonomisch usw.) aus. Somit sind die Menschen als AkteurInnen aufgefordert, sich in einem vergrößerten Umfeld zu positionieren und sich zu diesem in Bezug zu setzen. Dabei verstehen Miller und Slater (2000:20) den Prozess des Positionierens wie folgt: *„Positioning is about strategies for surviving or succeeding in this new flows and spaces.“*. Diese Dynamik greift somit die neuen Modalitäten, die sich durch das Internet im Umfeld der AkteurInnen ergeben, auf und versucht darzulegen, wie sie diese neuen Umstände handhaben.

Um die Dichotomie zwischen der angenommenen 'Virtualität' und 'Realität' des wissenschaftlichen Zuganges zu überwinden, ist es besonders in der empirischen und analytischen Vorgehensweise essentiell, sowohl den Online- als auch den Offline-Raum als 'einer' Realität zugehörig zu betrachten und in den Forschungskonzeptionen zu dem Forschungsgegenstand Internet gleichermaßen zu beachten (vgl. Shani 2005, Bräuchler 2005, Miller & Slater 2000, Woolgar 2002). Die vier Dynamiken erscheinen mir für die Analyse derartiger Fragestellungen besonders geeignet, da sie das Umfeld und die Beziehung des/der BenutzerIn zu dem Online-Raum miteinbeziehen. Diese reziproke Beziehung soll in der Untersuchung der DiabetikerInnen und ihres Blicks auf das Internet berücksichtigt werden. So werden durch sie nicht nur Aspekte des Phänomens Internet sichtbar. Es besteht auch die Annahme, dass neue Aspekte über ihren Umgang mit Diabetes in diesem Kontext erscheinen können, da ihr Konzept von dem Diabetes mitbestimmend

für ihre Positionierung zu dem Internet ist. Somit handelt es sich nicht in erster Konsequenz um eine Frage von Realität, sondern vielmehr darum, was diese neue Konstituierung gesellschaftlicher Strukturen für einzelne Phänomene wie den Diabetes bedeutet und welche neuen Spannungsfelder sich in diesem Zusammenhang aufbauen.

2.2.2. Raum und Zeit

Ob der Online-Raum als eine andere Realität betrachtet wird (vgl. Castell 2001), eine unwirkliche Welt darstellt oder als eine Erweiterung sozialer Positionen in einem komplexer werdenden gesellschaftlichen Gefüge (Jan van Dijk 1999:235) – fest steht, dass die Konstitution des Internets menschliche Interaktionen und Gefüge von Raum und Zeit verändert. Der Soziologe Ulrich Beck, der sich mit den Auswirkungen der Globalisierung auseinandersetzt und diagnostische²⁸ Globalisierungstheorien entwickelt, nennt die neuen Kommunikationstechnologien 'Zeit- und Raumüberbrückungsmedien'.

*„Sie vernichten Entfernungen, stellen Nähe über Distanz her und Distanz in der Nähe – Abwesenheit an demselben Ort. An einem Ort leben heißt nicht mehr zusammen leben, und zusammenleben heisst nicht mehr an einem Ort leben“
(Beck, Ulrich 1998:130).*

Durch das Internet besteht die Möglichkeit, Raum und Zeit neu zu konstruieren. Personen und Gruppen entwickeln ein neues Verhältnis zu diesen gesellschaftsstrukturellen Aspekten. Es geht aber nicht, wie Beck es äußert, um den 'Tod' von Zeit und Distanz (*nicht mehr existierende räumliche und zeitliche Entfernungen*), welcher häufig in dem Zusammenhang gesehen wird, dass physische Nähe für Begegnungen und Beziehungen nicht mehr notwendig ist (vgl. Woolgar 2001). Mit Hines (2000:106,114) Worten ergeben sich multiple zeitliche und räumliche Ordnungen, indem das Internet mit seinen Diensten dazu auffordert, sich auf ein neues Zeit- und Raum-Verständnis einzulassen. Daraus ergibt sich unter anderem der Umstand, dass 'Zusammen-Leben' nicht mehr voraussetzt, dass man sich gemeinsam an einem Ort befindet (vgl. Beck 1998). Für Hine (2000) hat sich ein erweitertes Verständnis von Raum und Zeit entwickelt. Im Kontext des Internets erklären sich für sie Raum und Distanz über Beziehungen, es geht dabei nicht allein um

28 Im Zusammenhang mit seiner wissenschaftlichen Arbeit über die Globalisierung liefert Ulrich Beck regelmäßig (ca. alle ein bis zwei Jahre) Diagnosen wie sich die globale Entwicklung auf gesellschaftliches und politisches Handeln auswirkt.

physikalische erklärbare Konstitutionen (ebd.). Maßgeblich ist nicht die räumliche Distanz, sondern verschiedene reale Personen und Organisationen verleihen dem Raum-Zeit-Muster Ausdruck, somit kann sich die Raum-Zeit-Komponente nicht im Online-Raum aufheben, sondern ist unweigerlich mit der örtlichen Raum-Zeit-Struktur verknüpft (Slevin 2000:71, Bräuchler 2005:16). Zeit- und Raum-Konzepte werden durch die neuen Kommunikationsmedien nur verändert und erweitert, aber können nicht irrelevant werden. Von dieser Modifikation sind weitreichende gesellschaftliche Bereiche betroffen. „*All aspects of social, cultural, economic, and political life thus stand to be affected by the continued massive growth in electronic technologies.*“ (Woolgar 2001:1) Die neuen elektronischen Kommunikationstechnologien werden die zwischenmenschlichen Beziehungen und Erfahrungen in einem weltumspannenden Raum verändern und weiterentwickeln. Besonders die globale Dimension, die sich in einer Beziehung zu dem Lokalen entwickelt, macht die Neuartigkeit und Veränderung in Raum- und Zeitstrukturen aus. Das Internet ist zugleich lokales Phänomen und globales Netzwerk. Es verändert sowohl Strukturen individueller Lebenswelten, als auch globale gesellschaftspolitische, ökonomische, usw. Strukturen (vgl. van Dijk 1999, Bräuchler 2005). Die Raum-Zeit-Strukturen und ihre Konstitution im Online-Raum wurde von Miller und Slater (2000) nicht untersucht, sondern bildet in ihrer Verbundenheit zum Offline-Raum die Basis ihrer vier Dynamiken. Führen diese Technologien tatsächlich dazu, dass sich soziale Ordnungen und soziales Verhalten in der Zukunft ändern oder machen diese Technologien keinen Unterschied? Es drängt sich also die Frage auf, wie sich diese veränderten sozialen Räume auswirken, wie sie wahrgenommen werden, ob und wie die Menschen diese Räume in ihren Alltag integrieren und welche Bedeutung diese Räume für sie haben? Der folgende Abschnitt soll verdeutlichen, wie bisher im sozialwissenschaftlichen Bereich das Internet in Bezug auf medizinische Fragen erforscht wurde und welche Aspekte dabei eine Rolle gespielt haben, bzw. welchen Beitrag das Internet im sozialmedizinischen Kontext leisten und wie es verstanden werden kann. Anschließend möchte ich versuchen, das Anliegen meiner Forschung in dieses Feld einzuordnen.

2.3. Aspekte des Internets im medizinischen Kontext

„That is, it seeks to treat patients' online communication as a complex social process that is embedded in significant ways in certain social and cultural relations; to enquire into patients' views of their experience and analyze them in a critical fashion; to highlight what patients actually do online and to try to throw light on the question of why does it matter.“
(Orgad, Shani 2005:19)

Die Kommunikationswissenschaftlerin Shani Orgad hat als eine von wenigen, die sich mit dem Thema Gesundheit und Internet auseinandersetzen, in ihrer Arbeit ***Storytelling online: talking breast cancer on the internet*** darauf hingewiesen, dass Online-Phänomene immer in bestimmte soziale und kulturelle Offline-Beziehungen eingebettet sind. Arbeiten die sich mit der sozialmedizinischen Perspektive, der individuellen Wahrnehmung und Aneignung der neuen Technologie auseinandersetzen, sind in der Kultur- und Sozialanthropologie rar. Die Soziologie, die Psychologie und die Kommunikationswissenschaften bieten ein breiteres Spektrum an Arbeiten zu diesem Thema im Cyberspace an (Orgad 2005; Nettelton et al. 2002; Hardey 2000). Beiträge aus der Cyberanthropologie, die im medizinethnologischen Kontext stehen, beschäftigen sich z.B. mit Themen wie der Infrastruktur medizinischer Daten.²⁹ Es geht um die Veränderungen der Infrastruktur von medizinischen Daten durch die neuen Technologien und wie diese Formen in bestimmten Regionen angenommen werden. Ein weiterer Aspekt, auf den sich anthropologische Arbeiten bezogen, ist die Frage, wie mit dem erweiterten Informationszugang, den das Internet anbietet, umgegangen wird. Zum Beispiel die Anthropologinnen Pauli und Brandner (2010) fragen nach der Rezeption medialer Informationen im Impfscheidungsprozess. In diesem Zusammenhang kommt immer wieder die Frage nach Vertrauen und Unsicherheit auf, die durch den Zugang zu den Informationen über das Internet entstehen. Das Internet erscheint auch als Dimension in medizinethnologischen Arbeiten, die sich auf die Globalisierung beziehen. In diesen Arbeiten erfolgt die Auseinandersetzung mit heilkundlichen Ideen und Praktiken und deren zunehmender weltweiter Verbreitung bzw. Verflechtung (vgl. z.B. Hörbst & Krause 2004; Hadolt & Lengauer 2003).

29 Aktuelles Forschungsprojekt von Norman Schärpel (Universität Halle Wittenberg).

Die Studien und Forschungsdesigns, auf die ich in diesem Kapitel näher eingehe, setzen sich mit 'Computer mediated social support' auseinander. Dabei wurde der Fokus im Speziellen z.B. auf das Verhältnis von ExpertInnen und Laien-Wissen oder 'Storytelling' gelegt (Orgad 2005, Nettelton et al. 2002). Anhand dieser Studien wird sichtbar, wie das Internet von Menschen mit chronischen Erkrankungen, wie es Diabetes auch ist, individuell genutzt wird. Es zeigt sich besonders deutlich, welche neuen Faktoren sich durch das Internet im Umgang mit der Krankheit im alltäglichen Leben ergeben haben. Die Studien befassen sich allerdings fast ausschließlich damit, welche Vorteile die vom Internet angebotenen Strukturen aufweisen. Die Vorteile möchte ich an dieser Stelle herausarbeiten, um sie anschließend in meiner Analyse den Gründen gegenüberstellen zu können, die für den Nicht-Gebrauch des Internets im Zusammenhang mit chronischen Erkrankungen relevant sind.

2.3.1. Social Support

„The source for such a shared experiential dialogue is less likely to be the clinical consulting room, but may instead be found in the formal network emerging on the Internet“

(Loader, D. Brian et al. 2002: 55).

Informationssuche, soziale und emotionale Unterstützung sind zentrale Aspekte von Online-Erfahrungen, die PatientInnen machen. Um deren Relevanz und Ausprägung zu untersuchen, wird in der Sozialwissenschaft häufig mit den Kategorien von 'Social Support' gearbeitet.³⁰ In diesen Untersuchungen zeigt sich, welches Potential das Internet in der Auseinandersetzung mit Krankheiten anbietet und welche Aspekte und Strukturen, die zuvor in der Gesellschaft wenig Platz gehabt haben, es bedienen und verändern kann. Es gibt einen Einblick in die veränderten gesellschaftlichen Strukturen durch das Internet und verdeutlicht, wie Menschen damit umgehen, sich diese Strukturen aneignen und in ihr

30 Sowohl Brain D. Loader et al. (2002) als auch Sarah Nettleton (2002) unterscheiden bei der Analyse vier Dimensionen von „social support“, dabei beziehen sie sich auf eine gängige Typologie, die unter anderem von Cohen und Wills (1985) entwickelt wurde: „Social Companionship (various kinds of social activities)“; „informational support (the provision of necessary information)“; „esteem support (social contact that increases feelings of esteem)“; und „instrumental support (assistance with material task)“. Diese Kategorien wurden immer mit dem Hinweis darauf verwendet, dass sie sich gegenseitig überlappen können. Am Ende wurde befunden, das es hilfreich ist, die ersten drei Kategorien zu verwenden, um das gewonnene Datenmaterial zu analysieren und zu kategorisieren (Sarah Nettleton et al. 2002:180 f.).

Leben integrieren. Sichtbar wird auch, wie sie diese Möglichkeiten in die Behandlung und den Umgang mit der Krankheit einbeziehen und anwenden. Die Soziologen Loader et al. (2002) haben analysiert, wie Menschen mit Diabetes das Internet in Bezug auf ihre Krankheit nutzen. Neben den Kategorien des 'Social Support' haben sie das Verhältnis von ExpertInnenwissen und Laienerfahrung im Onlineaustausch analysiert. Das Internet verstehen sie in Bezug auf den sozialmedizinischen Kontext wie folgt:

„A vast global, continuously available, potentially anonymous and largely unregulated space where disparate individuals can find mutual solace and exchange information within a common community of interest“
(ebd.: 53).

Der Online-Raum ermöglicht den Betroffenen, sich fokussierter und in scheinbar unregulierten Strukturen auszutauschen. Dabei ist dieser Raum offen zugänglich und bietet potentiell Anonymität und eine asynchrone Kommunikation an, sowie erweiterte und transformative medizinische Informationen. Durch eine kurze Suche ist es für die Betroffenen möglich, Menschen zu finden, die sich mit den gleichen Problemen und Fragen beschäftigen, sowie Erfahrungen auszutauschen und sich gegenseitig Hinweise zu geben. Auch emotionale und praktische Unterstützungen können auf diese Art und Weise gefunden und genutzt werden.

Das Internet kann auch als Ergänzung und Erweiterung des alltäglichen Handlungsraumes betrachtet werden (Nettleton et al. 2002). Es entsteht durch die neuen Strukturen, die der Online-Raum anbietet, ein erweiterter Prozess der expliziten Reflexion³¹ und Auseinandersetzung mit sich selbst und seiner Krankheitsgeschichte. Die soziale Unterstützung, die über den Online-Raum möglich ist, kann neue Gemeinschaften auf der Basis von Interessen und Bedürfnissen ermöglichen, was wiederum das Gefühl der Unsicherheit in dem offenen und 'unregulierten' Raum durch eines der Geborgenheit und Unterstützung ersetzen kann (vgl. Nettleton et al. 2002, Slevin 2000).

31 Nettleton et al. sehen durch die bewusste Auseinandersetzung, die im Internet mit der Krankheit stattfindet, die Möglichkeit für den Patienten/die Patientin, sich selbst in dieser Erfahrung zu reflektieren und auch immer wieder auf das Feedback von anderen UserInnen zurückgreifen zu können.

Neben den positiven Auswirkungen können Aspekte, die den Online-Raum ausmachen, auch als unattraktiv wahrgenommen werden. Die scheinbar offene und uneingegrenzte Struktur von Information, Austausch und Begegnungen kann auch ein Gefühl von Unsicherheit über die Qualität von Information und Beziehungen, die sich über das Internet entwickeln, verbreiten. Ein wesentlicher Punkt, der sich im Zusammenhang der Untersuchung von Nettelton und seinen Kollegen gezeigt hat, ist, dass das Internet häufig bezogen auf spezielle Bedürfnisse zu einem speziellen Zeitpunkt benutzt wird, weil die Online-Unterstützung präziser und besser fokussiert sein kann als die Offline-Unterstützung. Dabei geht es nicht nur um Informationen und Hinweise. Es geht auch um die emotionalen Bedürfnisse und darum, die Betroffenen in ihrer Persönlichkeit und auf ihrem Weg mit ihrer Krankheit zu unterstützen (vgl. Nettelton et al. 2002: 187).

Loader und KollegInnen sehen Diabetes als eine Krankheit, die durch ihre Beschaffenheit und die Herausforderungen, die sie an die Betroffenen stellt, als 'lifestyle condition' betrachtet werden muss: „*whose management is increasingly to be conducted through self-care*“ (Loader et al. 2002: 54). Mit Diabetes zu leben, bedeutet vor allem Selbstverantwortung zu übernehmen und pflichtbewusst zu sein. Um mit der Krankheit umgehen zu können, sie richtig zu behandeln und in den Alltag zu integrieren, braucht es vor allem Erfahrungswissen, das dazu beiträgt, die Krankheit verstehen und managen zu können (ebd.:63). Diese Aspekte reichen über die klinische Behandlung hinaus weit in das alltägliche Leben und die Selbsterfahrung hinein. Die klinische Konsultation bietet nur limitierte Möglichkeiten für die PatientInnen, sich auf den Umgang mit ihrer Krankheit und das erforderliche Selbstmanagement einzustellen (ebd.:55). Diese Limitierung des klinischen Angebots macht das Potential, dass der virtuelle Raum für die Betroffenen anbietet, sichtbar. Es wird nicht nur medizinisches Wissen ausgetauscht, sondern auch emotionale, neben der praktischen und informative Unterstützung angeboten. Das Forschungsdesign von den Soziologen Nettleton et al. (2002) mit dem Titel *The Reality of virtual social support* unterscheidet sich vor allem von der so eben beschriebenen Untersuchung darin, dass sie empirisch nicht nur Online geforscht haben, sondern auch persönliche Interviews mit den jeweiligen Personen geführt haben. Dennoch haben auch sie ausschließlich Menschen in ihre Studie mit einbezogen, die das Internet benutzen. Mit ihrer

Untersuchung machen sie dennoch deutlich, dass es vor allem Menschen sind, die aus den verschiedensten Gründen (z.B. sozial, geografisch oder aus anderen 'Behinderungsgründen') gesellschaftlich isoliert sind und das Internet als Möglichkeit sehen, sich einen Zugang zu sozialen Netzwerken zu schaffen und am gesellschaftlichen Leben teilzuhaben. Die meisten Teilnehmenden der Studie bewerten die Erfahrungen und die Nutzung des Internets als positiv. Wie die AutorenInnen selbst festhalten, kann das durchaus daran liegen, dass die TeilnehmerInnen einwilligen mussten und dadurch schon Leute mit einer positiven Einstellung zum Internetgebrauch ausgewählt wurden. Was jedoch ist mit den Menschen, die keinen Zugang zum Internet finden? Wie nehmen sie die Möglichkeiten, die sich Online anbieten, wahr, und welche Phänomene des Internets werden durch sie sichtbar?

Es lässt sich festhalten, dass das Internet als ein sozialer Raum sichtbar wird, der eine fokussierte Auseinandersetzung mit bestimmten Themen auf sozialer, emotionaler und praktischer Ebene ermöglicht. ExpertInnen-Wissen und persönliche Erfahrung als wesentliche Komponenten in der Auseinandersetzung mit der Krankheit können in diesem Rahmen frei ausgetauscht und diskutiert werden. Ein kritikwürdiger Aspekt bei dieser Annäherung an das Thema ist die Tatsache, dass das Arbeiten mit Kategorien den Blick auf das Phänomen Internet verkürzt. Die Beziehung zwischen Online- und Offline-Prozessen wird vernachlässigt und weiter gefasste kulturelle und soziale Bedeutungen haben in der Analyse nur geringe Relevanz. Die prozesshaften und dynamischen Elemente des Internets als Teil der alltäglichen Lebenswelten der Menschen bleiben außen vor. Dennoch wird in diesen Arbeiten sichtbar, dass es ein ausgedehntes Maß an persönlicher und individueller Unterstützung und Austausch im sozialmedizinischen Kontext gibt. Die Arbeiten in Bezug auf 'Storytelling' haben sich mehr auf Phänomene wie Dynamik, Prozesshaftigkeit und Flexibilität durch den Online-Raum bezogen. Anhand des Prozesses von 'Storytelling' erörtert die Kommunikationswissenschaftlerin Shani Orgad (2005) eindrucksvoll und umfassend das Verhältnis, in dem Online und Offline zueinander stehen. Michael Hardey (2002) hingegen hat sein Forschungsfeld unter dem Aspekt von 'Storytelling' auf den Online-Raum beschränkt.

2.3.2. Storytelling

Flexibilität, Dynamik und erweiterte Interaktion sind spezifische Merkmale, die das Internet in seiner technischen und sozialen Beschaffenheit auszeichnen. Im Zusammenhang mit 'Storytelling' von Krankheitsgeschichten stellen sich diese Spezifika als weitreichend und bedeutsam heraus. Das 'Storytelling' ist auch eine Art von 'Social Support' und wird verwendet, um die Geschichten von Krankheiten zu erzählen und sie mit anderen Menschen zu teilen (vgl. Kleinmann 1988, Hydén 1997). Durch das Online-Erzählen ihrer Krankheitsgeschichte können die PatientInnen von KonsumentInnen von Gesundheitsinformationen zu ProduzentInnen von Gesundheitsinformation werden, die für jede/n, die/der einen Zugang zum Internet hat, erreichbar ist (vgl. Hardey 2002). So wird ein breiteres Spektrum an medizinischen Informationen sichtbar. Die Information basiert nicht mehr ausschließlich auf ExpertInnen-Wissen, sondern bezieht sich auch auf die Erfahrungen und Geschichten der Betroffenen. Diese Möglichkeiten führen zu einer breiteren Sichtbarwerdung von Themen, die im Zusammenhang mit bestimmten Krankheiten bedeutsam sind.

„One of our most forms for expressing suffering and experiences related to suffering is the narrative. Patients' narratives give voice to suffering in a way that lies outside the domain of the biomedical voice“
(Hydén 1997:2).

In der Kultur- und Sozialanthropologie kann auf eine weitreichende und tiefgehende Beschäftigung mit dem Thema 'Storytelling' basierend auf Krankheits- und Leidenserfahrungen zurückgegriffen werden (vgl. z. B. Kleinmann 1988, Hydén 1997, Good 1994). Im Speziellen beruhend auf der Erfahrung chronischer Krankheiten ist das 'Storytelling' von besonderer Bedeutung. Eine chronische Erkrankung bedeutet für den Betroffenen, dass er die Beziehung zu sich selbst, zu seinem Körper und zu seiner Umgebung neu rekonstruieren muss. Das führt häufig dazu, dass diese Menschen aufgefordert werden, sich in ihrem Leben neu zu orientieren und neu zu ordnen. Die Auseinandersetzung mit der Krankheit, eingebettet in die eigene Lebensgeschichte, ist in diesem Zusammenhang von besonderer Bedeutung (vgl. Hydén 1997: 51). Kleinmann (1988) betrachtet diese Form der Erzählung als Option für den Patienten, seinem Leiden eine Form und eine Stimme zu geben, die Thematiken und Nuancen einbezieht, welche

außerhalb biomedizinischer Erklärungsmuster liegen. Demgemäß erachtet er das 'explanatory model'³² als Chance, die Lücke zu schließen, die sich zwischen Expertise und individueller Wahrnehmung und Erfahrung von Krankheiten ergibt und einen Zugang zu dem individuellen Leiden und Erfahren des Patienten zu bekommen. Hardey (2002) sieht durch 'Storytelling' im Onlineraum die Möglichkeit für diese Menschen, ihre Geschichte neu zu 'verfassen'. Die Homepage stellt dabei ein Hilfsmittel dar, soziale Beziehungen neu zu gestalten, sich selbst zu reflektieren und zu redefinieren. Als Besonderheit der Homepage sieht Hardey, dass die Homepage im Gegensatz zu anderen niedergeschriebenen Geschichten weiterhin die Möglichkeit bietet, dynamisch und interaktiv zu bleiben. Das Geschriebene erstarrt nicht mit dem Druck und bietet die Möglichkeit, sich im Verlaufe des Prozesses zu verändern und den Umständen und Bedürfnissen des Benutzers und Textproduzenten anzupassen (vgl. Hardey 2002:14). Damit werden Dynamik, Flexibilität und Interaktion zu wesentlichen Faktoren, die den Onlineraum im Zusammenhang mit Storytelling und der Auseinandersetzung mit der eigenen Krankheit und in diesem Kontext stehenden Veränderungen zu etwas Besonderem macht. Selbst für den/die ForscherIn stellen diese Phänomene eine große Herausforderung dar. Der zu untersuchende Raum wird durch seine Dynamik und Flexibilität zu etwas Flüchtigen und schwer Greifbaren. Der Online-Raum ist für Hardey ein zusätzlicher Raum, der anders ist als der alltägliche. Orgad (2005) kritisiert diese Perspektive als zu kurz gegriffen und verortet ihre Forschung zum 'Storytelling Online' im 'fluiden' Feld zwischen Online und Offline. Gleich wie Bräuchler (2005) und Miller&Slater (2000) sieht sie die Online-Strukturen eng mit den örtlichen Strukturen der BenutzerInnen verbunden. Die Online-Erfahrungen stellen nicht simple Novellen Formen des traditionellen Schreibens von Krankheitsgeschichten dar. „*Rather, I would like to suggest, patients' online communication, particularly storytelling,[...], can be seen to be embedded in a wider culture of health and illness, of self – help and of storytelling*“ (Orgad 2005:20). Online und Offline müssen besonders in diesem Kontext als miteinander verwoben betrachtet werden. Die Erfahrungen, die im Onlinezusammenhang

32 Das 'explanatory model' wurde von Arthur Kleinmann entwickelt und soll helfen zu evaluieren, wie die betroffenen Menschen selbst ihre Krankheit und ihre Erfahrungen die sie damit machen, erklären. Das Modell enthält acht Fragen, die z.B. in Form eines Interviews gestellt werden können. Somit dient das Modell dazu individuelle Erklärungsmuster spezieller Krankheitsphänomene zu entwickeln. Für eine tiefergehende Auseinandersetzung mit diesem Thema siehe: Kleinman, A. (1976). Culture, illness and care: Clinical lessons from anthropologic and cross-cultural research. *Annals of Internal Medicine* 88:251-258.

gemacht werden, haben auch immer einen Einfluss auf das Erleben im Offlinekontext und umgekehrt. Es sind keine Erfahrungen, die getrennt voneinander erlebt werden, sondern Teil ein und derselben Realität und somit auch miteinander untrennbar verbunden sind. Dennoch stellt sich die Frage, warum manche Menschen die Möglichkeit wählen und es als eine Chance und Lösung ansehen, diesen Weg zu gehen, um mit ihrer Krankheit zurechtzukommen, und warum gibt es für andere Menschen keine Motive, sich über das Internet und seine Möglichkeiten mit der Krankheit auseinanderzusetzen?

Orgad untersuchte in ihrem Forschungsprojekt die Bedeutung des Internetgebrauchs im Leben von Frauen mit Brustkrebs. Die Online-Kommunikation dieser Frauen stellte das Kernthema der Arbeit dar. Aus einer gesellschaftskritischeren Perspektive betrachtet sie den Online-Raum als eine Möglichkeit, das Schweigen über die Erfahrungen und das Erleben der Krankheit zu durchbrechen, mit dem die Patientinnen zuvor konfrontiert waren. Diese andersartige Erfahrung muss das Online-Erleben nicht zu etwas anderem machen, sondern kann vielmehr bereichernd für das Offline- Erleben sein. Orgad sieht die Motivation für die CMC (Computer Mediated Communication) besonders bei chronisch kranken Menschen unter dem Aspekt der Suche, des Austausches und der Aneignung von Informationen. Es besteht die Möglichkeit, sich selbst Information und Wissen in einem ausgedehnten Feld an Informationen über Krankheiten und ihre Behandlung anzueignen. Das Internet bekommt eine Schlüsselposition in der Transformation von medizinischen Informationen. Wesentlich ist dabei, dass davon ausgegangen wird, dass Information Macht bedeutet, „[...] *the internet can potentially empower patients*“ (Orgad 2005:3). Sie sind nicht mehr ausschließlich an biomedizinische Institutionen und Machtstrukturen gebunden, sondern können aus einem größeren Tool von medizinischem Wissen und Erfahrungen schöpfen und selbst über Form und Ausmaß von Information entscheiden.

Orgad kritisiert, dass in den Studien, die sich mit den verschiedenen Kategorien z.B. von 'Social support' beschäftigen, vernachlässigt wird, was die PatientInnen wirklich Online machen und in welcher Beziehung es zu dem Offline steht. In den meisten Untersuchungen wird das Feld, in dem sich Online und Offline bewegen, nicht mitgedacht. In diesem Zusammenhang wird auch häufig der Begriff „E-Health“ oder „E-patients“ verwendet, der

ebenfalls den Bezug zu dem Umfeld des/der PatientIn vernachlässigt und den Eindruck hinterlässt, dass es keine Erfahrungen und Erlebnisse außerhalb des Online-Erlebens gibt, die relevant für den/die PatientIn und die Krankheit sind (vgl. ebd:16). Der Begriff beschränkt PatientInnen und Auseinandersetzung mit der Krankheit auf den Online-Raum. Um dem Spannungsfeld zwischen Online und Offline gerecht zu werden ist es wichtig, den Prozess des 'Storytellings' zu untersuchen. Die Auseinandersetzung mit der Krankheit wird in diesem Zusammenhang als eine prozesshafte soziale Aktivität betrachtet. *„Storytelling, I argue, seems a viable and helpful approach to examine participants' online activity, and to possibly overcome some of the shortcoming of the „e-health“ debate“* (Orgad 2005:19). Die Online-Kommunikation ist ein komplexer sozialer Prozess, der auf bestimmte Weise in soziale und kulturelle Beziehungen eingebettet ist und ebenfalls unter diesen Aspekten untersucht werden muss. Besonders die Perspektive und Erfahrung des/der PatientIn selbst spielen dabei eine bedeutende Rolle (vgl. ebd, Kleinman 1988, Hydén 1997, Williams 1993). Der Fokus liegt nicht auf dem/der PatientIn als 'Storyteller', sondern auf dem Prozess des 'Storytellings'. Im Prozess des Storytelling bekommen die Patientinnen ein neues Gefühl zu sich selbst und können neue Kraft gewinnen. *„It is a process that enables patients to hold on to a sense of themselves as agents who have control however little, over their lives“* (Orgad 2005:4). Dadurch, dass Orgad das 'Storytelling' im Bezug zum Internet untersucht, entdeckt sie neue Dimensionen, die 'Storytelling' für die kranken Menschen durch die Anwendung der neuen Technologien haben kann. Damit lehnt sie sich an die Aussage von Bräuchler, dass bestimmte Phänomene im Kontext des Internets neue Aspekte entwickeln und sich dadurch neue Untersuchungsfelder auf tun³³.

Hauptsächlich geht es in den Untersuchungen, die sich mit der sozialen Dimension des Internets beschäftigen, um 'Computer Mediated Social Support' in Verbindung mit Aspekten wie 'Storytelling' oder das Verhältnis von Laien und ExpertInnen Wissen. In den meisten Fällen wird das Forschungsdesign so konzipiert, dass der Zugang über das Internet und die Newsgruppen stattfindet und die Bedeutungen und das Potential, die sich in diesem Feld zu dem Umgang mit der Krankheit anbieten, aus einseitiger Perspektive analysiert und erforscht werden (vgl. Hardey 2002, Nettleton et al. 2002, Loaders et al.2002). Es entsteht

33 Siehe Kapitel 2.2. Cyberanthropologie.

ein undifferenzierter Blick auf das Phänomen Internet im medizinischen Kontext. Dieser Zugang zum Forschungsfeld reduziert die Auseinandersetzung in der Untersuchung auf die BenutzerInnen und vernachlässigt die Nicht-BenutzerInnen und die Gelegenheits-BenutzerInnen. Nettleton und KollegInnen (2002) sowie Loaders und KollegInnen (2002) betonen beide die Nähe zu anderen Formen der sozialen Unterstützung und das Kontinuum zwischen 'Virtualität' und 'Realität', berücksichtigen es jedoch nicht ausreichend in ihren Untersuchungen. Obwohl sie die Vielfalt der BenutzerInnen betonen und die Variablen im Gebrauch des Internets unterstreichen, vernachlässigen sie die Menschen, die diese Art der Internetnutzung nicht beachten oder beunruhigend bzw. verstörend finden. Sie weisen explizit darauf hin, dass sie diese Gruppe nicht berücksichtigen und ihrer Perspektive keine Stimme geben (Nettleton et al. 2002:186). Mit diesem Verweis machen sie eine Gruppe sichtbar, die ebenso bedeutsam für die Erforschung des Phänomens Internet ist, wie die Gruppe der BenutzerInnen. Es gibt verschiedene Wahrnehmungen und verschiedene Motivationen, das Internet zu benutzen oder nicht zu benutzen. Besonders aus dem Kontinuum der Beziehung von 'Virtualität' und 'Realität' geht jedoch hervor, dass eine nuanciertere Untersuchung des Internetgebrauchs und der Unterschiede der verschiedenen BenutzerInnen notwendig ist, und die Fokussierung auf Phänomene wie 'Storytelling' und 'social support' sehr kurz greifen. Bei der Erforschung von Internet und Gesellschaft ist es also vor allem wichtig zu berücksichtigen, dass es nicht nur eine BenutzerInnen-Gruppe gibt, sondern viele verschiedene Vorstellungsweisen, Wahrnehmungen und Nutzungsweisen des Internets, und es sich bei den BenutzerInnen und Nicht-BenutzerInnen um eine sehr heterogene Gruppe handelt (Felt et al. 2008, Wyatt et al. 2002). Mit der Berücksichtigung der Variabilität der BenutzerInnen würde auch die prozesshafte Beziehung zwischen Online-und Offline-Erfahrungen unabdingbar in den Mittelpunkt der Beobachtung rücken. Darauf basierend stellt sich die Frage, was erkrankte Menschen mit dem Angebot machen, das ihnen das Internet offeriert? Wie nehmen sie diese Optionen wahr und wie positionieren sie sich dazu? Welche Erkenntnisse können über das Internet, seine Funktion und Beschaffenheit aus der Perspektive des Benutzers gewonnen werden? Dieser Frage möchte ich im folgenden Kapitel nachgehen.

2.4. 'BenutzerInnen' – '(Nicht)-BenutzerInnen'

Um mich mit meinen Betrachtungen einer realisierbaren Vollständigkeit von Perspektiven auf das Forschungsfeld anzunähern, soll mit diesem Abschnitt die andere Seite der Medaille eingehender inspiziert werden – der/die BenutzerIn. In dem vorausgegangenen Kapitel wurde hauptsächlich ein Einblick in die Konstitutionen, die Modalitäten und das ungewohnte Potential, das mit dem Online-Raum im medizinischen Kontext entstanden ist, gegeben. Unpräzise ist bisher jedoch geblieben, wie sich determinierende Dynamiken durch den/die BenutzerIn in das Verhältnis Online-Offline einbringen und welche Position der/die BenutzerIn in der Beziehung zum und bei der Gestaltung des Online-Raumes hat. Es ist nicht möglich, von einem wesenhaften Gebrauch der Technologie oder dem Internet zu sprechen. Jede Technologie kann auf die unterschiedlichste Art und Weise wahrgenommen und benutzt werden. Die Benutzer formen die Technologie und zugleich wird der Benutzer und seine Umgangsform von der Technologie beeinflusst. Oudshoorn und Pinch (2003) bezeichnen diese Wechselwirkung zwischen Benutzer und Technologie als '*co-construction*', basierend auf der Annahme, dass die kontextuellen Umstände maßgeblich für das Agieren des Benutzers und formgebend für die Technologie sind. Dementsprechend hat der/die BenutzerIn eine essentielle gestalterische Geltung in Bezug auf die Wahrnehmung und Entwicklung der neuen Technologien. Folglich können Technologien flexibel interpretiert werden und die BenutzerInnen schreiben ihnen, je nachdem, wie ihr soziokulturelles Lebensumfeld geprägt ist, unterschiedliche Bedeutungen zu. In dem Konzept fehlt jedoch ein konkreter Ansatz, der präziser darauf eingeht, wie genau der/die BenutzerIn die Technologien modifizieren können (vgl. ebd.).

2.4.1. 'Multiple Internets' – die Varianz in der Wahrnehmung des Internets

Im Spannungsfeld zwischen Potenzial und Grenzen, die das Internet im medizinischen Kontext aufwirft, positioniert sich die Studie von Ulrike Felt und ihren KollegInnen (2008) *Virtuell informiert – Untersuchung der Rolle und Auswirkungen des Internets als Gesundheitsinformationsquelle im österreichischen Kontext*. Von 2005 bis 2009 wurde dieses Projekt an der Universität Wien am Institut für Wissenschaftsforschung durchgeführt. Im Speziellen wurde in dem Forschungsprojekt auf die Perspektiven der BürgerInnen/PatientInnen eingegangen, die an der Studie teilnahmen. Dazu wurde jedoch

auch die Sichtweise der Politik, Medien, von Seitenanbietern und ÄrztInnen auf das neue Kommunikations- und Informationsmedium Internet einbezogen. Mit der Forschung sollte ein Beitrag zu der Debatte um die Veränderung des medizinischen Feldes im Kontext der neuen Kommunikations- und Informationstechnologien geleistet werden. Aus dieser Studie ergab sich eine bedeutsame Erkenntnis. Die ForschungsteilnehmerInnen sollten ihre Wahrnehmungen von dem Internet, jeder für sich, visualisieren und anschließend ihre Vorstellung aufzeichnen. Das Ergebnis ergab eine enorme Vielfalt an Darstellungen des Internets. Insbesondere diese Darstellungen machen sichtbar, wie die Technologie Internet in der Anwendung einen Ausdruck findet und immer wieder – in der Wahrnehmung jedes Individuums – in einer anderen Form erscheint. Die unterschiedlichen Positionierungen zu dem Netz oder in dem Netz selber gehen aus unterschiedlichen Interessen und Zielen hervor, die die Akteursgruppen verfolgen (Felt et al. 2008:21). In dem Forschungsprojekt wird also deutlich, dass es auch im Gesundheitsbereich viele unterschiedliche Vorstellungen, Wahrnehmungen und Nutzungsweisen des Internets von den PatientInnen gibt. Miller und Slater (2000) verweisen mit „Dynamics of Mediation“ darauf, dass es neben der unterschiedlichen Wahrnehmung des Internets weitere Aspekte gibt, die auf den Facettenreichtum in der Ausprägung der unterschiedlichen Internets verweisen. Aus den unterschiedlichen technischen Möglichkeiten, die das Internet anbietet, entsteht ebenfalls eine große Bandbreite an Internets, je nachdem wie die verschiedenen technischen Angebote genutzt, verstanden und zusammengestellt werden. In der Untersuchung von Felt und ihren Kolleginnen geht es nicht ausschließlich um unterschiedliche Krankheitsbilder oder Wissensinteressen, sondern vor allem auch darum, wie das Internet wahrgenommen wird und welche Vorstellungen die jeweils Betroffenen von dem Raum haben, wie sie sich die Möglichkeiten aneignen oder das Internet und das Angebot vermeiden. Die vielfältigen Vorstellungen vom Internet, die in diesem Zusammenhang in Erscheinung getreten sind, nennen sie *'multiple Internets'* (Felt et al. 2008:19). Die Varianz bezieht sich jedoch ausschließlich auf die Diversität und das Spektrum derjenigen, die das Internet benutzen, und vernachlässigt Nicht-BenutzerInnen, Gelegenheits- und ehemalige BenutzerInnen. Die Vielschichtigkeit und Heterogenität der Gesellschaft lässt auch das Internet als facettenreicheres Phänomen erscheinen, als es bisher angenommen wurde.

2.4.2. Die Bedeutung der gelegentlichen, der ehemaligen und der Nicht-BenutzerInnen

„Defining people only as producers or as users of the technologies confirms the technocratic vision of the centrality of normativity of technology. Users of technology also need to be seen in relation to another, even less visible group, non-user“
(Wyatt et al. 2002:25).

Die Dimension der Nicht-BenutzerInnen erscheint in der bisherigen Auseinandersetzung mit der Technologie unsichtbar (vgl. Orgad 2005, Bräuchler 2005, Nettleton et al. 2002). Besonders Forschungen und Auseinandersetzungen über das Internet vernachlässigen die Gruppe der Nicht-BenutzerInnen, weil sie durch die Technologie nicht sichtbar werden. Bei der Untersuchung von Online-Communities oder Foren und Homepages zu bestimmten Themen werden die Menschen, die daran nicht teil haben, nicht in das Forschungsdesign miteinbezogen, und werden somit in diesem Zusammenhang nicht sichtbar. Dadurch, dass sie die Technologie nicht verwenden, wird ihre Bedeutung und ihr Bezug zu der Technologie Internet nicht berücksichtigt. Wyatt et al. (2002) sehen diesen Aspekt als Nachlässigkeit der Forschung und ziehen sie in die Verantwortung, dieser Gruppe Aufmerksamkeit zu schenken. Ein ähnliches Beispiel stellt für sie die wissenschaftliche Auseinandersetzung mit dem Auto dar. Das Auto war in den 1970er und 1980er ein häufiger Gegenstand der sozialwissenschaftlichen Untersuchungen. Die Autoindustrie wurde zum Symbol der industriellen Gesellschaft und der Zugang, um diese zu erforschen und zu verstehen. In diesem Ansatz verbirgt sich jedoch die Gefahr, dass z.B. der männliche Arbeiter die Norm darstellte und industrielle Beziehungen und Arbeitspraxen generalisiert wurden. Andere Sektoren wurden in diesem Zusammenhang vernachlässigt. *„Social theory focused on questions of alienation and massification, extending them, not always appropriately, to other areas of social life“* (Wyatt et al. 2002:40). AutofahrerInnen benutzen in ihrer physischen Welt eine andere 'Landkarte' als diejenigen, die kein Auto fahren. Tankstellen, AutohändlerInnen, Autowerkstätten, Autobahnen, Autofahren usw. – mit einem Auto werden im Lebensalltag viele Aspekte relevant, die für jemanden, der kein Auto hat, entweder keine Rolle spielen oder aus einer anderen Perspektive von Bedeutung sind. *„Just as there are different maps of the physical world, so there are of the internet“* (Wyatt et al. 2002:38). Was Wyatt et al. verschiedene 'maps of the Internet' nennen,

beschreiben Felt et al. (2008) als *'multiple Internets'*. Mit diesen Begriffen wird die durch den/die BenutzerIn determinierte Vieldimensionalität des Internets betont. Die Definition der Diversität von Wahrnehmung und Nutzung unterscheidet sich darin, dass Wyatt und ihre KollegInnen, im Gegensatz zu Felt und ihren KollegInnen, besonders darauf hinweisen, dass das Internet auf verschiedene Arten auch von seiner nicht-technischen Umgebung und den Menschen, die es sich aneignen, definiert und angewendet oder abgelehnt wird (vgl. Woolgar 2002). Die Entwickler des Internets sind davon ausgegangen, dass es ein weitreichendes universalistisches Interesse an dem Internet und seinem Gebrauch geben wird. Die Vielfalt der BenutzerInnen und ihrer *'maps of the Internet'* sowie derer, die es nicht benutzen, fordert die Annahme des Universalismus heraus. Den stereotypisierten 'typischen' Benutzer gibt es nicht. „*In addition, our review of Internet usage data suggest that some people do not intend to use the internet and that some stop using the internet*“ (Wyatt et al. 2002:3). Wie das Internet von wem benutzt wird, kann nicht von universalen Faktoren abhängig gemacht werden. Es ist wichtig, nicht ausschließlich über den Onlinezugriff das Internet zu erforschen, sondern bei den Menschen direkt in ihrem alltäglichen Umfeld anzuknüpfen und deren Zugang und Umgang mit dem Medium Internet zu verstehen. BenutzerInnen sind nicht ausschließlich passive RezipientInnen der Technologie, sie haben einen aktiven Anteil an der Gestaltung und Verhandlung des Internets und dessen Position und Wirkung in der alltäglichen Lebenswelt. Besonders diejenigen, die das Internet teilweise oder komplett meiden, können Phänomene des Internets sichtbar machen, die für die BenutzerInnen nicht von Bedeutung sind.

2.4.3. Wer verwendet das Internet nicht?

Was bewegt nun die Menschen, sich vom Internet abzuwenden oder es nur in bestimmten Situationen zu nutzen, und welche Aspekte führen dazu, dass es häufiger genutzt wird? Ein möglicher Grund, warum manche BenutzerInnen den Gebrauch des Internets beenden, mag sich dadurch erklären, dass sich das Angebot und die Konzeption des Internets verändert hat. Seit seiner Existenz hat sich das Internet von einem experimentellen, offenen und dezentralisierten Netzwerk über eine akademische Ressource zu einem generellen Kommunikations- und Transaktionsmedium entwickelt. Wie sich das Internet in Zukunft weiter entwickeln wird, ist genauso unvorhersehbar, wie die Entwicklung in der

Vergangenheit war. Die „Public-service-culture“ trug dazu bei, dass sich das Internet in dem heutigen Ausmaß etabliert hat. Es hat sich gezeigt, dass der häufigste Grund für die Benutzung des Internets Unterhaltung, Shopping, finanzielle Transaktionen und Gesundheitsinformationen sind. Die sozialen Aspekte und die Aneignung des Internets im Bereich des „Public-Service“ zu einem wesentlichen Bestandteil ihrer Strukturen haben das Internet geformt und seine weitere Entwicklung bestimmt (vgl. Wyatt et al. 2002:24).

Zwischen der Erwartung an das Internet und dem realen Angebot kann sich eine enttäuschende Lücke auftun. Der Internet Hype hat den Zugang zu einer Fülle an existierenden Informationen, öffentlichem Service und sofortiger und kostenfreier Kommunikation mit Menschen auf der ganzen Welt versprochen. Nicht in jeder Hinsicht wurde diese Erwartung erfüllt. Es gibt immer wieder Menschen, die enttäuscht sind und nicht das vorfinden, was sie erwartet haben. Zunehmend wurden Beschwerden laut, dass es schwieriger sei, gezielte Informationen zu finden und sich im Netz orientieren zu können. Der/die BenutzerIn stößt auf unerwünschte Informationen und ist verunsichert über die Möglichkeiten, persönliche Informationen und Daten zu sichern (vgl. ebd:33). Zu der Enttäuschung über die reale Situation, die im Umgang mit dem Internet vorgefunden wird, reihen sich unterschiedliche andere Faktoren, die sowohl freiwillig oder unfreiwillig dazu führen, dass das Internet nicht genutzt oder nur selten in Anspruch genommen wird.

Obgleich der Trend der wissenschaftlichen Auseinandersetzung mit dem Internet immer darauf verweist, dass die Technologie im Kontext betrachtet werden muss, gibt es neben der Arbeit von Wyatt und ihren KollegInnen (2002) *They came they surfed they went back to the beach* und den Arbeiten, die sich mit dem 'Digital Divide'³⁴ (vgl. van Dijk & Hacker 2000) beschäftigen, wenige Arbeiten, die auch die Nicht-BenutzerInnen, die ehemaligen und die gelegentlichen BenutzerInnen miteinbeziehen, bzw. differenziert betrachten. Die meisten Arbeiten innerhalb der Cyberanthropology suchen den Zugang zum Feld, über das Internet selbst und beziehen sich dadurch ausschließlich auf bestimmte Aspekte der Technologie und dessen Beziehung zur Gesellschaft. Leung und Wei (1999) haben sich in

34 Auch als digitale Kluft, Graben oder Spaltung bezeichnet. Der Begriff entstand 1996 in den USA und bezeichnet die Tatsache, dass sich die Gesellschaft in solche, die die neuen Informations- und Kommunikationstechnologien nicht nutzen (können) und solche die sie nutzen einteilt.

Who are the mobile phone have-nots mit dem Nicht-Gebrauch von Handys auseinandergesetzt, eine ältere und etabliertere Technologie. Ihre Intention beruht auf ähnlichen Interessen wie die von Sally Wyatt und ihrer Forschungsgruppe. Sie haben versucht zu skizzieren, wer die Menschen sind, die Handys nicht benutzen, warum sie diese nicht benutzen und welche Aussage diese Perspektive über die Technologie macht. In diesem Zusammenhang verweisen sie auf vier Kategorien, die für den 'Gebrauch' oder 'Nicht-Gebrauch' der Technologie entscheidend sind, und nehmen damit Bezug auf die Arbeit von Everett Rogers aus den 1980er Jahren, in der er sich mit der Adoption neuer Kommunikationstechnologien befasst hat.

- Individuelle persönliche Interessen und Eigenschaften
- Soziale und ökonomische Aspekte
- Einfluss der interpersonellen Kommunikation (das Umfeld; Eingebundensein in ein Netzwerk, das sich sehr auf 'social media' oder Massenmedien bezieht)
- Attribute, die die neue Entwicklung anbietet (z.B. mit Menschen regelmäßig Alltagserlebnisse teilen, die in weiter räumlicher Distanz leben).

Speziell die individuelle Situation des Subjektes und seiner Umgebung formt das Verhältnis des/der (Nicht-)BenutzerIn zur Technologie. Mit Punkt eins stellen sich bei Leung und Wei keine signifikanten oder entscheidenden Unterschiede heraus, die für den Gebrauch oder Nicht-Gebrauch von Handys relevant sind. Geschlecht und Alter machen diesbezüglich keinen großen Unterschied. Der Gebrauch von Massenmedien hat auch keine bemerkenswerten Auswirkungen, in welcher Form Handys benutzt werden. Ob jemand einer sozialen Gruppe angehört, die Handys häufig benutzt, hat jedoch Auswirkungen auf den Handygebrauch des Einzelnen. Mit Punkt drei beziehen sich Leung und Wei (1999) auf einen Aspekt, der sich auch in der Arbeit von Miller und Slater (2000) zeigt. Sie legen einen Fall dar, in dem die Nichte nicht-Internet-affiner Großeltern ins Ausland geht und diese daraufhin beginnen, sich mit den Technologien vertraut zu machen, um sich weiterhin unkompliziert mit ihr austauschen zu können und alltägliche 'Nähe' zu ihr zu bewahren. Und nicht zuletzt stellt sich wenig überraschend heraus, dass Nicht-BenutzerInnen Handys als unvorteilhaft empfinden und alternative (Kommunikations-)Möglichkeiten haben.

Eindeutig ist, dass der 'Digital Divide' bestehen bleiben wird und sich Konturen zwischen BenutzerInnen und Nicht-NutzerInnen in den unterschiedlichsten Bereichen abzeichnen. Die Zugangsmöglichkeiten zu dem Internet und anderen Kommunikations- und Informationsmedien sind ungleich verteilt und zugleich stark von sozialen Faktoren abhängig. Es wird davon ausgegangen, dass der Zugang zum Internet sich auf soziale und wirtschaftliche Entwicklungschancen auswirkt. Das NutzerInnen-Verhalten variiert zwischen verschiedenen Ländern, worin sich kulturelle und nationale Unterschiede zeigen, die sich in dem Gebrauch des Internets widerspiegeln. Auch soziale Unterschiede heben sich nicht mit dem Internet auf und zeichnen sich deutlich an dem Nutzerverhalten ab. Einkommen und Bildung, sowie verschiedenen Nationalitäten und ethische Gruppen und Alter und Behinderungen stellen immer noch relevante Faktoren für den 'Digital Divide' dar.³⁵ Bedeutsam sind z.B. Zeit und Geld, die in die notwendigen Anschaffungen und das Lernen des Umgangs mit dem Internet investiert wurden, sowie die soziale Umgebung und die Beziehung derselben zu dem Internet. Das Ergebnis von Wyatt et al.:

*„People who stop using the internet are poorer and less well educated. People who are introduced to the internet via family and friends are more likely to drop out than those who are self – taught or who receive training at work or school“
(ebd.:31).*

Die Erreichbarkeit und Kenntnis von Alternativen, die ähnliche Möglichkeiten und Services anbieten, stellen im Zusammenhang mit dem Gebrauch des Internets erwähnenswerte Aspekte dar und können nach Möglichkeit und Interesse dazu führen, dass das Internet mit seinen Angeboten und Funktionen unbedeutend wird (vgl. Leung & Wei 1999). Und nicht zuletzt ist der soziale Kontext des Users für den Gebrauch wichtig. Wenn das Umfeld das Internet schätzt und nutzt, ist dies häufig ein Grund, das Internet auch zu nutzen (vgl. Wyatt 2002: 35). Miller und Slater sprechen von dem Beispiel, dass Familien, bei denen vereinzelte Verwandte im Ausland leben, häufig das Internet nutzen, um einen alltäglichen, zeitnahen und finanziell tragbaren Kontakt zu bewahren. Damit ermöglicht der Email-Kontakt und das Chatten die Pflege von Strukturen, die in familiären Beziehungen

³⁵ <http://www.uni-bielefeld.de/Universitaet/Einrichtungen/Zentrale%20Institute/IWT/FWG/Jugend%20online/Digital%20Divide.html> Auf dieser Seite wird eine Erläuterung der Faktoren des „Digital Divide“ angeboten. (Stand: 20.12.2011)

von Bedeutung sind. „[...] *the internet keeps new physical separation but in some other respects can keep them in heart of family life*“ (ebd. 2000:61). Diese Umstände führen dazu, dass auch Familienmitglieder, die zuvor nichts mit dem Internet anfangen konnten, sich Zugang und Umgang mit den neuen Kommunikationstechnologien aneignen. Zuletzt sollte immer mitgedacht werden, dass die Menschen, die das Internet nicht benutzen, zu einem späteren Zeitpunkt (wieder) BenutzerInnen werden können. Um zu untersuchen, wie die Technologien von den Menschen angenommen und angeeignet werden (wie sie sich organisieren, wie sie sich verhalten und wie sie mit den neuen Technologien interagieren) und welche Phänomene der Technologie dadurch sichtbar werden, ist die Gesellschaft als Ganzes von Bedeutung. Es geht nicht ausschließlich um diejenigen, die das Internet nutzen. Auch die Nicht-BenutzerInnen und die Antwort auf die Frage, warum sie sie nicht nutzen, rücken ins Zentrum der vorliegenden Arbeit. Sie sollen als ein aussagekräftiger und mitgestaltender Teil unserer Gesellschaft wahrgenommen und deren Verhältnis zu der Technologie untersucht werden.

Um das Internet in seiner sozialen Dimension an einem bestimmten Ort verstehen zu können, ist es eine Bedingung, zugleich den Ort zu verstehen, an dem das Phänomen Internet untersucht werden soll (vgl. Bräuchler 2005). Um diesen Anforderungen gerecht zu werden, verfolge ich in dieser Arbeit eine qualitative subjektorientierte ethnographische Forschung, damit die Sichtweise und Wahrnehmung meiner Forschungsteilnehmerinnen an Bedeutung gewinnt und verfolgt werden kann. Mit diesem Vorgehen sollen Thematiken, die sie ansprechen, aufgegriffen und in Bezug zu dem Forschungsgegenstand Internet gesetzt werden. Mit meiner Arbeit möchte ich mich deshalb nicht ausschließlich auf die Gruppe beziehen, die einen Zugang zum Internet hat und es für sich beansprucht. Mit dieser Untersuchung soll die Varianz in der Wahrnehmung des Internets und in dem Umgang mit demselben unter Diabetikerinnen und dem Umgang mit ihrer Krankheit, sichtbar werden. Sagt die Art und Weise, wie Diabetikerinnen mit ihrer Krankheit umgehen und wie sie die Krankheit wahrnehmen, auch etwas darüber aus, wie sie den Online-Raum nutzen oder nicht nutzen, wie versteht sich das Verhältnis in diesem Zusammenhang?

Schlussendlich besteht das erfasste Endprodukt Internet als großes Mosaik aus einer Vielzahl von Perspektiven und Nutzungsweisen, die sich an den jeweiligen Orten manifestieren und der Technologie wiederum Ausdruck verleihen. Das Internet ist nicht universalistisch. Um dazu beizutragen, ein Mosaikteilchen, eine Perspektive in diesem wechselseitigen Verhältnis zu verstehen, setze ich mich in dieser Arbeit mit einer kleinen Gruppe von Diabetikerinnen, ihrem Verhältnis zu ihrer Krankheit und ihrer Wahrnehmung des Internets und seiner Möglichkeiten in diesem Zusammenhang auseinander.

3. DIABETES

In der vorliegenden Arbeit geht es hauptsächlich um den Typ-1-Diabetes, der deutlich seltener auftritt, aber häufig unwissentlich mit dem Typ-2-Diabetes in Verbindung gebracht wird. So viel diese beiden Krankheitsbilder gemeinsam haben, so viel unterscheidet sie zugleich. In den folgenden Abschnitten sollen anhand der Beschreibung dieser beiden Krankheitsbilder die Unterschiede kenntlich gemacht und im Anschluss an einen komprimierten epidemiologischen Überblick der Zugang der Medizinethnologie zum Diabetes dargelegt werden. Des Weiteren soll in diesem Kapitel in Anlehnung an Estroff (1994) und Loaders (2002) auf die unterschiedlichen Dimensionen (persönliche/individuelle, öffentliche/gesellschaftliche), die der Diabetes für den/die Betroffene/n haben kann, dargelegt werden.

3.1. Was ist Diabetes?

Biomedizinische Definition von Diabetes-Typ-1 und Diabetes-Typ-2

Was ist Diabetes? Diabetes ist eine stark verbreitete und bekannte Krankheit, über die viel AmateurInnen-Wissen kursiert. Während meiner empirischen Untersuchungen und in den Interviews thematisierten die TeilnehmerInnen immer wieder, dass sie als Typ-1-DiabetikerInnen häufig mit den Stereotypen der Typ-2-DiabetikerInnen konfrontiert würden (eine Ausnahme bilden ExpertInnen). Der Typ-1-Diabetes unterscheidet sich grundlegend von dem Typ-2-Diabetes. Leider wird der Typ-1-Diabetes selten berücksichtigt und von Außenstehenden mit dem Typ-2-Diabetes gleichgesetzt. Nicht nur, um dem wissenschaftlichen Anspruch zu genügen, sondern auch um verbreitete Stereotypen zu durchbrechen, werde ich an dieser Stelle einen kurzen differenzierten Blick auf Diabetes und die biomedizinische Erklärung werfen. Bei Diabetes handelt es sich um eine chronische Stoffwechselstörung, die auch als 'Zuckerkrankheit' bekannt ist. Dabei gibt es zwei Hauptformen von Diabetes, 'Diabetes Mellitus Typ-1' und 'Diabetes Mellitus Typ-2'. Die Gemeinsamkeit der unterschiedlichen Typen liegt darin, dass sich der Zuckerhaushalt im Blut nicht mehr durch den Körper von selbst in ausreichendem Maße reguliert, sondern durch medizinische Unterstützung geregelt werden muss. Die Menschen, die von Diabetes betroffen sind, müssen dafür sorgen, dass ihr Blutzuckerhaushalt

permanent reguliert wird, was bei anderen Menschen automatisch passiert. An dieser Stelle ist ein kurzer Einblick in die biologische Erklärung dieses Vorgangs erforderlich: An dem Prozess der Regulierung des Blutzuckers sind das Hormon Insulin und der Einfachzucker Glukose beteiligt. Das Insulin wird in der Bauchspeicheldrüse produziert, reguliert die Glukose und transportiert sie bei Bedarf in die Körperzellen. Die Glukose ist ein lebenswichtiger Nährstoff für die Körperzellen, der dort in Energie umgewandelt wird. Mit Diabetes Mellitus ist dieser Stoffwechselvorgang gestört. Diese Störung äußert sich durch unterschiedliche Defekte in dem Vorgang der Blutzuckerregulierung. Durch die unterschiedlichen Defekte werden in der Biomedizin die verschiedenen Typen von Diabetes definiert (Robbers, Hans et al. 1981).³⁶

90% der DiabetikerInnen sind Typ-2-DiabetikerInnen. In diesem Fall wird das Insulin noch produziert, es entsteht jedoch eine Insulinunempfindlichkeit. Das bedeutet, dass der Zucker nicht ausreichend von den Zellen aufgenommen und verarbeitet werden kann. Die Bauchspeicheldrüse muss demzufolge mehr Insulin produzieren. Diese Form von Diabetes entwickelt sich hauptsächlich mit dem Alter und ist oft mit Übergewicht, Fettleibigkeit und zu wenig physischer Aktivität verbunden, sowie ungesunden Diäten. Ändern die betroffenen Menschen ihre Lebensumstände nicht, kann sich der Diabetes manifestieren. Dieser Typ von Diabetes bleibt nicht selten mit seinem Auftreten unerkannt und wird erst in späteren Stadien entdeckt. Häufig wird ausgehend von einer undifferenzierten Position mit Diabetes ein Körperbild assoziiert, das nicht dem „intakten“ Körper der neoliberalen Gesellschaft entspricht: Menschen, die undiszipliniert sind und nicht auf sich selbst achten (vgl. Froesch 2001).

Mit derartigen Vorurteilen wird auch der Typ-1-Diabetiker häufig konfrontiert, obwohl es sich um eine Krankheit handelt, die sich grundlegend von der ersteren unterscheidet und nicht auf die Lebensumstände zurückzuführen ist. Die Ursachen für den Typ-1-Diabetes sind bis heute ungeklärt, es bleibt für die MedizinerInnen ein Rätsel, warum der Körper die Zellen, die das überlebensnotwendige Insulin produzieren, zerstört. Der Typ-1-Diabetes entwickelt sich hauptsächlich in der Kindheit und in der Pubertät, kann aber auch in

³⁶ <http://www.oedg.org/diabetes.html> [Zugriff: 30.1.2012].

seltenen Fällen später auftreten. Im Fall des Typ-1-Diabetes produziert die Bauchspeicheldrüse kein Insulin mehr, sodass die Betroffenen angehalten sind, ihr Leben lang das Organ durch ihr eigenes Zutun zu ersetzen und sich das überlebenswichtige Insulin zu injizieren. Sich gut mit der Krankheit und den biologischen Vorgängen des Körpers auszukennen, ist eine Voraussetzung, um den Typ-1-Diabetes selbstständig behandeln zu können (vgl. ebd.). Konsequenterweise ist es aus biomedizinischer Sicht das Ziel, als PatientInnen den optimalen Blutzucker zu haben. Zu bedenken ist jedoch, dass es die unterschiedlichsten Faktoren gibt, die diesen beeinflussen und dass das gespritzte Insulin nicht ausschließlich auf das Level des Blutzuckers einwirkt. Aspekte wie Ernährung, Bewegung und Gefühlsschwankungen, sowie z.B. Zustände wie Schwangerschaft haben einen Einfluss auf die Regulierung des Blutzuckers und müssen bei der alltäglichen Behandlung mitgedacht werden. Der Diabetes beeinflusst den gesamten Körper und kann sich folglich, bei falscher oder unregelmäßiger Behandlung, nicht nur physisch, sondern auch auf das emotionale Wohlbefinden des/der Betroffenen auswirken (vgl. Nettleton et al 2001). Durch falsche oder inkonsequente Behandlung ist in den Zellen des Diabetikers zum einen keine Glukose vorhanden und zum anderen richtet der überreichliche Zucker, der im Blut bleibt, Schäden an. Wenn der Blutzucker unter den regulären Wert sinkt, tritt eine Hypoglykämie (Unterzuckerung) auf, welche sich in Form von Zittern, Übelkeit, Kopfschmerzen und verstärkter Aggressivität äußern und sogar zu einem Koma führen kann. Der erhöhte Blutzuckerspiegel nennt sich Hyperglykämie (Überzuckerung) und äußert sich in starker Antriebslosigkeit, Müdigkeit und der Unmöglichkeit sich zu konzentrieren (vgl. Froesch 2001). Die Schäden, die der unbehandelte Diabetes anrichtet, sind Spätfolgen und können sich z.B. in Nierenversagen, Erblindung, Schlaganfall oder Herzinfarkt äußern und mitunter tödlich enden. Das Fatale an den Schäden des Diabetes ist, dass sie für den/die PatientenIn vorerst unbemerkt bleiben. Gesundheit heißt also für einen Diabetiker, konsequent und diszipliniert zu handeln und Tag ein Tag aus die Funktion der Bauchspeicheldrüse in der Insulinproduktion so gut wie irgend möglich zu ersetzen. Es geht nicht ausschließlich darum, sich den biomedizinischen Behandlungsregeln zu unterwerfen, sondern darum, Diabetes als Teil des alltäglichen Lebens zu betrachten und ihn in letzter Konsequenz auf sich alleine gestellt selbstverantwortlich zu behandeln und mit ihm zu leben. Auf diesem Hintergrund ist der/die Betroffene angehalten, die Funktion eines Organs

und die alltäglichen Einflüsse darauf mitzudenken (vgl. Loader 2002, Cohn 1997). Ein Mensch mit Diabetes sollte versuchen, die Interaktion zwischen seinem Körper und den Umwelteinflüssen, die ihn umgeben, zu erkennen und dementsprechend zu handeln. Mit dem folgenden Zitat von Brain D. Loader et al. wird der Umfang des Diabetes und die Bedeutung, die er für die Betroffenen hat, pointiert: „*Diabetes has therefore come to be regarded as „lifestyle“ condition whose management is increasingly to be conducted through self-care*“ (2002:55).

3.2. Wo ist der Diabetes?

Epidemiologie und Formen sozialwissenschaftlicher Auseinandersetzungen mit dem Diabetes und chronischen Krankheiten

Diabetes ist eine häufig vorkommende Stoffwechselerkrankung. Weltweit leben ca. 350 Millionen³⁷ Menschen mit Diabetes. Seit den 1980er Jahren ist die Zahl der Diabetes Fälle exponentiell angestiegen. Obwohl Diabetes weltweit verbreitet ist, sind Unterschiede der Betroffenheit verschiedener Regionen und ethnischer Gruppen zu verzeichnen. Besonders in den wohlhabenden Regionen wie den USA, Australien und auch Europa ist Diabetes verbreiteter als in Regionen wie der Sub-Sahara oder Südafrika, denen es ökonomisch schlechter geht. Es sind jedoch meistens die Menschen der ärmeren Teile wohlhabender Regionen, die von Diabetes betroffen sind.³⁸ Diabetes ist eine 'Krankheit der Moderne'. Besonders in anthropologischen Arbeiten hat sich gezeigt, dass viele Gründe speziell für den Typ-2-Diabetes mit den Lebensumständen der modernen Gesellschaften zusammenhängen. Die Medical Anthropology beschäftigt sich aktiv und weitreichend mit der Erforschung von Diabetes-Typ-2. Unterschiedliche Erklärungsmuster von Diabetes in den verschiedensten Regionen und im Speziellen dort, wo die Menschen durch die Kolonialisierung sesshaft geworden sind (Nordamerika und Mittelamerika, sowie Australien und Papua-Neuguinea), waren Gegenstand der Untersuchungen. Vorzüglich in diesen Regionen kommt der Typ-2-Diabetes überdurchschnittlich häufig vor (vgl.

37 Mit dieser Angabe beziehe ich mich auf: <http://www.who.int/diabetes/en/> [Zugriff: 30.1.2012].

38 Die AnthropologInnen Emily Mendenhall und Rebecca A. Seligman verweisen darauf, dass es einen engen Zusammenhang zwischen sozialen Leiden und Diabetes Typ 2 gibt.

Mendenhall et al 2010, Benyshek 2003).³⁹ In diesem Zusammenhang gibt es viele anthropologische Arbeiten die Ethnizität im Kontext von Diabetes thematisieren (vgl. Poss/Jezewski 2002; Gravelee/Sweet 2008; Montoya 2007). Nebst diesem Themenschwerpunkt beziehen sich einige anthropologische Arbeiten auf die Ernährungsanthropologie⁴⁰ im Kontext von Diabetes. Auch die Applied Anthropology beschäftigt sich in vielen Bereichen mit Diabetes und Möglichkeiten der Prävention (vgl. Smith-Morris 2005, Benyshek 2003) Anthropologische Arbeiten, die sich mit dem Typ-1-Diabetes auseinandersetzen, habe ich keine finden können. Zumeist wird der Typ-1-Diabetiker in den Untersuchungen zu den Typ-2-Diabetikern erwähnt, es findet in diesen Zusammenhängen aber keine explizite Auseinandersetzung mit den Unterschieden und deren Bedeutung für die Betroffenen statt. Sue E. Estroff (1994) weist in ihrem Artikel *Identity, Disability and Schizophrenia. The Problem of Chronicity*, ebenfalls auf den Diabetes als chronische Krankheit hin und bezeichnet ihn als eine *I am illness* bzw. 'ich bin DiabetikerIn'. Sie differenziert in diesem Zusammenhang jedoch nicht, ob sie den Diabetes-Typ-1, den Diabetes-Typ-2 oder beide Typen gleichermaßen anspricht. Grundlegend setzt sich die Autorin in ihren Ausführungen mit der Rolle soziokultureller Faktoren und deren Auswirkung auf die Ursache und Entstehung von chronischen Krankheiten auseinander. Somit stellt sich die Frage, ob die Differenzierung der unterschiedlichen Typen von Diabetes für eine kultur- und sozialanthropologische Auseinandersetzung bedeutsam ist? Da nicht nur die Konstitution der Krankheit, sondern auch die Behandlungsweise eine andere ist und somit auch die Bedeutung und Auswirkung der Krankheit auf das Individuum und seinen Lebensalltag, scheint die Unterscheidung wegweisend. Nicht zuletzt deshalb, weil die Betroffenen Typ-1-DiabetikerInnen häufig mit der Zuschreibung des Typ-2-Diabetikers konfrontiert werden und die damit zusammenhängenden Einschreibungen und Bedeutungen für sie nicht relevant sind. Insbesondere im Hinblick auf das Internet erachte ich das Verständnis für die gesellschaftlichen Dimensionen von Krankheiten als

39 Z.B. Daniel Benyshek (2003) setzte sich aus biomedizinischer und anthropologischer Perspektive mit Gründen und Entwicklungen auseinander, die dazu geführt haben, dass im speziellen „Native Americans“ und „Aboriginies“ von Diabetes Typ 2 betroffen sind. Er findet heraus, dass besonders die drastisch veränderten Lebensumstände dazu geführt haben, dass viele der „Natives Americans“ an Diabetes-Typ-2 erkrankt sind. Ein Effekt, der bei Menschen weltweit auftritt.

40 Simon Chon (1997) beschäftigt sich in „Being told what to eat: Conversation in a Diabetes Day Centre“ eingehend mit den biomedizinischen Konzepten von Ernährung für Menschen mit Diabetes und deren Wahrnehmung und Umgang mit diesen Ernährungskonzepten.

essentiell, da die Internetnutzung von meinen InterviewpartnerInnen häufig mit einem Schritt in die noch breitere Öffentlichkeit assoziiert wurde. Daher möchte ich an dieser Stelle die Gelegenheit nutzen, die Darlegungen von Sue Estroff kurz vorzustellen, die sich mit der sozio-kulturellen Definition von chronischen Krankheiten und deren Auswirkungen auf die Selbstwahrnehmung der Betroffenen von ihrer Krankheit auseinandersetzt. Anhand ihrer theoretischen Überlegungen soll die Diskrepanz, die sich aus der äußeren Wahrnehmung und der Selbstwahrnehmung von Typ-1 und Typ-2 Diabetes ergibt, hingewiesen werden. Sie stellt das andauernde Leiden und die fortwährenden Einschränkungen, mit denen chronisch kranke Menschen leben müssen, als ein Resultat dar, das aus einer gesellschaftlich und kulturell gelebten Definition von dieser Krankheit entsteht (vgl. ebd.:250f.). In ihren eigenen Worten: „*Briefly, my interpretation is that chronicity consists of a fusion of identity with diagnosis, a transformation of self to self and with others*“ (ebd.). Sie geht davon aus, dass sich das Selbst und die Identität des/der Betroffenen der Diagnose entsprechend transformiert. Der/die Betroffene unterliegt einer prozessualen Veränderung von einer Person, die eine Krankheit hat – *I have illness* –, zu einer Person, die eine Krankheit ist – *I am illness*. Dieser Prozess der Transformation wird von unterschiedlichen Faktoren forciert und auf die betroffene Person projiziert. Neben anderen Aspekten, wie z.B. behandelnde und diagnostizierende Ärzte/Ärztinnen formen Gesundheitspolitik und Gesundheitssysteme Krankheitsbilder und prägen dadurch die Wahrnehmung und Identifizierung der Betroffenen mit den jeweiligen Krankheiten. Estroff (vgl. 1994: 274) argumentiert, dass u.a. auch Freunde/Freundinnen und Verwandte der erkrankten Person eine mit der Krankheit verbundene Rolle zuschreiben und somit den Verlust vorheriger Identitäten, die sich nicht auf die Krankheit beziehen, manifestieren. Diese Einschreibung verhindert die Besserung der Krankheit und äußert sich in Chronizität. Damit beschreibt sie einen symbolischen und soziokulturellen Prozess einer Transformation von Selbst und Identität. Estroff (1994: 256) bezieht sich in ihren Darlegungen zu *I am illnesses* primär auf Schizophrenie. Sie unterscheidet *I am illnesses* von *I have illnesses* und lehnt sich damit an die sprachliche Unterscheidung westlicher Kategorien andauernder Leiden an. Neben Epilepsie und Alkoholismus ist auch Diabetes eine dieser Kategorie angehörige Krankheit – 'ich bin EpileptikerIn', 'ich bin DiabetikerIn' oder 'ich bin AlkoholikerIn'. Nach Estroff scheinen die *I am illnesses* mysteriöser,

stigmatisierter und mit kognitiven Funktionen zusammenzuhängen, als die *I have illnesses*. Mit dem Bewusstsein, dass nicht alle Krankheiten diesen Kategorien zuzuordnen sind, sieht sie im Speziellen den Grund für diese Unterscheidung darin begründet, dass nach dem biomedizinischen westlichen Verständnis die Begrifflichkeit dieser Krankheit eng mit dem Selbst verbunden ist. Durch die Nähe zu dem Selbst entsteht auch die Nähe zur Identität.

3.3. Die Grenzen biomedizinischer Behandlungsformen und biomedizinischer Institutionen

Mit der Behandlung von Diabetes-Typ-1 ist ein komplexes medizinisches, soziales und ökonomisches System verbunden, das das Leben des betroffenen Menschen stark beeinflusst und mitbestimmt. Diese Dimensionen reichen über die ärztliche Behandlung hinaus in persönliche und private Bereiche hinein. Es ist nicht verwunderlich, dass medizinische Behandlung, wie z.B. Diäten oder Übungen, um den Diabetes in den Griff zu bekommen, von den Betroffenen häufig als Eingriff in das persönliche Verhalten und Leben wahrgenommen werden. Viele Formen der Behandlung betreffen die gesamten bzw. einen großen Teil ihrer Lebensumstände (vgl. Cohn 1997). Behandlungsvorschläge hingegen, die sich mit Möglichkeiten beschäftigen, die über medizinisch technische Anweisungen hinausreichen, sind eher gering und begrenzt, da diese Formen der Behandlung die persönlichen Lebensumstände der PatientInnen und ihre individuelle Wahrnehmung von Krankheit miteinbeziehen müssten. B. Loaders et al. (2002) fassen diese Überschreitung der medizinischen Kompetenzen in drei Aspekten zusammen, die ich im Folgenden kurz darlegen möchte, um zumindest eine Idee über das Ausmaß der Behandlung von Diabetes zu vermitteln.

Für Menschen, die Diabetes bekommen haben, bieten Institutionen wie Krankenhäuser oder Krankenversicherungen 'Diabetesschulungen' an, die den Betroffenen helfen sollen, den Diabetes zu behandeln und in ihren Alltag zu integrieren. Wie die TeilnehmerInnen der vorliegenden Untersuchung sollten alle Betroffenen an einer Schulung dieser Art teilnehmen. Der erste Punkt, den Loaders et al. (2002) ansprechen, bezieht sich auf diese Schulung. Die Autoren kritisieren, dass auf diese Weise eine Behandlungsform vermittelt wird, die einzig auf biomedizinischen Werten beruht. Das Individuum ist ausschließlich

passiver Konsument des Wissens. Wechselseitigem Austauschen und der Möglichkeit, voneinander zu lernen, wird keine Bedeutung beigemessen (vgl. Cohn 1997). In dieser Schulung wird nicht nur Information über den Diabetes und seine Behandlung weitergegeben, sondern auch die Verpflichtung, sich um den Diabetes zu kümmern und nach den Angaben des Kurses zu behandeln. Laut der Autoren gibt es in diesem Raum wenig Platz für Austausch und andere Formen von Behandlung. Dies leitet zum zweiten Aspekt über. Dieser Sachverhalt verweist darauf, dass diese medizinischen Hinweise von ExpertenInnen übermittelt werden. Oftmalig fällt es den Betroffenen schwer, sich auf Hilfestellungen von Menschen einzulassen, die nicht wissen, wie es ist unter solchen Konditionen und mit dem Diabetes zu leben. Cohen (1997) reiht den Aspekt zuletzt, dass es sich bei Diabetes um eine Krankheit handelt, die sich durch viele Bereiche des alltäglichen Lebens zieht und Komponenten betrifft, die nicht lediglich als medizinisch betrachtet werden können. Ein bezeichnendes Beispiel ist der Umgang mit der Ernährung. Mahlzeiten, die Auswahl der Nahrungsmittel, wann und wie jemand sie zu sich nimmt, werden von vielen PatientInnen als sehr persönlich und privat empfunden (vgl. Ebd.). In den Schulungen beschränkt sich vorrangige Auseinandersetzung mit der Krankheit und die Unterstützung diesbezüglich in der Regel auf die medizinischen Institutionen und deren Verständnis der Behandlungsmöglichkeiten von Diabetes. Selten wird die Erfahrung, die Betroffene im Lebensalltag mit Diabetes machen, einbezogen. Die persönliche Perspektive rückt somit in den Hintergrund. Um sich mit alternativen Ideen und Erfahrungen zu befassen und zu anderen Ebenen als den biomedizinischen Ansätzen Zugang zu finden, gibt es nur wenige Möglichkeiten. Für die DiabetikerInnen ist eine umfassende Behandlung, die auch soziale, ökonomische und individuelle Aspekte einschließt, sehr bedeutsam. Gerade im Rahmen meiner Untersuchung ist immer wieder von den ForschungsteilnehmerInnen⁴¹ mit Diabetes betont worden, dass es auch wichtig ist, mit dem behandelnden Arzt oder Krankenhaus eine Beziehung zu pflegen, die sich nicht ausschließlich auf Sachinhalte bezieht. Häufig wurde in diesem Zusammenhang von einer freundschaftlichen Beziehung gesprochen, die ebenfalls sehr persönliche und vertraute Ebenen umfasst. Das ist eine Position, auf die ich in meiner Arbeit ausdrücklich hinweisen möchte und die auch in

41 Siehe Kapitel 4 Mein Leben mit 'meinem Diabetes'.

meiner Analyse außerordentliche Berücksichtigung verdient, da es für die Betroffenen essentiell ist, dass die Behandlung das gleiche Ausmaß umfasst wie die Krankheit.

An dieser Stelle wird das Internet oftmals als eine reichhaltige Ressource gesehen, sich mit Diabetes, aber auch anderen Krankheiten auf den unterschiedlichsten Ebenen auseinanderzusetzen. Es bietet die Möglichkeit, sich außerhalb der biomedizinischen Institutionen über die Krankheit und damit verbundenen Erfahrungen auszutauschen. Durch die Vielfalt und Offenheit, die das Internet in seiner Infrastruktur und Konditionierung anbietet, kann der/die von Diabetes Betroffene individuell und selbstbestimmend entscheiden, mit welchem Zugang und Herangehensweisen an den Diabetes er/sie sich befassen möchte. Auch außerhalb medizinisch institutioneller Strukturen und des physisch begehbaren Alltags bietet das Internet an, sich mit verschiedenen Wahrnehmungen und Ansichtsweisen auseinanderzusetzen (vgl. Shani 2005, Nettleton 2002, Hardey 2000, Felt et al. 2008). Wie in den Kapiteln⁴² zuvor dargelegt wurde, gibt es viele Untersuchungen, die sich, mit diesem Phänomen verkasematuckeln. Dabei werden die Strukturen und Möglichkeiten des Internets in Bezug auf die Auseinandersetzung mit Krankheiten ergründet. In aller Bescheidenheit sehe ich an dieser Stelle jedoch die Notwendigkeit, eindimensionale Perspektive auf das Internet im Hinblick auf die Nutzung im medizinischen Sinne zu erweitern. Die Bezugnahme verweist auf die unterschiedlichen Wahrnehmungen des Internets und damit die Schuldigkeit der Wissenschaft⁴³, diese Phänomene zu beleuchten und zu erfassen. Um nicht von Anbeginn die Perspektive von BenutzerInnen auf das Internet festzulegen, habe ich den Zugang zu dem Forschungsfeld über einen Stammtisch von Typ-1-DiabetikerInnen gewählt und nicht über den Cyberspace. Die Perspektive einiger Mitglieder auf ihren Diabetes möchte ich in dem anschließenden Kapitel darlegen, um alsdann deren Verhältnis zu dem Internet zu analysieren. Die Berücksichtigung der unterschiedlichen Perspektiven auf den Diabetes und den Umgang der DiabetikerInnen mit ihm erachte ich als notwendig, zumal ich annehme, dass ebendiese unter anderem einen wesentlichen Einfluss auf die Wahrnehmung und Nutzung des

42 Siehe Kapitel 2.3 Aspekte im Internet im medizinischen Kontext.

43 An dieser Stelle möchte ich, wie in dem Kapitel „Nicht – Benutzer“ dieser Arbeit erläutert wurde, der Aufforderung von Wyatt et. al (2002) nachkommen und auch die Perspektive der Teile der Gesellschaft mit einbeziehen, die das Internet nur wenig bis gar nicht benutzen.

Internets hat. Vor diesem Hintergrund und auf Birgit Bräuchler (2005) verweisend wird deutlich, wie dicht die Möglichkeit, Erkenntnisse über den Diabetes zu gewinnen und Phänomene des Internets aufzudecken, beieinander liegen.

4. MEIN LEBEN MIT 'meinem Diabetes'

In diesem Kapitel werde ich versuchen, die fünf Frauen, die im Mittelpunkt meiner Forschung standen, vorzustellen. Ihre Gedanken, Sicht- und Handlungsweisen waren zentral für die fortführenden Auseinandersetzungen und Überlegungen mit den theoretischen Ansätzen. Teilweise bestehen die folgenden Portraits aus langen Zitaten, die ich aus den Interviews ausgewählt habe. Damit verfolge ich die Intention, dass der Leser/die Leserin ein weitgehend eigenständiges Gefühl für das Feld entwickelt. Ebenfalls soll diese Form der Präsentation den ForschungsteilnehmerInnen eine möglichst umfassende 'eigene Stimme'⁴⁴ geben. Mein Vorhaben ist es nicht, diese Frauen durch eine vollkommene biographische Abhandlung abzubilden, sondern einen persönlichen Zugang zu der Thematik der Diplomarbeit zu ermöglichen, indem einige Eckdaten und Eindrücke der Begegnungen im Feld und der Gespräche mit den Frauen präsentiert werden. Im Vordergrund der ausgewählten Textsegmente aus den Transkriptionen der Interviews und Impressionen der Forschungsnotizen stehen Passagen, die das Verhältnis der ForschungsteilnehmerInnen zu 'ihrem Diabetes' und zum Internet wiedergeben. Auswahl und Reihenfolge, in der die Frauen in diesem Kapitel vorgestellt werden, folgen keiner bestimmten Logik. Dabei hoffe ich, dass es mir gelingt, meine persönlichen Eindrücke auch als diese kenntlich und dadurch meine Position als Forscherin im Feld transparent zu machen. Der Stammtisch wird in diesen Darstellungen nur partiell vorkommen. Im Anschluss an die Vorstellung der Mitglieder werde ich versuchen, eine Skizze des Stammtisches und seine Bedeutung für die Frauen ergänzend zu ihren Erzählungen darzustellen. Um den Leser/die Leserin in den Stammtisch und seine Bedeutungen einzuführen, werde ich anhand meiner Feldnotizen zwei unterschiedliche Situationen dieser

44 Mit den langen Zitaten aus den Interviews mache ich den Versuch mich einer vordergründigen durch die Forscherin bestimmten Interpretation zu entziehen und den Zitierten selbst, in der Darstellung, ihre eigenen Worte zu lassen. Auch dem Leser möchte ich damit anbieten einen selbstbestimmten Eindruck zu gewinnen. Dennoch ist mir bewusst, dass sowohl die Selektion, als auch die Platzierung der Zitate interpretative Elemente beinhaltet.

Treffen, denen ich beigewohnt habe, wiedergeben. Hiernach werde ich das Konzept des Stammtisches Moellers (1993) Definition von Selbsthilfegruppen gegenüberstellen, um auf Parallelen, aber auch Unterschiede, die die Gruppe am Stammtisch auszeichnen, aufzuzeigen. In dem folgenden Abschnitt werden die Themen, die den Stammtisch und seinen Stellenwert aus- und speziell machen, aufgegriffen und vertiefend erläutert. Vor diesem Hintergrund soll beschreibend das Bild von dem Diabetes, das sich am Stammtisch vordergründig ergibt und für diesen eigenen Fall charakteristisch ist, dargelegt werden.

4.1. Lisa

„*ICH KANN MICH AN EIN LEBEN OHNE DIABETES NICHT ERINNERN*“

(Lisa 2011: IA 7).

Mit dem Betreten von Lisas Wohnung hätte mein Staunen nicht größer sein können. Eine Wand ihres Wohn- und Schlafzimmers war übersät mit Postkarten. Und es blieb nicht bei dieser einen Wand. Nach der Begrüßung drehte ich mich einmal um mich selbst und entdeckte Postkarten auf dem Schreibtisch, Postkarten in einem Mobilé und Postkarten auf dem Tisch, an den wir uns zum Interview setzten. Ich war überrascht und fasziniert zugleich. Lisas Lachen holte mich aus dem Staunen zurück: *„Ich liebe es Postkarten zu schreiben und ich freue mich immer wieder, wenn ich welche bekomme. Es ist einfach ein persönliches und nettes Zeichen, das mich berührt. Ich habe auch noch kistenweise Briefe in Kartons verstaut“* (vgl. Lisa 2011:FN⁴⁵). Ein Laptop stand auf ihrem Schreibtisch, blieb aber angesichts der vielen Karten ein Gegenstand, der mir erst im zweiten Moment, vermutlich bestimmt durch mein Interesse, auffiel. Wäre mein Forschungsinteresse nicht präsent gewesen, hätte ich den Laptop wohl nicht wahrgenommen. Im Verlauf der Zeit, die ich bei Lisa verbrachte, kam der Laptop ausschließlich zum Einsatz, um mich an ihren Erinnerungen zu der Zeit mit der Friedensflotte 'Mirno More'⁴⁶ teilhaben zu lassen. Sie

45 Da ich meine Feldnotizen (FN) in den meisten Fällen von Hand (im Buch und auf verschiedenen Zetteln) aufgezeichnet habe, existieren als Quellennachweis keine Seitenzahlen, da diese keine Logik ergeben würden. Angaben mit FN sind dementsprechend im Fließtext ausschließlich mit Jahreszahlen versehen. Genauere Aufzeichnungen zum Datum befinden sich im Anhang.

46 „Al Friedensflotte Mirno More“ ist ein Sozialpädagogisches Projekt, mit dem kulturelle, soziale und nationale Grenzen, durch ein gemeinsames Segelprojekt überwunden werden sollen. Um weitere Informationen darüber zu erhalten: <http://www.friedensflotte.org/index.html> [Zugriff: 20.02.2012].

zeigte mir Videos und Fotos von einer DVD zu den zwei Wochen, die sie mit ihrer Crew⁴⁷ auf See verbracht hat und vermittelte mir eine lebhafte Vorstellung von dem Projekt. Der Eindruck von Freude, den sie bezogen auf die ehrenamtliche Tätigkeit signalisierte, machte mir deutlich, wie sehr ihr die Organisation der „DiabetikerInnen Crew“ und das Projekt der Friedensflotte am Herzen liegt. Anderweitig wurde der Laptop nicht mehr verwendet. In den folgenden Darstellungen von Lisa zeigte sich, dass sie Internet und Laptop nur im Zusammenhang mit organisatorischen Angelegenheiten verwendet oder zum Zeitvertreib, auf Seiten wie z.B. der Homepage der ÖDV oder Facebook nachschaut, wie der 'Stand der Dinge' ist.

Bei meiner ersten Begegnung mit Lisa im Juni 2011 war sie 27 Jahre alt und lebte alleine in einer Einzimmerwohnung in Linz. Zur Zeit der Feldforschung hatte sie gerade ihre Diplomarbeit in BWL (Betriebswirtschaftslehre) und Sozialarbeit abgeschlossen und einen Job in Aussicht, über dessen Umstände sie mir nichts näher erzählen wollte. Neben ihrem Studium hat sie eine Ausbildung als Krankenpflegerin gemacht und anschließend in diesem Bereich gearbeitet. Für ihr Studium ist sie bei ihren Eltern ausgezogen und von Innsbruck nach Linz gegangen. Ihren Erzählungen entsprechend hat sie sich nach einer kurzen Phase der Eingewöhnung in Linz gut eingelebt (vgl. LISA 2011: FN). Besonders im Bezug auf den Diabetes war es für sie anfangs ungewohnt, sich in einer neuen Umgebung aufzuhalten, für die der Diabetes nicht sehr geläufig ist. Zunehmend hat sie sich ein Umfeld aufgebaut, das mit dem Diabetes vertrauter ist. Dazu beigetragen haben u.a. der Stammtisch, aber auch der Rettungsdienst, das Krankenhaus, und Freundschaften zu Menschen mit Diabetes oder Menschen, die in medizinischen Bereichen tätig sind. Ihre Beziehungen zur ÖDV⁴⁸, die Betreuung der 'DiabetikerInnen Crew' der Friedensflotte 'Mirno More', aber auch die Teilnahme an Tagungen und Kongressen zum Diabetes haben auch dazu geführt, dass sie sich an einem neuen Ort wie Linz schnell in den entsprechenden Kreisen etablieren konnte. Auch wenn ihr Leben eng verwoben mit dem Diabetes ist, erscheint es in ihren Erzählung vielmehr als Vor- denn als Nachteil.

47 Lisa organisiert seit ein paar Jahren (leider ist mir das genaue Datum nicht bekannt) die „DiabetikerInnen Crew“ des Segelprojektes.

48 Österreichische Diabetikervereinigung: <http://www.diabetes.or.at/index.htm> [Zugriff: 03.02.2011].

„Meinen Job! Wahrscheinlich habe ich den nur durch den Diabetes – das kann ich als Vorteil sehen. Vieles kann man als Vorteil oder Chance sehen, wenn man einen Diabetes hat. Ich habe viele Sachen getan, die hätte ich ohne den Diabetes wahrscheinlich nicht getan. Ich habe Freunde, die hätte ich ohne den Diabetes nicht. Also man kann das positiv auch sehen“
(Lisa 2011: IA 9).

Lisa hat den Diabetes mit dem vierten Lebensjahr bekommen. Das frühe Auftreten des Diabetes macht es für sie unmöglich, zu wissen, wie ein Leben ohne Diabetes ist. Immer wieder hat sie in ihren Erzählungen darauf hingewiesen, dass der Diabetes einfach dazu gehört. Der Diabetes ist Teil der 'Normalität' ihres Lebens (vgl. Lisa 2011: FT). Somit ist der Diabetes Teil ihrer gewöhnlichen 'lebensweltlichen Landkarte'. Nebstdem hat auch der Mann ihrer Schwester Diabetes. Dadurch ist sie nicht die Einzige in ihrem familiären Umfeld, die Diabetes hat. In ihren Darstellungen während des Interviews sind es insbesondere ihre Eltern, die sie von Anbeginn unterstützt haben und ihr das Gefühl mitgegeben haben, dass sie sich nicht durch den Diabetes eingeschränkt fühlen muss. *„Es waren meine Eltern, die mir das mitgegeben haben. Du kannst im Prinzip alles machen, du musst nur deinen Zucker im Griff haben [...]“* (Lisa 2011: IA 15). Auch neben der Familie hat sich Lisa ein Umfeld aufgebaut, indem der Diabetes kein Hindernis, sondern vielmehr eine bereichernde Erfahrung ist.

„Wir sind vor 14 Tagen zurück gekommen von der Friedensflotte und man sieht, man schafft alles, was andere auch schaffen, vielleicht sogar noch besser (lacht). Das ist ein Punkt, wo man auch andere Leute aufmuntern kann. Ein Freund von mir, der dabei war, der zwar keinen Diabetes hat, dem es aber auch nicht so gut gegangen ist, dem habe ich das tolle Feedback, das ich von den Eltern und Kindern bekommen habe, weitergeleitet. Das ist vielleicht so etwas Positives. Oder dass man auch im Rettungsdienst, wenn man teilweise sieht 'huu, der hat einen Typ-2-Diabetes – und das funktioniert ja so ganz und gar nicht ', dass man denen vielleicht Tipps geben kann, wo sie hingehen können oder so Kleinigkeiten“
(Lisa 2011: IA 8).

In der Oberstufe ist der Diabetes für Lisa das erste Mal Anlass für Probleme geworden.

„Ich glaube, am Anfang war ich erst einmal schockiert und beleidigt, weil ich das nicht gekannt habe von den vorhergehenden Schulen. Dann joa, man entwickelt dann halt einfach blöde Antworten die man darauf geben kann. Ich meine, die erste Frage war vom Erstbesten, ob ich drogensüchtig bin? 'Ne, die neue Droge heißt Insulin und

ich spritze ein bisschen mehr davon, da spürt man auch mehr davon!' oder sonst etwas Blödes darauf sagen und dann habe ich es ignoriert“
(Lisa 2011: IA 9).

Von Lisas Darstellungen ausgehend, wurde sie mit Fragen und Aussagen konfrontiert, die keinesfalls Empathie oder ein integratives Verständnis für den Diabetes von ihrer Umgebung, erwiesen. LehrerInnen sowie SchülerInnen wollten nicht, dass sie in der Klasse Insulin spritzt, weil sie damit den Unterricht störe. Dieser Umstand hat dazu geführt, dass sie eines Tages von der Schule wegen Unterzuckerung mit einem Krankenwagen abgeholt werden musste. Während es also im Kindergarten und in der Volksschule kein Problem war, ist es entsprechend Lisas Schilderungen insbesondere eine Person gewesen, die ihr in der Oberstufe das Leben erschwert hat. Eine Mitschülerin, die aus dem gleichen Dorf kam (vgl. LISA 2011: FN).

„[...] das war einfach eine blöde Gans. Die kam aus dem gleichen Ort, aus dem wir gekommen sind. Die hat im Kindergarten schon herumerzählt 'Oh! Zu der Berger kannst du nicht gehen, weil das ist grauselig!' Die hat einen vollen Vogel gehabt, war aber so dominant, dass sie sämtliche Leute mit sich gezogen hat“
(Lisa 2011: IA 6).

Laut der Erzählungen von Lisa hatte sie diese problematischen Situationen jedoch vornehmlich in dieser Schule. Als sie die Schule verließ, waren auch diese Probleme irrelevant und sind in dieser Form nicht mehr vorgekommen. Auf die Frage, welche Aspekte ihr im Zusammenhang mit dem Diabetes besonders wichtig sind, antwortete sie:

„Ich glaube, das Erste ist einmal Verständnis in der Umgebung, in der man sich aufhält. Sprich, in der Familie und im Freundeskreis. Wenn das hinhaut, dann passt es. Aber auch der Austausch mit anderen Diabetikern, mit Gleichgesinnten, auch mit Ärzten. Also, ich glaube, einfach ein gesunder Mischmasch aus allem und das Wichtige ist auch, glaube ich, nicht für den Diabetes zu leben oder ihn zu vernachlässigen, sondern damit [mit dem Diabetes] und das Beste daraus zu machen“
(Lisa 2011: IA 8).

Der Inhalt dieses Zitates vermittelt bereits einen Eindruck, wie das Verhältnis von Lisa zu dem Diabetes ist, sie versteht ihn nicht als Krankheit, sondern:

„Im Grunde fehlt nur ein Hormon – blöderweise ist es ein lebenswichtiges. Die Herausforderung ist, das Insulin zur richtigen Zeit, die richtige Menge, im richtigen Zusammenhang mit Essen, Lebensstyle usw. richtig zu dosieren, aber mehr ist es nicht. Und ich persönlich für mich definiere es [den Diabetes] nicht als Krankheit. Weil ich sage, wenn ich krank bin, dann liege ich im Bett, dann habe ich Fieber, dann geht es mir schlecht. Nur ich tue ja sonst auch alles. Ich war gezwungen, in die Schule zu gehen, ob ich will oder nicht und wir müssen genauso arbeiten gehen, wie jeder Andere. Wenn ich krank bin, dann kann ich das nicht. Ich hasse auch das Wort 'Zuckerkrankheit', das stellt mir alle Haare auf“
(Lisa 2011: IA 18).

4.2. Anna

„ICH LASSE MIR DAS LEBEN VON MEINEM DIABETES NICHT DIKTIEREN! Ich lebe so wie mein Leben gerade passt und MEIN DIABETES MUSS SICH IRGENDWIE EINFÜGEN. IM MOMENT HAT DER HALT PROBLEME SICH EINZUFÜGEN, noch immer, seit der Pubertät wieder. Ich schaffe es immer wieder etappenweise, aber dann kommt alles immer wieder durcheinander. Dann hat sich wieder mein Stundenplan geändert im Leben UND DANN PASST DER DIABETES WIEDER NICHTMEHR. Der Diabetes muss wieder aufs Neue versuchen, sich in mein Leben einzufügen und deswegen sind meine Werte halt immer zu hoch. ANDERE MACHEN DAS IMMER SO, DASS SIE DAS LEBEN NACH DEM DIABETES RICHTEN und deshalb sind die Werte super schön. Da muss man halt selber für sich entscheiden, was besser ist“
(Anna 2011: IA 11).

Ich hatte schon eine Weile an dem Treffpunkt auf der Brücke gewartet, den ich mir mit Anna ausgemacht hatte. Zuerst sah ich in der Ferne auf der am Flussufer entlanglaufenden Promenade Annas braun weiß gescheckten Hund, wie er freudig hin und her lief, um seinen Stock zu fangen und ihn ihr zurückzubringen. Schon bei dem ersten Treffen am Stammtisch war es ihr Hund, der sie fortwährend dazu aufgefordert hat, den Tisch kurzweilig zu verlassen oder ihre Aufmerksamkeit auf sich zog (vgl. Anna 2011: FN). Stets hatte ich den Eindruck, dass sie bei ernsthaften Gesprächsthemen (sowohl zum Thema Diabetes, als auch zum Thema Internet) diese Chance nutzte, um sich der Diskussion zu entziehen (vgl. Stammtisch 2011: FT1). Während unseres zweiten Treffens sagte sie mir, sie könne mit dem Gedanken nichts anfangen, das Internet bezüglich des Diabetes zu nutzen. Bis daher sei sie nicht auf die Idee gekommen, sich das Internet generell als eine hilfreiche Option für die Behandlung des Diabetes vorzustellen, nicht einmal als passive Konsumentin von Informationen. Das sei auch für sie der Grund gewesen, warum sie sich nicht an der besagten Diskussion am Stammtisch beteiligt hätte (vgl. Anna 2011: FN). In ähnlicher

Weise gestaltete sich das Gespräch, das wir in einem gemütlichen Restaurant führten. Ganz zu Beginn sagte sie mir, dass sie sich nicht sicher sei, ob sie mir überhaupt helfen könne. In den Darstellungen von Anna wird deutlich, dass sie nicht den Gebrauch des Internets a priori ablehnt, sondern, dass es Angelegenheiten gibt, in denen sie auf die Technologie zurückgreift und zugleich andere Themen, die sie nicht in den Zusammenhang mit dem Internet bringen möchte.

„Wenn ich mich irgendwo selber nicht auskenne, dann schaue ich in das Internet. Also, vor allem, wenn man es auch am Handy gleich hat und deswegen muss ich ehrlich zugeben, ohne Internet kann ich mir das gar nicht vorstellen. Ich muss auch ehrlich zugeben, wenn das Telefon jetzt hin wäre [...] wirklich ehrlich, ganz ganz schlimm, also ich kann es mir ohne Internet nicht vorstellen, weil dann müsste ich ja wirklich in das Lexikon schauen oder Stadtpläne daheim haben. [...] im Auto ganz mühsam, wo du nicht einmal weißt, ob es im Norden oder im Westen liegt. Ich habe nie etwas gefunden früher am Stadtplan, jetzt gibt's du die Adresse ein und der zeigt dir genau mit dem roten Punkt, wo das ist. Also in diesem Sinn kann ich mir das echt nicht mehr ohne dem Internet vorstellen, auch Rezepte oder letztens haben wir einen Partyservice gesucht, der Brötchen ausgibt, dann gibt's du halt ein, Partyservice so und in der Nähe von Wien, 1020 Wien dann kannst du dir das genau raussuchen, mit Telefonnummer und alles möglich.[...] Gibsts das ein in Google, wirft das sofort aus, wo das ist, wann das offen hat und wenn es nicht offen hat. Speisekarten oder sowas, wenn du nachhause etwas bestellen möchtest, Salz und Pfeffer oder so, ist alles im Internet, brauchst ja gar keinen Zettel mehr. Ist alles so, ohne Internet, ich kann es mir nicht mehr vorstellen. Echt nicht, obwohl ich ohne Internet aufgewachsen bin“
(Anna 2011: IA 20).

Im Zusammenhang mit dem Diabetes stellen sich ihre Schilderungen zu dem Internet anders dar.

„Ich bin ganz viel im Internet, nicht unbedingt um die Zeit tot zu schlagen, sondern wirklich um etwas Bestimmtes zu machen. Oft übersehe ich die Zeit, wenn ich dann irgendwo da herum tue, suche usw., aber es hat nie etwas mit der Krankheit oder dem Diabetes zu tun, definitiv nicht, also das kann ich nicht. Ich wäre nie auf die Idee gekommen, Diabetes im Internet nachzusehen. Ich weiß nicht wieso. Weil es mich nicht interessiert? Kann sein! Offen und ehrlich - es interessiert mich nicht! Es reicht mir, dass er [der Diabetes] anwesend ist!“
(Anna 2011: IA 19).

Während des Gespräches musste sie immerzu nach dem Hund schauen, wenn er nicht zu ihren Füßen lag. Häufig machte es den Anschein, als sei sie mehr abwesend als anwesend. Gerade als sie mir erzählte, dass sich ihre Eltern viel mehr Sorgen um sie machen würden, seitdem sie den Diabetes hat, als sie selbst und dass sie permanent für ihre Eltern erreichbar

sein müsse, rief ihre Mutter an, so wurde unser Gespräch abermals unterbrochen. Wie aus den Schilderungen von Anna hervorgeht, scheint sich die Position ihrer Eltern zwischen Sorge und Fürsorge zu bewegen.

*„Ich glaube meine Eltern waren am Anfang mehr am Boden zerstört als ich mit meiner Diagnose. [...] Sie würden sich Sorgen machen, wenn ich nicht ans Telefon gehe oder so. Aber es könnte ja auch sein, dass der Akku leer ist oder ich es nicht höre. Das I-Phone schaltet sich manchmal lautlos (nimmt das Handy in die Hand), da ist es schon wieder lautlos, dabei habe ich es nicht auf lautlos geschaltet (Handy klingelt, ihre Mutter ruft an). Soviel dazu (lacht)“
(Anna 2011: IA 9).*

Während unserer Treffen im Sommer 2011 war Anna 29 Jahre alt. Sie hat einen Bruder und arbeitet in einem integrativen Projekt für Jugendliche. Das Projekt dient der Unterstützung junger Menschen, um ihren Schritt aus der Arbeitslosigkeit zurück in die Arbeitswelt zu fördern. Bis zu dem Beginn ihres Studiums in Linz hat Anna bei ihren Eltern gewohnt. Ihren Schilderungen zur Folge hat der Schritt aus dem Elternhaus in das Studentenleben den strukturierten Alltag verändert und dadurch auch die Regelmäßigkeit, die für den Diabetes und gute Blutzuckerwerte wichtig ist.

„Durch den Diabetes, weil der zu der Zeit [in der Pubertät] gekommen ist, habe ich irgendwie diese Grauphasen des Erwachsenwerdens versäumt. Bei mir war das gerade diese Zeit zwischen 14, 15, 16, da war ich [...] ja man kann es nicht anders ausdrücken in dieser [durch den Diabetes] strukturierten Welt, wo bestimmte Sachen sein müssen, wo bestimmte Sachen gemacht werden müssen. Ich war konsequent, ich war ähm brav, ich war nie irgendwie unterwegs und habe irgendwelche Drogen ausprobiert. [...] Weil ich Angst hatte die Ärzte zu fragen, wie sich das auswirkt und deswegen war ich immer die Brave, die aufgepasst hat, dass den anderen nix passiert. Ich habe nicht zum Rauchen angefangen, weil ich Angst gehabt hab zu fragen, wie der Rauchkonsum sich auf den Diabetes auswirkt oder ob er sich überhaupt auswirkt, was weiß ich was. Ich habe nie all zu viel getrunken, [...] mit 16, 17 haben wir angefangen diese Cocktails zu trinken, wo irrsinnig viel Sahne und irrsinnig viel Zucker drinnen ist, so dass man wumm und das habe ich mir auch nicht allzu oft erlauben können, weil sonst wäre der Blutzuckerwert wieder gleich irgendwo und dann hätte ich Schimpfe bekommen daheim. Das war halt wirklich genau diese Phase, wo alle anderen irgendwie auf Revolution gemacht haben, wie man das bei den Teenagern so hört und ich war gerade in der Phase, ich habe keine Zeit gehabt für Revolution, ich habe mich mit mir und meinem Körper beschäftigen müssen. [...] ab 19 sind meine Werte, nachdem ich dann ausgezogen bin von daheim, da haben sie sich verflüchtigt. Studium und so schlafen wie ich möchte und das alles und wegbleiben, deswegen weiß ich nicht unbedingt. [...] Ich schwebe immer so zwischen den Graustufen. Ich bin nicht super toll, war aber auch nie total gefährdet im schwarzen Bereich. Ich bin immer so grau zwischendrin. Was gut ist, aber auch nicht unbedingt gut genug. Ich kann nicht

*unbedingt sagen, dass es mir taugt, das ich Diabetes habe, ich kann aber auch nicht sagen, dass es unbedingt das Schlimmste ist, was mir passieren konnte. Ich habe eine Freundin, die ist mit 28 an Leukämie gestorben, und eine gute Freundin von mir hat ihren Vater vor kurzem verloren, wegen Krebs. Also in dem Sinne muss ich ehrlich zugeben ist Diabetes eher harmlos. Wenn es das Schlimmste ist, was mir passiert ist in meinem ganzen Leben, joa. Im Endeffekt habe ich es selber im Griff, wie ich mit meinen Werten umgehe, wie ich mit Diabetes umgehe und so habe ich auch meine Zukunft im Griff. Ich habe es vielleicht nicht gut im Griff, aber ich arbeite jede Stunde daran, es besser zu machen. Also in dem Sinne geht es einigermaßen“
(Anna 2011:IA 6 ff.).*

Anna hat zu dem Zeitpunkt, als wir gesprochen haben, keine guten Blutzuckerwerte gehabt, bezeichnet es aber dennoch als ihre eigene Verantwortung dafür zu sorgen, dass sie gute Blutzuckerwerte hat. Obgleich ihren Erzählungen zu Folge der Diabetes in ihrer Familie sehr akzeptiert war und sich sehr um sie gekümmert wurde, hat sie in ihrem alltäglichen Lebensumfeld, wenig Kontakt mit Menschen, die auch Diabetes haben. Auf die Frage, welche Aspekte im Zusammenhang mit dem Diabetes besonders wichtig für sie sind, antwortete sie:

*„Das Einzige, was mir dazu einfällt, ist der Stammtisch, weil da merke ich immer wieder, dass ich nicht alleine bin. Zwar mit meinen schlechten Werten, weil andere am Stammtisch super Werte haben, aber wenn der wirklich einmal im Monat stattfindet, finde ich es immer wieder richtig nett! Weil ich kenne sonst niemanden in meinem Freundes-, Bekannten- und Verwandtenkreis, der auch Diabetes hat, mit dem ich da zeitweise Sachen teilen kann. Behindern tut es [der Diabetes] mich auf keinen Fall in meinem Leben, nur wenn ich den Stammtisch nicht hätte, würde ich glauben, ich sei die Einzige [mit Diabetes]. Wenn du niemanden Gleichgesinnten um dich herum hast, das ist halt irgendwie öd. Als ich die Franziska kennengelernt habe, da habe ich studiert, 18 oder 19 muss ich da gewesen sein“
(Anna 2011: IA 11).*

Anna bedeutet der Stammtisch für Menschen mit Diabetes vieles, weil sie dort Freunde gefunden hat, die auch Diabetes haben und dem Diabetes einen ähnlichen Stellenwert im Leben zuschreiben, wie sie das tut. Sie stellt es als Besonderheit dar, dass es neben dem Diabetes als verbindenden Aspekt auch eine freundschaftliche Ebene gibt, auf der sie sich verstehen. Der Diabetes allein reicht nicht aus, um eine tragende Beziehung aufzubauen. Anna erzählt, dass es auch Leidensgeschichten von Menschen mit Diabetes gibt, von denen sie nicht wissen möchte (vgl. Anna 2011: FN). Den Diabetes beschreibt Anna wie folgt:

„Das was bei dir funktioniert, funktioniert bei mir nicht. Damit ich trotzdem als Mensch und anonymer Diabetiker weiterleben kann, also nicht unbedingt jedem sagen muss, das ist Diabetes, brauche ich etwas, das ich dem Körper zufüge, damit der Körper trotzdem funktioniert“
(Anna 2011: IA 15).

4.3. Franziska

„FÜR MICH IST DIABETES DIABETES! ICH SEHE DARIN WEDER EIN MONSTER NOCH EINE GRÜNE WIESE.“
(Franziska 2011: IA1. 14)

Franziska ist derzeit in Linz in der Wohnung ansässig, in der sie aufgewachsen ist. Gemeinsam mit ihrem Freund und ihrer Mutter lebt sie in einer Wohngemeinschaft. Ihre Mutter kommt aus Japan und ihren Freund, der aus der Schweiz kommt, hat sie über das Internet kennengelernt (vgl. Franziska 2011: FN1). Sie hat Jura in Linz studiert und ihr Studium zum Thema „Führerschein und gesundheitliche Eignung“ mit dem Schwerpunkt Führerscheinbefristung für DiabetikerInnen abgeschlossen. Im Anschluss an das Studium hat sie begonnen im Qualitätsmanagement zu arbeiten. Während der Forschung für die vorliegende Arbeit war sie gerade in dem Prozess, den Arbeitgeber⁴⁹ zu wechseln. Mit Franziska, die zur Zeit der Forschung 31 Jahre alt war, bin ich auf den Stammtisch gestoßen. Meine Orientierung am Thema Internet und die Frage, wie chronisch kranke Menschen es einsetzen und betrachten, hat mich über Freunde und eine andere Interviewpartnerin zu ihr geführt. Sie wurde mir als jemand vorgestellt, der sich sehr intensiv mit Computern und dem Internet beschäftigt – auch im Zusammenhang mit dem Diabetes. Bei unserer ersten Begegnung hat sie mir direkt die Frauen ihres Typ-1-DiabetikerInnen Stammtisches vorgestellt, der samt seiner Mitglieder zum Gegenstand meiner Forschung wurde. Franziskas ist schon kurz, nachdem sie Diabetes bekommen hat, auf den Stammtisch⁵⁰ gestoßen und hat die Organisation desselben bald darauf übernommen (vgl. Franziska 2011: FN1). Mit 24 Jahren hat Franziska Diabetes bekommen.

49 Aus Diskretionsgründen mache ich an dieser Stelle keine konkreten Angaben.

50 Siehe Kapitel 5 Der Stammtisch für Typ-1-DiabetikerInnen.

„Die Krankheit habe ich 2004 bekommen, mit einer quasi Vorahnung. Also nicht so wie es eigentlich beim Diabetes ist, das man plötzlich irgendwie draufkommt das man Diabetes hat, weil man im Krankenhaus gelandet ist. Ich bin mit einer gewissen Vorahnung zum Arzt und habe Gott sei Dank zwei gute Ärzte gehabt, die auf das eingestiegen sind. Also nicht gedacht haben ich sei Hypochonder und so, sondern einfach auch diesen Test [...] gemacht haben. Es hat sich eben bestätigt, dass es Diabetes ist, ohne ganz große Aufregung [...] Es ist für mich ansonsten eigentlich nicht so der große Schocker gewesen in dem Sinne. Ich habe auch keine große Furcht davor gehabt und es war keine Überraschung, was dran hängt also an der Krankheit. In dem Sinne, das man sich spritzen muss und messen muss, das war für mich keine große Überraschung oder irgendeine große Umstellung für mich. Also es ist immer eine Umstellung, aber kein Problem das zu machen [...] Eigentlich zum einen weil meine Freundin, die Marie, das schon gehabt hat seit zehn Jahren zu dem Zeitpunkt und es war mir nicht unbekannt, dass es das gibt. Ich war selber auch schon chronisch krank mit der Schilddrüse, das heißt ich musste mich sowieso schon jeden Tag um etwas kümmern, was meine Gesundheit anbelangt: [...] Ich habe das eher als Glück empfunden, weil mein Freund hat Rheuma. Wenn er Schmerzen hat, kann man dem kaum noch helfen, der kann vielleicht noch Schmerzmittel nehmen, aber die helfen auch nicht immer und ich denke mir, mir tut nichts weh [...] ich kann selber dafür sorgen, dass da eigentlich der Unterschied zum Normal-Sein nicht so groß ist. Ich bin sowieso rational veranlagt, ich hab keine emotionale Verbindung zu dem. Ich bin immer jemand, der sich das strukturieren muss, damit es komfortabel geht. Also ich suche noch immer Optimierungsmöglichkeiten, weil ich sag, ich möchte nicht den halben Tag damit verbringen drüber nachzudenken, ob ich jetzt krank bin oder gesund, sondern ich möchte, dass mein Leben gut laufen kann und dass sich das normalisiert. Das habe ich glaube ich ganz gut geschafft. Und ich versuche natürlich auch immer mit den modernen Sachen mitzugehen, zu sagen. ok das gibt es auf dem Markt, wie kann ich das noch besser machen. Das war dann der Moment, wo ich gesagt habe, so jetzt möchte ich die Insulinpumpe! Das ist ein Schnitt, wo viele dazu überredet werden müssen, das mal wenigstens zu probieren, ein Gerät am Körper zu tragen. [...] Viele machen es erst, wenn die Probleme stärker werden [...]. Bei mir war es genau umgekehrt, ich hatte nicht so viele Probleme, sondern nur spürbar organisatorische Probleme, das ich das rechtzeitig immer im 12 Stunden Rhythmus mache, das ich gesagt habe, ich hätte bitte gerne eine Pumpe und das war eben vor ein paar Jahren, wo ich mir einfach gesagt habe, bitte jetzt möchte ich das. Das gehe ich dann auch immer ganz von selbst an. Also aktiv“

(Franziska 2011: IA. 1-2).

Franziskas Umgang mit dem Diabetes ist sehr 'aktiv', um ihre eigenen Worte zu verwenden. Sie scheint sich dem Diabetes gegenüber nicht handlungsohnmächtig zu fühlen, sondern vermittelt den Eindruck, dass es bei ihr liegt, wie sehr der Diabetes sie und ihren Lebensalltag beeinflusst. Zudem betont sie vielmehr in ihren Erzählungen die positiven als die negativen Entwicklungen.

Moving Relations from Online to Offline

„Also was sich [durch den Diabetes] verändert hat, ich habe viele neue Leute kennengelernt. Es ist eine angenehme Art gewesen, diese Leute kennenzulernen, diese Diabetiker, weil es öffnet einem den Horizont. Das mag ich ganz gerne [...] Leute kennenzulernen, die man sonst nicht kennenlernen würde. Das war für mich eigentlich dieses Positive. Da sind wieder Leute, man kann sich mit denen super unterhalten, man hat auch ein Thema, worüber man sich unterhalten kann, das habe ich immer sehr positiv gesehen. Ich habe jetzt in der Firma 170 Mitarbeiter gehabt und es hat kein Mensch gemerkt, dass ich Diabetikerin bin und ich verstecke es nicht. Also, ich bin niemand, der auf die Toilette rennt, um Blutzucker zu messen, sondern ich mache das so normalisiert, das die Leute es einfach nicht merken. Ich glaube, dass sich mit dem Diabetes nicht so viel verändert hat“

(Franziska 2011: IA. 2-3).

Auf die Frage, welche Aspekte für sie wichtig sind, um mit dem Diabetes leben zu können, antwortet sie:

„Es nicht als Krankheit zu sehen, weil es ist einfach total komfortabel. Es gibt keine Verschlechterung, die du nicht verhindern kannst durch eine simple Art und Weise, nämlich indem du kontrollierst und spritzt oder eben Insulin über die Pumpe abgibst. Es ist so, es gibt Tiefphasen. Es gibt für jeden, der noch so motiviert ist, Tiefphasen, wo man sich mal einfach nicht kümmern möchte. Mit der Insulinpumpen ist es einfacher geworden, sie macht viel von dem, was ich eigentlich sonst selbst gemacht hätte. Ansonsten muss man sich manchmal aufraffen, das zu tun und dann ist es eigentlich gar nicht so schwierig. Das ist schon ein Vorteil in der Behandlung. [...] Man muss halt einfach ein bisschen auf den Diabetes achten. Heutzutage können wir alle quasi wieder Zucker essen, was ja früher nicht so erlaubt war und sehr streng gehandhabt wurde. Das ist jetzt überhaupt nicht so. Also ich habe mich da jetzt nicht wahnsinnig verändert in meinen Ernährungsgewohnheiten und da soll man glaube ich schon dankbar sein“

(Franziska 2011: IA 3-4).

Was für sie Diabetes ist, beantwortet sie wie folgt:

„Das ist schwierig, einen rationalen Menschen wie mich so etwas zu fragen, weil für mich ist Diabetes Diabetes! [...] Wenn der Mensch sagt Bauchspeicheldrüse, dann sage ich Bauchspeicheldrüse ist so und so geformt, die Zellen sind abgestorben – Diabetes, ja!“

(Franziska 2011: IA 14).

Dass sie ein sehr pragmatischer und rationaler Mensch ist, betont Franziska in dem Interview und auch am Stammtisch immer wieder. Ihren Blick auf und ihren Umgang mit dem Diabetes charakterisiert sie ebenfalls durch diese Aspekte. Der Vater von Franziska ist Informatiker, daher ist sie schon mit fünf Jahren mit der Computertechnik in Berührung

gekommen und hat auch die Ursprünge des Internets intensiv miterlebt (vgl. Franziska 2011: FN2).

„Ich habe im Internet gesessen tief nachts, wenn andere saufen waren. Ich war auch saufen, aber ich habe auch im Internet gesessen, gechattet und habe meinen Freund unter anderem beim Chatten kennengelernt. Und ja, zu unserer Zeit war Internet noch etwas ganz anderes. Es war persönlicher, es war heimeliger, es war nicht so ein Gefahrenort wie heute und man war ein totaler Nerd, wenn man Internet hatte. [...] Ähm, weil damals war es ja wirklich so, da waren ja wirklich nur Leute die sich damit befasst haben. Diese Leute konnten auch im Internet was machen, es waren meistens Informatiker und die haben meistens keinen so großen, sag ich jetzt mal, Verbrecherwillen gehabt damals, sondern ihnen ging es darum es zu erobern. Und so ging es uns allen, wir haben einfach, ähm, wir haben uns da getroffen. [...] wenn du da gechattet hast, hast du gewusst wie der andere aussieht, wo er wohnt, du hast seine persönliche Wohnadresse gekannt, seine Telefonnummer gehabt und du hast ihn auch noch regelmäßig gesehen. Heute kennst du keinen Menschen mehr im Internet, geschweige denn, dass der seinen richtigen Namen angibt, ja und dadurch, dass auch nicht viele im Internet waren, konntest du sie auch nicht über den Tisch ziehen, [...] ja, also auf die Art“

(Franziska 2011: IA 15-16).

Mittlerweile hat sich Franziska ein geschlossenes Forum eingerichtet, dass ausschließlich für ausgewählte Leute (die deutschsprachigen Mitglieder leben u. a. auf Gran Canaria, in Österreich und in Deutschland) zugänglich ist, die von den Mitgliedern des Forums ausgesucht werden. Auf diese Weise hat sie die Begegnung mit anonymen Menschen ausgeschlossen und sich einen übersichtlichen Online-Raum konstituiert, den sie und die anderen Mitglieder selbst bestimmen und gestalten. Seitdem sie das Forum gemeinsam mit drei weiteren Personen eröffnet hat, haben sie nur eine weitere Person eingeladen dabei zu sein, die Tochter eines Mitglieds. Der Kontakt untereinander besteht auch über das Forum hinaus. Sie telefonieren, besuchen sich und schicken sich gegenseitig Fotos.

„Das ist Freundschaft, ich weiß es genau, es ist nicht so, dass man sagt, wenn ich nicht mehr da [im Forum] bin dann sieht man sich nicht mehr, sondern es ist etwas anderes. Ich kenne ihre ganze Lebensgeschichte und sie kennen meine. Die fiebern mit, wenn ich kündige und wollen wissen, was im neuen Job los ist“

(Franziska 2011: IA 29).

Bezogen auf den Diabetes, betrachtet sie das Internet als Option, sich mit den unterschiedlichsten Auffassungen zum Diabetes zu konfrontieren und sich in einem

erweiterten Umfeld informieren und orientieren zu können. Diese Möglichkeit hat sie vor allem zu Beginn der Erkrankung genutzt.

„Ja, anfangs habe ich das Internet viel genutzt. Also wenn man viel im Internet ist, dann sucht man sich einfach mal verschiedene Ansichtsweisen. Ich bin auch eine [...] ich muss mir alles suchen, auch das was mir nicht gefällt. Ich muss mich persönlich damit konfrontieren, um zu sehen, wie ich damit umgehen kann. Ich muss sowohl einen sehen der sagt, die Diabetiker sind alle nur verfressene irgendwelche Leute, die sich nicht behandeln lassen wollen, die eigentlich heilbar sind, sich aber als krank aufführen. Und ich muss Leute sehen, die sagen, ihr seid alle unheilbar und ihr werdet alle mit 20 sterben. Und ich muss auch sehen, das ist alles so wunderbar und wir werden alle noch viel länger leben als alle anderen, weil wir so viel auf unsere Ernährung achten und medizinisch toll versorgt sind. Und ich muss das alles alles lesen. Dann möchte ich selber wissen, was ich darüber denke, über mich, nicht über deren Meinung, weil die Meinung existiert sowieso und ich will sie ja nicht ändern. Ich will mich positionieren und deswegen habe ich am Anfang natürlich alles durchgeschaut, habe mich auch geärgert, habe mich auch gefreut, habe auch Kontakte geschlossen. Es gibt Leute, mit denen habe ich noch immer Email Kontakte. Oder ich weiß, ok in Berlin ist z.B. eine, mit der habe ich regelmäßig Kontakt, die kümmert sich wunderbar um ganz viele Diabetiker in Deutschland und das ist, das war total super. [...] Ich fühle mich aber derzeit mit meiner Situation so wohl, dass ich nicht den Anspruch habe, mich dort [im Internet] anzustrengen und dem entsprechend habe ich mich jetzt nicht weiter informiert, ob es jetzt in Amerika wieder tolle Neuerungen gibt, forschungsmäßig, was die Heilung anbelangt. Weil für mich ist es natürlich so, wenn ich mich damit abgefunden habe, dass es so ist, ist es für mich normal, so habe ich jetzt nicht den Drang etwas zu ändern“

(Franziska 2011: IA 36 ff.).

4.4. Sophie

„Irgendwann habe ich gesehen, DASS DIE KRANKHEIT MEINE IST. Die steht mit mir auf, die setzt sich mit mir zu Tisch, die geht mit mir schlafen, die fährt mit mir auf Urlaub. Wenn man das akzeptiert, dann geht das eigentlich, dann empfindet man das nicht mehr so schlimm oder gar nicht schlimm“

(Sophie 2011: IA 14-15).

Sophie hat mittlerweile eine kleine fünfjährige Tochter und lebt gemeinsam mit ihrem Freund und einem Hund außerhalb von Linz in einem Haus mit Garten. Sie arbeitet halbtags beim Bundesministerium für Gesundheit und betreut und konzipiert Workshops und Veranstaltungen zu vorbeugenden gesundheitlichen Maßnahmen in den unterschiedlichsten Bereichen (vgl. Sophie 2011: FN). Auch Sophie hatte mich zu ihr nach

Hause eingeladen und mir auf der Terrasse ein liebevoll zubereitetes Frühstück angeboten. Die Sonne schien und ihr Haus wirkte offen und hell. Es waren überall bunte Blumen gepflanzt. Sie hingen am Gartentor, am Treppengeländer und säumten die Fensterbänke rings um das Haus. Gartenzwerge und bunte Windmühlen waren ebenfalls überall verteilt. Ihr kleiner Hund kam um die Ecke geflitzt und verschwand auch gleich wieder. Die vielen kleinen Dinge, die in der Wohnung standen, ließen keine Leere zu, aber auch kein Chaos, sie schienen vielmehr einer liebevollen ganz eigenen Ordnung anzugehören. Der Computer war eher abseits positioniert, er hatte einen kleinen Platz in der Ecke ihres vollgestellten Bügelzimmers. Durch ein Bücherregal abgeschnitten vom Rest des Raumes stand der Computer auf einem kleinen Tisch in einer Ecke hinter der Tür. Auch hier rankten Blumen um das Regal und machten den Computer erst auf den zweiten Blick sichtbar (vgl. Sophie 2011: FT).

„Ich habe den Typ-1-Diabetes zum 30er geschenkt bekommen“ (Sophie 2011: IA 4), sagte mir die heute 45-jährige Sophie zu Beginn unseres Interviews und lachte. Während der Gespräche am Stammtisch hatte ich den Eindruck gewonnen, dass sie sich, besonders dann, wenn es um den Diabetes ging, eher zurückhielt als sich einzubringen. Ein paar Mal hatte sie angesetzt darauf hinzuweisen, dass es am Anfang nicht leicht war, mit dem Diabetes umzugehen und ihn in ihr Leben zu integrieren. Diese Position verlor jedoch am Stammtisch immer wieder seine Bedeutung (vgl. Sophie 2011: FT). Der im Vordergrund stehende Konsens bestimmte immer wieder die gemeinsame Haltung, dass der Diabetes eine Krankheit ist, die die Option anbietet, selbst zu entscheiden, welchen Stellenwert man ihr gibt. Somit herrschte immer wieder scheinbare Übereinstimmung, dass sie alle auch trotz des Diabetes Spaß am Leben haben, ihn nicht als Krankheit betrachten und sich durch den Diabetes nicht einschränken lassen (vgl. Sophie 2011: FN). Das zurückhaltende Auftreten von Sophie machte mich neugierig auf das Interview und evozierte mein Interesse Einsicht zu bekommen, was sich hinter diesem Eindruck verbirgt.

„Mit der Diagnose Diabetes habe ich nichts anfangen können. Ich bin dann gleich ins Spital gekommen, aber auf die falsche Ambulanz. Ich habe mich vorher nicht ausgedacht. Es gab auch niemanden. Mein Cousin, der hat das schon länger gehabt, aber daran habe ich in dem Augenblick nicht gedacht. Dann bin ich eben später zu ihm und dann habe ich gesehen, dass er sich noch weniger auskennt wie ich. Der hat

*eine Spritztaschen gehabt und und und. Spritztaschen ist, wenn du immer an dieselbe Stelle spritzt. Den habe ich dann mitgezogen, das er ein bisschen schaut auf sich. Also das war recht witzig. Ja und dann war ich im AKH [Allgemeines Krankenhaus der Stadt Linz], dort bin ich hingegangen, weil ich gesagt habe, blaustechen kann ich mich selber auch. Von meinen Diätis aus der Arbeit habe ich dann super Unterlagen bekommen und Bücher, also die haben mich super beraten. Dann bin ich wieder ins Krankenhaus. Joa und dann war ich eine Woche daheim und dann bin ich gleich auf Kur gekommen, drei Wochen, das war so von Februar bis April 1996. Seither lebe ich mit Diabetes. Ich habe alles über Mundpropaganda und Telefonate erhalten. Auch den Stammtisch, zu dem ich gekommen bin, das war über Mundpropaganda, über eine Studie, das ist dann so gegangen, da lernste da und dort wen kennen und über eine gemeinsame Studie wo wir dann über 36 Stunden am Tropf gehängt haben, haben wir eben so geredet, was machen wir, wie lernt man andere kennen und da ist die Anna eben gewesen und die war bei der Franziska am Stammtisch schon dabei. Ich war ja erst der Meinung, Stammtisch, das ist ein Scheiß, da sudern sie alle herum und für mich war das ein bisschen wie eine Selbsthilfegruppe und da habe ich mich immer verwehrt dagegen, auch bis die Akzeptanz zur Krankheit gekommen ist, das dauert immer eine Zeitlang. Dann bin ich halt zum Stammtisch gegangen und das war recht witzig. Nach meiner Scheidung eigentlich 2005 war das und ja so sind wir dazu gekommen, zur Krankheit und zum Stammtisch“
(Sophie 2011: IA 4-5).*

Obgleich Sophie versucht, den Diabetes nicht in den Vordergrund zu stellen, betrachtet sie sich dennoch als krank.

*„Ich habe ja 30 Jahre ohne Diabetes gelebt. Also die Umstellung war nicht gerade leicht. Es ist aber jetzt noch schwer, wenn ich z.B. zu Steffen, meinem Lebensgefährten sage, ich bin chronisch krank – es ist einfach krank – dann akzeptiert er das nicht. Er sagt, tu nicht so, da sieht man nichts und hin und her, aber es ist einfach so, man muss mit Spätfolgen rechnen. Sicher, wenn man mehr auf sich schaut, desto geringer wird das Auftreten einer Spätfolge. Aber in letzter Konsequenz darf ich die Krankheit nicht so verdrängen, das ich jetzt sage, ich habe nix“
(Sophie 2011: IA 6).*

In ihren Darstellungen hat Sophie immer wieder darauf hingewiesen, dass es für sie wichtig ist, den Diabetes als Krankheit zu bezeichnen und ihn ernst zu nehmen, damit sie auch die Behandlung konsequent durchführt und sich vor schweren Folgeschäden bewahren kann. Auf die Frage, was für sie wichtig ist, um den Diabetes gut in ihr Leben zu integrieren, antwortet sie:

„Ich war schon immer eine, die einen gewissen Plan braucht. Dass ich sage, ich habe das und das vor und das möchte ich machen. [...] Ich gehe in der Früh mit der Nelly [dem Hund], ich mag Frühstück, das habe ich immer gemacht, dann gehe ich arbeiten, dann komme ich heim, dann hole ich den Hund, das sind so gewisse

Fixpunkte am Tag, die gibts halt, wenn ich kein Kind hätte, dann täte ich halt auch spazieren gehen, so hole ich das Kind noch mit ab. Was du dir ins Leben holst, da hast du einen gewissen Ablauf, sicher ist das dem Hund wurscht. [...] Ich mag das zum Beispiel nicht, wenn die Küche nicht zusammengeräumt ist und ich mich in der Früh dann zum Frühstück setze. Sicher zipft es mich an, wenn ich zum vierten Mal am Tag die Küche mache, aber ich gehe einfach vorher nicht schlafen, dass ich sage ok, getane Arbeit und jetzt lege ich mich hin und ich sage, dass wäre mit und ohne Diabetes, die Spritze kommt dazu oder das Messen vor dem Schlafen gehen. Der Diabetes hat seinen Platz in dem Ablauf. Ich bin sowieso, dass ich sage, es gibt gewisse Erfahrungswerte, die ich aufnehmen kann, die auch positive Auswirkungen auf meinen Gesamtzustand haben und warum sollte ich das nicht übernehmen und dass man sagt halt am Abend und in der Früh sollte man messen. Tagsüber ist es nicht so wichtig, aber ich bin so eingeschult, das war meine erste Kur und ich habe ein richtig schlechtes Gewissen, wenn ich im Bett liege, dann stehe ich oft nochmal auf. [...] Das ist so Teufelchen und Engelchen diskutieren, aber das Engelchen gewinnt dann meistens. [...] Ich vergleiche das immer gerne mit dem Tragen von einer Brille, wenn du keine Brille auf hast, dann siehst du nix. Im Endeffekt hast du die Augen halt nur in der Ferne oder in der Nähe. Gut sehen geht mit Brille leichter. Und wenn du nix aufsetzt oder dem nicht entgegen wirkst, dann hast du genauso eine Verletzungsgefahr und und und, es könnte tragisch enden. Das Selbe hast du mit dem Diabetes auch, wenn du nicht darauf schaut, kann es tragisch enden und ich kenne keinen Brillenträger, der jammert weil er eine Brille trägt. [...] “
(Sophie 2011: IA 15-18)

Auf die Frage, auf welche Weise sie den Diabetes betrachtet, hat Sophie geantwortet:

„Am liebsten ist mir das Insulin als Schlüssel, dass das Insulin der Schlüssel zum Leben ist – ist es ja in letzter Konsequenz. Dass ich sage, die Energie, die ich aufnehme, kann ich mit dem Insulin umsetzen in Kraft, dass ich mich bewegen kann, dass ich denken kann. Das Bild habe ich mal gesehen. Eine Fabrik, die Insulin produziert und dann kommen lauter Schlüssel raus und die schippen wir dann hin zu den Türen und die sperrt man dann auf“
(Sophie 2011: IA 27).

Ihren Erzählungen entsprechend steht sie dem Diabetes, obgleich sie ihn als Krankheit bezeichnet, positiv gegenüber und vertritt die Haltung, dass das Leben am Ende das ist, was sie selbst daraus macht und dass auch eine Krankheit wie der Diabetes dieser Einstellung nicht im Wege stehen kann (vgl. Sophie 2011: FT). Der Computer und das Internet erscheinen in den Schilderungen von Sophie wie etwas sehr Befremdliches und Abstraktes. Sowohl die gegenständlichen Formen der Technologie, als auch Anwendung und Funktion sind für sie schwer nachvollziehbar und erklärbar. Außerdem hat sie immer wieder in ihren Erzählungen darauf verwiesen, dass sie nur an einem bestimmten Maß an Wissen bezüglich des Diabetes interessiert ist und mit dem Internet diese für sie wesentlichen Grenzen

überschritten werden. Das Wissen, mit dem sie sich auseinandersetzen will, ist ausreichend, wenn es sich auf ihre aktuelle Situation und ihren aktuellen Wissensbedarf bezüglich des Diabetes bezieht. Von Zukunftsszenarien, die sie selbst nicht zwangsläufig betreffen, möchte sie nichts wissen.

„Ich lebe halt nach dem Krankenversicherungsprinzip, ausreichend und zweckmäßig, das Maß des Notwendigen nicht überschreitend, ja es ist so! Ich sage alles was mehr ist verwirrt dich [...] Ich denke mir, das Leben ist immer so mit Türen [...] und das selbe ist mit dem Wissen, wenn ich die Internettür aufmache, ist halt eine Gewalt und man kommt vom Hundertsten ins Tausendste [...] das ist Wissen, das man nicht braucht, manche Sachen muss ich wirklich nicht wissen. Ich glaube, das fällt dann auch schwer, wenn du auf etwas stößt und sagst, aha das ist eigentlich interessant und du wirst offen für Sachen, auf die du sonst nicht gestoßen wärest. Und heute sagst du, nein das interessiert mich nicht, aber da siehst du ein Bild dazu und da und dann hast du wieder einen Klick und dann kommst du zum nächsten“
(Seite 2011: IA 35 – 36).

Somit hat sie das Internet in Bezug auf den Diabetes nicht verwendet und vermeidet diesen Um- und Zugang auch sehr bewusst.

4.5. Marie

„Ja der Fokus ist etwas anders. Der Fokus ist sicher zweigeteilt, wenn man DIABETES hat, ich sehe das jetzt so MAN KANN DAS NICHT WIRKLICH AUSBLENDEN, WENN MAN DIE GANZE ZEIT FÜR EIN ORGAN MITDENKEN MUSS, du hast die ganze Zeit, die ganze Zeit so DIE FUNKTION EINES EHEMALIGEN ORGANS inne, das heisst es ist wie eine Maschine die man mit hat, die man ständig ölen muss. Es ist auch nichts Passives leider, in diese Richtung, es ist keine Batterie die ich jetzt einsetze, ich muss sie immer aktiv mit mir feinabstimmen“
(Marie 2011 IA: 22).

Ich war Marie schon einige Male bei Freunden begegnet, ohne davon zu wissen, dass sie Diabetes-Typ-1 hat. Sie erschien sehr aufgeweckt und erzählte von ihrer großen Reise in die USA und ihren sportlichen Aktivitäten, wie z. B. klettern und schwimmen. Erst im Zusammenhang mit meiner Diplomarbeit hat sie mir von dem Diabetes erzählt. Von Beginn an zeigte sie mir, dass ihr besonders daran gelegen ist, sich auch auf anderen Ebenen als der medizinischen mit dem Diabetes auseinanderzusetzen und ich hatte den Eindruck, dass es für sie von besonderer Bedeutung ist, auch mit anderen Menschen offen

über den Diabetes und die dadurch für sie entstehenden Konsequenzen zu sprechen (vgl. Marie 2011:FT). Dementsprechend unkompliziert und aufgeschlossen erschien sie mir in unserem Gespräch und erleichterte mir damit als erste Gesprächspartnerin den Zugang zu meinem Forschungsfeld.

Als wir uns zum gemeinsamen Gespräch trafen war Marie 32 Jahre alt und lebte in Linz als angehende Architektin (vgl. ebd.). Den Diabetes hat sie mit 14 Jahren bekommen.

„Ich war 14 Jahre alt und es ist im November passiert. Äh das heißt, ich habe nach den Sommerferien in der Schule, einfach in der Schule im Unterricht gemerkt, dass ich nicht so aufnahmefähig bin, dann bin ich immer müder geworden. Aber eigentlich erst Ende Oktober Anfang November habe ich akut gemerkt, dass etwas mit mir nicht stimmt. Im Unterricht wäre ich fast eingeschlafen, im Turnunterricht bin ich das erste Mal hingefallen, was sehr ungewöhnlich war, weil ich sonst eher sehr viel Bewegung gemacht habe und es war der Verdacht einfach auf eine Magengeschichte, dass irgendetwas mit der Verdauung nicht funktioniert. Vielleicht haben meine Eltern auch zu spät reagiert, da sie mich erst als es wirklich akut war, mit ins Krankenhaus genommen haben, auf Grund einer Telefondiagnose eines Freundes, der Arzt ist. Ich habe also extrem viel geschlafen. Ich hatte die letzten 5 Tage nicht mehr viel gegessen, außer vielleicht einen Apfel am Tag und 5 Liter Wasser getrunken, was einherging mit enormen Gewichtsverlust, den sie erst später also im Krankenhaus festgestellt haben. Der Arzt und Freund meiner Eltern hat sofort auf Grund dieses Durstverlangens festgestellt, dass es Diabetes ist. [...] darauf hin sind meine Eltern, noch um zehn Uhr am Abend in die Notaufnahme mit mir gefahren und ich bin dann zu Fuss in die Intensivstation gekommen [...] und dort habe ich die erste Nacht verbracht, sofort Insulin bekommen und daraufhin habe ich wieder Hunger bekommen, aber ich war zu schwach um zu essen. Sofort die erste Woche im Krankenhaus bekam ich die Einschulung, wie das funktioniert mit spritzen, essen. Dann bin ich nachhause geschickt worden. Im Mai, zwei Monate später habe ich eine Schulung besucht und gelernt, wie die Feinabstimmung der Therapie ist“
(Marie 2011 IA:2-3)

Marie schilderte, dass es am Anfang für sie selbst und ihre Familie nicht leicht war den Diabetes zu akzeptieren und in ihr Leben zu integrieren.

„Als ich nach Hause gekommen bin gab es die ersten Schwierigkeiten, natürlich vor allem mit dem Essen, besonders mit dem gemeinsamen Essen. Mit meiner Diagnose wurde in unserem Haushalt das Essen sehr auf fett umgestellt, wobei man ja eigentlich 50% der Ernährung in Kohlenhydraten zu sich nehmen sollte (lacht kurz) oder annähernd zumindest. [...] Bis zur Einschulung einen Monat später, dann kam ich mit neuen Erkenntnissen nach Haus und die Küche wurde wieder auf Kohlenhydrate und den Rest umgestellt, mit mehr Gemüse. Das heißt für meine Mutter war es eine Umstellung, sie hat das aber mitgemacht. Die ganze weitere Familie – jetzt spreche

ich mal von Familientreffen und Essen – musste sich anpassen. Ähm und ich habe auch z. B. darum gebeten mir zu sagen, falls ein Spaziergang geplant wird, z.B. weil ich das einplanen musste und damals war ich 14, also ich hatte vielleicht nicht so viel Mitspracherecht, trotzdem war es eine Bitte von mir und das wurde nicht gemacht. Also diese Leute waren nicht bereit sich umzustellen, haben sich zwar entschuldigt das sie eine Nachspeise vor meinen Augen essen müssen in der ersten Zeit, aber sie haben das nicht unterlassen, das war schwierig. Zuhause war das recht unflexibel auch mit der Schulzeit damals und den Essenszeiten, weil ich eigentlich warten muss, wenn ich einen hohen Wert habe, das ich nicht sofort essen kann. Das ging auch von meinem Stiefvater aus. Mit meiner Mutter konnte ich was ausmachen, aber mit ihm das war absolut, da war nichts zu machen, nicht diskutabel. Ich glaube beim ihm hat diese Krankheit auch nicht wirklich existiert, er hat niemals etwas darüber gelesen, er hat das nicht verstanden, er hat nur gewusst ich habe Diabetes und er konnte das weiter erzählen, das war alles [...] das war seltsam. Meine Familie weiß zwar nur, dass es so etwas gibt, aber viele haben das auch nicht verstanden, dass es einen Unterschied gibt zwischen Tabletten und Spritzen. Also viele haben das auch durcheinander gebracht, mit dem Altersdiabetes und dem Alterszucker und ich habe immer betonen müssen ich habe das nicht. Es war schwierig vor allem als Teenager, weil ja niemand eigentlich auf einen hört und das Gefühl wird dann nur verstärkt, wenn man so eine Krankheit hat. Also nicht eine Krankheit, einen Zustand, eine chronische Erkrankung besser gesagt, sagen wir mal so und in der Schule war eben kein großer Reibungspunkt, es war nur eine Hemmschwelle vor seinen Mitschülern zu spritzen. Also es war recht unangenehm. Ich hatte auch eine Freundin in der Schule die dasselbe bekommen hat und sie hat das glaube ich zwei Jahre lang verschwiegen das sie Diabetes hat, bis sie einmal umgekippt ist im Unterricht oder so mit einem Unterzucker, das ist echt unangenehm“

(Marie 2011 IA:8-9).

Es blieb nicht nur ihre Familie von der Marie sich nicht verstanden fühlte, ebenso der Arzt der sie anfänglich behandelte, zeigte nach ihren Darlegungen, kein Verständnis für die Probleme und Thematiken, die sie zunächst mit 'dem Diabetes' beschäftigten. Sie erzählte mir, dass es somit dazu kam, dass sie ein Jahr lang ausschließlich für sich alleine, mit dem Wissen, dass sie sich in der Einschulung für Typ-1-DiabetikerInnen angeeignet hatte, behandelte und versuchte ihre eigene Methode herauszufinden. Nicht nur von der Familie, sondern auch von den Ärzten und ÄrztInnen fühlte sie sich nicht verstanden (vgl. Marie 2011: FT). In dem Gespräch betonte Marie immer wieder, dass es ohnehin kein Rezept gäbe, wie der Diabetes am besten behandelt würde, es müsse einfach jeder für sich selbst herausfinden was für sie oder ihn am besten sei (vgl. ebd.). In dieser Zeit lernte sie bei einem Krankenhausbesuch Schwester Kornelia kennen, die ihr empfiehlt in ein Forum zu schauen, ob sie dort Leute trifft, mit denen sie sich über den Diabetes austauschen könne.

„Es war die Zeit in der ich meiner Meinung nach einen sehr schlechten Arzt, speziell ungeeignet für Teenager, gehabt hatte. Da dachte ich auf Anregung einer Krankenschwester von meiner Diabetesambulanz, ich schau mal in so ein Forum, ob die anderen ähnliche Probleme mit Werten haben und eventuell dann brauchbare Lösungen bekomme, nachdem mir der Arzt meine Werte ja nicht geglaubt hatte. Dem war aber nicht so und nach zwei Besuchen war ich nie wieder dort. Die Leute gingen gar nicht auf meine Frage und Postings ein, faselten komplett unbrauchbares Zeug bis hin zu 'man müsse seine innere Harmonie finden', dabei ging es mir um recht konkrete Sachen, Werte in Schwarz auf Weiß. Und z.B. da haben wir schon das Problem. Der Antwortende weiß vom Fragesteller weder die näheren Umstände, noch das Umfeld, noch seine Statur, noch seine Lebensgewohnheiten, noch einen Querschnitt der Werte oder eine Langzeitwertentwicklung, war aber bei chronischen Krankheiten meiner Meinung nach schon recht wichtig ist“
(Marie 2011: Email).

Nachdem Marie das Internet als Medium ein bis zwei Mal ausprobiert hatte, um nach Menschen und Möglichkeiten zu suchen, die sich mit ähnlichen Schwierigkeiten und Lösungsansätzen, die im Zusammenhang mit dem Diabetes auftraten, auseinanderzusetzen und für sie hilfreich sein könnten, hat sie es nie wieder diesbezüglich verwendet. Auch den Stammtisch hat Marie ein paar Mal besucht, sich danach jedoch wieder zurückgezogen (vgl. Marie 2011: FT). Als Grund nannte sie in beiden Fällen, dass es keinen Sinn mache sich mit anderen Menschen auseinanderzusetzen, die auch Diabetes haben, da sich die Krankheit bei jedem anders äußere und daher individuell variierende Behandlungsformen mit sich brächte. Für sie sei es eher anstrengend sich mit anderen Menschen die Diabetes haben über den Diabetes auszutauschen, da sie meinen, dass sie sich auskennen, am Ende jedoch keine Ahnung haben, was der Diabetes für andere Betroffene bedeute. Auch am Stammtisch und in den Online-Foren fühlte sie sich häufig falsch verstanden oder missverstanden (vgl. Marie 2011 IA). Obgleich Marie selbst, als auch ihr Umfeld, sich ihren Schilderungen entsprechend nicht leicht getan haben den Diabetes anzunehmen, machte es in ihren Erzählungen den Eindruck, dass sie ihn mittlerweile auch als eine Form der Herausforderung betrachtet.

„Ich bin einfach mobiler geworden durch den Diabetes und ich habe mir gedacht, so und jetzt mache ich erst recht die Sachen und probiere es aus, wo andere quasi sagen, nein mag ich nicht, nein traue ich mich nicht. Also ich habe quasi versucht das so zu machen, wie wenn das ohne den Diabetes gewesen wäre, natürlich mit Einbußen und Einschränkungen das ist klar, aber, z. B. mit dem Schwimmen, das war ein langsames herantasten. Alles mit ausprobieren und das ist sicher viel einfacher gegangen, weil ich das viel alleine geprüft habe und mich alleine dahin gebracht habe. [...] Vielleicht

habe ich es geschafft mich so zu konditionieren, weil ich das regelmäßig gemacht habe. Ja und mit der Zeit bekommt man auch Übung mit den Sachen. Am Anfang ist es immer schwierig z. B. bei neuen Sportarten vor zwei Jahren zum Beispiel Skitouren gehen. Das war die Katastrophe die ersten zwei Male. Und jetzt weiß ich wie ich damit umgehen muss und von dem her gings schon super [...] aber ich glaube es ist auch so, naja es ist wirklich bei jedem unterschiedlich, ich kann das nicht sagen, manche sind sehr glücklich, wenn sie auch viel sitzen und ich bin, ich bin das vielleicht nicht. Und von dem her muss man die Therapie auch darauf ausrichten“
(Marie 2011 IA: 16-18).

Mühsam hat Marie sich nach der Diagnose Diabetes für den Sport wieder konditioniert. In unserem Gespräch schilderte sie, wie es ihr mit viel Ausdauer und Geduld gelungen ist, ihren sportlichen Aktivitäten und Interessen nachzugehen. Trotz dieser Errungenschaft, sagt sie ganz deutlich:

„Ich habe versucht damit zu leben, so quasi auf die Weise, es macht mir nicht viel aus Diabetes zu haben und so weiter, aber das geht irgendwie nicht. Es macht mir etwas aus, wirklich! Ich finde den Diabetes recht unangenehm, dass ich den habe. Aber dadurch kann ich mir nicht die ganze Freude nehmen lassen. Dennoch gibt es welche die sagen, das macht mir nichts aus, ich komme super damit aus und habe trotzdem meine Freude und es gibt trotzdem welche die sagen, dass es bei denen nicht so ist. Also am Anfang war bei mir einfach alles beschwerlich, dann ist immer mehr Freiheit dazu gekommen, aber das läuft nicht für jeden gut, das ist nur, weil ich wirklich selbstständig sein wollte. Mir war ziemlich bald klar, das wird nicht jemand anderer für mich entscheiden, das werde ich selbst entscheiden, deshalb wollte ich mich in die Richtung puschen, dass ich mich sehr leicht damit tue, wenn ich mit dem Diabetes alleine bin“
(Marie 2011 IA: 50).

5. DER STAMMTISCH für Typ-1-DiabetikerInnen

„ALSO ES IST IMMER WITZIG, ES GIBT IMMER ETWAS ZU LACHEN und wir sind meistens in Lokalen. Wir sind schon deswegen bei ein oder zwei Lokalen rausgeflogen und haben keine Reservierungen mehr bekommen, weil wir zu laut waren. WIR LACHEN UND SIND LAUT. Aber es hat sich auch noch kein Lokal oder Restaurant beschwert, dass es nicht genug eingenommen hat bei uns. WIR HABEN IMMER BRAV GEGESSEN UND IMMER BRAV GETRUNKEN. In diesem Sinne weiß ich nicht, warum die uns nicht mehr haben wollten“
(Anna 2011: IA 27).

Seit ungefähr sieben Jahren sehen sich die vier Frauen, die ich an dem Stammtisch kennengelernt habe, regelmäßig einmal im Monat an verschiedenen Orten. Der Stammtisch ist ein Treffpunkt für Typ-1-DiabetikerInnen. Die Zusammenkunft wird von Franziska organisiert. Zu dem Stammtisch ist sie über das Krankenhaus gekommen. Im Zusammenhang mit der Schulung für Typ-1-DiabetikerInnen lernte Franziska Schwester Kornelia kennen. Zu diesem Zeitpunkt existierte der Stammtisch bereits und Schwester Kornelia vermittelte Franziska an die selbstorganisierte Gruppe von Typ-1-DiabetikerInnen. Auch die anderen regelmäßigen TeilnehmerInnen sind über das Krankenhaus auf den Stammtisch hingewiesen worden oder haben durch persönliche Kontakte von dem Stammtisch erfahren. Mittlerweile kümmert sich Franziska darum, dass der Stammtisch einmal im Monat zusammenkommt. Den Stammtisch zu organisieren bedeutet für Franziska:

„Für mich bedeutet es, die Homepage zu erstellen und die Email-Adressen zu verwalten, deswegen ist es für mich kein Aufwand, weil ich das sowieso schon gemacht habe. Also, ich hatte eine eigene Homepage, eine Email mehr, das ist für mich kein Aufwand [...]“
(Franziska 2011: IA 11 – 12).

An dieser Aussage Franziskas wird deutlich, dass ihr Engagement beim Stammtisch vordergründig mit Vergnügen und nicht mit Aufwand in Verbindung steht.

Der Stammtisch findet häufig in einer Kneipe oder einem Lokal statt. Meistens geht es einfach nur darum, abends auszugehen, zu trinken, zu essen und Spaß zu haben. Im Sommer treffen sie sich hin und wieder zum Picknick oder in einem Garten und zum Spaziergehen. Im Winter finden die Treffen auch gerne auf dem Weihnachtsmarkt zum

gemeinsamen Glühweintrinken statt. Es sind nicht immer öffentliche oder neutrale Orte, an denen sie sich treffen. Es kommt auch vor, dass sie sich zuhause bei einem Mitglied aus der Gruppe treffen und dort gemeinsam einen Tag verbringen. Mit den folgenden auf meinen Feldnotizen beruhenden Erzählungen möchte ich den Versuch machen, dem Leser/der Leserin ein Gefühl für den Stammtisch und die dort lebende Stimmung zu vermitteln.

Meine erste Begegnung mit dem Stammtisch war im Sommer im Gastgarten eines Beisls. Unerwarteter Weise fand ich vier Frauen an dem verabredeten Ort vor, die um die 30 Jahre alt, offen und sehr vertraut miteinander waren. Nachdem sich alle zusammengefunden hatten, wurde Essen bestellt. Dann wurde ich und mein Forschungsanliegen vorgestellt. Sie waren alle sehr skeptisch, ob sie mir wirklich helfen könnten, waren aber zugleich bereit, sich auf einen Versuch einzulassen, an der Forschung teilzunehmen. In meiner Gegenwart begannen sie sich über Alltagsgeschichten mit dem Diabetes auszutauschen. Sophie erzählte, dass sie am Wochenende mit ein paar Freunden wandern war und dort eine Frau kennengelernt hat, die auch Typ-1-Diabetikerin ist, sich aber keineswegs mit dem Diabetes auskenne. Dabei sei es doch das Allerwichtigste, über die Krankheit Bescheid zu wissen, um das Defizit (defekte Bauchspeicheldrüse) ausgleichen zu können. Sie erzählte, wie sie dieser Frau Mut gemacht hat, dass ein Leben auch mit Diabetes sehr viel Spass machen kann und der Diabetes auch gar nicht so einschränkend sei, wie es auf den ersten Blick erscheine. Es sei einfach nur wichtig, dass sie den Diabetes im Griff habe und es schaffe, den Blutzucker auf einem guten Level zu halten. Wie das funktioniere müsse jeder für sich selbst herausfinden (vgl. Stammtisch 2011: FT1). In diesem Punkt war sich die Gruppe einig, es sei wichtig, dass jeder für sich selbst die beste Behandlungsmethode mit Hilfe seines eigenen 'Hausverständes' entwickle, da sich der Diabetes bei jedem/jeder anders verhalte. Als ich in die Runde gefragt habe, wie es war, als sie die Krankheit bekommen haben, hieß es: das war eben so, aber es gibt ja eine Behandlungsmöglichkeit und deshalb war es kein Problem, die Krankheit zu akzeptieren (vgl. ebd.). Nach der Hauptspeise bestellten sich alle eine Nachspeise. Es wurden genüsslich Schokoladenkuchen und flambierte Orangen gegessen. Auch einige Gläser Aperol Sprizz wurden getrunken und die Runde wurde immer lustiger und lauter. Neben Gesprächsthemen über die Arbeit und gemeinsame Freunde und Bekannte wurden immer wieder Witze über den Diabetes und

Erlebnisse mit ihm gemacht. Anna erzählte beispielsweise, wie sie mit Freundinnen geplant hatte, ein Eis essen zu gehen und es dann plötzlich hieß, 'lass uns doch den Enten am See noch ein bisschen zuschauen' und anschließend die Idee aufkam, 'ach wir steigen noch schnell auf das Karussell und drehen eine Runde'. Mit dem Fingern auf dem Tisch kratzend sagt sie: „Da erwachte in mir der Tiger 'ich brauche Zucker!! Ich brauche doch nur Zucker!!'“ (vgl. ebd.) Sie lachte und die anderen Frauen am Tisch mit. Sie hatte einfach keine Zeit mehr gehabt, andere Dinge zu tun, die Portion Zucker mit dem Eis war bereits eingeplant gewesen. Trotz derartiger Geschichten drang an mich gerichtet immer wieder die Botschaft durch: der Diabetes ist keine Krankheit! Wir müssen nur unsere Bauchspeicheldrüse ersetzen. Wir sind nicht anders als andere Menschen (vgl. ebd.). Mit diesen Phrasen wurde ich auch immer wieder während der Treffen, an denen ich teilnahm, konfrontiert.

Eine weitere Beobachtung, von der ich an dieser Stelle berichten möchte, ist die Teilnahme meinerseits an einem Treffen bei Sophie, als Anna und Franziska gemeinsam sie und ihre Familie besuchten. An dieser Stelle möchte ich ein paar Eindrücke von diesem Tag wiedergeben. Nachdem sie gemeinsam gebruncht hatten, spielte Anna viel mit der kleinen Tochter von Sophie und ging mit ihr und dem kleinen Hund in den Garten, während Franziska gemeinsam mit Sophie am Tisch saß und von ihrem neuen Job erzählte. Auch die Schwiegermutter, die gerade bei Franziska zu Besuch war, wurde immer wieder ein Thema. Es sei so furchtbar anstrengend, wenn sie zu Besuch ist, bis heute versteht sie nicht, dass sie die Hemden ihres Sohnes nicht bügeln. Auch das mit dem Diabetes hat sie nach sieben Jahren noch nicht verstanden. Immer wieder würde sie von ihrer Schwiegermutter darauf hingewiesen, was sie essen dürfe und was sie nicht essen könne, dabei könne sie doch alles essen: 'das ist zum Verzweifeln, dass es Menschen gibt, die es einfach nicht verstehen wollen!' (vgl. Stammtisch 2011: FT2). Während dieser Unterhaltung lachten die beiden immer wieder und machten Witze. Nicht nur bei diesem Treffen, sondern auch bei den anderen Begegnungen, an denen ich teilnahm, wurde der Diabetes immer wieder ein Thema. Mit der Zeit habe ich mich gefragt, ob es meine Anwesenheit sei, die diese thematische Orientierung in den Gesprächen forcierte oder ob sie ohnehin, entgegen ihren Darstellungen in den Interviews, doch häufiger über den Diabetes sprechen (Stammtisch

2001: FT2). Während wir gemeinsam gegen Abend begonnen, Maronen vorzubereiten, erzählte mir Franziska von Sophies Schwangerschaft. Sie sei unglaublich stark gewesen, diese Schwangerschaft trotz des Diabetes-Typ-1 durchzuhalten. Es brauche einen unglaublichen Willen, den Zuckerhaushalt selbst während dieser ganzen hormonellen und körperlichen Umstellung aufrecht zu halten. Sophie, die zuhörte, warf in das Gespräch ein, dass sie das einfach unbedingt wollte und sie sich nicht von dem Diabetes den Weg versperren lasse, ihren Traum zu erfüllen, ein Kind zu bekommen. Inzwischen kehrte Anna aus dem Garten zurück: 'Ja, ich weiß noch, wie du die letzten Monate deiner Schwangerschaft im Krankenhaus gelegen bist und nicht mehr aufstehen solltest, aber es doch immer wieder wolltest. Sie haben mich angerufen, dass ich unbedingt kommen müsse, weil du nicht im Bett bleiben wolltest. Da habe ich viel Zeit bei dir verbracht, aber am Ende ging es – du bist nicht aufgestanden!' (vgl. Stammtisch 2011: FT2). Der Umgang, den die Frauen miteinander hatten, schien sehr vertraut und achtsam. Auch wenn sie von schwierigen Situationen erzählten, wurde nicht gejammert. Im Gegenteil, die Atmosphäre war immer wieder verbunden mit Leichtigkeit und sie lachten viel, wenn sie von vergangenen Situationen erzählten (vgl. Stammtisch 2011: FT3).

5.1. 'DiabetikerInnen-Stammtisch' – Freunde – Bekannte – Selbsthilfegruppe?

Die Konfrontation mit einem Stammtisch für Typ-1-DiabetikerInnen löste bei mir zugleich die Frage aus, ob es sich um eine Selbsthilfegruppe handle. Auch die Teilnehmerinnen waren in ihren Erzählungen und ebenfalls bei den gemeinsamen Treffen am Stammtisch immer wieder um eine Abgrenzung von jenem Konstrukt bemüht, dass sie als Selbsthilfegruppe bezeichnen würden. In dem nun folgenden Kapitel möchte ich die Divergenzen und zugleich bestehende Gemeinsamkeiten des Stammtisches mit einer Selbsthilfegruppe sichtbar machen. Bei meiner ersten Teilnahme am Stammtisch schilderten die vier Frauen mir, dass die Philosophie, die sie als Gruppe verfolgen, einfach darin besteht, sich zu verbinden und zu treffen (Stammtisch 2011: FT1). Franziska verweist in ihren Schilderungen darauf, dass sie sich selbst nicht als Selbsthilfegruppe verstehen, Selbsthilfegruppen gäbe es genug (vgl. ebd.). In den Diskussionen, die ich am Stammtisch verfolgte, wurde als unterscheidendes Merkmal anderen Gruppen gegenüber ihre

Einstellung zu dem Diabetes eruiert. Andere Gruppen würden ausschließlich jammern, wie schlecht es ihnen mit dem Diabetes ergehe, am Stammtisch hingegen sei der Diabetes akzeptiert und es herrsche der Konsens, dass der Diabetes sie nicht hindern könne, ein wunscherfülltes Leben zu leben (vgl. Stammtisch 2011: FT1). Diese Abgrenzung wird z. B. an den Schilderungen von Sophie deutlich, in denen sie ihre Überlegungen darlegt, ob sie zum Stammtisch geht oder nicht.

„Ich war ja erst der Meinung, Stammtisch, das ist ein Scheiß, da sudern sie alle herum und für mich war das ein bisschen wie eine Selbsthilfegruppe und dagegen habe ich mich immer verwehrt. Auch gegen die Akzeptanz der Krankheit, das dauert immer eine Zeit lang. Dann bin ich halt zum Stammtisch gegangen und das war recht witzig“

(Sophie 2011: IA 5).

Wie an diesem Beleg deutlich wird, war es für Sophie wichtig, die Krankheit zu akzeptieren, um überhaupt an dem Stammtisch teilzunehmen. Dennoch ist es für sie essentiell bedeutsam, die Konzeption des Stammtisches von der einer Selbsthilfegruppe abzugrenzen. *Da sudern sie alle herum und für mich war das ein bisschen wie eine Selbsthilfegruppe, dagegen habe ich mich immer verwehrt.* Am Stammtisch soll der Diabetes für sie nicht zu einem Problem werden. In Diskussionen, die sich bei den Stammtischtreffen immer wieder ergaben, war sich die Gruppe einig, dass Leute, die eine Selbsthilfegruppe suchen, den Diabetes als Grund dafür sehen, dass sie viele Dinge nicht machen und umsetzen können und aus diesem Grund gemeinsam *herumsudern*. Sie erzählten von einem Beispiel, bei dem ein Mann mit Diabetes einmal zu dem Treffen kam und erzählte, dass er wegen des Diabetes nicht zur Armee konnte und deshalb anschließend nicht auf die Universität gehen konnte, die er sich ausgewählt hatte. Nun sitzt er zuhause herum und tut gar nichts. 'Zu uns an den Stammtisch kommt so jemand nur einmal und nie wieder! Wir sagen immer, es liegt bei dir selbst, was du daraus machst und der Diabetes ist nicht schuld! Also Junge, such dir einen Job!' (vgl. Stammtisch 2011: FT3). Lisa unterstreicht diese Haltung mit folgender Aussage im Interview:

„Es gibt schon sehr viele, die hunderttausend Ausreden haben, was sie alles nicht machen können, weil sie Diabetes haben und sie sind alle so arm, weil sie Diabetes haben. Im Prinzip kann ich alles machen, was jeder andere Mensch macht! Wenn ich mir denke, der [Diabetiker] Gerry Winkler rennt auf den Mount Everest und ich weiß

nicht wo überall hin. Der Paul Perneczky ist Triathlet, es gibt so viele. Das Bond Girl, wie hat sie geheißen? Auf jeden Fall war die auch Diabetikerin, die Miss America vor zehn Jahren war auch Diabetikerin. Also wenn man will, kann man alles machen!“
(Lisa 2011: IA 15 - 16)

Auch ich hätte den Stammtisch als Außenstehende und Uninformierte nicht als Selbsthilfegruppe definiert. Ich hätte nicht den Eindruck gewonnen, dass es sich um eine Gruppe von Typ-1-Diabetikerinnen handelt, die dort beisammensitzt, gemeinsam isst, lacht und scheinbar den ganzen Abend trinkt, nach der Hauptspeise eine Nachspeise verzehrt und bei der Auswahl der Getränke eine Cola oder Alkohol nicht auslöst. Franziska macht mich in unserem Gespräch darauf aufmerksam, dass die Online-Präsenz auch dementsprechend ausgerichtet ist und sie sich bewusst nicht als Selbsthilfegruppe darstellen:

„Wenn ich [bei Google] eingebe, 'Diabetes Stammtisch Linz', dann komme ich als erstes, wenn ich aber eingebe, 'Diabetes Selbsthilfegruppe', dann komme ich nicht als erstes. Es ist die Frage, was will ich anbieten? Ich biete nicht die klassische Selbsthilfegruppe, wo die Leute kommen und sagen, mir geht es so schlecht, keine Ahnung, ich brauche jemanden, der mich einen halben Tag begleitet. Ich reihe mich bewusst nicht unter Diabetes Selbsthilfegruppe Linz, weil es das nicht ist“
(Franziska 2011: IA 1).

5.2. Selbsthilfegruppen

Der Arzt und Psychoanalytiker Michael Lukas Moeller (1992:23) mit Universitätsprofessur in Gießen und Frankfurt am Main fasst essentielle Merkmale zusammen, die eine Selbsthilfegruppe ausmachen.

- Alle Mitglieder der Gruppe müssen von einem gemeinsamen Problem betroffen sein.
- Alle Teilnehmer sind gleichberechtigt.
- Jedes Mitglied ist für sich selbst verantwortlich.
- Jedes Mitglied geht in erster Linie um seiner selbst willen in die Gruppe.
- Was in der Gruppe besprochen wird, darf nicht nach außen dringen.
(Gruppenschweigepflicht)
- Die Gruppe entscheidet selbstverantwortlich.
- Die Teilnahme an einer Gruppe ist kostenlos.

Obgleich diese Aufzählung grundlegender Punkte, die eine Selbsthilfegruppe ausmachen, für den Stammtisch der DiabetikerInnen überwiegend zutrifft, lassen sich auch Abweichungen ausmachen, die essentiell für die Unterscheidung dieses Stammtisches von der ursprünglichen Idee des Konzeptes Selbsthilfegruppe sind. Bei dem Stammtisch für Typ-1-DiabetikerInnen in Linz handelt es sich *nicht um eine geschlossene Gruppe* von Menschen. Freunde und Familienmitglieder der Gruppe können auch an den Treffen teilnehmen, ein Beispiel dafür ist der Besuch bei Sophie. Franziska und Anna schienen sehr vertraut mit der Tochter und dem Freund von Sophie, die an dem gemeinsamen Essen und dem Spaziergang teilgenommen haben. Es machte den Anschein, dass auch diese Familienmitglieder von Sophie eine herzliche Beziehung zu Anna und Franziska haben, die über einen längeren Zeitraum gewachsen ist (vgl. Stammtisch 2011: FT 2). Außerdem wurde während einiger Stammtischtreffen stets nach dem Freund von Franziska gefragt, warum er nicht dabei sei. Es wurde der Eindruck vermittelt, als ob er häufiger mitkommen würde, wenn die Gruppe gemeinsam etwas unternimmt (vgl. Stammtisch 2011: FT4). Dementsprechend sind nicht nur die Frauen, die von Diabetes direkt betroffen sind, während der Treffen dabei, sondern auch ihr familiäres und ihr Freundesumfeld nimmt unregelmäßig an den Treffen teil. Möchte man das Konzept Selbsthilfegruppe weiter fassen und zugleich einen differenzierteren Blick auf diesen speziellen Fall werfen, könnte man auch das nähere Freundes- und Familienumfeld als indirekt betroffen verstehen. Nach dieser Auffassung *trifft der Punkt in einem erweiterten Sinne zu, dass alle Mitglieder von einem Problem betroffen sind*, jedoch auf unterschiedliche Weise (als direkt Betroffene oder Angehörige indirekt Betroffene). Auch am Stammtisch ist der Diabetes (*das gemeinsame Problem* und) der Grund für die Entstehung dieser Gruppe, dennoch wird die Teilnahme von Nicht-Betroffenen nicht ausgeschlossen. Wie sich noch in dem Abschnitt '*Verbindender Diabetes*' zeigen wird, ist es nicht ausschließlich der Diabetes, der diese Gruppe verbindet, sondern im Speziellen ihre '*gemeinsame Haltung*' die sie dem Diabetes gegenüber haben.⁵¹

Die Tatsache, dass jeder seinen 'eigenen Diabetes' hat und für ihn verantwortlich ist, unterstreicht die Gewissenhaftigkeit, mit der *sich jeder um 'seinen Diabetes' kümmern muss*

51 Siehe Kapitel 4 Mein Leben mit 'meinem Diabetes'.

und somit auch für sich selbst verantwortlich ist. Speziell in den Darlegungen der einzelnen Mitglieder, wie sie den Diabetes bekommen haben und was für sie wichtig ist, um mit 'ihrem Diabetes' leben zu können, hat sich gezeigt, dass das Bewusstsein vordergründig ist, sich am Ende eigenverantwortlich um den Diabetes kümmern zu müssen, um gut mit ihm leben zu können. Somit herrscht in dieser Gruppe, bedingt durch ihr Verständnis der Krankheit und die Konstitution des Diabetes, ein starkes Bewusstsein dafür, eigenverantwortlich zu handeln und zu sein. Die Gruppe erfüllt an dieser Stelle auch das Kriterium, dass jedes Mitglied für sich selbst verantwortlich ist. Auf die Frage, was der Stammtisch für sie ist, kam immer wieder die Antwort, dass der Stammtisch ein 'Freundesstammtisch' sei:

„Es ist auch eher so ein Freundesstammtisch, an dem es nicht ständig um Diabetes geht. Weil viele stellen sich doch eher eine Selbsthilfegruppe vor, wo man sich seine Sorgen erzählt. Das machen wir auch, aber es kommt natürlich vor, dass Mitglieder das abwürgen, weil sie das nicht so empfinden“
(Franziska 2011: IA 11 - 12).

Mit dieser Aussage von Franziska: 'Es ist eher so ein Freundesstammtisch' wird deutlich, dass es eine freundschaftliche Komponente am Stammtisch unter den Mitgliedern gibt, die sie verbindet. Diese amikale Verbundenheit schließt Elemente einer Selbsthilfegruppe nicht aus. Auch Sorgen und Schwierigkeiten, die im Zusammenhang mit dem Diabetes auftreten, können am Stammtisch erzählt werden, sind jedoch für die Treffen nicht von vordergründiger Bedeutung. Ein exemplarisches Beispiel für eine derartige Situation ist Sophies Traum nach Petra zu fahren und ihre Ängste, die sie mit dieser Reise verbindet. Im Interview erzählt sie:

„Ich habe ein bissl Hemmungen, in ein ganz warmes Land zu fahren. Ich wollte immer nach Petra fahren. Da habe ich schon oft überlegt, was mache ich mit meinem Insulin? Was tue ich da? Das sind so Sachen die ich mir am Stammtisch anschau, das sind so kurze Angstanflüge oder Bedenken, dass sich da Problemchen ergeben könnten. Aber dann, wenn man irgendwo [am Stammtisch] zusammensitzt und das anspricht verfliegen die. Es gibt für alles eine Lösung!“
(Sophie 2011: IA 7)

Damit ist die freundschaftliche Basis das Fundament, um Probleme die sich auf den Diabetes beziehen zu besprechen. Durch dieses grundlegende Element der Freundschaft

können sich die Frauen gleichberechtigt und selbstentschieden gegenübertreten. *Es ist auch eher so ein Freundesstammtisch, an dem es nicht ständig um den Diabetes geht.* Das heisst, der Diabetes hat einen Platz und ist akzeptiert in der Gruppe, aber kein vordergründig fokussiertes Thema. Die gleiche Komponente, nämlich die freundschaftliche Ebene ist auch die Grundlage dafür, dass die Mitglieder um ihrer selbst willen zum Stammtisch gehen. Es gibt keine Personen oder Umstände, die sie drängen, an diesen Treffen teilzunehmen. Lisa z.B. spricht von einer netten und geselligen Stimmung, die sie jedes Mal wieder am Stammtisch vorfindet: *„Es sind die netten Leute, ich gehe zum Schwesternstammtisch genauso. Einfach weil ich gerne unter netten Leuten bin. [...] es ist immer nett und gesellig“* (Lisa 2011: IA 15). Nicht der Diabetes, Unterstützung oder Information zu der Krankheit wird als Grund genannten, sich zu treffen, sondern dass es *nett und gesellig* ist, einander zu sehen. In den Darstellungen der Gesprächspartnerinnen wird der Diabetes häufig in den Hintergrund gerückt und die Freude und der Spaß den sie gemeinsam haben, wird vordergründig (vgl. Stammtisch 2011: FT1). Ein weiteres von Moeller angeführtes Merkmal, das in den Beobachtung nicht in den Vordergrund getreten ist, ist die Gruppenschweigepflicht. Am DiabetikerInnen Stammtisch gab es keine explizit ausgesprochene Schweigepflicht. Auch während der teilnehmenden Beobachtung und der Gespräche ist von den Teilnehmerinnen auf einen derartigen Aspekt nicht verwiesen worden. Augenscheinlich wurde dies in drei Situationen.

- 1) Mein Forschungszugang war unproblematisch. Alle Mitglieder des Stammtisches haben offen über ihren Diabetes und ihre Erfahrungen gesprochen, ohne mir eine Schweigepflicht aufzuerlegen, der Vorschlag die Daten in der schriftlichen Niederlegung zu anonymisieren, kam von meiner Seite (Stammtisch 2011: FT2).
- 2) Die Stammtischtreffen waren offen für Freunde und Familie der Mitglieder. Dies zeigte sich z. B. bei dem Treffen, das bei Sophie stattfand (vgl. Stammtisch2011: FT 2).
- 3) Während der Interviews, aber auch während der Treffen haben die InterviewpartnerInnen, immer wieder von den anderen Mitgliedern am Stammtisch geredet und Situationen, in denen diese sich befunden haben, dargestellt. Ein Beispiel dafür ist die Situation bei Sophie zuhause, in der mir von den anderen Mitgliedern erzählt wurde, wie es ihr während der Schwangerschaft mit dem Diabetes ging (ebd.).

Das Durchbrechen des Schweigens, das in diesen Situationen deutlich wurde, ist für mich dahingehend zu verstehen, dass diese Gruppe der Stammtischmitglieder sich nicht von seiner Umgebung ab- oder ausgrenzen möchte. Es ist ein Versuch, den Diabetes in ihr Umfeld zu integrieren und ihn nicht als ein Merkmal zu verstehen, das sie von anderen Menschen unterscheidet und sie zu außenstehenden Opfern macht: ein Mittel, das sie einsetzen, um nicht vordergründig mit der Rolle der 'DiabetikerIn' verbunden zu werden und andere Identitäten ihres Selbst im Kreis von Freunden und Verwandten zu bewahren. Somit entgehen sie der vornehmlichen Zuschreibung als 'DiabetikerIn'. Ein weiteres Beispiel dafür ist Lisas Erzählung von der Friedensflotte. Sie erzählt in Kapitel 4 *Mein Leben mit 'meinem Diabetes'*, dass sie bei der Umsetzung dieses Projektes immer wieder merkt, dass sie alles schaffen kann, was andere auch schaffen (vgl. Lisa 2011: IA 8). Somit ist der Diabetes für diese Gruppe kein Problem gewesen, das sie von ihrem Umfeld isoliert hat. Vielmehr sehen die interviewten DiabetikerInnen die Verantwortung bei sich selbst, den Diabetes nicht als Anlass zu verwenden, sich von der Außenwelt abzugrenzen. Das Schweigen würde Grenzen schaffen, die diese Gruppe von ihrer Umgebung unterscheidet (vgl. Stammtisch 2011: FT3).

Für Selbsthilfegruppen ist fundamental, dass sie in eigener Sache handeln und dementsprechend die Bedürfnisse des/der Betroffenen für die inhaltliche und thematische Orientierung und Gestaltung maßgeblich sind (Lukas, Moeller 1996: 93). Auch der Stammtisch gestaltet sich von den Mitgliedern ausgehend und weisungsfrei. Eine sehr auffällige und bestimmende Gemeinsamkeit scheint die übereinstimmende Sichtweise auf den Diabetes zu sein. Wie oben bereits geschildert wurde, ist es schwierig für Menschen mit Diabetes, sich in der Gruppe zu etablieren, wenn sie ihn anders wahrnehmen (vgl. Stammtisch: FT3). Sophie fasst die am Stammtisch einvernehmlich herrschende Haltung zu dem Diabetes in unserem Gespräch noch einmal zusammen: „*So ist das bei dem Stammtisch, das wir sagen, es ist nicht immer nur eitel Wonne, aber in letzter Konsequenz müssen wir schon sagen, wir haben eine Lebenseinstellung, 'la vita e bella!', das ist einfach so. Das Leben ist, was wir daraus machen*“ (Sophie 2011: IA8). In diesem Zitat werden von Sophie zwei Gesichtspunkte angesprochen, die in stiller Übereinkunft maßgeblich für die thematische und inhaltliche Gestaltung sowie die Atmosphäre des Stammtisches sind.

Zugleich ist diese Aussage ein Nachweis für die Abgrenzung dieser Gruppe von dem Opferdiskurs. Zum einen verweist sie darauf, dass der Diabetes ernstgenommen werden muss als Krankheit und dadurch natürlich das Leben komplizierter macht – *es ist nicht immer eitel Wonne* – ,dennoch sehen sie sich selbst dafür verantwortlich, wie sie mit dieser Situation umgehen: *Das Leben ist, was wir daraus machen*. Menschen, die sich anders zum Diabetes Positionieren, ihn als Last und Hinderungsgrund dafür sehen, ihr Leben frei zu gestalten, gesellen sich häufig nur kurzweilig zu dieser Gruppe von Typ-1-DiabetikerInnen. Somit stellt der Aspekt der Orientierung an den Bedürfnissen der TeilnehmerInnen zugleich eine verbindende Betrachtungsweise und einen selektiven Faktor dar. Menschen, die 'ihren Diabetes' anders wahrnehmen, kommen häufig nicht wieder zum Stammtisch. Demgemäß ist der von der Gruppe bestimmte Blickwinkel auf den Diabetes einer, der zugleich den Stammtisch auszeichnet und ihn von anderen Selbsthilfegruppen abgrenzt. In seinem Werk *Selbsthilfegruppen. Anleitungen und Hintergründe* verweist Lukas M. Moeller noch zusätzlich darauf, dass der Ursprung von Selbsthilfegruppen aus einer menschlichen Not heraus entsteht (vgl. 1996:46). In diesem Sinne dient die 'Selbsthilfegruppe' dazu, die persönliche Auseinandersetzung mit dem gemeinsamen Problem zu unterstützen und die Not zu lindern. Die Darstellungen der InterviewpartnerInnen über den Beginn ihrer Krankheit und die Phase, in der sie mit den Konsequenzen der Krankheit für ihren Alltag vertraut wurden, lassen keine Not erkennen, der durch den Stammtisch Abhilfe geschaffen wurde.⁵² Alle TeilnehmerInnen haben selbstständig ihren individuellen Weg gefunden, mit dem Diabetes umzugehen. Dementsprechend entfällt bei diesem Stammtisch ein essentielles Kriterium, das laut Moeller (ebd.) kennzeichnend für 'Selbsthilfegruppen' ist. Wie zuvor in diesem Kapitel dargelegt, steht am Stammtisch ein Bild von dem Diabetes im Vordergrund, das speziell für diese Gruppe von Typ-1-Diabetikerinnen signifikant ist und in dieser Gruppe eine verbindende Wirkung hat. Deshalb ist nicht ausgeschlossen, dass jedes Mitglied des Stammtisches ein eigenes Bild und einen eigenen Umgang mit dem Diabetes hat.

Moeller (1996) weist explizit auf die Eigenschaft von Selbsthilfegruppen hin, dass die Erfahrungen und Bedürfnisse der Betroffenen im Vordergrund stehen und die Dynamik der

⁵² Siehe Kapitel 4 Mein Leben mit 'meinem Diabetes'.

'Selbsthilfegruppe' bestimmt. Ebenfalls wurde wiederholend in Arbeiten auf dieses Charakteristikum hingewiesen, die sich mit der Bedeutung des Internets im medizinischen Kontext auseinandersetzen. Eine Spezialität des Internets sei es, dass sich die Betroffenen in diesem Raum auf ihre eigenen Interessen und Bedürfnisse konzentrieren könnten (vgl. Orgad 2005, Felt 2008, Hardey 2000). Sowohl das Internet, als auch Selbsthilfegruppen bieten den Betroffenen an, sich einen von ihren eigenen Ansichten und Interessen geleiteten Überblick zu Behandlungsmöglichkeiten und Informationen zu verschaffen. Externe Unterstützter wie z. B. Ärzte/Innen oder Therapeuten/Innen verfolgen häufig von ihrer Expertise beeinflusste Vorstellungen. Besonders im Fall der Selbsthilfegruppen ist die Gefahr der Entfremdung zwischen HelferInnen und Hilfesuchenden nicht so groß (Lukas, Moeller 1996: 93). Trotz dieser Ähnlichkeit, wird von den TeilnehmerInnen meiner Forschung überwiegend die Verwendung des Internets im Zusammenhang mit dem Diabetes strikt abgelehnt.

Wie in dem vorausgehenden Abschnitt dargelegt, lassen sich in der untersuchten Gruppe Dynamiken feststellen, die mit denen einer Selbsthilfegruppe übereinstimmen. Insbesondere zwei von Moeller angeführte Merkmale (Gruppenschweigepflicht und die Not der Betroffenen, einen Weg zu finden, mit ihrer Krankheit und damit verbundenen neuen Situation umzugehen) zeichnen sich nicht in der Gruppe am untersuchten Stammtisch und auch nicht bei den einzelnen Personen ab. Das Bedürfnis, mit Hilfe des Stammtisches den Diabetes besser in den Griff zu bekommen, ist nicht bei allen Mitgliedern präsent, sondern unterscheidet sich von Fall zu Fall. Um also die Eigendynamik dieser Gruppe hervorzuheben, greife ich meiner analytischen Wahrnehmung folgend drei Dimensionen heraus, die den empirischen Daten und meiner Analyse entsprechend charakteristisch für diese spezielle Gruppe sind und ihre Besonderheit ausmachen: die ganz eigene Wahrnehmung dieser Gruppe von dem Diabetes und die *verbindende Funktion*, die er dadurch bekommt, die *Vorbild- und Orientierungshilfe*, die einige Mitglieder am Stammtisch anbieten, und die Komponente der *Information*. Somit wird auch die übereinstimmende Positionierung der Frauen zu 'ihrem Diabetes' noch einmal konturiert.

Verbindender Diabetes

„Der Diabetes ist ja nur das Verbindende, dass du dich irgendwie triffst, aber ob du dann darüber redest oder nicht oder ob das ein Thema ist oder nicht, also das ist für mich eher sekundär.“ (Lisa 2011: IA 37 – 38) Mit diesem Zitat pointiert Lisa die gleichzeitige Präsenz und Abwesenheit des Diabetes bei den Stammtischtreffen, auf die immer wieder in den Interviews hingewiesen wird. Lisa beschreibt den Diabetes als ursprünglichen Anlass sich zu treffen: *der Diabetes ist ja nur das Verbindende, dass du dich irgendwie triffst*, während des Treffens selbst wird diese Voraussetzung jedoch unsichtbar und muss somit kein vordergründiges Thema sein. In meinen Beobachtung und während der Interviews bin ich immer wieder auf diese Ambivalenz gestoßen (vgl. Stammtisch 2011: FT1, Stammtisch 2011: FT3). Ambivalenz verstehe ich in diesem Zusammenhang nicht als Gegensatz, sondern vielmehr als Mehrdeutigkeit in einer Form des 'Sowohl-als-auch'. Der Diabetes ist sowohl der Grund sich zu treffen, als auch durch sein 'Dazugehören zur Normalität' eines/er Diabetikers/in nicht notgedrungenes Thema während der Treffen. [...] *dass [der Diabetes] ein Thema ist oder nicht, also das ist für mich eher sekundär*. Besonders für Lisa, die schon seit ihrem zweiten Lebensjahr Diabetes hat, scheint es nicht vordergründig von Bedeutung zu sein, sich am Stammtisch mit dem Diabetes auseinanderzusetzen. Um den Diabetes 'unsichtbar werden zu lassen', ist jedoch wichtig, dass die Mitglieder der Gruppe jede/r für sich den Diabetes akzeptieren (vgl. Stammtisch 2011: FT2). Diese in der Gruppe verbreitete Haltung wurde besonders am Stammtisch immer wieder betont und auf den Punkt gebracht, als ich in die Runde fragte, wie es war, als sie den Diabetes bekommen haben. Es kristallisierte sich unter den TeilnehmerInnen der Konsens heraus, dass es eben so ist, dass sie den Diabetes haben, sie jedoch die Chance nutzen, die sich durch die Konstitution der Krankheit ergibt, sie zu behandeln und ungestört und beschwerdefrei zu leben (vgl. Stammtisch2011: FT1). Diese gemeinsame Position verbindet die Gruppe und bestimmt ihr gemeinsames Bild von 'ihrem Diabetes'. Auf diesem vereinenden Verständnis für den Diabetes basierend, bietet der Stammtisch die Möglichkeit, sich mit dem Diabetes nicht alleine zu fühlen, ohne ihn ständig thematisieren zu müssen. Besonders in den Erzählungen von Anna zeigt sich dieser Effekt, dass es hilfreich ist, sich mit Menschen zu treffen, die auch Diabetes haben, ihn jedoch in den Treffen selbst nicht zu einem zentralen Thema zu machen: „[am Stammtisch] *merke ich immer wieder, dass ich nicht alleine bin*.

*[...] weil ich kenne sonst niemanden in meinem Freundes-, Bekannten- und Verwandtenkreis, der auch Diabetes hat“ (Anna 2011: IA 11). Auf meine Frage, wie sie die Treffen beschreiben würde, kam von ihr die Antwort: „Also es ist immer witzig, es gibt immer etwas zu lachen und wir sind meistens in Lokalen. [...] Aber es hat sich auch noch kein Lokal oder Restaurant beschwert, dass es nicht genug eingenommen hat bei uns. Wir haben immer brav gegessen und immer brav getrunken“ (Anna 2011: IA 27). Diese Aussagen zeigen, dass sie einfach zusammen ausgehen, zusammen Spaß haben und sich an öffentlichen Orten aufhalten. Dabei wissen sie um 'ihren Diabetes' nehmen ihn ernst, machen ihn jedoch nicht zum inhaltlichen Gegenstand ihrer Treffen, sondern lassen ihn Teil 'ihrer Normalität' werden. Das heißt, der Diabetes ist und bleibt in dieser Gruppe unsichtbar sichtbar und sie schaffen sich einen geschützten Rahmen, indem sie keinerlei Fremdzuschreibungen, die ihnen von außen auf Grund des Diabetes zugetragen werden, ausgeliefert sind (vgl. Estroff 1994). Trotz dieses Schutzmechanismus bewegen sie sich im öffentlichen Raum und nehmen an dem alltäglichen Leben teil: *wir sind meistens in Lokalen*. Wie bereits zuvor in der Auseinandersetzung mit Selbsthilfegruppen deutlich gemacht wurde, bezieht sich diese selektive Haltung der StammtischteilnehmerInnen nicht ausschließlich auf unbetroffene Menschen und Institutionen, von denen sie sich abgrenzen, sondern ebenfalls auf Menschen mit Diabetes, die sich anders zu der Krankheit positionieren. Diese bisher erarbeiteten Dynamiken 'ihres' verbindenden Diabetes werden in den folgenden Darlegungen von Franziska nochmal deutlich gemacht:*

„Die Erfahrungen sind ähnlich, das ist etwas, wo man wirklich sagen kann, davon haben die Anderen, die keinen Diabetes haben, keine Ahnung, wie es ist. Es sind halt diese Sachen. Du wirst irgendwo hin eingeladen und da hat jemand Diabetiker-Kekse gebacken, das sind immer die gleichen Sachen oder die Schwiegermutter, die einem fürsorglicher Weise die Butter wegnimmt, weil das schlecht für Diabetiker ist. Das kann ja der Außenstehende gar nicht nachvollziehen, wie frustrierend das teilweise ist, wenn du eigentlich ganz normal leben kannst mit dem Diabetes-Typ-1, aber weißt, jeder hat seine Informationen von Omas Rezeptbuch oder sonst wo her und ständig diese Vorurteile. Durch den Diabetes bekommt man einen Stempel, an dem ganz viel falsche Information dran hängt. Diese Vorurteile zu verarbeiten, ist in einer Gruppe

viel einfacher, viel lustiger und viel erlösender, als wenn man ewig mit diesen Leuten diskutiert. Ich diskutiere viel weniger in solchen Situationen, weil ich dann weiß, wenn ich das der Gruppe am Stammtisch erzähle, die werden denken, genau so läuft es immer und das schweißt zusammen. Wobei, ich weiß, dass es auch viele gibt, die das nicht schätzen, dass es so ein Freundesstammtisch ist und es nicht ständig um den Diabetes geht“

(Franziska 2011: IA 11).

Die von außen zugeschriebene Koppelung an den Diabetes-Typ-2 macht es für die Gruppe der Typ-1-Diabetikerinnen schwierig, das 'normale Leben' das sie trotz der Krankheit leben können umzusetzen. *Durch den Diabetes bekommt man einen Stempel, an dem ganz viel falsche Information dran hängt.* Dadurch kommen sie immer wieder in Situationen, in denen sie mit einer Krankheit und deren Eigenschaften verbunden werden, die für sie nicht zutrifft. In der Gruppe am Stammtisch ist das anders, die anderen wissen um die Konstitution der Krankheit, positionieren sich ähnlich dazu und ermöglichen sich dadurch eine unbeschwerte Zeit. *Ich diskutiere viel weniger in solchen Situationen* [wenn ich mit Vorurteilen und falschen Behandlungsmethoden von Laien konfrontiert werde], *weil ich dann weiß, wenn ich das der Gruppe am Stammtisch erzähle, die werden denken, genau so läuft es immer und das schweißt zusammen. Wobei, ich weiß, dass es auch viele gibt, die das nicht schätzen, dass es so ein Freundesstammtisch ist und es nicht ständig um den Diabetes geht.* Es ist also der unsichtbar sichtbare Diabetes und die übereinstimmende Positionierung der Gruppenmitglieder zu ihm, die die Basis ihrer Verbundenheit am Stammtisch ausmachen. Gleichzeitig ist 'ihr Diabetes' das Merkmal für die Abgrenzung von anderen Menschen mit und ohne Diabetes, von Institutionen und Selbsthilfegruppen.

Vorbild und Orientierung

Die Vorbildfunktion und die Orientierungshilfe sind als Komponenten ein Spezifikum des Stammtisches. StammtischteilnehmerInnen, die schon sehr viele Erfahrungen mit dem Diabetes gemacht haben, können vorbildhaft wirken und anderen Mitgliedern helfen, sich zu orientieren, welche Möglichkeiten sie haben, mit dem Diabetes zu leben. Bei den jeweiligen Mitgliedern am Stammtisch haben diese Dynamiken unterschiedliche Bedeutungsweisen. Für manche Mitglieder ist es animierend und inspirierend, den Stammtisch zu besuchen, um besser mit dem Diabetes umgehen zu können, und für andere

ergibt sich diesbezüglich keine neue Perspektive auf den Diabetes, sie nehmen vielmehr die Rolle als Vorbild ein. Im Folgenden verweise ich auf drei exemplarische Beispiele.

Lisa hat den Diabetes schon seit 27 Jahren. Im Interview sagte sie mir: *„Ich kann mich an ein Leben ohne Diabetes nicht erinnern“* (Lisa 2011: IA 7). Nicht zuletzt diese temporäre Komponente hat dazu beigetragen, dass sie einen Erfahrungs- und Wissensreichtum im Umgang mit dem Diabetes gesammelt hat, der für die anderen Frauen unerschöpflich ist. Zugleich bedeutet es für sie, dass sie am Stammtisch nicht viel Neues erfährt: *„Also Neuigkeiten erfahre ich keine mehr, wenn, sind es rechtliche Informationen, wenn ich die Franziska mal etwas frage.“* (Lisa 2011: IA 15). Den Beweggrund, warum sie dennoch zu dem Stammtisch geht, äußert sie folgendermaßen:

„Da gehe ich hin, weil da sind nette Leute und da triffst du dich und du hast einen netten Abend [...] es tut dann nichts zur Sache, das Verbindende ist ja nur der Diabetes, das du dich irgendwie triffst, aber ob du dann darüber redest oder nicht, das ist für mich eher sekundär. Es ist auch im November mit der großen Diabetiker-Tagung so. Da kommen dann Fragen, ob wir uns sehen und gemeinsam da sind. Also da geht es mehr um das Persönliche, nicht so sehr um den Diabetes. Der Diabetes ist halt die Rahmenbedingung, dass man dort hinfährt und dort ist“
(Lisa 2011: IA 37).

Der Diabetes bleibt für Lisa eine *Rahmenbedingung*, aber stellt für sie kein zentrales Anliegen der Treffen dar, für sie steht die Begegnung mit den Menschen im Vordergrund: *Also da geht es mehr um das Persönliche, nicht so sehr um den Diabetes*. Speziell im Fall von Lisa zeigt sich, dass die Beziehungen, die sich zwischen den Menschen entwickeln, die Diabetes haben, nicht auf dieses Thema begrenzen. Für sie sind Orientierungshilfen nicht mehr notwendig. Lisa ist gut mit Ärzten und anderen Betroffenen vernetzt und geht auf Tagungen. In schwierigen Situationen weiß sie immer jemanden, an den sie sich wenden kann (vgl. Lisa 2011: FN). Aufgrund dessen nimmt sie vielmehr eine Vorbildfunktion für die anderen TeilnehmerInnen ein und ist für sie eine Orientierungshilfe, als dass sie selbst nach derartigen Aspekten suchen bzw. sie am Stammtisch vorfinden würde. Besonders an den folgenden Beispielen von Anna und Sophie wird sich diese Form der Beziehung zeigen. Sophie macht deutlich, dass es ihr hilft, einen Menschen wie Lisa kennengelernt zu haben und ab und zu Zeit mit ihr zu verbringen:

„Ich habe immer nur Vergleiche gehabt, mit Leuten die sich einfach nix scheren um ihre Krankheit und das ist nicht unbedingt meine Orientierung. Also ich tue mich nicht nach unten, sondern nach oben orientieren. Ich muss mich nicht an den Schlechten orientieren, okay, es ist eine Bestätigung, ich bin goldenes Mittelfeld, aber das ist nicht mein Ziel. Ich will alt werden mit meinem Diabetes und wenn geht nicht mit einem Rollstuhl, was jetzt das Negativste wäre. Die Kleinstgefäße verschließen sich und du merkst den Diabetiker, der nicht auf sich geschaut hat. Da war eben super, dass ich an dem Stammtisch die Lisa getroffen habe, mit 25 Jahren Diabetes oder jetzt schon seit 27 Jahren. Den 30er feiern wir gemeinsam auf Kur, da machen wir dann eine Mädchenrunde“
(Sophie 2011: IA 7).

Sophie spricht explizit an, dass es ihr geholfen hat, jemanden wie Lisa kennenzulernen, der trotz 27 Jahren Diabetes beschwerdefrei lebt. Demgemäß funktioniert Lisa für sie als Vorbild und zugleich auch Orientierungshilfe, ihre Ziele mit 'ihrem Diabetes' zu verfolgen. *Ich will alt werden mit meinem Diabetes und wenn geht nicht mit einem Rollstuhl, was jetzt das Negativste wäre.* Sophie spricht es nicht aus, aber Lisa scheint für sie eine motivierende Wirkung zu haben. Lisa 'verkörpert' die Möglichkeit, trotz des Diabetes ihr Leben frei gestalten zu können und alt zu werden. Dass Sophie überhaupt daran interessiert ist, sich an Lisa zu orientieren, unterstreicht nochmals ihre gemeinsame Haltung gegenüber 'ihrem Diabetes'.

Für Anna hat die gesamte Gruppe am Stammtisch einen motivierenden Effekt. Seitdem sie bei ihren Eltern ausgezogen ist, fällt es ihr schwer, konstant einen guten Blutzuckerwert zu halten.

„Ich gehe heute noch immer wieder dorthin [zum Stammtisch], weil ich der Meinung bin, oder irgendwie mir das jedes Mal einen Schub gibt [...]. Die haben so tolle Werte, wieso schaffst du das nicht? Also, eigentlich, wenn die das können, dann müsstest du das auch können. Nachher verwende ich das Messgerät mit vielmehr Elan, messe viel genauer und spritze viel genauer“
(Anna 2011: IA 23).

Am Stammtisch wird sie immer wieder animiert, sich besser um ihren eigenen Blutzucker zu kümmern. Der Grund ist jedoch nicht darin zu finden, dass sie mit den anderen Frauen über ihr Problem mit dem Diabetes redet. Vielmehr sieht sie bei den anderen drei Frauen, dass es machbar ist, sich im Lebensalltag gute und konstante Blutzuckerwerte zu erhalten. Ohne diese Inspiration würde sie mit ihren Werten auch zurechtkommen, hätte aber nicht

den Vergleich mit anderen und würde nicht darauf aufmerksam gemacht, dass sie sich noch verbessern kann. *Die haben so tolle Werte, wieso schaffst du das nicht?*

Mit der Vorbildfunktion und der Orientierungshilfe werden Aspekte in dieser Gruppe aufgegriffen, die medizinische Institutionen und Behandlungen nicht beinhalten und infolgedessen ihren Rahmen überschreiten, zumal sie auf sehr persönliche und individuelle Bedürfnisse von Menschen mit Diabetes eingehen und Bereiche einbeziehen, die Teile des subjektiven Alltags sind (vgl. Loaders et al. 2002). Es wird auch nochmals deutlich, dass diese kleine Gruppe eine gemeinsame Grundhaltung zu 'ihrem Diabetes' hat. Diesen übereinstimmenden Standpunkt betrachte ich als eine wesentliche Voraussetzung, um sich aneinander zu orientieren und vorbildhafte Interessen einzubringen. Folglich entwickelt sich in diesem Rahmen ein enges Vertrauensverhältnis, da es auf individuellen und persönlichen Bedürfnissen aufbaut und nicht Bezug nimmt auf von außen kommende fachliche Expertise: ein Punkt, den Moeller (vgl. 1996) als charakteristisch für Selbsthilfegruppen bezeichnet.

Information

Informationen über Möglichkeiten und Notwendigkeiten von Behandlungsmethoden für Diabetes sind für Betroffene substanziell. Mit einer guten Behandlung kann die Funktion der Bauchspeicheldrüse ersetzt werden und ein beschwerdefreies Leben möglich. Wie im Folgenden dargelegt wird, ist der Stammtisch auch in diesem Zusammenhang bedeutsam.

*„Man muss sich die Information, die man braucht, beschaffen! Ich muss mich auskennen mit dem Diabetes. Wenn ich keine Ahnung habe, dann kann ich auch niemand anderen die Schuld geben, das es nicht passt“
(Franziska 2011: IA 5).*

Der Stammtisch dient unter anderem als Plattform, um *sich die Information die man braucht zu beschaffen*. Das Zusammentreffen dient nicht nur als Hilfestellung, um sich zu orientieren, wie man mit dem Diabetes leben kann, sondern auch als Forum für den Informations- und Erfahrungsaustausch. Der Stammtisch bietet eine Möglichkeit an, den Prozess des Kennenlernens des Diabetes und die damit verbundene Infrastruktur zu unterstützen (vgl. Stammtisch 2011: FT3). Stammtisch). Wie in den vorangegangenen

Kapiteln dargelegt, ist er zugleich ein Ort, an dem der Diabetes nicht immer vordergründig ist und es nicht ausschließlich sachbezogen um ihn geht. Neben der eigenen Erfahrung und dem eigenen Ausprobieren, wie sie selbst am besten mit dem Diabetes leben können und ihn behandeln, ist Information auf den verschiedensten Ebenen für die DiabetikerInnen von großem Wert. Was macht den Stammtisch als Informationsquelle besonders wertvoll und anders für die Mitglieder? Es ist eine vertrauensvolle und verortete Informationsquelle. Die dadurch gesicherte Qualität der Information und die Zuverlässigkeit von Aktualität sind eingebettet in eine angenehme und unkomplizierte Atmosphäre. Die freundschaftliche und vertrauensvolle Ebene, die den Stammtisch ausmacht, legt die Art der Information für die DiabetikerInnen fest. Es ist eindeutig nachvollziehbar, woher die Information kommt – damit ist sie verortet.

Die von den DiabetikerInnen vorgenommene Einschätzung des Stammtisches als einer vertrauensvollen und verorteten Informationsquelle basiert vor allem darauf, dass sie sich im Vergleich zum Krankenhaus oder zum Internet darauf verlassen können, von den anderen Mitgliedern am Stammtisch über wesentliche Entwicklungen in der Medizin und Forschung informiert zu werden, und dass keine Interessen von Ärzten/Innen, Krankenhäusern oder Pharmakonzernen dahinter stehen (vgl. Anna 2011: FT). Dahingehend erfolgt der Austausch ausschließlich zu ihrem eigenen Interesse. Die Information kommt von Menschen, die selbst auch einen Diabetes haben und denen dadurch von den anderen DiabetikerInnen ganz andere Fähigkeiten zugetraut werden, Information zu beurteilen und angebracht weiterzugeben. Zudem ist es nicht nur der Diabetes, sondern auch eine freundschaftliche Ebene, die sie verbindet und die Informationsquelle dadurch sehr vertrauensvoll gestaltet.

*„Deswegen rede ich z.B. auch total ungerne mit Ärzten oder sonst was, weil die alle so 'straight' sind, damit kann ich nichts anfangen. Ich meine die Ärzte sind zwar gut behandelnde Leute, aber die haben nicht selber Diabetes, die können da nicht mitreden. Deswegen ist der Stammtisch schon eine gute Sache, weil die alle dort Diabetes haben und die alle auch irgendwie aus ihrer eigenen Erfahrungswelt erzählen. Die Lisa, die hat ja damals schon mit „Schlachtgeräten“ gespritzt, der erzählst du nix. Da fühle ich mich schon sehr gut aufgehoben. Da brauche ich eigentlich nix und ich kann sie ja auch jederzeit anrufen einfach so“
(Anna 2011: IA 20).*

Am Beispiel von Anna zeigt sich, wie sehr der Kontext, aus dem die Information kommt, für sie eine Rolle spielt. *Ich meine die Ärzte sind zwar alle gut behandelnde Leute, aber die haben nicht selber Diabetes, die können da nicht mitreden.* Demgemäß stellt sie nicht die Expertise von Fachleuten in Frage, sondern deutet darauf hin, dass es auch andere Ebenen gibt, die in der Behandlung von Diabetes Bedeutung haben und wie wertvoll für sie Information ist, die von Menschen kommt, die in der gleichen Situation sind wie sie. *Deswegen ist der Stammtisch schon eine gute Sache, weil die alle dort Diabetes haben und die alle auch irgendwie aus ihrer eigenen Erfahrungswelt erzählen.* Die unsicheren Faktoren, die in dem Austausch mit Ärzten/Innen und auch im Internet existieren, fallen in der Begegnung am Stammtisch weg. Ein Beispiel von Sophie macht exemplarisch deutlich, dass es am Stammtisch nicht nur um fachliche Information geht. Es haben sich auch andere Beziehungsebenen entwickelt, die bedeutungsvoll sind. Durch die persönliche Nähe die sich zwischen den Mitgliedern entwickelt hat, wird Information situativ, präzise und selektierter weitergegeben. Der Stammtisch bekommt neben seiner informativen Funktion auch eine begleitende und unterstützende. Es können auch Ängste und Erfahrungen angesprochen und ausdiskutiert werden. In diesem Fall möchte ich gerne auf das Beispiel von Sophie zurückgreifen, die sich Sorgen gemacht hat, dass die Umsetzung ihres Traumes zu verreisen mit dem Diabetes zu kompliziert wird.

„Ich habe ein bissl Hemmungen, in ein ganz warmes Land zu fahren. Ich wollte immer nach Petra fahren. Da habe ich schon oft überlegt, was mache ich mit meinem Insulin, was tue ich da? Das sind so Sachen, die ich mir am Stammtisch anschau, das sind so kurze Angstanflüge oder Bedenken, dass sich da Problemchen ergeben könnten. Aber dann, wenn man irgendwo [am Stammtisch] zusammensitzt und das anspricht, verfliegen die. Es gibt für alles eine Lösung“
(Sophie 2011: IA 7).

In einem vertrauten Umfeld fällt es leicht, den Mut zu finden, um Ängste und Sorgen anzusprechen und zu teilen. So zeigt sich, dass auch informative Beziehungen nicht einzig auf dem Austausch und Wissen über Diabetes beschränkt sind, sondern sich auch auf anderen Ebenen wiederfinden. So bestimmt die vertrauensvolle Informationsquelle auch die Qualität und Annehmbarkeit der Information. Franziska erzählte von ihren Erfahrungen, die sie mit jungen Leuten gemacht hat:

„Jungen Leuten fehlen z.B. die Kontakte zu Pharmafirmen, um mal eine Insulinpumpe auszuprobieren. Sage ich, das ist doch kein Problem, ich rufe den an. Möchtest du, dass ich dich begleite? Ja bitte! Dann treffen wir uns und dann, weiß ich nicht, sitzt man zusammen und vor allem diese objektive Einschätzung. Das Krankenhaus kann ja nie sagen, was weiß ich, ich gehe nicht zu der Pharmafirma, die ist schlecht. Das Krankenhaus hat mit allen Pharmafirmen einen guten Kontakt und muss den auch aufrechterhalten. Am Stammtisch kannst du sagen, das Ding ist Mist, probier es nicht, oder die und die Probleme hast und im Vergleich zu dem ist das ein Schund oder so, und das braucht es total, weil sonst bist du uninformiert“
(Franziska 2011: IA 6).

Was der Stammtisch folglich ermöglicht, ist nicht nur Verlass auf die interessenfreie Qualität und Nutzbarkeit der Information, sondern auch Aktualität. Wenn es interessante Neuigkeiten gibt, dann können sie sich darauf verlassen, dass sie am Stammtisch davon erfahren werden.

„Ich fühle mich informiert. Weil oben von den Ärzten hast du nie irgendetwas gehört. Du gehst alle sechs Wochen dahin und hast gute Werte und sollst dann etwas besser machen [...], also ziemlich abgeklärt alles. Wenn wir uns aber bei dem Stammtisch treffen, erfährst du eben alles Neue. Es gibt neue Messgeräte und es gibt das und habt ihr davon schon gehört. Ich höre nie irgendetwas, aber wenn die Lisa und die Franziska daher kommen mit ihren Kontakten, dann erfährt man halt allerhand“
(Anna 2011: IA 30).

Durch den Stammtisch entsteht eine viel bessere Vernetzung für diejenigen DiabetikerInnen, die keine Kontakte zu Krankenhäusern und Ärzten/Innen haben. Dadurch aber, dass andere DiabetikerInnen am Stammtisch diese Kontakte haben, können sich jene darauf verlassen, an der aktuellen Entwicklung und den aktuellen Möglichkeiten eingebunden zu sein. Anna fasst es kurz zusammen. *„Ich fühle mich informiert!“* (Anna 2011: IA 30)

Aus dem zuletzt dargelegten Kapitel ergeben sich für mich drei Aspekte, die in dieser Arbeit für die Wahrnehmung und Zuschreibung von Diabetes bedeutsam sind.

- 1) Die medizinisch determinierte Diagnose Diabetes, die auf biomedizinischen Deutungsmustern basiert und in der Form von gesellschaftlichen Institutionen, wie z. B. Krankenkassen oder Gesundheitspolitik Ausdruck verliehen bekommt (vgl. Estroff

1994, Laoders et al. 2002). Mit dieser Diagnose ist jeder Mensch, der Diabetes hat, konfrontiert und wird zugleich fortan darüber definiert.

- 2) Der Stammtisch, in dessen Rahmen sich eine spezifischere Wahrnehmung des Diabetes abzeichnet, die nur auf bestimmte Menschen mit Diabetes zutrifft und sich von anderen Betroffenen abgrenzt.⁵³
- 3) Und zuletzt die nuancierte und individuelle Wahrnehmung der Menschen mit Diabetes von 'ihrem Diabetes'. Auch wenn es eine gemeinsame Perspektive auf den Diabetes gibt, die die Mitglieder des Stammtisches teilen, hat dennoch jeder im Detail seine subjektive Wahrnehmung von 'seinem Diabetes'. Beispielsweise ist es für Sophie wichtig, den Diabetes als Krankheit zu betrachten, um ihn ernst zu nehmen, die Behandlung zu optimieren und ungestört mit ihm leben zu können (vgl. Sophie 2011: FT). Franziska und Lisa hingegen lehnen den Begriff der Krankheit im Zusammenhang mit dem Diabetes ab. Für sie ist der Diabetes keine Krankheit. Krank zu sein bedeutet für sie, unfähig zu sein, das eigene Leben selbstständig zu gestalten, sie fühlen sich aber trotz des Diabetes dazu fähig und grenzen sich darin von anderen 'Kranken' ab. Obgleich dieser diskret divergierenden Ansichten und Wahrnehmungen von 'dem Diabetes' sind dennoch Ähnlichkeiten in den Darstellungen und Beobachtungen dieser Gruppe zu verzeichnen, die zwei essentielle Ebenen herausstreichen, welche für die Behandlung des Diabetes und das Leben mit ihm bedeutsam sind.

53 Siehe Kapitel 5 Der Stammtisch für Typ-1-DiabetikerInnen.

6. VIER DYNAMIKEN

In den vorangehenden Kapiteln habe ich versucht aus meinem Blickwinkel als Forscherin, das Konzept und die Idee des Stammtisches dem einer Selbsthilfegruppe gegenüberzustellen. Dabei sollten die entscheidenden Punkte, die sich aus den Erzählungen der InterviewpartnerInnen und meiner Beobachtungen ergaben, herausgearbeitet werden, um ein präzises Bild von dem Stammtisch und ihrer Mitglieder darzulegen. Diese Ergebnisse stellen den Ausgangspunkt der folgenden Analyse dar. Vom Standpunkt der 'DiabetikerInnen' ausgehend soll anhand der vier Dynamiken von Miller und Slater analysiert werden, wie die Mitglieder des DiabetikerInnen-Stammtisches das Internet wahrnehmen. Vorweg weise ich jedoch darauf hin, dass es nicht meine Absicht war, ein vereinheitlichendes Bild des Diabetes zu entwerfen, sondern einzig ein Versuch, Gemeinsamkeiten aus den Darstellungen herauszuarbeiten. Neben dem Konzept von Diabetes, das aus den Schilderungen dieser Gruppe entsteht, bestehen zahlreiche andere Sichtweisen und Wahrnehmungen von Diabetes, die ich in diesem Rahmen nicht berücksichtigt habe. Als Analysekonzept habe ich die vier Dynamiken ausgewählt, weil sie davon ausgehen, dass das Internet konstant mit sozialen Welten in Kontakt steht. Die sozialen Welten, die mit dem Internet in Kontakt stehen, werden durch das Internet fortgeführt und geformt. Infolgedessen fassen sie das Internet als ein prozesshaftes und dynamisches Phänomen auf und die vier Dynamiken als Indikatoren für die verschiedenen Kräfte und Spannungen, die in dem Verhältnis von Internet und Gesellschaft wirken und die Veränderungen in den Strukturen von Interaktion und Kommunikation sichtbar machen. Durch die Offenheit, die dieses Analysekonzept anbietet, erachte ich es als geeignet, um auch die Perspektive der Nicht-BenutzerInnen in der Auseinandersetzung mit dem Internet zu berücksichtigen.

6.1. Dynamiken der Objektifizierung (Dynamics of objectification)

Mit den Dynamiken der Objektifizierung machen Miller und Slater den Versuch zu verstehen, wie die Menschen das Internet als Gegenstand materieller Kultur 'erobern' und es für sie zu einem wichtigen Objekt wird. Dabei gehen sie davon aus, dass im Online-Raum bestimmte Identitätsmerkmale der BenutzerInnen angesprochen werden und andere als bedeutungslos und nebensächlich in den Hintergrund treten. Wird der Online Raum als

'DiabetikerIn' verwendet, werden andere Identitäten, die diesen Menschen ausmachen, unwesentlich. Diesbezüglich würde das Internet zu einem maßgebenden und bedeutungsvollen Objekt für den/die 'DiabetikerIn'. Diesen Prozess beschreiben Miller und Slater als Objektifizierung. Ein weiterer Gesichtspunkt der Dynamiken der Objektifizierung ist die Annahme, dass Menschen, die den Online-Raum formen, durch ihr Wirken zu einem Teil der materiellen Kultur werden. Die Dynamiken der Objektifizierung werden von Miller und Slater (2000) in zwei Formen zur Analyse verwendet. Die Form der *expansiven Realisation* und die Form des *expansiven Potentials*.

Expansive Realisation

„Es war die Zeit, als ich meiner Meinung nach einen sehr schlechten Arzt, speziell ungeeignet für Teenager, gehabt hatte. Da dachte ich auf Anregung einer Krankenschwester von meiner Diabetesambulanz, ich schau mal in so ein Forum, ob die anderen ähnliche Probleme mit Werten haben und eventuell dann brauchbare Lösungen bekomme, nachdem mir der Arzt meine Werte ja nicht geglaubt hatte. Dem war aber nicht so und nach zwei Besuchen war ich nie wieder dort. Die Leute gingen gar nicht auf meine Frage und postings ein, faselten komplett unbrauchbares Zeug bis hin zu 'man müsse seine innere Harmonie finden' dabei ging es mir um recht konkrete Sachen, Werte in Schwarz auf Weiß. Und z.B. da haben wir schon das Problem. Der Antwortende weiß vom Fragesteller weder die näheren Umstände, noch das Umfeld, noch seine Statur, noch seine Lebensgewohnheiten, noch eine Querschnitt der Werte oder eine Langzeitwertentwicklung, was aber bei chronischen Krankheiten meiner Meinung nach schon recht wichtig ist“
(Marie 2011: Email).

Marie demonstriert mit dieser Schilderung unmissverständlich, dass sie das Internet als Chance wahrgenommen hat, den Wirkungsbereich medizinischer Institutionen zu überwinden, und die Dimensionen in der Auseinandersetzung mit dem Diabetes auf den Austausch individueller und persönlicher Erfahrungsbereiche auszuweiten. *Es war die Zeit, als ich meiner Meinung nach einen sehr schlechten Arzt, speziell ungeeignet für Teenager, gehabt hatte. [...] ich schau mal in so ein Forum, ob die anderen ähnliche Probleme mit Werten haben und eventuell dann brauchbare Lösungen bekomme, nachdem mir der Arzt meine Werte ja nicht geglaubt hatte.* So hat sie versucht, mit dem Internet als Medium Konstruktionen und Deutungsmuster des Diabetes und seiner Behandlung zu entgehen, die bis daher die Basis für ihre persönliche Konfrontation und die ihres Umfeldes determinierend waren. Sie hat sich erwartet, über das Internet *andere Menschen*

anzutreffen, die *ähnliche Probleme mit Werten haben*, nachdem sie bei dem behandelnden Arzt nicht auf Verständnis gestoßen war. Miller und Slater (2000) beschreiben diesen Effekt des Internets als 'expansive Realisation'. Auf den Diabetes übertragen kann den Betroffenen folglich der Zugang zu Sichtweisen auf den Diabetes geschaffen werden, die über den Rahmen des lebensweltlichen Alltags hinausreichen. Zugleich tritt in dieser Begegnung die Identifikation über den Diabetes in den Vordergrund, andere essentielle Aspekte, die diese Person ausmachen, werden dadurch vernachlässigt. *Der Antwortende weiß vom Fragesteller weder die näheren Umstände, noch das Umfeld, noch seine Statur, noch seine Lebensgewohnheiten, noch einen Querschnitt der Werte oder eine Langzeitwertentwicklung, was aber bei chronischen Krankheiten meiner Meinung nach schon recht wichtig ist.* Miller und Slater beschreiben diesen Prozess als Objektifizierung, da sich Marie im Online-Raum vordergründig über den Diabetes definiert und andere Identifikationsmerkmale unbedeutender werden. *Die Leute gingen gar nicht auf meine Frage und postings ein, faselten komplett unbrauchbares Zeug bis hin zu 'man müsse seine innere Harmonie finden' – dabei ging es mir um recht konkrete Sachen, Werte in Schwarz auf Weiß.* Für Marie hat sich die Erwartung nicht erfüllt, in der Online-Begegnung einen individuelleren und spezifischeren Austausch über den Diabetes zu erfahren, der für sie hilfreich ist. Die Grenzen der Biomedizin wurden überschritten, jedoch die für sie substanzielle Komponente ihrer ganz persönlichen Bedingungen, bezogen auf Lebensumstände und 'Krankheit', wurden auch in dieser Form der Auseinandersetzung nicht berücksichtigt. Ferner wird mit diesem exemplarischen Beispiel bekräftigt, dass es aus der Wahrnehmung der Forschungsteilnehmerinnen nicht möglich ist, die Betrachtungsweise auf den Diabetes zu objektifizieren – der Diabetes ist subjektiv und bedeutet für jeden etwas anderes, wie es ebenfalls in den zahlreichen Gesprächen am Stammtisch deutlich geworden ist (vgl. Stammtisch 2011: FT1). Aus einem kulturmaterialistischen Blickpunkt verstehen Miller und Slater (vgl. 2000:10) diesen Prozess, der durch die Auseinandersetzung mit bestimmten Thematiken im Online-Raum entsteht, als Vergegenständlichung situationsbedingter Gesichtspunkte des jeweiligen Subjektes – in diesem Fall den Diabetes –, die durch die Verwendung des Internets fokussiert und im Online-Raum manifestiert werden. In Maries Angelegenheit kommt es

jedoch nicht dazu, dass sie das Internet zu einem wertvollen Gegenstand im Umgang mit ihrer Krankheit macht.

Speziell in dem Gespräch mit Franziska ist beispielhaft deutlich geworden, dass ihr Bedürfnis erheblich ist, sich als 'normalen Menschen' und nicht als 'kranken Menschen' zu verstehen und es trotz des Diabetes sein zu können. Wie am folgenden Beispiel sichtbar wird, ist es ihr nicht möglich, dies über den Online-Raum zu erfahren.

„Ich sehe es [den Diabetes] nicht als Krankheit, weil es ist einfach total komfortabel. Es gibt keine Verschlechterung, die du nicht verhindern kannst durch eine total simple Art und Weise, nämlich indem du kontrollierst und spritzt oder eben Insulin über die Pumpe abgibst [...] Naja, aber wenn ich es als Krankheit sehe, dann würde ich mich mit einer Krankheit beschäftigen und nicht mit meinem Leben und wenn ich mich mit meiner Krankheit beschäftige, begeben mich irgendwann mal in eine Opferrolle, weil dann bin ich Opfer von etwas, das ich nicht beeinflussen kann und wenn ich mich so damit beschäftige, werde ich wahrscheinlich Probleme kriegen, mein Leben zu meistern, weil es eigentlich eine Doppelbelastung ist und wenn ich es als Bestandteil meines Lebens sehe, dann ist es eine schöne Normalität und mit ein paar Terminen mehr verbunden im Jahr, aber sonst nix und das ist schon ein großer Unterschied“
(Franziska 2011: IA 4).

Durch das Zutun der Biomedizin ist es den Menschen mit Diabetes oftmals möglich, ihn selbst erfolgreich zu behandeln und dadurch krankheitsbedingte Einschränkungen weitgehend zu vermeiden. Wie es Franziska benennt geht es darum, regelmäßig und konsequent zu *kontrollieren* und zu *spritzen*, um dem Körper das fehlende Insulin zu geben. Diese Behandlung ist für sie mit *ein paar Terminen mehr verbunden*, und ermöglicht es ihr zugleich, den Diabetes *nicht als Krankheit* zu sehen. Mit der Fähigkeit, den Diabetes als Bestandteil ihres Lebens zu betrachten, wird er für sie zu einer *schönen Normalität*. Demgemäß ist es eine zentrale Herausforderung für Franziska mit dem 'unsichtbar sichtbaren Diabetes'⁵⁴ ein 'normales Leben' leben zu können. Würde sie den Online-Raum als DiabetikerIn nutzen, würde sie äußere Zuschreibungen (vgl. Estroff 1994) annehmen, die ihrem Bild von dem Diabetes nicht entsprechen. Lisa positioniert sich sehr ähnlich zu dieser Thematik, wie eingangs in ihrem Portrait beschrieben: *„Im Grunde fehlt nur ein Hormon – blöderweise ist es ein lebenswichtiges [...] und ich persönlich definiere es nicht für mich als Krankheit“* (Lisa 2011: IA 9). Ein essentieller Grund, es nicht als Krankheit zu

54 Ebd.

definieren, ist für sie die Tatsache, dass es ihr trotz des Diabetes möglich ist zu tun, was 'gesunde' Menschen auch tun, sie fügt noch hinzu: „*ich war gezwungen in die Schule zu gehen, ob ich wollte oder nicht, und wir müssen genauso arbeiten gehen, wie jeder andere*“ (ebd.). Diese Beispiele weisen nicht nur auf das Bedürfnis von den Menschen mit Diabetes hin, ein 'normales' Leben zu leben, indem sie 'normal' und wie jeder andere Mensch sein können, sondern veranschaulichen gleichermaßen, wie eng der Diabetes mit dem individuellen und persönlichen Leben des/der betroffenen Person verbunden ist. Demgemäß bezieht sich die für DiabetikerInnen notwendige Spezialisierung auf sie selbst und ihr unmittelbares Lebensumfeld. Wie sich an der folgenden Schilderung von Franziska zeigt, gibt es für sie praktische und körperliche Erfahrungen, die im Online-Raum nicht möglich sind, für sie jedoch bedeutsam, um sich selbst zu demonstrieren, dass sie sich wegen des Diabetes nicht einschränken muss:

„Ich habe so Trotzreaktionen, also z.B. ich habe in der Schulung damals gehört, dass sie grundsätzlich keine Diabetiker tätowieren. Das ist auch so etwas Veraltetes, dass die Wunden schlecht verheilen. Die Wunden verheilen ja schlecht, wenn du einen hohen Zucker hast und wenn du da einen hohen Zucker hast, dann hast du eine hohe Wahrscheinlichkeit, eine Infektion zu bekommen. Durch das Tätowieren entstehen Wunden und dann hast du die Gefahr einer Infektion. Aber ich müsste permanent eigentlich mit hohem Zucker rumrennen, damit das passiert. Es wurde von den Tätowieren relativ pauschal in ihre AGB reingeschrieben und als ich das gehört habe, habe ich gesagt: 'Jetzt gehe ich mich tätowieren!', weil ich will das jetzt wissen und habe mir dann aus reinem Trotz, habe ich mir vom Krankenhaus eine Bestätigung geholt, dass ich also super eingestellt bin und das alles bei mir in Ordnung ist und dass ich wie ein normaler Mensch bin und dass ich verdammt nochmal ein Tattoo verdiene. Bin dann dort reingeschneit bei meinem Tätowierer und der hat nicht einmal mit den Achseln gezuckt, dem war das sowieso wurscht, der hat mich dann tätowiert“ (Franziska 2011: IA 7).

Besonders die Feststellung oder vielleicht sogar der Beweis, dass es auch mit einem Körper möglich ist, der unter Diabetes 'leidet', sich tätowieren zu lassen und sich gegen institutionelle und gesellschaftliche Regularien zu stellen, durch die sie als 'krank' definiert wird (vgl. Estroff 1994), führt in dem Fall von Franziska dazu, dass sie das Gefühl hat, den Diabetes in ihr Leben integriert zu haben und nicht ihr Leben dem Diabetes unterordnen zu müssen. Diese Erfahrung vermittelt gleichzeitig das Gefühl, ein ganz 'normaler', leistungsfähiger und funktionierender Teil der Gesellschaft zu sein und nicht auf Sonderkonditionen zurückgreifen zu müssen. Dazu hat sie sich vom Krankenhaus eine

Bestätigung geholt, dass alles bei ihr *in Ordnung ist*, also ihre Blutwerte stimmen. Diese Bestätigung belegt für sie und das Umfeld, dass sie ein *ganz normaler Mensch* ist und sie sich daher, genauso wie jeder andere, tätowieren lassen kann. Trotz seiner 'expansiven Realisierungsmöglichkeiten' (vgl. Miller & Slater 2000:10) ist das Internet an dieser Stelle zu reduziert und zu wenig in ihr persönliches Lebensumfeld integriert, als dass sie dort ein derartiges Erlebnis haben könnte. Das Internet ist nicht Teil der unmittelbaren, in diesem Zusammenhang bedeutsamen alltäglichen Lebens- und Erfahrungswelt. Praktische und körperliche Erfahrungen kann Franziska dort nicht machen. Ein Gefühl von alltäglicher 'Normalität' kann im Online-Raum für sie nicht vermittelt werden. Die Form der 'expansiven Realisation' die für Miller und Slater (2000) eine Dynamik des Online-Raumes darstellt, fällt für die Diabetikerinnen aus ihrem bedeutsamen alltäglichen Wirkungsbereich (vgl. Bräuchler 2005) hinaus. Folglich wird der Online-Raum zu einem 'anderen Ort'. Dieser Ausschluss und die Entfernung vom Alltagsleben könnte bedeuten, dass der Online-Raum aus dieser Perspektive zu einer Art Zuflucht, einem 'dritten Ort' wird. Obgleich die Erfahrungen, die an diesem Ort gemacht werden, in den lebensweltlichen und persönlichen Kontext des/der BenutzerIn eingebettet sein können, ist die Online-Erfahrung dennoch für die Diabetikerinnen von anderer Qualität als die Offline-Erfahrung. Durch seine Konstitution kann der Online-Raum ihnen kein Gefühl von 'Normalität' vermitteln, da das Erlebnis eines 'funktionierenden' und 'beschwerdefreien' Körpers Online nicht realisierbar ist.

Als Form der Dynamiken der Objektifizierung steht bei Miller und Slater (vgl. 2011:10) die 'expansive Realisation' besonders für das 'Erweiterungs'- Moment, das sich durch das Internet ergibt. In diesem Zusammenhang wird das Internet als Hilfsmittel betrachtet, um Aspekte anzusprechen oder auszutauschen, die über den gewöhnlichen alltäglichen Wirkungsbereich des Individuums hinausgehen und durch das Internet erreichbar werden: wie im Fall von Marie der Wunsch, sich mit anderen DiabetikerInnen über persönliche Erfahrungen mit dem Diabetes außerhalb medizinischer Institutionen auszutauschen. Sichtbar wurde jedoch, dass trotz des grenzüberschreitenden Effektes des Internets die abstrahierende Reduktion auf den Diabetes, dazu führte, dass sie sich von dem Online-Raum abgewendet hat: zumal es für die DiabetikerInnen vordergründig ist, dass ihre ganz

individuelle Situation in dem Behandlungsprozess Berücksichtigung findet (vgl. Stammtisch 2011: FT2). Auch in dem zweiten analysierten Beispiel mit Franziska kristallisiert sich heraus, dass Erlebnisse, die im Offline-Raum möglich sind, Online auf diese Weise nicht erfahrbar sind. Somit kann der Online-Raum es einem/einer DiabetikerIn nicht einrichten, die körperliche Erfahrung zu machen, dass der Körper entgegen seiner Erkrankung 'normal' funktioniert. Die Schilderungen von Franziska zu ihrem Besuch bei dem Tätowierer haben das offenkundig erwiesen. Demgemäß bleibt der Online-Raum zwar immer an den gesellschaftlichen Kontext gebunden, in den er eingebettet ist, macht aber im Erleben und Erfahren, mit den Worten von Birgit Bräuchler (2005), einen '*qualitativen Unterschied*'. Folglich wenden sich die an der vorliegenden Untersuchung teilnehmenden Menschen mit Diabetes von dem Internet ab und wenden sich dem physisch Erlebbar zu.

Expansives Potential

Die Grenzen zwischen der 'expansiven Realisierung' und dem 'expansiven Potential' sind fließend. Dennoch lassen sie sich in bestimmten Fällen voneinander abgrenzen. Die Form der Realisierung meint, dass das Potential schon vorhanden ist und mit Hilfe des Internets umgesetzt bzw. realisiert wird. Demgemäß ist das Internet ein Hilfsmittel, um Grenzen zu überwinden. Mit dem 'expansiven Potential' ist der Blick vielmehr in die Zukunft gerichtet. Es geht um das, was mit Hilfe des Internets erreichbar sein kann. Das 'expansive Potential' weist somit darauf hin, was in Zukunft möglich sein könnte. Der im Folgenden dargestellte Fall von Marie macht diese Form der Dynamiken der Objektifizierung sichtbar.

„Bei etwas hat mir das Internet schon geholfen und zwar in Puncto Sport. Da hat mir mein Krankenhaus eben nicht mehr viel weiterhelfen können, das hört bei einem bestimmten Level einfach auf, wenn ich jetzt z.B. mit Sachen, mit Problemen, was wirklich schon Luxusprobleme sind, hingekommen bin. Also wie kann ich noch längere Touren machen, noch höher und noch weiter hinauf und so. Dann war das dort so, dass das nicht einmal in Büchern vorhanden war, alle Kopien, die sie mir gegeben haben, waren für mich nicht mehr brauchbar, weil ich das Ganze schon durchgemacht habe und ich weiß, wie das bei mir funktioniert. Zwei Minuten auf den Berg, danke, das weiss ich wie das funktioniert! Ich habe Interesse für acht Stunden auf den Berg oder so. Das ist halt so ein bisschen mein Luxusding gewesen. Dann habe ich im Internet nachgeschaut, was gibt es da in den Spitzenleistungen eigentlich für Leute? Was gibt es da eigentlich noch, wer sich da geoutet hat und wer dazu steht und extra außergewöhnliche Sachen macht? Da hat mir das Internet schon geholfen, dass ich im Internet zu Leuten gekommen bin, zu denen man auch Kontakt knüpfen kann mit Email Adresse und die eben hilfsbereit sind. Die haben gesagt, klar ruf mich

an oder schreib mir ein Email, ich gebe dir Informationen, wie ich das mache. Das heißt aber, die beschreiben ihre Therapie, also ich kann nur meine danach adaptieren und schauen, ob es für mich dann auch so läuft. Es sind eben Leute in den Spitzenebenen, die für sich etwas Passendes gefunden haben, wie sie das richtig machen können. Das funktioniert für sie einmal. [...] Ich bin vielleicht auf einige neue Ideen drauf gekommen, wo ich sagen muss, das weiß ich nicht, ob es bei mir funktioniert, das muss ich erst wieder ausprobieren“
(Marie 2011: IA 38).

Diese Erfahrung hat für Marie Bedeutung in zweierlei Hinsicht. Zum einen kann sie durch diesen Austausch erfahren, dass es trotz dem Diabetes noch möglich ist, Extremsport zu machen und somit ihre persönlichen Träume erreichbar und nicht durch den Diabetes erloschen sein müssen. Auf der anderen Seite erhält sie auf diesem Wege konkrete Vorschläge, wie sie versuchen kann, ihren Diabetes zu behandeln.

„Zwei Sportler verfolge ich mehr, was für Touren die unternehmen, was die machen [...], ich sehe nur so, wo sie waren und es ist natürlich auch toll, dass ich denke, dass sie das [den Diabetes] eben zusätzlich auch haben und trotzdem durchziehen, und dann denke ich mir, dass könnte ich auch eines Tages mal machen. Aber trotzdem schaue ich mir andere Magazine auch an und denke mir toll, das könnte ich auch machen, das ist quasi so ein Teaser ein bisschen. Wie gesagt, ich habe nie einen Verbesserungsvorschlag zu meinen Vorgehensweisen bekommen, ich habe, nur was sie unternehmen“
(Marie 2011: IA 39).

Durch die Information, die sie im Internet erhält, wird ihr als Diabetikerin ein Blick in ihre mögliche sportliche Zukunft gewährt, der ihr ohne die Reichweite des Internets fehlen würde. Nachdem sie im Krankenhaus und ihrer Umgebung keine Informationen zu ihren Fragen bekommen konnte, hat sie auf das Internet zurückgegriffen. *Dann habe ich im Internet nachgeschaut, was gibt es da in den Spitzenleistungen eigentlich für Leute? Was gibt es da eigentlich noch, wer sich da geoutet hat und wer dazu steht und extra außergewöhnliche Sachen macht?* Somit versucht sie den Status 'der Kranken' und die damit verbundenen Grenzen zu überwinden, um sportliche Herausforderungen anzunehmen. *Ich sehe nur so, wo sie waren und es ist natürlich auch toll, dass ich denke, dass sie das [den Diabetes] eben zusätzlich auch haben und trotzdem durchziehen, und dann denke ich mir, dass könnte ich auch eines Tages mal machen.* Dieser Einblick unterstützt Marie darin, an sich zu arbeiten und trotz des Diabetes ihre sportlichen Ziele erreichen zu wollen. In diesem Prozess wird das Internet für sie ein materieller Gegenstand,

der brauchbare Informationen offeriert, die von anderen Menschen angefertigt und für sie erreichbar sind (vgl. Hörning 1989, Miller & Slater 2000). Mit diesen Informationen gelingt es ihr, ihren Status als Diabetikerin zu überwinden und neues Potenzial an sich selber zu entdecken und daran zu glauben, auch mit dem Diabetes Extremsport machen zu können. Wie sie selbst betont, geht es in diesem Fall um einen spezifischen Aspekt, den sie als 'Luxusproblem' bezeichnet. Durch das Wissen, das sie über das Internet erhält fasst, sie den Mut, sich selbst, ihren Körper und den Diabetes sportlich herauszufordern. Somit verändert sich ihr Blick auf ihre zukünftigen Möglichkeiten.

*„Ich habe mir gedacht, so jetzt mache ich erst recht die Sachen und probiere sie aus. Wo andere sagen, nein mag ich nicht, nein traue ich mich nicht. Ich habe versucht, es [den Sport] so zu machen, wie wenn das ohne das [den Diabetes] gewesen wäre. Natürlich mit Einbußen und Einschränkungen, das ist klar, aber z.B. mit dem Schwimmen, das war ein langsames Herantasten“
(Marie 2011: IA 17).*

Der Umgang mit dem Diabetes bekommt in diesem Zusammenhang etwas Verspieltes. Die Herausforderung wird zu einem sportlichen Experiment, um zu schauen, wie weit kann ich meine körperlichen Grenzen mit dem Status als Diabetikerin verschieben, und was passiert? Auf dieser Ebene bietet das Internet eine fokussierte und spezifische Auseinandersetzung mit den Modalitäten des Extremsports für DiabetikerInnen. Dieses Potential ergibt sich für Marie auf Grund der grenzüberschreitenden Optionen, die das Internet jedem/jeder Interessierten anbietet. Sie kann sich mit ExpertenInnen austauschen, die sich in der Regel außerhalb ihres alltäglichen Umfeldes aufhalten und für sie nicht erreichbar sind. Folglich birgt das Internet tatsächlich das Potential, sich selbst und seine Träume zu realisieren und in die Zukunft zu blicken, um zu sehen, was sich auf sportlicher Ebene verwirklichen lässt. Das Internet wird in diesem Fall zu einem wichtigen Bestandteil für die Lebenswelt und den Lebensalltag von Marie, ganz im Sinne des Verständnisses, das Miller & Slater (2000) von dem expansiven Potential des Internets haben. Das Internet wird zu einem Gebrauchsgegenstand, der Einblicke und Austausch in sportliche Möglichkeiten für Marie ermöglicht und ihr eigenes Potenzial offenbart, das für sie ohne diesen Zugang möglicherweise nicht ersichtlich gewesen wäre.

6.2. Dynamiken der Mediation (Dynamics of Mediation)

Mit dieser Dynamik soll im Speziellen erfasst und erkenntlich gemacht werden, wie das Internet als Medium wahrgenommen, verstanden und angewendet wird. Wie gehen die Menschen mit Potential und Gefahren, die sie im Internet sehen, um? Im Fall von Trinidad hat sich für Miller und Slater (vgl. 2000:14) herausgestellt, dass die 'Trinidadian' vermittelt durch das Medium Internet für sich mehr persönliche und ökonomische Freiheiten sehen, sowie erweiterte Optionen globaler Mobilität. Diese Wahrnehmung bezieht sich auf das Internet als symbolische Totalität, die neue Freiheiten und Hoffnung für die BenutzerInnen transportiert. Nebstdem bestehen jedoch nach der Erkenntnis von Miller und Slater (ebd.) in der praktischen Umsetzung viele verschiedene Internets, die sich aus den unterschiedlichsten Anwendungen der Technologie bestimmt von der Wahrnehmung der einzelnen BenutzerInnen ergeben - 'practical multiplicity'. „*Hence it is important to understand the internet as a symbolic totality as well as practical multiplicity*“ (Miller & Slater 2000:16). In dieser Arbeit stellt sich somit die Frage, wie die Frauen des Stammtisches das Internet auffassen und wie sie es einsetzen und 'ihr eigenes Internet' kreieren?

Innerhalb der Gruppe, die für diese Forschung wegweisend war, gab es kein bestimmtes Netzwerk oder Feature, das vordergründig angewandt wurde und als Medium eine besondere Bedeutung in Bezug auf den Diabetes hatte. Das mag jedoch auch an dem Forschungszugang gelegen haben, der ausschließlich über den Offline-Raum stattgefunden hat (vgl. Stammtisch 2011: IA FT1). Dieser Zugang wurde von mir bewusst gewählt, um mich nicht ausschließlich an Menschen zu orientieren, die das Internet aus einem bestimmten Zweck nutzen, sondern um die Vielfalt der Perspektiven auf das Internet zu erfassen. Somit haben sich innerhalb dieser Gruppe differente Ansichten über das Internet herauskristallisiert, die innerhalb einer Gesellschaft möglich sind. Auf zwei sehr unterschiedliche Wahrnehmungen möchte ich an dieser Stelle genauer eingehen, die auf Potential, aber auch Gefahren hinweisen, die in dem Internet bezüglich des Diabetes gesehen werden. Vorab muss jedoch darauf aufmerksam gemacht werden, dass die Vertrautheit des/der Einzelnen mit der Technologie häufig maßgeblich und entscheidend dafür war, welche Phänomene von den jeweiligen Personen in dem Internet gesehen

werden, und wie es als Medium eingesetzt oder abgelehnt wurde. Wie eingangs in dem Portrait von Franziska deutlich wird, hat sie sich schon früh mit dem Internet vertraut gemacht und die Entwicklung und Veränderung des Internets bewusst miterlebt: *„Ich habe im Internet gesessen tief nachts, wenn andere saufen waren. Ich war auch saufen, aber ich habe auch im Internet gesessen, geschattet und habe unter anderem meinen Freund beim Chatten kennengelernt. Und ja, zu unserer Zeit war Internet noch etwas ganz anderes. Es war persönlicher, es war heimeliger. Es war nicht so ein Gefahrenort wie heute“* (Franziska 2011: IA 15 – 16). Zu Beginn, als Franziska mit den neuen Technologien des Internets in Berührung kam, war es für sie ein *persönlicher* und *heimeliger* Ort, der sich mit der Verbreitung und Etablierung der Technologien zu einem *Gefahrenort* entwickelte. Für Franziska war entscheidend, dass sie die Leute, mit denen sie sich im Online-Raum getroffen hat, kannte: *„wenn du da geschattet hast, dann hast du gewusst wie der andere ausschaut, wo er wohnt, du hast seine persönliche Wohnadresse gekannt, seine Telefonnummer gehabt und du hast ihn auch noch regelmäßig gesehen“* (ebd.). Mittlerweile trifft sie sich immer noch regelmäßig mit anderen Leuten in einem Forum, das jedoch geschlossen ist und nur mit Zustimmung der Forumsbetreiber neue Leute in die Gruppe aufnimmt (Franziska 2011: FN). Um also eine *persönliche* und *heimelige* Atmosphäre zu errichten, ist es für Franziska bedeutsam, sich in einem abgegrenzten und selbstbestimmten Online-Raum aufzuhalten. Diese Form der geschlossenen Foren stellen demgemäß für sie eine Variante des Internets dar, die entscheidend ist, um *persönliche* Kontakte pflegen und es als einen *heimeligen* Ort zu verstehen. Auf der Ebene der symbolischen Totalität stellt das Internet für Franziska einen *Gefahrenort* dar – er ist anonym, fremd und unbekannt: *„Heute kennst du keinen Menschen mehr im Internet, geschweige denn, dass der seinen richtigen Namen angibt“* (ebd.) Das Einsetzen der richtigen Anwendungen verschafft ihr jedoch einen sicheren Ort und grenzt dadurch das Unbekannte und Fremde aus. Beide Formen des Internets Potenzial und Gefahren, die Franziska beschreibt, sind jeweils bedeutsam in ihrer Auseinandersetzung mit dem Diabetes. In dem geschlossenen Forum haben sich für sie Freundschaften entwickelt: *„Das ist Freundschaft, ich weiß es genau [...] Ich kenne ihre ganze Lebensgeschichte und sie kennen meine“* (Franziska 2011: IA 29). Beispielsweise begleiten sie diese Freunde, bei der Entscheidung, die Pumpe einzusetzen und mit dem Spritzen von Insulin aufzuhören. Es ist

kein Raum, in dem sie sich mit ExpertenInnen oder anderen Betroffenen austauschen kann, aber es sind Menschen, die für sie da sind und sie in derartigen Prozessen unterstützen (vgl. Franziska 2011: FN). Durch ihre Vertrautheit mit dem Internet und ihrem Wissen über das Internet kann Franziska die technischen Möglichkeit ihren Interessen entsprechend einrichten und sich einen geschützten Raum schaffen, indem sie Freundschaften entwickeln und pflegen kann, der nicht von Unbekannten gestört oder bedroht wird – das geschlossene Forum. In diesem Raum begegnet sie Menschen, die sich nicht in ihrem alltäglichen Wirkungsfeld befinden (vgl. Franziska 2011: FN). Dennoch entwickeln sie eine persönliche und intime Nähe und teilen regelmäßig Alltagserlebnisse miteinander. Vor diesem Hintergrund schafft das Internet für sie einen Raum für Begegnung und Austausch mit Menschen, die sich nicht in ihrem physisch erlebbaren Lebensumfeld befinden. Dementsprechend benutzt sie die Technologie, um sich ein ähnliches Umfeld wie an dem Stammtisch zu schaffen, indem sie mit ausgewählten Menschen freundschaftliche Beziehungen aufbaut, mit dem Unterschied, dass es Menschen sind, die sich an den unterschiedlichsten Orten der Welt aufhalten.

Den offenen uneingegrenzten Teil des Internets, den Franziska auch als *Gefahrenort* definiert, benutzt sie, um sich über den Diabetes zu informieren. Dabei geht es für sie darum, *einfach mal verschiedene Ansichtsweisen* bezüglich des Diabetes zu sammeln, die sich nicht auf ExpertInnen oder den Austausch mit anderen Betroffenen begrenzen. Dabei bezieht sie sich nicht auf spezielle Features oder Anwendungsmöglichkeiten des Internets, sondern nutzt sowohl Foren, Chatrooms als auch Suchfunktionen, um eine möglichst ausgedehnte Palette an Informationen zu erhalten (vgl. Franziska 2011: FN). Neben der *Gefahr* bietet das Internet die Möglichkeit an, einen Einblick in die vielfältigen Gesichts- und Standpunkten zum Diabetes zu erhalten.

„Also wenn man viel im Internet ist, dann sucht man sich einfach mal verschiedene Ansichtsweisen. Ich bin auch eine [...] ich muss mir alles suchen, auch das was mir nicht gefällt. Ich muss mich persönlich damit konfrontieren, um zu sehen, wie ich damit umgehen kann. Ich muss sowohl einen sehen, der sagt, die Diabetiker sind alle nur verfressene irgendwelche Leute, die sich nicht behandeln lassen wollen, die eigentlich heilbar sind, sich aber als krank aufführen. Und ich muss Leute sehen, die sagen, ihr seid alle unheilbar und ihr werdet alle mit 20 [Jahren] sterben. Und ich muss auch sehen, das ist alles so wunderbar und wir werden alle noch viel länger

leben als alle anderen, weil wir so viel auf unsere Ernährung achten und medizinisch toll versorgt sind. Und ich muss das alles alles alles lesen“
(Franziska 2011: IA 36).

Auch in diesem Fall ist Franziskas Wissen über die neuen Technologien und ihre Anwendungsmöglichkeiten konstitutiv dafür, wie sie das Medium einsetzt. Zugleich ist ihr signifikantes Bedürfnis, alle möglichen Auffassungen über den Diabetes in Erfahrung zu bringen gewichtig und zielführend in ihrer Art und Weise, das Internet wahrzunehmen und einzusetzen: „und ich muss das alles alles lesen!“ (Franziska 36) Der Hinweis *alles lesen* zu müssen unterstreicht die Passivität, mit der Franziska im Online-Raum auftritt und in diesen offenen Strukturen vielmehr Konsumentin als Produzentin von Informationen bleibt. Sie kann auf einen Tool an Positionen zu und Wissen über Diabetes zurückgreifen, der in ihrem alltäglichen Lebensumfeld nicht erreichbar ist. Somit setzt sie des Weiteren das Medium Internet ein, um sich einen Zugang zu erweitertem Wissen einzurichten.

Die Inhomogenität, mit der das Internet wahrgenommen werden kann, zeigt sich exemplarisch in den kontrastreichen Schilderungen zum Internet, die Sophie dargelegt hat. Ein wesentlicher Aspekt, in Sophies Beziehung zu dem Internet, ist dass sie mit der Technologie nicht sehr vertraut ist.

„Ich meine, ich bin nicht so geübt mit dem Internet, bei mir ist das oft auch eine Informationsflut, wenn ich etwas sehe. Aber ich sage, das ist, weil ich das Internet zu wenig nutze und weil ich die Suchkriterien nicht optimal nutze, also da gebe ich schon ein bissl weit mir die Schuld. Ich kann halt nicht auf Grund der Häufigkeit oder weil ich es nicht so oft nutze“
(Sophie 2011: IA 10).

Es fällt ihr schwer, die Möglichkeiten, die ihr durch das Internet angeboten werden, gezielt einzusetzen. *Ich bin nicht so geübt mit dem Internet [...] Aber ich sage, das ist weil ich das Internet zu wenig nutze und weil ich die Suchkriterien nicht optimal nutze.* Unter anderem kennt sie sich nicht mit den Optionen aus, gezielt im Online-Raum an verfügbares Wissen zu gelangen. Anwendungs- und Nutzungsmöglichkeiten sind ihr fremd. Dementsprechend ist es für sie schwierig das Internet als einen nützlichen Gebrauchsgegenstand zu verstehen. *„Also, den Bildschirm kann ich mir schon vorstellen, aber der Zwischenraum ist halt nur*

Kabel, da ist nix und das ist ja auch so. Also da bin ich gänzlich phantasielos“ (Sophie 2011: IA 32). Diese Unbestimmtheit macht das Internet und den Online-Raum für sie zu einem abstrakten Gegenstand, der selbst in seiner materiellen Form für sie nicht erklärbar ist, sondern einzig eine fiktive Vorstellung bleibt. In ihren Erzählungen kommt eine Art Befremdung zwischen ihr und der Technologie zum Tragen und verursacht eine gewisse Distanz, die in Abstraktion und vereinzelt in Ablehnung endet.

In dem Fall von Sophie findet Befremdung auf zwei verschiedenen Ebenen statt. Zum einen ist die Technologie an sich für sie befremdlich und schwer definierbar. Auf der anderen Seite hat sie das Gefühl, dass die Anwendung des Internets sie von sich selbst entfernt. Wissen und Information sind nicht selektiert und situationsspezifisch.

„Man nimmt einfach zu viel auf, was einen gar nicht betrifft, weil das kleinste Symptom könnte schon ein Anzeichen sein für eine weitere Krankheit [...] für mich ist das die Grenze, dass ich sage ich mag nicht [in das Internet] reinschauen, weil ich Angst habe, was tät ich lesen, da sind ja nicht nur die positiven Sachen, die auf mich zukommen. Ich blende gerne das Negative aus“
(Sophie 2011: IA 33).

Sophie hat keine differenzierte Wahrnehmung von dem Internet. Sie kennt die einzelnen Anwendungen, die das Internet anbietet, nicht. Somit bleibt das Internet für sie eine 'fremde' und unerschlossene abstrahierte 'Landkarte' (vgl. Wyatt et al 2002) – ein monolithisches Medium. Wie schon eingangs im Portrait von Sophie beschrieben, vermittelt ihr das Internet eine *Gewalt von Wissen*, durch das die BenutzerInnen mit Informationen konfrontiert werden, an denen sie nicht interessiert sind. *Das ist Wissen, das man nicht braucht, manche Sachen muss man wirklich nicht wissen.*⁵⁵ Im Gegensatz zu Franziska betrachtet Sophie das Internet ausschließlich als *Gefahrenort* und gleichzeitige Wissensüberflutung, weil sie über das Internet mit Perspektiven auf den Diabetes konfrontiert werden kann, die ihren Umgang mit dem Diabetes erschweren könnten. Somit betrachtet sie das Wissen, das ihr über das Internet zugänglich wird, vielmehr als Bedrohung denn als Bereicherung, die es für Franziska ist. Für Sophie ist Lisa mit ihrem Wissen und ihrem beinahe 30 jährigen Leben mit Diabetes, das Medium und die Aussicht

55 Siehe Portrait Sophie.

auf ein gutes und beschwerdefreies Leben mit diesem. Durch Lisa erhält sie ein ihr entsprechendes Maß an Wissen über den Umgang mit dem Diabetes, und einen Einblick, wie sich die Krankheit weiter entwickeln kann.

Mit diesen Beispielen wird deutlich, wie verschieden die Wahrnehmung von dem Internet sein kann und wie vielfältig es als Medium verstanden und angewandt oder abgelehnt wird. Neben Sophies beängstigter und ablehnender Haltung gegenüber dem Internet setzt Franziska, basierend auf ihrer Erfahrung, die Technologien ihren Bedürfnissen und Interessen entsprechend und effektiv ein. Somit kann das Internet sogar für eine Person in den verschiedensten Varianten ein- und umgesetzt werden.

6.3. Dynamiken der normativen Freiheiten (Dynamicity of normativ freedom)

Viele Studien im sozialmedizinischen Kontext betrachten die Freiheiten, die sich durch die Strukturen der neuen Medien ergeben, als Neuerung und wertvoll in der persönlichen Auseinandersetzung mit 'Krankheiten'. Beispielsweise bleiben PatientInnen durch den Einsatz der neuen Kommunikationstechnologie nicht mehr ausschließlich KonsumentInnen, sondern werden neben biomedizinischen Institutionen und alternativen Medizinkonzepten selbst zu ProduzentInnen von gesundheitsorientierter Information und Erfahrung (vgl. Nettlton et al. 2002, Loader et al. 2002, Orgad 2005, Felt et al. 2008). Dementsprechend bietet das Internet durch seine Strukturen im medizinischen Diskurs neue Freiheiten für die BenutzerInnen an. Miller und Slater (2000) verstehen das Internet als 'offene' Projektionsfläche. Durch diese Projektionsfläche wird es möglich, medizinisch institutionelle Strukturen zu überwinden und sich inhaltlich an individuellen Interessen und Bedürfnissen zu orientieren (vgl. Hardey 2001). Somit können Grenzen durchbrochen werden und beispielsweise die Entwicklung von Gruppen und Gemeinschaften auf der Basis ihrer Interessen und Bedürfnissen unterstützt werden. Beide Aspekte können als positiv, produktiv und zielführend wahrgenommen werden und wirkungsvoll für den Umgang mit Krankheiten sein, aber auf der anderen Seite auch zu Desorientierung und Verwirrung führen. Im Fall von Michael Hardey (2000) und Orgad Shani (2005) sind es Homepages, die an Brustkrebs erkrankte Frauen entwickelt haben, um von ihrer

Krankheitsgeschichte zu erzählen. Durch diesen Prozess werden sie von KonsumentenInnen zu ProduzentenInnen von Gesundheitsinformationen und können somit eine neue Wahrnehmung des Krankheitsbildes von Brustkrebs mitgestalten. Sie haben das Bedürfnis, ihrer Krankheitsgeschichte einen Platz in der Öffentlichkeit zu geben und sich aus ihrer ausgegrenzten Position zu befreien und den öffentlichen Umgang mit Brustkrebs zu verändern. Sie nutzen die Freiheiten des Internets, um gesellschaftliche Vorstellungen zu durchbrechen und sich einen Zugang zur Öffentlichkeit zu verschaffen. In gleicher Weise inszenieren sie indes Strukturen und Wertvorstellungen im Online-Raum, die aus ihren alltäglichen Erfahrungen und Erlebnissen entstanden sind.

Welche Gesichtspunkte des Internets werden nun konkret durch die Dynamiken der normativen Freiheiten aufgegriffen? Zum einen nehmen sie Bezug auf das Phänomen der Freiheit, das sich durch die inhaltliche Abwesenheit von Normen und Strukturen in Verbindung mit dem Internet konzipiert und zum anderen weisen sie mit dem Begriff der 'Normativität' darauf hin, dass die durch das Internet produzierten Freiheiten nicht absolut sein können (vgl. Miller & Slater 2000). In der sozialen Praxis, also der Anwendung der neuen Kommunikationstechnologien, werden wieder neue Strukturen und Normen entwickelt oder aus dem Offline-Raum von den BenutzerInnen übertragen. Miller und Slater meinen damit nicht Freiheiten, die im Online-Raum entstehen und zugleich eingegrenzt werden, sondern deuten an, dass divergierende Normen und Vorstellungen der BenutzerInnen Spannungsfelder⁵⁶ im Online-Raum erzeugen (vgl. Miller & Slater 2000: 16). Entsprechend ist auch die Online-Freiheit immer normative und konstruiert, weil sie permanent in Verbindung mit den sozialen Welten der BenutzerInnen steht.

Anhand eines Beispiels aus der vorliegenden Untersuchung, das ich bereits in der Dynamik der Mediation präsentiert habe, zeigt sich, wie Strukturen und Normen übertragen und Offenheit und Unstrukturiertheit des Online-Raumes als uninteressant und störend wahrgenommen werden. Franziska beschreibt anschaulich, wie sie den Online-Raum für sich zu einem 'persönlichen' und 'privaten' Bereich machte. In ihrem geschlossenen Forum trifft sie sich ihren Bedürfnissen entsprechend ausschließlich mit ausgewählten Menschen.

56 Siehe Kapitel 2.2.1 Die Frage nach den Realitäten – drei theoretische Zugänge.

Auf diese Art und Weise werden die offenen und unstrukturierten Elemente des Online-Raumes von ihr bewusst blockiert und die Auseinandersetzung mit Menschen die für sie irrelevante Ansichten haben, unterbunden. Somit hat sie sich einen Raum geschaffen, indem sie sich mit anderen Menschen austauschen und die dafür notwendige Nähe zu ihnen entwickeln kann (vgl. Franziska 2011: FN). Um sich diese Form des Austausches zu ermöglichen, hat sie das öffentliche Forum verlassen und mit ausgewählten Leuten ein geschlossenes Forum eingerichtet (vgl. ebd.). Auf diese Weise entwickelt sie innerhalb der offenen 'unpersönlichen' Strukturen einen für sie notwendigen 'persönlichen' Rahmen, ähnlich wie der Stammtisch der außerhalb der offiziellen medizinisch institutionellen Strukturen einen vertrauensvollen, privaten und persönlichen Rahmen anbietet.⁵⁷ Durch diese behüteten und kontrollierten Strukturen des Forums wagen es auch seine Mitglieder, sich sehr persönliche Gefühle und Erlebnisse anzuvertrauen. Diese Vertrautheit führt wieder eine neue Ebene in den Kontakt ein und lässt bedeutsame Freundschaften entstehen (vgl. Stammtisch 2011: FT3). Mit diesem Beispiel wird abermalig unterstrichen, dass sich Strukturen aus dem Offline-Kontext auch im Online-Raum wiederfinden – ein weiterer Beweis dafür, dass sie alltägliche Lebenswelt und die Virtualität Teil ein und derselben Realität sind und somit nicht als zwei voneinander abgeschlossene Gesellschaftsformen darstellen. Franziska thematisiert in ihrem Interview, dass sie sowohl Online, als auch Offline zwischen öffentlich und privat unterscheidet.

„Also, ich bin nicht anders als in meinem privaten Leben auch. Ich bin nicht diejenige, die gerne an die Öffentlichkeit geht, obwohl ich die Situation ja immer wieder habe, aber ich stelle mich nicht so gerne in der Öffentlichkeit dar, ohne zu wissen, wer mir zuhört. Ich wähle meine Worte für mein Gegenüber [...] Ich rede anders, wenn ich mit Freunden rede, als wenn ich mit 170 MitarbeiterInnen rede. Aber ungerne mache ich es, wenn ich nicht weiß, wer mir zuhört [...], das ist nicht mein Typ und das ist im Internet auch nicht so“
(Franziska 2011: IA 25).

Nicht nur auf persönlichen Ebenen verweben sich die Strukturen von Online und Offline Räumen. Auch öffentliche Strukturen werden in den Online-Raum projiziert und werden dort unter anderem regulierend angewendet. Besonders an der Antwort auf die Frage,

57 Siehe Kapitel 5 Der Stammtisch für Typ 1 DiabetikerInnen.

warum Franziska kein DiabetikerInnen-Forum aufgemacht hat, wenn sie doch so gute Erfahrungen mit anderen Foren gemacht hat, ist diese Übertragung deutlich geworden:

„Es ist eine juristische Sache gewesen. Ich hätte die Möglichkeit gehabt, ein Forum für DiabetikerInnen aufzumachen und ich glaube auch, dass es sehr gut gelaufen wäre. Aber ich will die juristische Verantwortung nicht übernehmen. Es gibt einfach das Problem, wenn jemand im Forum sagen würde: Hey ich habe ein Problem, nach drei Tafeln Schokolade ist mein Zucker Wahnsinn. Ein anderer schreibt dann, du musst dir nur 30 Einheiten Insulin spritzen und der fällt dann in Ohnmacht, mit dem Kopf gegen die Kante vom Tisch gestoßen und Tot. Dann haben wir ein riesen Problem. Der Forumsbetreiber ist der Sachverständige und das sind sachverständige Tipps, die du nicht geben darfst. Und nachdem derjenige, der den Tipp gibt, nicht der Sachverständige ist, sondern derjenige der das Forum betreibt, habe ich gesagt, sorry Leute, kann ich nicht machen!!“

(Franziska 2011: IA 23)

Am Ende wäre es die Aufgabe von Franziska als Forumsbetreiberin, darauf zu achten, dass juristische Normen und Strukturen auch im Online-Kontext eingehalten werden. Diese Einschränkung veranlasst sie erst gar nicht, den Online – Raum und seine Vorzüge der Offenheit zu nutzen. Sowohl auf 'persönlicher-privater' Ebene, als auch auf 'unpersönlicher-öffentlicher' Ebene taucht das Paradoxon der Freiheit auf und relativiert die in den Ursprüngen angenommene Andersartigkeit von „Virtualität“. Hat der/die BenutzerIn also die Furcht vor dem Ungewissen und der Fremdheit des Internets überwunden und sich einen Zugang zu demselben verschafft, zeigt sich, dass wie in dem Fall von Franziska die befremdliche Freiheit und Abstraktion, durch die das Internet betrachtet wurde⁵⁸, ein Teil des lebensweltlichen Alltags werden kann, der dem gewohnten Lebensraum in vielerlei Hinsicht sehr ähnelt. Dann es ist der/die BenutzerIn selbst, der/die die freien und offenen Strukturen belebt und gestaltet und somit den Online-Raum mit Strukturen und Normen der gewohnten Lebenswelt ausstattet. Das Verhältnis der DiabetikerInnen zu dem Online-Raum und dem Internet ist in dem Fall der Dynamik der 'normativen Freiheit' ein sehr zwiespältiges. Auf der einen Seite beinhaltet es die Chance, sich über das Internet auf eine andere Art und Weise auszutauschen und sich konkreter und fokussiert mit dem Thema Diabetes auseinanderzusetzen und Strukturen medizinischer Institutionen und schwieriger familiärer Verhältnisse zu umgehen. Zugleich wird mit dem Internet ein unbeschwerterer Zugang zu 'Gleichgesinnten' möglich, ebenso wie unbeschwerte Treffen und Austausch.

58 Siehe Kapitel 6.2 Dynamiken der Mediation (Dynamics von Mediation).

Dieses Ergebnis findet sich sowohl in der Arbeit von Loaders et al. (2002) als auch bei Nettleton et al. (2002) wieder.⁵⁹ In meiner Studie ist darüber hinausgehend jedoch ein weiterer Anspruch sichtbar geworden, der insbesondere unterstreicht, dass es auch eine zweite Seite der Medaille gibt, die berücksichtigt werden sollte. Besonders die Gesichtspunkte von Freiheit und Offenheit führen dazu, dass sich die DiabetikerInnen auch Online nicht vor schwierigen Verwandten oder ungewollten medizinischen Rat sicher fühlen. *„Mich hätte es erschrocken, wenn meine Familienmitglieder ihre Meinung in so einem Forum abgegeben hätten, weil ich mitbekommen habe, wie wenig sie eigentlich von mir wissen und wie wenig Ahnung die haben“* (Marie 2011: IA 34). Folglich ergibt sich auch Online ein Spannungsfeld zwischen den unterschiedlichen Ansichten, die auf das Thema Diabetes bestehen. Durch die Anonymität in der Begegnung wird es komplizierter, sich vor ungewollten Begegnungen zu schützen, weiß doch der/diejenige nicht, mit wem er/sie wirklich in Kontakt ist. Beispielsweise Marie befürchtet, dass sie sich in Online-Foren mit Ansichten auseinandersetzen müsste, die sie bereits im Offline-Raum meidet – seien es Ansichten Familienmitglieder von DiabetikerInnen, MedizinerInnen oder Menschen, die auch Diabetes haben. Auch in dieser Freiheit können sich Umstände und Strukturen manifestieren und widerspiegeln, vor denen sich die DiabetikerInnen schützen wollen. Diabetes ist im Speziellen eine Krankheit, die Selbstdisziplin, Selbstmanagement und seriöses Wissen voraussetzt, um sich selbst gut behandeln zu können. Ungewissheit und unregulierte Strukturen sind da vielmehr ein Problem und eine Bedrohung als Hilfe und Verunsicherung. An dieser Stelle schließe ich die Übertragung der Dynamiken der normativen Freiheit auf meine Forschung ab. Besonders mit diesen Dynamiken ist die gemeinsame Realität von Online und Offline nochmal hervorgehoben worden. Die im Onlin-Raum abwesenden Normen und Strukturen kehren in der sozialen Praxis und der Anwendung des Online-Raumes durch Menschen aus dem Offline-Raum wieder. In diesem Prozess zeichnet sich die gegenseitige Beeinflussung von Online und Offline ab und weist zugleich auf das Paradoxon der Freiheit hin.

Was heißt das zusammenfassend für die DiabetikerInnen und deren Wahrnehmung des Online-Raumes? Durch die vermeintliche Abwesenheit von Normen und Strukturen

59 Siehe Kapitel 2.3 Aspekte des Internets im medizinischen Kontext.

können sie sich im Online-Raum ihren Bedürfnissen und Interessen entsprechend einrichten. In der sozialen Praxis wird der aus der Ferne abstrakt und fremd wirkende Online-Raum für sie Teil ihrer lebensweltlichen Realität. In der Anwendung werden Strukturen, die auch im Offline-Raum bedeutsam sind, in den Online-Raum übertragen, um sich eine Privatsphäre zu schaffen, die vor Ungewissheit und unspezifischen Wissen und Erfahrungen schützt. In geschlossenen und durch die BenutzerInnen bestimmten Strukturen, wie Emails oder geschlossene Foren, können sich Vertrauen und Nähe zwischen den TeilhaberInnen entwickeln, die besonders im Kontext des Diabetes wichtig sind: je mehr also der Online-Raum erschlossen ist, desto mehr finden sich gewohnte und lebensweltliche Strukturen und Werte aus dem Offline-Kontext des/der BenutzerIn in diesem wieder und lassen die Fremde und Ungewissheit, die in der monolithischen Betrachtung des Internet erscheinen, verschwinden. Sowohl am Stammtisch als auch im Online-Raum ist es von besonderem Wert für die DiabetikerInnen sich in einem geschützten Rahmen über 'ihren Diabetes' auszutauschen und sich nicht im Hinblick auf den Diabetes willkürlichen Ansichten, Normen und Strukturen aussetzen zu müssen.

6.4. Dynamiken des Positionierens (Dynamics of Positioning)

Das Umfeld, in dem sich die Menschen positionieren müssen, wird durch das Internet erweitert, und der Ort, an dem sie sich befinden, wird transzendenter. „*The boundries of markets, nations, cultures and technologies become increasingly premeable, and require people to think of themselves as actors on ever more global stages*“ (Miller/Slater2000:19). Die **Dynamik der Positionierung** bezieht sich auf die Situation der Menschen, sich durch den Internet-Gebrauch in einem weitläufigeren und ausgedehnteren Umfeld positionieren zu müssen (Miller&Slater 2000:18). Man muss sich nicht mehr ausschließlich lokal positionieren, sondern sich zu einem erweiterten globalen Kontext in Bezug setzen. Julia Dombrowski (2011: 283) fasst es folgend zusammen „*Das Netz ermöglicht 'Grenzerweiterungen': Lokale Beschränkungen werden aufgehoben, Kontaktmöglichkeiten erhöht und ein größerer räumlicher Aktionsradius entsteht*“. Welche Bedeutung haben mithin die Dynamiken der Positionierung als Analyse Komponente im Hinblick auf den Diabetes?

Zuerst einmal möchte ich darauf hinweisen, dass ich die aktive Nutzung des Online-Raumes grundsätzlich als eine Form des Sich-Positionierens betrachte. Es ist ein wesentliches Merkmal des Online-Raumes, dass man erst als AkteurIn und MitgestalterIn desselben sichtbar wird, sich in einem erweiterten Umfeld einordnet und in eine bestimmte Position bringt. Die aktive Teilnahme am Online-Raum erfordert zumindest die Darbietung gewisser Bestandteile von einem selbst die das Thema betreffen, das im Online-Raum angesprochen wird. Beispielsweise die Entscheidung, ob man sich selbst im Online-Raum als Privat Person, als DiabetikerIn oder als Juristin präsentiert oder eine Identität annimmt die nicht der im Offline-Raum entspricht, liegt bei dem/der BenutzerIn selbst und präsentiert eine persönliche Entscheidung der/der BenutzerIn. Auch wenn der/die BenutzerIn selbst entscheiden kann, in welchem Kontext er/sie das Medium Internet nutzen und welche Informationen und welches 'Bild' er/sie transportieren möchte, bleibt das Internet für die in der vorliegenden Arbeit untersuchten DiabetikerInnen uninteressant. Insbesondere wird dies an einer Aussage von Franziska deutlich, in der sie darauf hinweist, dass das Internet für sie zu unpersönlich ist und sie es daher nicht nutzt, um Probleme, die sie mit dem Diabetes hat, zu besprechen, weil sie als 'Ganzes' gesehen werden will und nicht nur als Diabetikerin: „Für mich ist Franziska Franziska, mit den Kilo, die sie hat, mit der komischen Frisur, die sie hat und meinetwegen mit der Krankheit, die sie hat, und ich muss mich nicht verstellen“ (Franziska 2011: IA 20). Dieses Bedürfnis ist ebenfalls durch die Analyse des Stammtisches erkennbar geworden. Um sich über den Diabetes auszutauschen, reicht die Gemeinsamkeit nicht aus, Diabetes zu haben, da auch die Standpunkte Betroffener dem Diabetes gegenüber unterschiedlich ausfallen können. Demgemäß hat sich in der Analyse herauskristallisiert, dass es für die untersuchte Gruppe essentiell ist, eine ähnliche Auffassung vom Diabetes zu haben. Mit dem Stammtisch haben sie sich einen vor Fremdzuschreibungen schützenden Rahmen geschaffen, indem sich die Mitglieder ähnlich zu dem Diabetes positionieren und ihn 'unsichtbar sichtbar' sein lassen.⁶⁰ Aus dieser Position heraus ist es schwierig, sich im offenen Online-Raum als DiabetikerIn mit der Krankheit auseinanderzusetzen, da sie sich nicht in einem geschützten Raum befinden und wahllosen unbestimmbaren Zuschreibungen, sowie Vorstellungen von Krankheitsbildern, unterschiedlichen Wahrnehmungen von Diabetes und Identifizierungen

60 Siehe Kapitel 5 Der Stammtisch für Typ-1-DiabetikerInnen.

mit der Krankheit (vgl. Estroff 1994) von außen, ausgesetzt sind. Aus diesem Grund vermeiden sie es bewusst, sich als DiabetikerIn im Online-Raum zu Positionieren.

Eine passive Nutzung, wie z.B. in einem Forum oder einer Mailingliste ausschließlich mitzulesen, ist auch eine Variante der Teilnahme an den neuen Kommunikationstechnologien. Zugleich ermöglicht die passive Nutzung das Umgehen der Notwendigkeit, sich positionieren zu müssen. Die passive Nutzung bezieht sich ausschließlich auf das Konsumieren von Information, die über den Online-Raum zugänglich ist. Ein exemplarisches Beispiel geht aus den Erzählungen von Franziska hervor; *Also wenn man viel im Internet ist, dann sucht man sich einfach mal verschiedene Ansichtsweisen. Ich bin auch eine [...] ich muss mir alles suchen, auch das was mir nicht gefällt.* Somit ermöglicht das Internet einen Zugang zu den *verschiedenen Ansichten* die es in der direkten Offline-Welt in der Form nicht gibt. Dementsprechend *sucht* sie sich die *verschiedenen* Standpunkte zum Diabetes zusammen, positioniert sich jedoch nicht Online dazu (vgl. Franziska 2011: FT). In dieser Hinsicht weicht meine Betrachtung der Dynamik der Positionierung minimal von der Definition, die Miller und Slater entwickelt haben, ab. Dieser Umstand würde nun für DiabetikerInnen bedeuten dass, wenn sie das Internet im Zusammenhang mit dem Diabetes nutzen wollen, dass sie sich auch als dieselben definieren müssten und auf Menschen stoßen würden, die sie als DiabetikerInnen sehen. Wie besonders an dem Kapitel zum Stammtisch der DiabetikerInnen deutlich geworden ist, liegt ihnen viel daran, den Diabetes nicht vordergründig erscheinen zu lassen. Würden sie das Internet nutzen wollen, müssten sie den Diabetes zumindest sichtbar machen. Diese Aufforderung widerspricht jedoch gänzlich ihrem Interesse von einem 'unsichtbar sichtbaren Diabetes'. Denn wie sich gezeigt hat, ist es zwar wichtig, um den Diabetes zu wissen und ihn ernst zu nehmen, aber dennoch soll er nicht im Vordergrund stehen und ihre 'Normalität' bestimmen, sondern einfach ein Teil dieser sein. Diese Unsichtbarkeit wäre insbesondere durch die Notwendigkeit der Positionierung im Online-Raum nicht gegeben. Desweiteren meiden sie es vielmehr, sich in einem globalen Kontext als DiabetikerIn zu verorten. Immer wieder werden von den DiabetikerInnen die lokalen Bezüge, zu Ärzten/Innen und Bekannten, die auch Diabetes haben, für wichtig erachtet (vgl. Lisa 2011: FN). Besonders im Zusammenhang mit dem Diabetes spielten der lokale Kontext und die

in diesem verorteten persönlichen Beziehungen eine wesentliche Rolle. Nach dem Verständnis von Miller und Slater (2000) fokussieren die Dynamiken der Positionierung globale Positionierungen. Im Fall der vorliegenden Untersuchung geht es jedoch vielmehr um lokale und persönliche Konzepte. Besonders im Zusammenhang mit dem Stammtisch⁶¹ hat sich gezeigt, dass die gemeinsame Perspektive auf den Diabetes ein wesentliches und verbindendes Element ist, das zu dem Erfolg des Stammtisches beiträgt. Die gemeinsame Perspektive macht den Stammtisch speziell für diese Gruppe effektiv und beständig. Im Internet ist die Vielfalt der Perspektiven auf den Diabetes größer. Es würde sich also um ein Vielfaches schwieriger gestalten, auf Menschen zu treffen, die einen ähnlichen Umgang und Zugang zu ihrem Diabetes haben. In den Schilderungen von Sophie erscheint dieses erweiterte Ausmaß an Wissen vielmehr als Überforderung und ruft eine Ablehnung hervor, sich in diesem Raum zwischen den unterschiedlichsten Standpunkten und Ansichten zum Diabetes zu positionieren.

*„Ich sage alles was mehr ist verwirrt dich [...] Ich denke mir, das Leben ist immer so mit Türen [...] und dasselbe ist mit dem Wissen, wenn ich die Internettür aufmache, ist halt eine Gewalt und man kommt vom Hundertsten ins Tausendste [...] das ist Wissen, das man nicht braucht, manche Sachen muss ich wirklich nicht wissen. Ich glaube das fällt dann auch schwer, wenn du auf etwas stößt und sagst, aha das ist eigentlich interessant und du wirst offen für Sachen, auf die du sonst nicht gestoßen wärest“
(Sophie 2011: 35-36).*

Was sagen diese Beispiele zu den Dynamiken der Positionierung nun über die Anwendung des Internets in Bezug auf den Diabetes aus? Der Online-Raum wird als zu „unpersönlich“ und zu reduziert empfunden. Die Erweiterung des Aktionsradius ist am Ende recht unbedeutend. Durch die Verortung des Diabetes im Lokalen bei sich selbst habe ich kein Interesse bei den DiabetikerInnen entdecken können, sich durch das Internet und die damit verbundenen „Grenzerweiterungen“ (vgl. Dombrowski 2011) in einem globaleren Kontext zu positionieren.

Sich als DiabetikerIn im Online-Raum zu positionieren, bedeutet in der Umkehrung, darüber definiert zu werden. Jedoch ist Diabetes nicht Diabetes. Besonders dadurch, dass der Diabetes so tiefgreifend mit dem individuellen Leben des/der DiabetikerIn verbunden

61 Siehe: 5 Der Stammtisch für Typ 1 DiabetikerInnen.

ist (vgl. Cohen 1997, Loaders et al. 2011), gibt es auch die unterschiedlichsten Varianten von der Wahrnehmung desselben. Die Beobachtungen am Stammtisch haben gezeigt, wie sehr sich die Mitglieder durch ihre gemeinsame Einstellung zu dem Diabetes verbunden fühlen, sich gerne austauschen und Zeit miteinander verbringen (vgl. Stammtisch 2011: FT1). Es ist also nicht die Tatsache, dass sie Diabetes haben, die sie verbindet, sondern vielmehr die Ähnlichkeit in der Perspektive auf ihn und der Umgang mit ihm. Sich als DiabetikerIn im Online-Raum zu positionieren, wäre folglich zu reduziert und würde nicht genügen, um einen hilfreichen Austausch zu erlangen. Der Online-Raum wird in diesem Sinne zu undifferenziert wahrgenommen. Selbst eine differenziertere Positionierung als DiabetikerIn und konkretere Beschreibungen zu der eigenen Einstellung dem Diabetes gegenüber schützen nicht davor, DiabetikerInnen zu begegnen, die eine komplett andere Perspektive auf den Diabetes haben. Besonders der „grenzüberschreitende“ Charakter und die globale Ausrichtung des Online-Raumes machen ihn uninteressant für die DiabetikerInnen. Sie verlieren das Gefühl, ihre Umgebung selbst mitgestalten und bestimmen zu können, was jedoch in Bezug auf den Diabetes für sie wesentliche Bedeutung hat.

An dieser Stelle endet die Ausführung zu den vier Dynamiken und dessen Anwendung auf die Untersuchung. Wie die Autoren der Dynamiken betonen handelt es sich um eine sehr experimentelle Struktur. Ein Modell, das meines Erachtens jedoch dem Phänomen Internet in seinem Verhältnis zur Gesellschaft gerecht wird und durch seinen dynamischen Charakter die Prozesshaftigkeit und fließende Beziehung zwischen Internet und Gesellschaft in seinen technischen und sozialen Dimensionen berücksichtigt.

7. CONCLUSIO

Eine wegweisende Erkenntnis in der Cyberanthropology war, dass auch die Virtualität eine Komponente der sozialen Realität darstellt und mit dem Internet nicht eine andere 'neue' Welt geschaffen wurde, die separiert von der realweltlichen Umgebung existiert (vgl. Miller&Slater 2000, Woolger 2002, Bräuchler 2005). Dennoch entscheidet jedes Individuum für sich selbst, in welchem Ausmaß es die Möglichkeit nutzt, die Infrastruktur des Internets in sein Leben zu integrieren und als Komponente oder wertvollen Gegenstand⁶² des persönlichen Lebens zu betrachten (Wyatt et. al 2002). In dieser Arbeit habe ich versucht die 'Landkarten'⁶³ der ForschungsteilnehmerInnen in Bezug auf 'ihren Diabetes' zu skizzieren und ihr Verhältnis zu dem Internet als Medium von diesem Standpunkt aus zu veranschaulichen. Somit stellt das emische Verständnis der ForschungsteilnehmerInnen ihres Diabetes die Basis dar, um diesen speziellen Blick auf das Internet aufzuschlüsseln.

In der Analyse habe ich die vier Dynamiken von Miller und Slater (2000) als konkrete Anhaltspunkte verwendet, um den Online-Raum und seine sozialen Dimensionen zu erfassen, diese auf den spezifischen Fall der Menschen mit Diabetes anzuwenden und die eingangs gestellte Forschungsfrage zu beantworten: *Wie werden Internettechnologien von Menschen mit Typ-1-Diabetes verstanden, angenommen, eingesetzt oder abgelehnt? Welche Dimensionen des Phänomens Internet werden durch die unterschiedlichen Perspektiven auf das Medium sichtbar?* In der Conclusio meiner Diplomarbeit sollen nun drei Aspekte zusammengefasst werden, die sich als charakteristisch für die Sichtweise der DiabetikerInnen auf das Medium Internet herausgestellt haben.

Wie ebenfalls schon weiter Oben erläutert, weicht mein Verständnis zu den Dynamiken der Positionierung von dem wie es Miller & Slater betrachten ab. Auch im Hinblick auf die Untersuchung hat sich erwiesen, dass es nicht einzig um die Positionierung in globalen

⁶² Siehe Kapitel 2.2.1 Die Frage nach den Realitäten drei theoretische Zugänge.

⁶³ Siehe Kapitel 2.4.2 Die Bedeutung der gelegentlichen, der ehemaligen und der Nicht-BenutzerInnen.

Kontext geht, sondern, dass die Anwendung und Benutzung des Internets, schon allgemein eine Form der Positionierung verlangt. Was im Fall der DiabetikerInnen bedeutet, dass sie sich als dieselben im Online – Raum positionieren müssten, würden sie es in diesem Zusammenhang verwenden wollen und sich einen offenen Umgang mit dem Diabetes und keinen versteckten anonymen bewahren.

Physisches Erleben

Für die DiabetikerInnen spielen physische Elemente im Zusammenhang mit dem Verständnis für ihre Krankheit eine wichtige Rolle. Dieses Element – Gegenstand der biomedizinischen Wissenschaft – bietet für die DiabetikerInnen einen Rahmen an, strukturierte Informationen und Handlungsanweisungen zu erhalten, an denen sie sich orientieren und den Status ihres Körpers kontrollieren können (vgl. Loaders et al. 2002, Cohen 1997). Überdies hat sich in den Äußerungen der ForschungsteilnehmerInnen die Tendenz gezeigt, dass die Erfahrung, 'krank' oder 'gesund' zu sein, indem eigenen körperlichen Erleben angesiedelt ist. Wenn sie sich nicht 'krank' fühlen, betrachten sie sich als gesund, auch wenn sie als 'DiabetikerIn' von außen als chronisch und dementsprechend dauerhaft 'krank' betrachtet werden (vgl. u.a. Estroff 1994). Wenn der Blutzucker stimmt, fühlen sie sich 'gesund'. Um die Erfahrung machen zu können sich 'gesund' zu fühlen, ist das physische Erleben eine Voraussetzung und die Bedingung an der sich die Empfindung 'normal' zu sein, orientiert. Speziell ist dies in den Erzählungen Franziskas zu ihrem Besuch bei dem Tätowierer sichtbar geworden. Indem sie mit dieser Aktion klärte, dass es ihr trotz gegenteiliger Empfehlungen von Ärzten/innen und ExpertInnen möglich ist, ihren Körper – wie einen gesunden Körper – tätowieren zu lassen (vgl. Franziska 2011 IA). Auch Lisa unterstrich dieses Verständnis in ihren Erzählungen. Sie fühlt sich als DiabetikerIn nicht krank, weil sie nicht im Bett liegt und nichts tun kann, sondern dieselben Dinge (in die Schule gehen, studieren, arbeiten gehen) tun und lassen kann, wie jeder 'gesunde' Mensch auch (vgl. Lisa 2011: IA 29).

Der Online-Raum, als Rechnernetzwerk ist nicht dementsprechend konstruiert, da praktische körperliche Erfahrungen auf die Art und Weise, wie Franziska und Lisa sie geschildert haben, nicht möglich sind. Diese Modalitäten manifestieren für die DiabetikerInnen dieser

Untersuchung die Unterscheidung von Online und Offline. Obgleich diese beiden Räume, als Teil von derselben Realität verstanden werden, unterscheidet sie das Gefühl erfahrbarer körperlicher Existenz. Sich auf die Nutzung des Online-Raumes einzulassen, sei eine Flucht an einen 'anderen Ort' (vgl. Franziska 2011: FT). Flucht vor der Konfrontation mit dem eigenen Körper und dem physischen Erleben im persönlichen unmittelbaren Umfeld (vgl. Sophie 2011: FT). Damit wird der Online-Raum nicht als eine andere Realität verstanden, aber durch die Ausgrenzung des physisch erlebbaren von dem unmittelbaren Lebens-Raum unterschieden und als Abweichung von 'Normalität' gesehen. Die Bezeichnung 'anderer Ort' macht die Distanz, die die DiabetikerInnen zu dem Online-Raum einnehmen, sichtbar. Dennoch würde ich dieses Verständnis nicht der Betrachtungsweise Castells (1996) zuordnen, der das Internet und die damit verbundene virtuelle Welt als separiert von der realweltlichen betrachtet. Der Online-Raum versteht sich durch diesen Standpunkt vielmehr, als ein Ort der sich für sie *'qualitativ'* von dem lebensweltlichen Umfeld unterscheidet (vgl. u.a. Bräuchler 2005). Unter diesem Gesichtspunkt wird das Internet für die ForschungsteilnehmerInnen nicht zu einem wichtigen lebensweltlichen Objekt im Sinne der Dynamiken der Objektifizierung von Miller und Slater (2000). In der Erfahrung und Auseinandersetzung mit dem Diabetes hat das Internet für diese spezielle Gruppe keine besondere Bedeutung. Das Internet kommt in der 'Landkarte', die sie im Zusammenhang mit dem Diabetes zeichnen, nur vereinzelt vor.

'Mein Diabetes' ist bedroht

Sowohl in den dargelegten Portraits, als auch in den Kapiteln zum Stammtisch wurde deutlich, dass sich die ForschungsteilnehmerInnen mit ihrem Verständnis von ihrer 'Krankheit' zwischen der universalistisch biomedizinischen Diagnose – Diabetes – und der emischen Perspektive auf 'meinen Diabetes' positionieren. Der biomedizinische Blick bietet alltägliche Parameter, um den Status des Diabetes und die Bedrohung, die von ihm ausgeht, einordnen zu können (vgl. Loaders et al. 2002). Somit bieten die biomedizinischen Richtlinien, eine Möglichkeit der Orientierung, um eine Form von 'Normalität' zu konstruieren.

Wie sich im Zusammenhang mit den Darlegungen der ForschungsteilnehmerInnen gezeigt hat, bezieht sich die Bezeichnung 'mein Diabetes' auf den individuellen Umgang und die persönliche Perspektive der Diabetikerin auf 'seinen Diabetes'. Diese Komponente verweist auf das jeweils individuelle Verständnis der fünf Frauen, das sie von 'ihrem Diabetes' entwickelt haben (vgl. Stammtisch2011:FT1). Der Versuch, die jeweils eigene Auffassung der ForschungsteilnehmerInnen von 'ihrem Diabetes' zu skizzieren, hat trotz der Unterschiedlichen Wahrnehmungen ihrer Krankheit eine ähnliche Haltung der Betroffenen zu 'ihrem Diabetes' illustriert (vgl. Hardey 2000). Vornehmlich in dieser Untersuchung haben die TeilnehmerInnen einen sehr positiven Blick auf ihren Diabetes und grenzen sich von dem Opferdiskurs ab, insbesondere in dem Kapitel zum *Stammtisch* hat sich diese Haltung abgezeichnet. Sie betrachten sich nicht, als Opfer einer Krankheit, sondern versuchen mit Hilfe einer präzisen medizinischen Behandlung ein 'normales' und vom Diabetes ungestörtes Leben zu führen. Dieser positive Zugang zu dem Diabetes erleichtert es, ihn als Teil des eigenen Lebens zu akzeptieren (vgl. Stammtisch 2011:FT3). Besonders im Hinblick auf den Online-Raum hat sich die Bezeichnung 'mein Diabetes', speziell für diese Gruppe bedeutsam herauskristallisiert.

Unter anderem in den Erzählungen von Sophie und Marie hat sich gezeigt, dass sie das Bedürfnis haben ihren Diabetes zu schützen. Wie in der Übertragung zu den Dynamiken der normativen Freiheit dargelegt, haben sowohl Marie als auch Sophie den Online-Raum in Bezug auf den Diabetes gemieden. Im Fall von Marie ist es die Furcht vor der willkürlichen Begegnung mit Menschen, die ihren Zugang zu 'ihrem Diabetes' nicht teilen. Sie könne sich nicht sicher sein, mit wem sie im Online-Raum kommuniziert, es können Ärzte sein, aber auch Verwandte und Bekannte von DiabetikerInnen, die im Grunde keine Ahnung haben, was es heißt mit dem Diabetes zu leben (vgl. Marie 2011: FT). Sie vertritt ohnehin die Meinung, dass nur jeder selbst seine Krankheit verstehen kann und sich mit ihr in seinem Leben einrichten muss (ebd.). Sophie fürchtet das Wissen an sich, auf das sie im Internet stoßen kann. Wie von Miller und Slater (2000) mit den Dynamiken des Positionierens betrachtet, wird der Akteur im Online-Raum aufgefordert, sich in einem erweiterten Aktionsradius zu positionieren. Für Sophie bedeutet es, dass sie im Online-

Raum mit Wissen zum Diabetes konfrontiert werden kann, dass sie in ihrer konkreten Situation nicht benötigt, um mit 'ihrem Diabetes' leben zu können. Durch die Information, die ihr unselektiert im Online-Raum begegnen kann, könnte sie darauf hingewiesen werden, in welche Situationen und Schwierigkeiten sie noch kommen könnte. Durch dieses willkürliche Wissen fühlt sich Sophie vielmehr Bedroht als autorisiert (vgl. Sophie 2011: IA 35-36). Wie bereits in der Analyse des Stammtisches deutlich geworden ist, ist es bei den ForschungsteilnehmerInnen ihre übereinstimmende Positionierung zum Diabetes, die sie miteinander verbindet und die Basis des Stammtisches ausmacht, folglich beschreiben sie eine Erweiterung von Ansichten vielmehr als Bedrohung 'ihres Diabetes' mit dem sie sich in ihrem Leben eingerichtet haben, statt Bereicherung. Der Online-Raum bedroht die eigene Interpretation des Diabetes, indem für die BenutzerInnen ungewiss ist auf welche Information und Form der Interpretation sie stoßen, wenn sie den Online-Raum verwenden. Andere Ansichten können somit Zweifel an dem eigenen Verständnis des Diabetes aufwerfen, die in der Sicherheit des gewöhnlichen Umfeldes nicht angetroffen werden. So kann das unfassbare Wissen im Online Raum zu einer Bedrohung werden. Den Diabetes aus einem negativen Blickwinkel zu betrachten, würde es erschweren ihn als Teil von sich selbst zu akzeptieren.

In diesem Zusammenhang wird das Internet von den DiabetikerInnen in seiner Gesamtheit abstrahiert und als „symbolic totality“ im Sinne von Miller & Slater (2000) gesehen. Vor diesem Hintergrund verstehen die DiabetikerInnen das Internet nur in seiner Komplexität und Unbestimmbarkeit. Begeben sie sich in das Internet kann es zu unbestimmbaren und ungewollten Konfrontation mit Aspekten des Diabetes kommen. Ein Unsicherheitsfaktor, der bewusst von ihnen gemieden wird. Die DiabetikerInnen grenzen sich von der bedrohlichen und undefinierten Fremde Internet ab, um 'ihren Diabetes' zu schützen.

Multiple Internets

Gleichsam der vielen Übereinstimmungen von Perspektiven auf das Internet, ist es wichtig hervorzuheben, dass sich auch innerhalb dieser Gruppe von DiabetikerInnen Zugang und Ansichten auf das Internet unterscheiden. Wie Wyatt und ihre Kollegen/Innen (2002) und Felt und ihre Kollegen/Innen (2008) es schon formuliert haben, wird die Infrastruktur des

Internets durch die Diversität der BenutzerInnen ausgezeichnet und spiegelt sich in dieser wieder. Eine Aussage, die sich auch in dem Eingangs angeführten Zitat von Daniel Miller (2012): „*Dinge machen Menschen, sowie Menschen Dinge machen*“ zeigt. Folglich wird die Beziehung zwischen Mensch und Objekt als wechselseitig aufgefasst, dementsprechend bestimmt die Wahrnehmung des Gegenstandes, wie mit ihm Umgangen wird. Ebenso verstehe ich auch das Ergebnis dieser Arbeit, durch das Internet verändern sich die lebensweltlichen Strukturen der Menschen, diese bestimmen jedoch zugleich die Entwicklung des Objektes 'Internet'.

Die Vertrautheit und die Erfahrungswerte, die die jeweiligen Forschungsteilnehmerinnen im Umgang mit dem Internet hatten, bestimmten häufig wie das Internet wahrgenommen wurde und damit zugleich die Form und Dimension der Anwendung (vgl. Hine 2000). Besonders in der Analyse mit den Dynamiken der normativen Freiheiten und den Dynamiken der Mediation ist dies einprägsam vermittelt worden. Diejenigen, die vertraut mit der Technologie sind, hatten tendenziell die Mittel und das Wissen, um sich Online ihren Bedürfnissen entsprechend einzurichten und z.B. ein geschütztes und intimes Umfeld mit ausgewählten Personen zu schaffen. Ein Beispiel dafür ist das geschlossene Forum von Franziska und ihr Interesse, sich über die verschiedensten Meinungen und Sichtweisen auf den Diabetes, die sie im Internet finden kann, zu informieren. Damit zeigte sie, dass sie den Online-Raum zu nutzen weiß und sich dort ihren Interessen entsprechend eingerichtet hat. Speziell Sophie und Anna hingegen, die sich nicht mit dem Medium Internet und seinen Möglichkeiten auskennen, meiden das Internet im Umgang mit dem Diabetes. Das Internet als Medium vermittelt ihnen ein Gefühl von Ungewissheit und Bedrohung, da für sie Wissen und Menschen denen sie im Online-Raum begegnen, undefiniert und ungewiss bleiben (vgl. Sophie 2011: IA 35 – 26). Das Knowhow Franziskas zu dem Internet, führt dazu, dass sie keine Bedrohung durch das Wissen, auf das sie stößt, für 'ihren Diabetes' empfindet – sie weiß sich zu schützen und die Technologie ihren Interessen entsprechend einzusetzen. Solange also eine Distanz zu dem Internet aufrechterhalten bleibt, erscheint es,

auch undefiniert und durch ein Gefühl der Fremde zu ihm charakterisiert. Somit macht die Nähe und das Verständnis des Online-Raumes auch die Wahrnehmung der Konstitution desgleichen aus.

Vergleichbar mit einer Situation, in der man auf einer Anhöhe steht und über unerkanntes Land blickt. Erst die Sicht durch das Fernrohr oder das Wagnis in einem ausgiebigen und langwierigen Prozess das fremde Land persönlich zu erkunden, ermöglicht, die Details des großen Ganzen zu erforschen. Aber auch dann bleibt es noch immer der persönliche Blickwinkel des Erkundenden, der die Wahrnehmung und Richtung der Entdeckungsreise bestimmt.

Die Abgrenzung vervollständigt das Bild des Internets im Spiegel der technischen und sozialen Dimension. Sie weist auf den Facettenreichtum und die Variabilität der „multiplen Internets“ hin, die sich aus dem dialektischen Verhältnis von Internet und Gesellschaft ergeben. Somit ist es wichtig, die Objektifizierung nicht ausschließlich in der Identifikation, sondern auch in der Abgrenzung von dem Internet zu sehen. Gleichzeitig muss natürlich bedacht werden, dass Identifikation und Abgrenzung nicht statisch sein müssen, sondern auch fließend sein können. Wenn sich BenutzerInnen von dem Internet in bestimmten Aspekten abgrenzen, können sie sich trotzdem über andere Aspekte mit dem Internet als Objekt identifizieren. Ein Beispiel ist Marie, die sich im speziellen in dem Punkt Sport dem Internet zuwendet.

8. Bibliographie

- APPADURAI**, Arjun 1998. Globale ethnische Räume, In Beck, Ulrich (Hg.): Perspektiven der Weltgesellschaft. Suhrkamp Verlag, Frankfurt am Main: 11-40.
- ANDERSON**, Benedict 1996. Die Erfindung der Nation. Zur Karriere eines folgenreichen Konzepts. Campus Verlag GmbH, Frankfurt am Main.
- BECK**, Ulrich 1998. Was ist Globalisierung? Irrtümer des Globalismus – Antwort auf Globalisierung. Suhrkampverlag, Frankfurt am Main.
- BENYSHEK**, Daniel C. 2003. Nutritional History of the Havasupai Indians of Northern Arizona: Dietary Change and Inadequacy in the Reservation Era and Possible Implication for Current Health, In Nutritional Anthropology 26 (1-2): 1-10.
- BOELLSTOFF**, Tom 2008. Coming of age in second life. An Anthropologist Explores the Virtuality Human. University Press, Princeton.
- BOHANNAN**, Paul/VAN DER LEST, Dirk 2003. Fast nichts Menschliches ist mir fremd. Wie wir von anderen Kulturen lernen können. Wuppertal: Trickster im Hammer Verlag.
- BRÄUCHLER**, Birgit 2005. Cyberidentities at war. Der Molukkenkonflikt im Internet. Transkript Verlag, Bielefeld.
- BUDKA**, Philipp 2002. Indigene Gruppen und Computernetzwerke: Eine ethnographische Online Untersuchung. Diplomarbeit Universität Wien.
- BUDKA**, Philipp & KREMSER, Manfred 2004. CyberAnthropology – Anthropology of CyberCulture, In Khittel, Stefan & Plankensteiner, Barbara & Six-Hohenbalken, Maria (Hg.): Contemporary Issues in Socio – Cultural Anthropology. Perspectives and Research Activities from Austria. Loecker Verlag, Wien: (PDF 715 KB).
- BURY**, Mike 2001. Illness narratives: Fact or fiction? In Sociology of Health & Illness 23 (3): 263-285.
- CASTELLS**, Manuel 1996. The Rise of the Network Society. Informations Age. Economy, Society and Culture. Volume 1. Cambridge MA Blackwell Publishers. Oxford.

- COHN**, Simon 1997 Being told what to eat: conversations in a diabetes day centre, In Caplin Pat (Hg.): Food, health and identity. London, Routledge.
- DESCOLA**, Phillipe 2005. On anthropological knowledge, In Social Anthropology. Volume 13. Issue 1: 143-186.
- DOMBROWSKI**, Julia 2011. Die Suche nach der Liebe im Netz. Eine Ethnographie des Online-Datings. Transkript Verlag, Bielefeld.
- ESCORBA**, Arturo 1994. Welcome to Cyberia. Notes on the Anthropology of Cyberculture, In Current Anthropology 3 (3): 211-231.
- ESTROFF**, Sue E. 1993. Identity, Disability, and Schizophrenia: The Problem of Chronicity. In Lindenbaum, S. & Lock, M.: Knowledge, Power & Practice: The Anthropology of Medicine and Everyday Life. Berkeley, University of California Press.
- EVANS-PRITCHARD**, Edward E. 1987. Hexerei, Orakel und Magie bei den Zande. Frankfurt am Main. Suhrkamp.
- FLICK**, Uwe 2002. Qualitative Sozialforschung. Eine Einführung. Rohwolt, Hamburg.
- FROESCH**, Ernst Rudolf 2001. Diabetes. 600 Fragen, 600 Antworten für Typ 1 und Typ 2; Patient und Arzt im Dialog. Midena-Verlag, München.
- GEERTZ**, Clifford 1983. Works and Lives. The Anthropologist as Author. Stanford Univ. Press, California Stanford.
- GRAVLEE**, Clarence C. & SWEET, Elizabeth 2008. Race, Ethnicity, and Racism in Medical Anthropology, 1977 – 2002, In Medical Anthropology Quarterly 22 (1): 27-51.
- HADOLT**, Bernhard & LENGAUER, Monika 2003. Jenseits lokaler Eindeutigkeit Forschungsnotizen zu In – Vitro Fertilisation in Österreich, In Hörbst, Viola & Wolf, Angelika (Hg.): Medizin und Globalisierung. Universelle Ansprüche – lokale Antworten. LIT Verlag, Münster: 85-106.

HAFNER, Kathie & **MATTHEW**, Lyon 2002. Agra Kadabra oder die Geschichte des Internets. DPunkt Verlag, Heidelberg.

HARDEY, Michael 2002. „The Story of Illness“: Personal Account of Illness on the Internet, In Health: An Interdisciplinary Journal for the Social of Health, Illness and Medicine (6): 31-46.

HINE, Christine 2000. Virtual ethnography. SAGE Publications LTD, London.

HÖRST, Viola & **KRAUSE**, Kristine 2004. „On the move“ - Die Globalisierungsdebatte in der Medizinethnologie, In Curare (27) 1-2: 41-60.

HÖRNIG, Karl H. 1989. „Vom Umgang mit Dingen. Eine techniksoziologische Zuspitzung“, In Wingart, Peter (Hg.): Technik als sozialer Prozess. Frankfurt am Main: 90-127.

HYDÉN, L.-C. 1997. "Illness and narrative." Sociology of Health & Illness 19(1): 48-69.

KLEINMANN, Arthur 1988. The Illness Narratives: Suffering, Healing and the Human Condition. Basic Books, New York.

KLEINMANN, Arthur 1976. Culture, illness and care: Clinical lessons from anthropologic and cross-cultural research, In Annals of Internal Medicine 88: 251-258.

LEUNG, Louis & **WEI**, Ran 1999. „Who are the mobile phone have - nots? Influences and consequences, In New Media and Society (1,2): 209-226.

LOADER, Brian D. & **MUNCER**, Steve & **ROGER** Burrow & **PLEACE**, Nicolas & **NETTELTON**, Sarah 2002. Medicine on the line? Computer mediated social support and advice for people with diabetes, In Int J Soc Welfare (11): 53-65.

MENDENHALL, Emily & **SELIGMAN** Rebecca A. & **FERNANDEZ**, Alicia & **JACOBS**, Elizabeth A. 2010. Speaking through diabetes: Rethinking the significance of lay discourses on diabetes, In Medical anthropology quarterly 24 (2): 220-239.

MEYROWITZ, Joshua 1990. Die Fernsehgesellschaft 1. Überall und Nirgends dabei. Beltz, Weinheim.

- MOELLER**, Michael Lukas 1992. Anders helfen. Selbsthilfegruppen und Fachleute arbeiten zusammen. Fischer Taschenbuch Verlag, Frankfurt am Main.
- MOELLER**, Michael Lukas 1996. Selbsthilfegruppen – Anleitungen und Hintergründe. Rowohlt Verlag, Hamburg.
- MILLER**, Daniel & **SLATER**, Don 2000. The Internet. An ethnographic approach. Berg, Oxford.
- MILLER**, Daniel & **SLATER** Don 2003. Ethnographie and the extreme Internet, In Erikson, Thomas H. (Hg.): Globalisation. Studies in Anthropology. Pluto Press, London: 39-57.
- MONTOYA**, Michael J. 2007. Bioethnic Conscription: Genes, Race, and Mexicana/o Ethnicity in Diabetes Research, In Cultural Anthropology 22 (1): 94-128.
- NETTLETON**, Sarah & **PLEACE**, Nicolas & **ROGER**, Burrows & **MUNCER**, Steven & **LOADER**, Brian 2002. The Reality of Virtual Social Support, in Virtual Society? Technology, Cyberbole, Reality. University Press, Oxford: 176-188.
- ORGAD**, Shani 2005. Storytelling Online. Talking Breast Cancer and the Internet. Peter Lang, New York.
- ORGAD**, Shani 2006. The cultural dimensions of online communication: a study of breast cancer patients' internet spaces. LSE Research Online. 877-899.
- OUDSHOORN**, N. & **PINCH**, T. J. 2003. Introduction: How Users and Non-Users Matter, In Oudshoorn N. & PINCH, T. J. How Users Matter (Hg.): The Co-construction of Users and Technologies. Mass MIT Press, Cambridge: 1-25.
- OSTERHAMMEL** J. & **PETERSSON**, N.P 2004. Geschichte der Globalisierung. Dimensionen Prozesse Epochen. C.H. Beck, München.
- PAULI**, Julia & **BRANDNER**, Susanne 2010. Wem glauben? Eine explorative Studie zu Impfentscheidungen von Kölner Eltern zwischen Internet, ärztlicher Autorität und verwandtschaftlichem Vertrauen, In Dilger, Hansjörg & Hadolt, Bernhard (Hg.): Medizin im Kontext. Krankheit und Gesundheit in einer vernetzten Welt. Peter Lang GmbH, Frankfurt am Main.

POSS, Jane & JEZEWSKI, David 2002. The Role and Meaning of Susto in Mexican Americans' Explanatory Model of Typ 2 Diabetes, In *Medical Anthropology Quarterly* 16 (3): 360-377.

ROBBERS, Hans & SAUER, Heinrich & WILLMS, Berend (1981). *Praktische Diabetologie. Grundlagen. Therapeutische Praxis. Betreuung des Diabetikers.* München – Gräfelfing: Werkverlag Dr. Edmund Banaschewski.

SCHUPP, Sabine. 1997. *Ethnologie und ihr koloniales Erbe. Ältere und neuere Debatten um die Entkolonialisierung einer Wissenschaft.* LIT, Hamburg.

SHARF, B. F. 1997. Communicating Breast cancer on – line: Support and empowerment on the Internet, In *Women & Health*, 26 (1): 65-84.

SLEVIN, James. 2000. *The Internet and Society.* Blackwell, Oxford.

SMITH-MORRIS, Carolyn S. 2005. Diagnostic Controversy: Gestational Diabetes and the Meaning of Risk for Pima Indian Women, In *Medical Anthropology* (24): 145-177.

TITSCHER, Stefan et al. 1994. *Methoden der Textanalyse. Leitfaden und Überblick.* Westdeutscher Verlag.

TAUTZ, Frederik 2002. *E – Health. Wie das Internet das Arzt – Patienten – Verhältnis und das Gesundheitssystem verändert.* Frankfurt/Main.

TURKLE, Sherry 1995. *Life on the Screen: Identity in the Age of the Internet.* Simon & Schuster Paperbacks. New York.

VAN DIJK, Jan.1999. *The Network Society, Social Aspects of New Media.* London, Thousand Oaks, New Delhi Sage .

VAN DIJK, Jan & HACKER, Ken. 2000. The digital Divide as a complex and Dynamic Phenomenon. Annual Conference of International Communication Association. June 2000. Acapulco.

- WALLERSTEIN**, Immanuel. 1989. Der historische Kapitalismus. Argument Verlag, Hamburg.
- WILLIAMS**, G. 1993. Chronic illness and the pursuit of virtue in everyday life. In Radley, A. (ed) Worlds of Illness, Biographical and Cultural Perspectives on Health and Disease. Routledge, London.
- WOLF**, Angelika & HÖRBST, Viola 2003. Globalisierung der Heilkunde: Eine Einführung, in Medizin und Globalisierung. Universelle Ansprüche – lokale Antworten. LIT Verlag, Münster: 3-30.
- WOOLGAR**, Steve 2002. Five Rules of Virtuality, In Virtual Society? Technology, Cyberbole, Reality. University Press, Oxford: 1-22.
- WYATT**, Sally & THOMAS, Graham & TERRANOVA, Tiziana 2002. They came they surfed they went back to the beach, In Virtual Society? Technology, Cyberbole, Reality. University Press, Oxford: 23-40.

8.1. Internetquellen

- BUDKA**, Phillip 2002. Indigene Gruppen und Computernetzwerke: Eine ethnographische Online – Untersuchung.
www.philbu.net/budka_indcomp.pdf [Zugriff: 25.3.2011]
- HINE**, Christine 2007. Internet research and the sociology of cyber – social – scientific knowledge. Dynamics of internet research.
www.mendeley.com/research/internet-research-and-the-sociology-of-cybersocialscientific-knowledge/ [Zugriff: 20.2.2011]
- FELT**, Ulrike & GUGGLEBERGER, Lisa & HÖCHER, Bernhard & MAGER, Astrid & ÖSTERREICHER, Sonja. 2008. Virtuell Informiert? Möglichkeiten und Herausforderungen für die Medizin im Internetzeitalter. Abschlussbericht. Wien.
<http://www.univie.ac.at/internetforschung/2007/12/virtuell-informiert%E2%80%9Cdas-internet-im-medizinischen-feld/> [Zugriff 10.7.2011]
- WITTEL**, Andreas (2000). Ethnography on the Move: From Field to Net to Internet [23 paragraphs]. Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research, 1(1), Art. 21,
<http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:0114-fqs0001213>. [Zugriff: 20.2.2011]

Moving Relations from Online to Offline

USAGE AND INFORMATION STATISTICS

<http://www.internetworldstats.com/stats.htm> [Zugriff: 2.1.2012]

STATISTIK AUSTRIA

http://www.statistik.at/web_de/statistiken/informationsgesellschaft/index.html
[Zugriff: 2.1.2012]

DAS INTERNET

<http://www.livinginternet.com/> [Zugriff: 2.1.2012]

DIABETES

<http://www.oedg.org/diabetes.html> [Zugriff: 30.1.2012]

WHO

<http://www.who.int/diabetes/en/> [Zugriff: 30.1.2012]

9. ANHANG

9.1. Verwendetes empirisches Material

FN = Feldnotizen

IA = Interview Aufzeichnungen

FT = Feldforschungstagebuch

FRANZSIKA:

IA. 1F [Länge : 1:55:58] Aufgenommen am [25.09.2011] Linz

IA. 2F [Länge: 00:20:35] Aufgenommen am [20.06.2011] Linz

FN 1F [25.09.2011]

FN 2F [01.06.2011]

FT F [2011]

MARIE:

IA. 1M [Länge:01:57:50] Aufgenommen am [10.06.2011] Wien

FN 1M [10.06.2011]

FT M [10.06.2011]

SOPHIE:

IA. 1S [Länge: 01:54:23] Aufgenommen am [20.09.2011] Linz

FN 1S [20.09.2011]

FT S [20.09.2011]

LISA:

IA. 1L [Länge: 01:44:13] Aufgenommen am [06.10.2011]

FN 1L [06.10.2011]

FT L [06.10.2011]

ANNA:

IA. 1A [Länge:01:18:28] Aufgenommen am [21.09.2011]

FN 1A [21.09.2011]

**TEILNEHMENDE BEOBACHTUNG WÄHREND DER
STAMMTISCHTREFFEN**

FT1 [10.06.2011] Stammtischtreffen Bar Linz

FT2 [05.07.2011] Stammtischtreffen Bar Linz

FT3 [20.08.2011] Stammtischtreffen Sophie Zuhause

FT4 [05.09.2011] Stammtischtreffen Park Linz

FT5 [25.10.2011] Stammtischtreffen Weihnachtsmarkt Linz

9.2. Abstracts

9.2.1. Abstract – Deutsch

Gegenstand des Textes *Moving Relations from Online to Offline – die Bedeutung virtueller Handlungsräume für Menschen mit Diabetes* ist das Ergebnis der empirischen und diskursiven Auseinandersetzung mit dem Internet im medizinischen Kontext. Vordergründig geht es um die Untersuchung eines Stammtisches für Typ-1-DiabetikerInnen und des Blickes der ForschungsteilnehmerInnen auf das Internet.

Im Mittelpunkt dieser Arbeit stehen fünf Frauen mit Diabetes sowie ihre Erfahrungen und Wahrnehmungen des Internets, die sich auf die Behandlung und Auseinandersetzung mit dem Diabetes beziehen. Um die Forschungsfrage zu beantworten, *wie Internettechnologien von Menschen mit Typ-1-Diabetes verstanden, angenommen, eingesetzt oder abgelehnt werden und welche Dimensionen des Phänomens Internet durch die unterschiedlichen Perspektiven auf das Medium sichtbar werden*, habe ich an den monatlichen Stammtischtreffen dieser Gruppe teilgenommen und fünf Interviews mit Frauen geführt die diesen regelmäßig und unregelmäßig besuchen.

9.2.2. Abstract – English

The subject of the thesis *Moving Relations from Online to Offline – the meaning of Cyberspace for people with Diabetes* is the result of empirical and discursive discussions concerning the Internet in a medical context. This study analyzes the dialectical relation of the technical and the non-technical aspects, using the examples of a user and non-user group consisting of people with diabetes. Therefore I interviewed five members of a 'support group' and joined them six times once a month.

The Internet seems to affect and influence almost every area of society but in turn is also affected by it. To understand the interwoven relations between Internet and society it is important to locate the research (Woolgar 2002) and to include different perceptions of the Internet, which involves not only the user, but also aspects that evolve from former users and non-users. Given the variety of users it is important to identify 'multiple Internets' (Felt 2008) since their perceptions constitute this multiplicity.

Diabetes is a kind of 'lifestyle condition' (Loader 2002) that demands good self-management and self-care in everyday life. The Internet provides people with the possibility to share their experiences, to offer practical and emotional support and to give advice, without seeking it from experts. Experts often did not have to cope with Diabetes on a daily life basis which leads to the fact that they lack needed insight. In the presented study I am evaluating why type 1 Diabetics do not use the Internet to deal with their illness and what aspects of the Internet become visible by the non-usage of former and non-users.

Elena Staroste

Email: elenastaroste@web.de

Lebenslauf

PERSÖNLICHE DATEN

Geburtsdatum:	28.09.1982, (Oelde / Germany)
Familienstand:	ledig
Nationalität:	Deutsch

AUSBILDUNG

08/1989 – 07/2001	Freie Waldorfschule Gütersloh (Friedrichsdorf, Deutschland)
08/2001 – 06/2002	Abschluss: Allgemeine Hochschulreife (Matura) an der Rudolf - Steiner - Schule Bielefeld, Deutschland
04/2003 – 02/2004:	BA Studium der Romanistik und Literaturwissenschaft an der Universität Bielefeld, Deutschland
04/2004 – 09/2006:	Magister Studium der Ethnologie, Friedens- und Konfliktforschung und Politikwissenschaft an der Philipps-Universität Marburg, Deutschland
07/2006	Zwischenprüfung zur Medizinethnologie und Migrationstheorien
10/2006	Fortsetzung des Studiums im 2. Abschnitt, am Institut für Kultur- und Sozialanthropologie an der Universität Wien, Österreich
seit 10/2006	Spezialisierung: 1. auf medizinethnologische Fragestellungen und soziologische Aspekte der Biomedizin, mit dem Studienschwerpunkt MAKOTRA (Medical Anthropology, Körperbewusstsein, Transkulturalität) am Institut für Kultur- und Sozialanthropologie. 2. Visuelle Ethnologie (Foto und Film) Wählfachschwerpunkt: Körperregime und Psychoanalyse in der Genderforschung, Konfliktforschung und Mediation und die Auseinandersetzung mit Fragen zur Prävention, Nachhaltigkeit und Ethik in der Medizin

BERUFLICHE TÄTIGKEITEN

Auslandsaufenthalte

06-09/2003	Kanada
07-09/ 2004	Süd-Ostasien
08/2005	Forschungsexkursion zu Arbeitslosigkeit und Jugendliche in den Iran im Rahmen des Studiums
08/2007	China

PRAKTIKA/PROJEKTE

09 – 12/2005
parallel zum Studium

Regieassistent bei Steffen Schmidt, Organisation und Betreuung der Proben und Auftritte Marburg, Deutschland

05/2009

Teilnahme an der Projektwerkstatt zur Herstellung eines dokumentarischen Kurzfilmes Wien, Österreich

seit 09/2009
parallel zum Studium

Beteiligung an der konzeptuellen Weiterentwicklung und Umsetzung des „Ethnographic and documentary Filmfest Vienna“ ETHNOCINECA

Konzeptionierung und Durchführung der Projektwerkstatt zur Herstellung eines dokumentarischen Kurzfilmes in Kooperation mit der ETHNOCINECA und SOHO in OTTAKRING Wien, Österreich

BESONDERE KENNTNISSE/ SONSTIGES

Fremdsprachen:

Englisch	–	fließend in Wort und Schrift
Französisch	–	fließend in Wort und Schrift
Spanish	–	Grundkenntnisse

Wien, Juli 2012