



Institut für Ethnologie Freiburg

Freiburger Ethnologische Arbeitspapiere Nr. 26
Working Paper

Kirsten Budig

Die biosoziale Diabetessportgruppe Team D in Buenos Aires
Zusammenspiel von kollektiver Identität und individuellem
Krankheitserleben der Mitglieder

2014

ALBERT-LUDWIGS-UNIVERSITÄT



FREIBURG

Freiburger Ethnologische Arbeitspapiere
Working Papers

Herausgegeben von:

The Working Papers are edited by:

Institut für Ethnologie
Albert-Ludwigs-Universität Freiburg
D-79085 Freiburg, Germany
Werthmannstr. 10

Tel. +49 761 203 3593, Fax +49 761 203 3581

E-Mail: sekretariat@ethno.uni-freiburg.de

Geschäftsführende Herausgeberin / Managing Editor:
Prof. Dr. Judith Schlehe

This is an electronic edition of Kirsten Budig „Die biosoziale Diabetessportgruppe Team D in Buenos Aires. Zusammenspiel von kollektiver Identität und individuellem Krankheitserleben der Mitglieder“ Arbeitspapier/working paper Nr. 26
Institut für Ethnologie
Albert-Ludwigs-Universität Freiburg
Freiburg 2014

ISSN: 1864-5542

Electronically published 15.04.2015

This text may be copied freely and distributed either electronically or in printed form. Please regard following restrictions:

- it is not allowed to distribute or copy the text in any other form without a permission of the Institute and author;
- it is not allowed to charge money for the text;
- no parts of the text may be utilized without permission of the author and Institute;
- keep the copyright notice

For permission to copy or distribute the text in any other form, you have to contact:
sekretariat@ethno.uni-freiburg.de
Subeditor / Redaktion: Dr. Andreas Volz

ISSN: 1864-5542

© Autor/In und Institut für Ethnologie der Universität Freiburg
Bachelorarbeit
zur Erlangung des akademischen Grades „Bachelor of Arts“
der Philologischen, Philosophischen und Wirtschafts- und
Verhaltenswissenschaftlichen Fakultät der
Albert-Ludwigs-Universität Freiburg i.Br.

vorgelegt von
Kirsten Budig
aus Freiburg
Sommersemester 2014
Ethnologie

Inhalt

I . Einleitung.....	1
II . Theoretischer Hintergrund: Zusammenhänge zwischen <i>illness</i> und kollektiver Identität.....	2
1. Aktuelle Entwicklungen im Feld von Gesundheit und Krankheit	2
2. <i>Illness</i> als Erleben und Deuten von Krankheit	3
3. Identitätsdiskurse und kollektive Identität	3
4. Biosozialität	6
4.1. Auswirkungen der Biosozialität auf Identität und soziale Praktiken.....	7
III . Methoden und Methodenreflexion	9
1. Forschungsansatz und Konzept der Datenauswertung.....	9
2. Datenerhebung.....	10
2.1. Teilnehmende Beobachtung	10
2.2. Qualitative Interviews	11
2.3. Meine Rolle im Feld.....	12
IV . Kontext der Forschungsarbeit	13
1. Die Krankheit Diabetes	13
2. Ethnologischer Kontext: Argentinien und sein Krankheitsbegriff.....	14
2.1. Das Untersuchungsumfeld Argentinien und Buenos Aires	14
2.2. Die Entwicklung der Gesundheitspolitik und des Gesundheitssystems in Argentinien.....	15
2.3. Gesundheitseinstellung der Argentinier in Buenos Aires	15
2.4. Der Umgang mit Diabetes	16
V . Auswertung und Ergebnisse des Forschungsprojekts.....	17
1. Merkmale der kollektiven Identität des Team D.....	17
1.1. Merkmale der Diabetessportgruppe Team D	17
1.1.1. <i>Entstehung, Angebot und Ziele der Gruppe</i>	17
1.1.2. <i>Zusammensetzung der Gruppe</i>	18
1.1.3. <i>Diabetes als Basis der biosozialen Gruppe</i>	19
1.1.4. <i>Soziostrukturelle Gemeinsamkeiten als Zugangsvoraussetzungen und bindendes Element</i>	20
1.1.5. <i>Geteilte Vorstellungen vom Selbstpflegeverhalten</i>	20
1.2. Kollektive Praktiken und Diskurse als Handlungswissen generierende und identitätsstiftende Elemente	21
1.2.1. <i>Praktizierte Narrationen</i>	21
1.2.1.1. <i>Individuelles Krankheitserleben als Basis gemeinsamer Identität?</i>	21
Die Diagnose Diabetes als verbindender Einschnitt	22
Beispiele für Erklärungsmodelle von Diabetes in der Gruppe	23

1.2.1.2. <i>Formung gemeinsamer Narrationen als Zeichen kollektiver Identität</i>	23
Entwicklung eines aktiven Selbstpflegeverhaltens	24
Humor als Element des gemeinsamen Diskurses	25
1.2.2. <i>Sport als gemeinsame Praxis</i>	25
1.2.3. <i>Das Team D und die 'Anderen'</i>	27
1.2.3.1. <i>Abgrenzung zu anderen Diabetikern</i>	27
1.2.3.2. <i>Distanzierung zu Ärzteschaft und Medizin</i>	28
1.2.3.3. <i>Außenwahrnehmungen des Team D</i>	29
2. <i>Zusammenspiel zwischen Gruppenidentität und individuellem Krankheitserleben</i>	30
2.1. <i>Gruppe als Ort des Erlebens von Illness</i>	31
2.2. <i>Integration der kollektiven Identität des Team D in das individuelle Kranksein</i>	31
2.3. <i>Bedeutung der kollektiven Handlungs- und Deutungsmuster im Identitätsgefüge des Einzelnen</i>	33
Dissonanzen zwischen kollektivem Bewusstsein und individueller Lebensführung.....	35
Die biosoziale Gruppe als isolierter Lebensbereich	36
2.4. <i>Empowerment durch Teilnahme an der biosozialen Gruppe?</i>	36
3. <i>Diskussion der Ergebnisse</i>	37
VI. <i>Schluss</i>	40
Literaturverzeichnis.....	41

I . Einleitung

Weltweit sind mehr als 380 Millionen Menschen von Diabetes mellitus betroffen, einer chronischen Erkrankung, die zentraler Auslöser für Herz- und Gefäßerkrankungen ist, welche wiederum Haupttodesursachen sind (IDF 2014).

Bis 2030 wird sich die Zahl der Erkrankungen in manchen Regionen verdreifachen, vor allem in Afrika, Asien, im Nahen Osten und Südamerika. Diese prognostizierte Entwicklung bildet die aktuelle epidemiologische Veränderung („epidemiological transition“, WHO 2013) ab, die eine globale Zunahme an nicht-übertragbaren, chronischen Krankheiten beschreibt, bedingt durch im Zuge des gesellschaftlichen Wandels veränderte Arbeitsbedingungen, und Ernährungsgewohnheiten sowie eines neuen Freizeitverhaltens (Van Eeuwijk 2003: 234).

Während eines Praktikums in Buenos Aires im Frühjahr 2012 stellte ich, selbst Diabetikerin, überrascht fest, wie viele Gruppen für Diabetiker¹ es in Buenos Aires gibt. Obwohl die Prävalenz für Diabetes in Argentinien nur geringfügig höher ist als in Deutschland, existieren nach eigener Recherche in Buenos Aires deutlich mehr Diabetesgruppen als in Berlin. Dieser wahrgenommene Unterschied motivierte mich dazu, für mein Forschungsprojekt dieses Feld in Buenos Aires genauer zu betrachten. In der Anfangsphase im Feld besuchte ich verschiedene Diabetesgruppen, die sich auf Basis der gemeinsamen Diagnose, also ihrer ‚Biosozialität‘ (Rabinow 2005) gegründet hatten. Mir fiel auf, dass sich einige Gruppen durch ein starkes Zusammengehörigkeitsgefühl auszeichneten, wie das Team D, welches zu meiner Forschungsgruppe wurde; andere hingegen agierten hauptsächlich zweckgebunden. Die Biosozialität allein scheint also noch kein Wir-Bewusstsein zu produzieren. Daraus ergab sich meine zentrale Fragestellung: Welche Aspekte wirken auf die Formung der kollektiven Identität einer Diabetesgruppe ein?

Es deutet sich an, dass die kollektive Identität in Wechselwirkung zwischen Gruppenwahrnehmung und individueller Selbstwahrnehmung entsteht. Deshalb gliedert sich die Arbeit in zwei Teile. Der erste soll die Wirkung dieser individuellen Selbstwahrnehmung auf die Formung der Gruppenidentität darstellen. Dabei ergeben sich folgende Fragen: Auf welcher Grundlage basiert die Gruppe? Wie prägt das individuelle Erleben von Krankheit die gemeinsame Identitätspraxis und welche Rolle spielen anderen identitätsstiftende Aspekte der Individuen?

Der zweite Teil soll die Wirkung kollektiver Identitätspraxis auf die Identität der Teilnehmer darstellen. Zentrale Frage ist dabei: In welcher Weise beeinflusst diese das individuelle Erleben von Kranksein und dessen Integration in die eigene Identität?

¹ Zur Vereinfachung der Darstellung wird im Weiteren die weibliche Form unterschlagen; in jedem Fall ist dabei jedoch auch die entsprechende weibliche Person gemeint.

Diese Fragestellung werde ich nun, aufbauend auf einer Erläuterung relevanter theoretischer Konzepte und einer Schilderung des gesellschaftlichen Kontexts der Gruppe Team D, diskutieren.

II . Theoretischer Hintergrund: Zusammenhänge zwischen *illness* und kollektiver Identität

1. Aktuelle Entwicklungen im Feld von Gesundheit und Krankheit

Jeder hat eine Vorstellung von Gesundheit und Krankheit, die in verschiedenster Weise auf die jeweiligen Lebenswelten einwirkt. Solche Konzepte und deren Bedeutung haben sich in den letzten Jahrzehnten vielerorts rasant verändert. Die Veränderungen beruhen auf verschiedenen gesellschaftlichen Trends und Entwicklungen und werden insbesondere durch die stetig voranschreitende Biomedikalisierung geprägt, eine der größten sozialen Transformationen unserer Zeit (Clarke et al. 2003: 161). Ihr ging der Prozess der Medikalisierung voran, bei dem immer mehr menschliche Lebensbereiche in den Forschungsfokus und Verantwortungsbereich der Medizin rückten. Die Biomedikalisierung erweitert und vertieft diese Kontrolle und diesen Einfluss durch eine technoscience (Wehling 2011), also neue technologische und wissenschaftliche Erkenntnisse und Handlungsoptionen wie Gentechnik in der Medizin, die darüberhinaus sogar eine Transformation von Individuen ermöglichen (Clarke et al. 2003: 162). Mit dieser neuen Art von Kontrolle gehen verschiedene Entwicklungen einher: Den ersten wichtigen Aspekt stellt die Fokussierung auf Gesundheit, deren Promotion und Krankheitsprävention dar. Gesundheit wird zur moralischen und sozialen Verpflichtung, nach der es zu erstreben gilt (ebd. 171; Scheper-Hughes und Lock 1987: 26; Rabinow 2005: 187). In Bezug auf chronische Erkrankungen wie Diabetes fordert eine solche Position eine stetige Selbstüberwachung und aktive Selbstpflege. Diese umfasst "the range of behaviour undertaken by individuals to promote or restore their health." (Dean 1989: 117). Dadurch verändert sich auch die Arzt-Patienten-Konstellation, da der Patient durch neues Wissen und die Übertragung von Selbstpflegeverantwortung scheinbar unabhängiger und selbständiger handeln kann und sich so dem Zuständigkeitsbereich der Biomedizin entzieht. Gleichzeitig aber weisen Clarke et al. darauf hin, dass zum Beispiel durch das Ermitteln von Risikofaktoren und deren Überwachen oder die ‚Optimierung‘ durch Genbehandlung das ‚Normale‘ problematisiert wird und letztendlich „everyone is implicated in the process of eventually "becoming ill"“ (2003: 172). Diese Entwicklungen der Biomedikalisierung und der inhärenten Technowissenschaft sind Teil und Werkzeug dessen, was insbesondere in der Soziologie – auf Foucaults Begrifflichkeiten aufbauend – mit dem Konzept der Biomacht beschrieben wird, die die Diskurse und Praktiken im Zusammenhang mit Gesundheit und Körperlichkeit sowohl auf individueller als auch auf Bevölkerungsebene subtil formt (Whyte 2009: 9f.; Rose 2006: 4). Auf politischer Ebene äußert sich das in Konzeptualisierungen von Gesundheit und Krankheit und der Organisation von Wissen und Ressourcen, also in der Biopolitik (Clarke et al. 2003: 172).

Vor diesem Hintergrund müssen individuelle Wahrnehmungen von Gesundheit und Krankheit und daraus resultierende Handlungen betrachtet werden.

2. *Illness* als Erleben und Deuten von Krankheit

Zur Beschreibung der Erfahrung oder des Zustands von Krankheit haben, ausgehend von der amerikanischen Medical Anthropology, drei Begriffe Eingang in den dominanten Diskurs gefunden: *disease*, *illness* und *sickness*. *Disease* beschreibt das, was die Biomedizin auf Basis ihrer empirisch-wissenschaftlich ermittelten Kategorien als physiologische oder psychische Krankheit definiert. Dem entgegengesetzt steht *illness*, das subjektive und individuelle Erleben von und das Handeln in Bezug auf Krankheit, für das im deutschsprachigen Raum als Äquivalent der Begriff ‚Kranksein‘ eingeführt wurde (Pfleiderer und Bichmann 1985: 25ff.). *Disease* vertritt somit die etische Sichtweise auf eine Krankheit, das medizinische ‚Label‘, das einer Person zugeschrieben wird, *illness* die emische (Sobo 2011: 15). Dazu gehören laut Arthur Kleinman alle „personal, interpersonal, and cultural reactions to disease or discomfort.“ (Kleinman et al. 1978: 252). Für Kleinman et al. werden diese Reaktionen vor allem durch die Erklärungsmodelle, die ein Individuum für seine *illness* entwickelt, beeinflusst. Sie enthalten individuelle Erklärungen von Ursachen, Symptomen, Behandlung und Ernsthaftigkeit der Krankheit (1978: 254). Wichtig ist dabei, dass dieses „making sense of an illness“ (Jezewski and Poss 2002: 3) sich abhängig vom Kontext und Krankheitsverlauf ständig im Wandel befindet (vgl. Kleinman et al. 1978: 257). *Illness* stellt für ein Individuum in den allermeisten Fällen eine Disruption (Kelly et al. 2005: 3; Montez und Karner 2005: 1088) dar, die eine Neuorganisation vieler seiner Lebensbereiche und täglicher Routinen erfordern kann und es zwingt „to create new meanings, understandings, and frames of reference (Montez und Karner 2005: 1088). Diese neuen Aspekte der Selbstwahrnehmung “infuse, interact, combine and contest with other identity claims” (Novas und Rose 2000: 491) und deren Position im Identitätsgefüge wird ständig neu ausgehandelt.

Als Erweiterung der sehr auf das Individuum bezogenen Termini *illness* und *disease* führte die kritische Medizinanthropologie den übergeordneten Begriff *sickness* ein, „the process for socializing disease and illness“ (Young 1982: 270). Ökonomische, politische und institutionelle Faktoren nehmen Einfluss auf die Formung und gesellschaftliche Verteilung von Krankheit. In diesem Sinne lässt sich eine Verbindung zum Konzept von Biomacht beziehungsweise Biopolitik ziehen, die Vorstellungen von *sickness* in einer Gesellschaft prägen.

3. Identitätsdiskurse und kollektive Identität

Die Identität von Individuen und Gruppen spielt in den Sozialwissenschaften eine wichtige Rolle. Sie wird je nach Disziplin aus unterschiedlichen Blickwinkeln und mit unterschiedlichen Bedeutungsschwerpunkten betrachtet, die sich zudem im Lauf der jeweiligen Wissenschaftsgeschichte stark verändert haben. Eine umfassende Beschreibung der

Verwendung des Identitätsbegriffs in den Sozialwissenschaften ist deshalb schwierig. Sie wird hier nur soweit vorgenommen, wie es für das Verständnis der Verwendung des Begriffs in dieser Arbeit zweckmäßig ist.

Ab Mitte des 20. Jahrhunderts gewann der Identitätsbegriff unter Einfluss psychologischer Theorien in der Kultur- und Sozialanthropologie an Popularität. Die Identität einer Person wurde dabei als historisch und kulturell geprägtes Selbstbild verstanden, das erstens mit der sozialen Gruppe, zu der sie sich zugehörig fühlt, mehr oder weniger übereinstimmt (Van Meijl 2008: 170) und sich zweitens durch Stabilität und Dauer auszeichnet (Reckwitz 2001: 29). Die Identifikation eines Individuums mit einer sozialen Gruppe wurde dabei insbesondere mit primordialen Bindungen, gemeinsamer Kultur, Ethnie oder gemeinsamem sozialen Hintergrund in Verbindung gebracht und auf diese Aspekte hin untersucht (Donahoe et al. 2009: 13).

Die sozialwissenschaftliche Auseinandersetzung mit personaler und kollektiver Identität erlebt seither einen bis heute andauernden Boom, der durch die Trends der Individualisierung und Globalisierung befeuert wird. Neuere Identitätsbetrachtungen gehen mit einer Problematisierung des Selbst einher (Rammert 2002: 12), zudem haben sich „mannigfache Arenen zur Auseinandersetzung um kollektive Identitäten ausgebildet“ (Reckwitz 2002: 22). Dazu tragen vor allem durch weltweite Migrationsbewegungen entstandene multi-ethnische Bevölkerungszusammensetzungen und veränderte soziale Strukturen sowie die neuen Möglichkeiten der kommunikativen Vernetzung von grenzüberschreitenden ‚communities‘ (vgl. Novas und Rose 2000: 508) bei.

Diese veränderten politischen und sozialen Kontexte und fachinterne Diskurse haben in der Ethnologie zu einer lebhaften Debatte um Identitätstheorien und deren Eignung als Mittel der Analyse geführt (Van Meijl 2008: 170). Brubaker und Cooper beispielsweise kritisierten das Konzept der Identität als mit einer Vielfalt an Bedeutungen vollkommen überladen und forderten dessen Ersetzen durch andere, spezifischere Konzepte (2000: 34). Andere hingegen betonen dessen Wert als analytisches Werkzeug und gehen seine Rekonzeptualisierung an.

Da ich mich in der vorliegenden Arbeit auf Konzepte der personalen und der kollektiven Identität beziehe und diese zur Datenauswertung heranzog, gehe ich im Folgenden auf einen solchen rekonzeptualisierten Identitätsbegriff ein, der sich an den Überlegungen von Martin Sökefeld orientiert. Dieser definiert Differenz, Pluralität und Überschneidung als die drei zentralen zusammenhängenden Dimensionen der Identität (Sökefeld 2001: 535).

Das was in der Ethnologie, beeinflusst von postkolonialen und feministischen Diskursen im Zuge der *writing culture*-Debatte, als *othering* oder als Konstituierung des Anderen in Abgrenzung zum Selbst diskutiert wurde, deutet bereits auf Differenz als wichtige Dimension der Identitätsbildung hin. Eine Identität erhält ihre Bedeutung vornehmlich in der Kontrastierung zur Identität des oder der ‚Anderen‘ (Van Meijl 2008: 173). Sobald man Identität beschreibt, findet eine Abgrenzung, zu dem was die Identität nicht miteinschließt, statt. Dies verdeutlicht, dass sowohl individuelle also auch kollektive Identitäten nicht als gegeben

betrachtet werden können, also beispielsweise nicht allein durch Merkmale des Geschlechts, der Kultur oder der Ethnie geschaffen werden. Sie nehmen zwar Einfluss auf die Bildung von Identität, gleichzeitig wird diese aber aus persönlichen Erfahrungen des Eigen- und Anderseins heraus aktiv konstruiert und beständig transformiert (vgl. Rammert 2002: 11; Sökefeld 2001: 535).

Die zweite Dimension von Identität ist das, was unter den Begriffen der Pluralität der „multiple identifications“ (Cohen 2000) oder „Bindestrich-Identitäten“ (Hahn 2013: 62) gefasst wird. Jedes Individuum verkörpert eine Vielzahl verschiedener Teil-Identitäten. Zum Beispiel ist jemand Diabetiker in Buenos Aires, argentinischer Staatsbürger, hat peruanischen Migrationshintergrund, ist Städter, begeisterter Hobbyfußballspieler und alleinstehender Mann. Diese multiplen Identifikationen überlappen sich. Sie wirken aufeinander ein, können sich wechselseitig verstärken oder miteinander in Konflikt oder Konkurrenz geraten (Sökefeld 2008: 197) und in Abhängigkeit vom jeweiligen situativen Kontext in den Vordergrund oder Hintergrund treten. Ebenso verhält es sich mit dem was im Umkehrschluss als das Andere konstruiert wird. Diese Überschneidungen bilden eine weitere Dimension der Identität.

Die vorgestellten Dimensionen gelten auch in Bezug auf kollektive Identitäten. Sie entstehen im Wechselspiel zwischen Innen- und Außenwahrnehmungen des Wir-Bewusstseins (Streck 2000: 301), das in „bindungsstiftenden Praktiken und Semantiken, [...] wie ritualisierte Handlungen und schematisierte Deutungen [...], geformt und gefestigt wird“ (Rammert 2002: 11).

Pluralität und Überschneidung lassen sich auch in den Tendenzen der Hybridisierung und Fragmentierung kollektiver Identitäten finden (Snow 2001: 2213; Reckwitz 2002: 32). So erschaffen türkische Migranten in Berlin eine neue gemeinsame Hybrididentität, die sich aus Praktiken ihrer türkischen Kultur und aus der ihrer neuen Heimat speist. Die Fragmentierung kollektiver Identitäten zeigt sich darin, dass, neben den ‚traditionellen‘ Markern für Identität wie ethnische Herkunft, Kultur und Religion, neuartige Orientierungspunkte entstanden sind (Snow 2001: 2214) wie ein gemeinsamer Lebensstil oder auch die Betroffenheit von einer chronischen Krankheit. Diese Zugehörigkeitswahrnehmungen beeinflussen sich untereinander, so dass manche schwächer werden oder wegfallen, andere erstarken oder sich miteinander verbinden (vgl. Sökefeld 2008: 198).

Der Einzelne hat heute im Sinne der multiplen Identifikationen zahlreiche Optionen für Selbstdefinitionen. Dies macht bei der Betrachtung der Identität eines Individuums das Einbeziehen einer Konzeptualisierung des ‚Selbst‘ notwendig. Versteht man Identität zumindest teilweise als konstruiert, dann muss man Individuen auch als Akteure betrachten, die Identitäten konstruieren und dekonstruieren (Sökefeld 2001: 542), also reflektierend agieren oder – minimalistisch definiert – fähig sind zu handeln. Andernfalls würde man Gefahr laufen, ein Individuum als reines „subject to the postmodern conditions of plurality, intersectionality and difference“ (Van Meijl 2008: 176) zu betrachten.

4. Biosozialität

Biosociality beziehungsweise Biosozialität ist ein von Rabinow (2005) geprägtes Konzept, das in Diskurse der Medizinanthropologie und -soziologie Eingang fand und diese auch aktuell mitprägt. Es nimmt Bezug auf die eingangs vorgestellten gesellschaftlichen Transformationsprozesse durch Biomedikalisierung und der inhärenten *technoscientization* der Medizin (Wehling 2011). Daraus resultierende Diagnose-, Therapie-, und Rehabilitationsmöglichkeiten können weitreichenden Einfluss auf das körperliche Befinden sowie die Identität und Sozialität betroffener Menschen haben. Als zentrales Element der technowissenschaftlichen Transformation sieht Rabinow dabei die Gendiagnose. Weltweit arbeiten Wissenschaftler daran, die menschliche DNA zu entschlüsseln und Veränderungsmöglichkeiten auszuloten. Dieses Wissen wird neue Formen der Wahrnehmung und Repräsentation von Individuen und neue Kontroll- und Interventionsmöglichkeiten hervorbringen und Rabinows zentrale ethnographische Frage dabei ist: „How will our social and ethical practices change as this project advances? (2005: 182). Die Veränderung sozialer Praktiken beschreibt er im Konzept der Biosozialität. In ihrem Extrem und auf zukünftige Entwicklungen blickend entwirft er dabei die Vision einer „autoproduction“ (ebd. 186) von Individuen als gesellschaftlichen Ausgangspunkt, ermöglicht durch Techniken der Gendiagnose und -manipulation. Aus seiner wenig technikkritischen Sicht wird die Dichotomie zwischen Natur und Kultur aufgehoben, da dann beide künstlich und konstruiert sind und alte Kategorien der Gesellschaftsordnung werden ab- beziehungsweise aufgelöst. (ebd. 186).

Für die vorliegende Arbeit ist ein anderer Aspekt der Biosozialität bedeutend: die Wahrnehmung und Repräsentation von Individuen sowie die Bildung neuer Identitäten, sozialer Gruppen und Beziehungen aufgrund des neuen medizinischen Wissens über den Menschen insbesondere auf molekularer Ebene. Erkennt sich beispielsweise eine Frau anhand eines Brustkrebs-Gen-tests als Trägerin des 1990 entdeckten Hochrisikogens, verändert dies ihre Selbst- und Außenwahrnehmung und sie sucht möglicherweise Kontakt zu anderen Betroffenen, schließt sich also einer biosozialen Gruppe an. Rabinows Entwurf von Biosozialität ist stark auf die Auswirkungen der Genanalyse fokussiert. Dieser lässt sich aber in seinem Wortsinne auf biologisches und biomedizinisches Wissen bzw. Know-how im Allgemeinen beziehen und ist damit kein radikal neues Konzept, „ (...)‘traditional’ biosocialities are based on age, gender, or ethnicity“ (Guell 2011: 388; vgl. Whyte 2009: 10). Jedoch bezieht es die Möglichkeiten und Entwicklungen neuer Bio- und Medizintechnologien mit ein.

An diese Überlegungen anknüpfend erweiterten Rabinows Schüler sein Konzept und prägten Ideen von „somatic individuals“ (Novas und Rose 2000), der „biological citizenship“ (Petryna 2002; Rose 2006) und „technoscientific identities“ (Clarke et al. 2003), die in ihrem Verständnis, wie bei Rabinow, an den Foucaultschen Theorien von Körper und Macht orientiert sind.

4.1. Auswirkungen der Biosozialität auf Identität und soziale Praktiken

Auf die Identität eines Individuums wirken neben der Krankheit selbst sowohl die Diagnose und damit verknüpft die Handlungsmöglichkeiten im Hinblick auf diese, als auch die (techno-)medizinische Intervention (vgl. Clarke et al. 2003: 182). Durch sie verändert sich der somatische Status einer Person: Menschen werden zu Personen mit chronischer Erkrankung wie Diabetes oder HIV, können dank einer Fruchtbarkeitsbehandlung auf einmal Kinder bekommen, erhalten neuartige „Krankheitslabel“ wie die Aufmerksamkeitsdefizitstörung (ADHS) oder werden durch Gentests zu „marked individuals“ (Novas und Rose 2000: 486), also Individuen, bei denen eine bestimmte Wahrscheinlichkeit für den Ausbruch einer Krankheit vorliegt und die so plötzlich einer „population at risk“ (ebd. 500) zugerechnet werden.

Ein bekanntes Beispiel ging im Mai 2013 durch die Presse: Angelina Jolie beschrieb in einem Essay, dass ihr die Ärzte aufgrund ihrer familiären Krankengeschichte und eines Gentests auf das Risikogen BRCA1 eine 87-prozentige Wahrscheinlichkeit prognostiziert hatten, Brustkrebs zu entwickeln. Sie entschloss sich daraufhin zu einer risikominimierenden beidseitigen Mastektomie² und erklärte: “Once I knew that this was my reality, I decided to be proactive and to minimize the risk as much as I could.” (New York Times 2013). Diese Aussage macht deutlich, wie sich eine solche Gendiagnose auf ein Individuum auswirken kann. Das Wissen über den Körper, in diesem Fall das Risiko einer Erkrankung, beeinflusst die Selbst- und Fremdwahrnehmung. Sie verändert Erklärungsmodelle, Selbstbeschreibungen und -beurteilungen sowie Zuschreibungen von außen. Sie wird zu einer neuen Wahrheit (Rabinow 2005) oder Realität, die im Sinne unseres Gesundheitsstrebens die Verantwortung, proaktiv zu handeln, impliziert (Rose 2006: 134).

Weiter kann der somatische Zustand eines Individuums ein kollektivierendes Moment haben, wenn er öffentlich wird. Angelina Jolie veröffentlichte ihr Statement, um Frauen für das Thema Brustkrebsrisiko zu sensibilisieren und auf die Möglichkeit des Genscreenings sowie eines präventiven Eingriffs aufmerksam zu machen (New York Times 2013). Die Resonanz auf den Artikel war weltweit groß, löste im Web Debatten und Diskussionen aus, motivierte andere Frauen zu ähnlichen Stellungnahmen. Diese Aspekte spiegeln wieder, was Rose unter den Konzepten der „rights und digital biocitizenships“ (2006: 135) zusammenfasst. Sie beinhalten Formen des Aktivismus wie beispielsweise des Lobbyismus für eine Krankheit (vgl. Rabinow 2005: 186), den Kampf gegen Stigmatisierung und die Bildung digitaler Gemeinschaften, wie die Gründung eines Diskussionsforums von Risikogenträgern.

Betroffene Menschen bilden aufgrund ihres Krankheitsrisikos oder ihres Krankseins beziehungsweise eines ähnlichen somatischen oder genetischen Status (Rabinow 2005: 187) neue soziale Gruppen, deren Mitglieder unter anderem

“[...]meet to share their experiences, lobby for their disease, educate their children, [and] have medical specialists, laboratories, narratives, traditions, and a heavy panoply

² Amputation der Brustdrüsen

of pastoral keepers to help them experience, share, intervene, and ‘understand’ their fate (Rabinow 2005: 102).”

Primäre Bezugspunkte von Identifikation, wie ethnische Herkunft oder soziale und kulturelle Erfahrungen, treten in den Hintergrund.

Als zentraler positiver Effekt der Bildung einer biosozialen Gruppe wird von mehreren Autoren das *empowerment* ihrer Angehörigen und der Gruppe als Ganzes hervorgehoben. Die Angehörigen können ihr Wissen über ihren Zustand sowie Therapiemöglichkeiten durch Erfahrungsaustausch vergrößern und so selbst zu Experten ihrer Krankheit werden, aktiver (Behandlungs-)Entscheidungen treffen und besser die Kontrolle über ihr Selbst behalten (vgl. Clarke et al. 2003: 173). Ihre Position gegenüber Ärzten oder anderen biomedizinischen Akteuren wie Pharmaunternehmen oder Gesundheitspolitikern verändert sich, weil dadurch der Laien-Expertengegensatz zumindest teilweise aufgehoben wird (Clarke et al. 2003: 177; Novas und Rose 2000: 505).

Allerdings muss kritisch beleuchtet werden, wer überhaupt Zugang zu einer biosozialen Gruppe hat und wer diesen Zugang nutzt. Marginalisierten Bevölkerungsteilen bleibt die Möglichkeit, sich aktiv in eine biosoziale Gruppe einzugliedern, vermutlich oft versperrt. Nicht jeder hat die Möglichkeit, in Bezug auf sein Kranksein aktiv zu werden. Zwar eröffnet das Internet neue Möglichkeiten der Vernetzung und des Wissensaustauschs, auch über geografische und gesellschaftliche Grenzen hinweg (Rose 2006: 145). Trotzdem bleibt eine ‚digitale Kluft‘ bestehen, denn nicht jeder kann digitale Informations- und Kommunikationstechniken frei nutzen.

Wie lassen sich also unterprivilegierte und marginalisierte Bevölkerungsgruppen in das Konzept der Biosozialität einbeziehen? Bharadwaj (2008) beschreibt diese Teile der Bevölkerung in Indien als „bioavailable, never bioactive“. Wobei hier die Überlegung angestellt werden kann, ob nicht auch eine Marginalisierung selbst und der somatische Zustand die Basis für die Bildung einer biosozialen Gruppe darstellen können, wie es bei den von Guell untersuchten türkischen Diabetikern in Berlin der Fall ist (vgl. Guell 2011: 389).

Tatsache ist, dass der größere Teil der *biological citizens* sich heute nicht aktiv biosozial verhält, sondern sein Kranksein mit sich selbst ausmacht, vielleicht unterstützt von Familienmitgliedern und ärztlichen Anweisungen (vgl. Rose 2006: 144). Teils kann dies im Kontext der Personen begründet liegen, teils kann dies mit einer Verweigerung oder Ablehnung der biosozialen Rolle in Verbindung stehen. Denn zunächst einmal werden sie durch Kategorien der Biomedizin oder technowissenschaftliche Diagnoseverfahren zu somatischen Individuen gemacht und zum Beispiel mit einem bestimmten genetischen ‚Label‘ versehen. Eine solche Attribution von Identität muss nicht deren Akzeptanz bedeuten, sondern kann verschiedenartig ausgehandelt werden (vgl. Clarke et al. 83). Problematisch ist dabei, dass solche Zuschreibungen stigmatisierend wirken können, wie Anfang der 80er Jahre bei Trägern des HI-Virus. Wird diese biomedizinische Kategorisierung gar zur Grundlage einer neuen

Gesellschaftsordnung, läuft sie Gefahr sich Modellen wie der Eugenik oder Rassenlehre anzunähern (vgl. Rose 2006: 132).

In dieser Hinsicht kann man auch den Beitrag von Biosozialität zum *empowerment* kritisch hinterfragen. Denn Wissen und Handlungsspielraum in Bezug auf Diagnose und Behandlung werden durch Technologien und Wissenschaft generiert und festgesteckt. Bleibt der Betroffene in vielen Fällen nicht einfach Zuschauer im Spiel der Wissenschaft? Auch der Einfluss der Biomedizin bleibt beschränkt, viele Krankheiten können in ihrem Verlauf nicht aufgehalten werden und minimieren die Handlungsmöglichkeiten des Krankheitsträgers nach und nach (vgl. Brekke und Sirnes 2011: 353).

III. Methoden und Methodenreflexion

1. Forschungsansatz und Konzept der Datenauswertung

Die Medizinethnologie ist eine verhältnismäßig junge Teildisziplin der Ethnologie und erfreut sich heute großen Interesses als Forschungsbereich (Dilger und Hadolt 2012: 310). Die Ethnologie kann dabei in der Tat einen wichtigen Beitrag zum Diskurs um Gesundheit und Krankheit leisten. Das Thema der Arbeit, das auf den Konzepten von *illness* sowie personaler und kollektiver Identität aufbaut, lässt sich meiner Meinung nach am Geeignetesten mit qualitativen, ethnographischen Methoden untersuchen (vgl. Rammert 2002: 15), denn so kann man ein „richly textured (...) differentiated picture“ (Whyte 2009: 13) darstellen. Hypothesentestende und quantitative Verfahren scheinen eher ungeeignet, um Praktiken und Selbstwahrnehmungen zu beschreiben und zu analysieren. Gleichzeitig muss man sich auch der Besonderheiten des Felds, die aus der Thematik von Krankheit resultieren, bewusst sein, denn als Forscher dringt man dabei meist in sehr intime Lebenswelten ein (Knipper und Wolf 2004: 65f).

Meine Forschung orientiert sich am Ansatz der *grounded theory* (Glaser und Strauss 1998) beziehungsweise der gegenstandbezogenen Theoriebildung, die sich aus einer Kritik an der logisch deduktiven Theoriebildung heraus entwickelt hat. Hypothesen und Deutungen werden dabei auf der Grundlage des generierten Materials entwickelt. Wichtig ist es dabei, die Daten „zeitgleich zu erheben, zu kodieren und zu analysieren“ (ebd.: 52), sodass entstandene Konzepte direkt mit neuen Daten in Bezug gesetzt werden und so überprüft werden können (ebd.: 15; vgl. Mayring 2002: 106). Dies zu realisieren ist mir während meines Forschungsprozesses nicht immer gelungen; gerade zu Anfang der explorativen Phase steht man vor einer Masse an Daten, aus denen sich Ideen und Kategorien entwickeln und es fällt nicht immer leicht, diese zu organisieren und in Beziehung zueinander zu bringen. Die Feldforschung liefert einzigartige, dichte Beschreibungen von Lebenswelten und Deutungen. Die Herausforderung besteht meiner Meinung nach in der Organisation der Daten und darin, diese reflektierend „theoretisch zu durchdringen und (...) Einsichten zu systematisieren“ (Glaser und Strauss 1998: 54). Diese

Systematisierung erfolgte bei mir durch das Kodieren relevanter Aussagen für meine Forschung, entweder mithilfe des *in vivo codings* (Bernard 2002: 464) oder anhand meiner eigenen Begrifflichkeiten und Vorstellungen. Durch Bündeln und Abgleichen dieser Codes und Konzepte entwickelte ich dann zur weiteren Analyse und Deutung meiner Daten zentrale Kategorien, die ich miteinander verknüpfte.

Auf das Feld von Krankheit und Diabetes bereitete ich mich mit der Lektüre allgemeiner Literatur aus der Medizinethnologie vor. Argentinien-spezifische Forschungsarbeiten aus dieser Kategorie konnte ich nicht finden.

Nach meiner Ankunft in Buenos Aires kontaktierte ich verschiedene Diabetesgruppen und führte dann teilnehmende Beobachtungen bei den regelmäßigen Treffen in zwei Sportgruppen, einer Patientengruppe in einem öffentlichen Krankenhaus und einer Selbsthilfegruppe für junge Erwachsene durch. Die jeweiligen Gruppenleiter hatte ich im Voraus über meine Forschungsabsichten informiert, die mich bei ihren Gruppenmitgliedern stets ankündigten und meine Absichten erklärten, was die Einhaltung des *informed consent* vereinfachte.

In den ersten drei Wochen meines Aufenthalts in Buenos Aires nahm ich an allen sich mir bietenden Treffen teil, dann entschloss ich mich, meinen Fokus auf die Diabeteslaufgruppe Team D zu legen. Sie begegnete mir am aufgeschlossensten, dadurch erhielt ich subjektiv den besten Zugang. Zudem verfügte sie über die größte Zahl an regelmäßigen Teilnehmern und war mit 30 Minuten Anfahrt schneller und einfacher als andere Gruppen zu erreichen. Dadurch ist zwar kein repräsentatives Sample im klassischen Sinne gegeben (Bernard 2002: 190), was im Hinblick auf den Gegenstand dieser Arbeit aber auch nicht bedeutend ist, da Aussagen über die Wahrnehmungen und Bedeutungssysteme dieser spezifischen Gruppe getroffen werden sollen (ebd.: 197). Ein Sampling ist in diesem Zusammenhang vielleicht eher dadurch gegeben, dass die Mitglieder vielfältige Zugehörigkeiten kennzeichnen, sich in Alter und Geschlecht unterscheiden und über einen kurzen oder langen Zeitraum Typ-1- oder Typ-2- Diabetiker sind (vgl. Koski 2014: 79).

Während meines Aufenthalts im Feld äußerten die Mitglieder des Team D immer wieder Interesse daran, über meine Ergebnisse zu erfahren. Ich stehe mit der Leiterin sowie einem Trainer der Gruppe in Kontakt und habe vereinbart, nach Abgabe meiner Bachelorarbeit ein Resümee dieser auf Spanisch zu verfassen, das sie dann in der Gruppe präsentieren können.

2. Datenerhebung

2.1. Teilnehmende Beobachtung

In der explorativen Phase meiner Feldforschung nutzte ich zuallererst die Methode der teilnehmenden Beobachtung. Von den Teilnehmern des Team D wurde ich ebenso herzlich empfangen wie ich es bei anderen Neulingen beobachten konnte und es stellte sich schnell eine Vertrautheit mit meinen Forschungspartnern ein. Unterstützt wurde dieser Prozess durch meine

Kenntnisse des argentinischen Spanisch und lokaler Besonderheiten, da ich zu einem früheren Zeitpunkt bereits für zwei Monate in Buenos Aires ein Praktikum absolviert hatte. Mehr noch aber half mir sicherlich die Tatsache, dass ich selbst Diabetikerin bin und so in gleicher Weise wie die Anderen an den gemeinsamen Aktivitäten teilnehmen konnte. Aus diesen Gegebenheiten baute ich eine große Nähe zu der Gruppe und damit meinem Gegenstand auf, wie es die teilnehmende Beobachtung als Methode auch vorsieht (Mayring 2002: 80). In diesem Zusammenhang ist es umso bedeutender als Gegengewicht auch immer wieder den distanzierten, theoriegeleiteten Blick auf das Geschehen zu finden (Hauser-Schäublin 2008: 41; Flick 2007: 291). Darüber hinaus ist es wichtig, die Daten aus der teilnehmenden Beobachtung durch andere Daten zu ergänzen. Die Anwendung verschiedener Methoden hilft, tiefere Beschreibungen zu generieren und die subjektiven Ergebnisse valider zu machen (Knipper und Wolf 2004: 68). Gerade bei der Betrachtung von Praktiken und Narrationen kann es sehr fruchtbar sein, Material aus der Teilnahme, der Beobachtung, dem Dialog und zusätzlich aus der Analyse von Text, beispielsweise auf Facebook, miteinander in Bezug zu setzen. Beschreibungen auf der Facebookseite des Team D und von deren Internetseite zog ich später bei der Datenauswertung ergänzend hinzu, zweite wichtigste Methode war die Interviewführung.

2.2. Qualitative Interviews

Neben der teilnehmenden Beobachtung dienten mir die ausführlichen Gespräche und Interviews mit 14 der Teilnehmer als wichtigste Methode zur Materialgewinnung. Die Basis dafür bildeten die vertrauten Beziehungen, die ich in der ersten Phase der reinen teilnehmenden Beobachtung aufbauen konnte und sehr förderlich für eine freie und offene Kommunikationsbeziehung mit meinen Forschungspartnern waren. Erst diese ermöglicht einem „den Zugang zu dem Sinnsystem der Erzählperson [zu] finden“ (Helfferich 2005: 67). Ich entschied mich für die Durchführung von offenen, themenzentrierten, etwa einstündigen Interviews mithilfe eines Leitfadens. Einerseits gab mir dieser Sicherheit bei der Durchführung, andererseits sollten meine Interviewpartner trotzdem die Möglichkeit haben, ihre subjektive Wahrnehmung zu entfalten (Mayring 2002: 68). Mir ist dabei aufgefallen, dass eine solche Struktur auch meinem Gegenüber Sicherheit verschaffte und trotzdem noch genug Freiraum für die Entfaltung seiner Narrationen blieb.

Meinen Basisleitfaden kann man am ehesten mit dem Titel „Erleben von Diabetes“ auf den Punkt bringen. Er begann mit der Frage nach der ersten Wahrnehmung des Krankseins, die meist eine ausführliche Schilderung des Diagnoseverlaufs auslöste. Im zweiten Schritt erfragte ich Aspekte des Erlebens der Krankheit in deren Verlauf, also beispielsweise eigene und fremde Reaktionen darauf und soziale Unterstützung, die Selbstpflege im Alltag, Einschränkungen und zukünftige Erwartungen in Bezug auf das Kranksein. Ein weiterer Teil beinhaltete Fragen zur Gruppenteilnahme, so zum Beispiel Motivation und Bedeutung. Oft stellten mir meine

Interviewpartner gegen Ende des Interviews Rückfragen über meine eigenen Erfahrungen mit Diabetes in Deutschland. Ein Einbringen eigener Inhalte wird teilweise eher kritisch betrachtet (Bernard 2002: 217), meine zum Teil kontrastierenden Schilderungen regten mein Gegenüber aber oft nochmal zur Diskussion und zu neuen Äußerungen an. Im Verlauf der Gespräche fragte ich, soweit sich eine geeignete Situation ergab, auch nach klinisch-therapeutischen Diabetesmerkmalen, vor allem nach dem Langzeitblutzuckerwert, da diese biomedizinische Einschätzung das Kranksein aus einem anderen Blickwinkel beleuchtet und so andere Ansichten liefern kann.

Das Thema des Leitfadens, das ich die Forschung über beibehielt, war sicherlich etwas weit gefasst und eine weitere Fokussierung hätte im Hinblick auf die Analyse der Daten manchmal nicht geschadet und vielleicht auch tiefere Einsichten zu bestimmten Aspekten geboten. Andererseits ermöglichte mir das so gewonnene Material eine spätere Umorientierung in meiner Fragestellung und verschaffte mir einen ganzheitlicheren Eindruck.

2.3. Meine Rolle im Feld

Wie in der Einleitung beschrieben, basiert meine Feldforschung auch auf einem persönlichen Interesse. Meine eigenen Erfahrungen mit dem Diabetikersein und dem daraus resultierenden Eintritt in die ‚Welt des Diabetes‘ – also Schulungen, Selbstpflege, Zusammenkommen mit anderen Diabetikern, Endokrinologen, Diabetesberatern, der lokalen Selbsthilfegruppe und dem Zugang zu Online-Communities und Blogs – verschafften mir Zugang zum global dominanten Diskurs, zu Herausforderungen und Handlungsanleitungen und zum Erleben der Krankheit auf individueller Ebene. Dies bildete die Motivation und den Ausgang für eine wissenschaftliche Annäherung an das Thema, weshalb mein Vorhaben sicherlich Aspekte von Aktivismus beinhaltet. Im medizinethnologischen Diskurs wird vor dem „masquerading as academics“ (Sobo 2011: 24) einer solchen Forschung gewarnt, die nicht auf „praxis or pragmatic engagement“ (ebd.: 24) beruht. Ich bin mir dieser Kritik bewusst und meine besondere Verbindung zum Gegenstand hat mich in der Anfangsphase aufkommende Hypothesen auf ihr Potenzial als Beitrag zu bestehenden Problematiken testen lassen. Die Vertiefung meines theoretischen Hintergrunds, sowohl in Bezug auf medizinethnologische Konzepte als auch auf Methodenreflexion, und der spätere Abstand zum Feld im Anschluss an die Forschung, halfen mir aber, mein Material distanzierter und theoriegeleiteter auszuwerten.

Natürlich war die Datengenerierung auch von meinem Diabetikersein, aber ebenso von meiner Forscherrolle, meinem Gender, meinem Alter und meinem kulturellen Hintergrund beeinflusst. Wie bereits erwähnt erleichterte mir mein Diabetes den Zugang zum Feld, und dort – durch das gemeinsame ‚Label‘ – Gespräche auf Augenhöhe und ein größeres Verständnis der geschilderten Konzepte. Allerdings muss man hierbei vorsichtig sein, die Beschreibungen nicht zu sehr auf Basis der eigenen Sozialisation als Diabetiker zu deuten (vgl. Knipper und Wolf 2004: 62), sondern offen für neue Kategorien und Zusammenhänge zu sein.

Zwei weitere Merkmale, die Einfluss auf meine Datenerhebung hatten, möchte ich noch exemplarisch nennen: mein Alter und mein Geschlecht. Auch in Argentinien stößt man auf den in vielen Teilen Lateinamerikas verbreiteten *machismo* und Patriarchismus (Edwards 2008: 254f). Die Mehrheit meiner Forschungspartner war männlich und deutlich älter als ich. Ich sah mich zwar nicht mit sexuellen Offerten konfrontiert, viele der männlichen Gruppenteilnehmer schlüpften mir gegenüber aber in eine väterliche Rolle: Sie bestanden darauf, mich bei Dunkelheit nach Trainingsende nach Hause zu fahren und sprachen mich häufig mit „nena“³ an. In Interviewsituationen hingegen schienen sich einige dieser Männer aber in einen formaleren Rahmen versetzt (vgl. Helman 2001: 266), in dem sie ernst und auf respektvoll auf meine Fragen antworteten und intime Lebenswelten offen legten.

Ich würde mir deswegen keine Insider-Position zuschreiben, denn dieser Status ist situativ und an Selbst- und Außenwahrnehmungen gebunden. Außerdem gab es gleichzeitig Aspekte, die mich zum Outsider machten wie mein eigener soziokultureller Hintergrund und meine Forschungsabsicht. Es scheint mir wenig sinnvoll diese Dichotomie aufrecht zu erhalten, da sich solche Positionierungen im Feld ständig wandeln und immer wieder neu definieren. Durch das Bewusstmachen solcher Prozesse, durch „conscious subjectivity“ (Bernard 2002: 349), kann man sich wohl am ehesten zwischen Nähe und Distanz bewegen.

IV. Kontext der Forschungsarbeit

1. Die Krankheit Diabetes

Diabetes mellitus ist eine chronische Erkrankung, von der weltweit mehr als 380 Millionen Menschen betroffen sind (IDF 2014). Man unterscheidet zwischen Typ-1-Diabetes, Typ-2-Diabetes, mit einem Anteil von 90 % der häufigste Diabetes, und Gestationsdiabetes, ein während der Schwangerschaft temporär auftretender Diabetes.

Typ-1-Diabetes tritt auf, wenn die Bauchspeicheldrüse nicht genügend beziehungsweise kein Insulin produziert, Typ-2-Diabetes wenn der Körper das produzierte Insulin nicht effektiv nutzen kann. In beiden Fällen resultiert dies in einer erhöhten Konzentration von Zucker im Blut (Hyperglykämie), die auf lange Sicht zu einer Reihe von gesundheitlichen Problemen wie einer Verstopfung der Herz- und Blutgefäße oder Organversagen führen kann. In beinahe allen Ländern mittleren oder gehobenen Einkommens ist Diabetes die Hauptursache für kardiovaskuläre Erkrankungen, Erblindung, Nierenversagen und Fußamputationen.

Die Ursachen für eine Typ-1-Erkrankung sind bislang noch nicht vollständig erforscht. Es handelt sich um eine Autoimmunerkrankung, an der viele verschiedene Gene beteiligt sind und bei der die körpereigenen insulinproduzierenden Zellen angegriffen und zerstört werden. Die Entstehung von Typ-2-Diabetes setzt ebenfalls eine genetische Veranlagung voraus, tritt aber im Allgemeinen nur auf, wenn auslösende Faktoren wie Bewegungsmangel, Übergewicht oder

³Kleines Mädchen, Kleine

ungesunde Ernährung hinzukommen. Als Vorstufe des Typ-2-Diabetes zeigen viele eine gestörte Glukosetoleranz, die sich durch erhöhte Blutzuckerwerte auszeichnet aber noch nicht als Diabetes betrachtet wird.

Die Symptome ähneln sich, wobei sie bei Typ-1-Diabetikern aufgrund einer totalen Dysfunktion des Pankreas in extremerer Form auftreten. Sie zeigen sich als Unter- oder Überzuckerung des Bluts (Hyper- oder Hypoglykämien), die sich vor allem durch Schwitzen, Schwäche, Bewusstlosigkeit beziehungsweise Müdigkeit, Durst, Sehstörungen zeigen.

Typ-1-Diabetes muss im Rahmen einer intensivierten Insulintherapie behandelt werden. Dabei muss der Betroffene begleitend zu seinen Mahlzeiten die passende Menge Insulin spritzen. Um die Therapie zu erleichtern, wird Patienten oft empfohlen, auf geregelte Tagesabläufe, moderate Nahrungsaufnahme und regelmäßige sportliche Aktivität zu achten. Typ-2-Diabetes kann anfangs mit stoffwechselförderlichen Medikamenten behandelt werden, verlangt aber mit Voranschreiten der Krankheit meist die gleiche Therapie. Dieses Voranschreiten kann ein Typ-2-Diabetiker durch eine Umstellung seiner Ernährungs- und Bewegungsgewohnheiten deutlich verlangsamen (WHO 2013; IDF 2014).

2. Ethnologischer Kontext: Argentinien und sein Krankheitsbegriff

2.1. Das Untersuchungsumfeld Argentinien und Buenos Aires

Der Fokus dieser Arbeit liegt auf den Teilnehmern der Diabeteslaufgruppe Team D und ihrer Konstruktion einer kollektiven Identität. Dabei ist es wichtig sich bewusst zu machen, dass das Umfeld, das die Gruppe umgibt, also die argentinische Gesellschaft und ihre kulturellen Besonderheiten und, noch spezifischer, die Stadt Buenos Aires einen großen Einfluss auf die Formung der Gruppe haben.

Dabei spielen neben landes- und stadtspezifischen soziokulturellen identitätsstiftenden Aspekten insbesondere das bestehende Gesundheitssystem, in der argentinischen Gesellschaft verbreitete Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit sowie gegenwärtige Gesundheitskonzepte eine Rolle.

Aus diesem Grund gehe ich im Folgenden, mit einem Fokus auf Buenos Aires, auf einige, für die Arbeit relevanten Besonderheiten der argentinischen Identität ein und betrachte die argentinische Gesundheitspolitik in Bezug auf Diabetes.

Eine wichtige Prägung Argentiniens, wenn auch nicht die Einzige⁴, stellen die Einwanderer dar (vgl. Garabedian 2011: 1), die zum Charakteristikum einer heterogenen Gesellschaft mit einem vielfältigen kulturellen Erbe beitragen. Ein Großteil der europäischen Immigration im 19. und 20. Jahrhundert konzentrierte sich auf die urbanen Ballungsräume, während spätere

⁴ Geprägt ist Argentinien natürlich auch ebenso durch die koloniale spanische, indigene und Mestizen-Bevölkerung, die vor der ersten Immigrationswelle dort lebte und diese erst beflügelte (Edwards 2008: 198).

Immigranten aus Südamerika tendenziell eher in agrarwirtschaftliche Gebiete zogen, um dort Arbeit zu finden (Garabedian 2011: 9). So wird bis heute der schon früh etablierte Stadt-Land-Dualismus geprägt: Mit Buenos Aires als urbanem, fortschrittlichen, an europäischen Werten und Normen orientierten Machtzentrum auf der einen Seite und den ländlichen, von den *porteños*⁵ als indigen bzw. lateinamerikanisch und eher rückschrittlich und traditionalistisch wahrgenommenen Regionen auf der anderen Seite (Edwards 2008: 197).

Schon 1990 lebten 83 Prozent der Argentinier in Metropolregionen, etwa ein Drittel der Gesamtbevölkerung wohnt heute im Großraum Buenos Aires, so dass eine industrielle, politische und ideelle Vormachtstellung dieser Regionen nicht verwunderlich ist.

2.2. Die Entwicklung der Gesundheitspolitik und des Gesundheitssystems in Argentinien
Der Grundstein zum argentinischen Gesundheitssystem, wie es in seiner heutigen Form besteht, wurde ab 1946 unter der Regierung von Juan Perón gelegt (Perrone und Teicidó 2007: 27). Seitdem ist das Gesundheitssystem aufgespalten in den privaten Gesundheitssektor, den gewerkschaftlichen Gesundheitssektor, der die sogenannten *obras sociales* vertritt und den öffentlichen Gesundheitssektor, der all diejenigen bedient, die nicht durch eine private oder gewerkschaftliche Krankenversicherung abgedeckt sind (Perrone und Teixidó 2007: 29). Das Gesundheitssystem beschreibt Zeballos als „complejo, fragmentado y poco solidario“⁶ (Zeballos 2003: 52).

2.3. Gesundheitseinstellung der Argentinier in Buenos Aires

In Buenos Aires wird die „healthist and body-conscious culture“ (Scheper-Hughes 1987: 26) gelebt. Schlankheit und eine gute Figur gehören definitiv zum Ideal der meisten Städter, insbesondere der Frauen, und werden mit Attraktivität, Jugend, Eleganz und persönlicher Sicherheit verknüpft. So ist es nicht verwunderlich, dass mehr als zwei Drittel aller Frauen und mehr als die Hälfte aller Männer versuchen abzunehmen. (Nasser et al. 2001: 149). Die Bosques de Palermo⁷, im wohlhabenden Stadtteil Palermo gelegen, werden täglich von Menschen frequentiert, die ihren Körper trainieren oder sich fit halten wollen. Die Stadtregierung bietet kostenlose Fitnesskurse an und hat mit den *estaciones saludables* Gesundheitsstationen aufgebaut, bei denen *porteños* Gesundheitschecks durchführen lassen können. Größere Firmen ermöglichen ihren Angestellten die kostenlose Nutzung von Fitnessstudios. In den Cafés von Palermo kann man heute Green Smoothies kaufen und im „país carnívoro“⁸ (La Nación 13.10.2013) findet man ohne langes Suchen einen leichten Salat mit frischem Gemüse. Neben dieser Fokussierung auf ihre Körper, die in der ständig wachsenden Nachfrage nach Schönheitschirurgischen Operationen ihren Höhepunkt findet (Nasser et al. 2001: 150), beschäftigen sich die Argentinier besonders gerne mit ihrem Seelenleben. Dies äußert sich in

⁵ Name für die Bewohner von Buenos Aires

⁶ „komplex, fragmentiert und nicht sehr solidarisch“

⁷ Große Parkanlage in Buenos Aires

⁸ „Fleischfresserland“

der höchsten Pro Kopf-Anzahl an Psychoanalytikern, die die Hauptstadt im Vergleich zu allen andern Städten hat (Bass 2006: 433). Die Psychoanalyse wird hier als angemessener und wissenschaftlicher Umgang mit Problemen auf intellektueller Ebene angesehen (ebd.: 447).

All das belegt ein hohes Gesundheitsbewusstsein der Argentinier in Buenos Aires. Allerdings konzentrieren sich die dargestellten Angebote auf die wohlhabenderen Stadtteile, in Vierteln der unteren Mittelschicht und der Unterschicht zeichnet sich ein anderes Bild. Auf viele der Gesundheitsressourcen können die meisten Bewohner dort nicht zurückgreifen. Ihnen wird oft das Stigma des ungesunden Lebensstils angeheftet, Übergewicht wird im Kontrast zu Schlankheit mit Attributen wie Unordentlichkeit, Faulheit und Krankheit belegt (Nasser et al. 2001: 149). Der dort sehr verbreitete Diabetes reiht sich als weiteres Stigma gut in diese Wahrnehmung ein.

2.4. Der Umgang mit Diabetes

Im Jahr 1998 wurde ein Gesetz verabschiedet, dass jedem Diabetiker die von ihm benötigten Medikamente zusichert, unabhängig von seiner Versicherung, und dabei 100% der Kosten für Insulin und Injektionszubehör und nicht weniger als 70% aller anderen Hilfsmittel übernehmen soll (Lawrynowicz 2013: 40). Allerdings ist die Menge der übernommenen Behandlungsmittel begrenzt und zum Teil für ein lückenloses Diabetesmanagement nicht ausreichend.

Kurze Zeit später wird auch die Prävention von Diabetes in den Fokus gerückt. Seit 2001 deklariert ein nationales Gesetz (Ministerio de Salud 2001) die Priorität der Kontrolle und Prävention kardiovaskulärer Erkrankungen, bei denen Diabetes als Hauptrisikofaktor gilt. In ganz Argentinien sollen aufklärende und gesundheitsfördernde Programme realisiert werden, die langfristig die Zahl der Erkrankten zurückgehen lässt und die finanzielle Last für das Gesundheitssystem verringert. Der Anstieg solcher nicht-übertragbarer Krankheiten wird auch in Argentinien vor allem mit einem neuen Lebensstil in Verbindung gebracht. Arbeits-, Freizeit- und Ernährungsgewohnheiten haben sich in den letzten Jahrzehnten drastisch verändert. Der hohe Urbanisierungsgrad trägt zu diesem Wandel bei, der oftmals durch das Leben in der Stadt mitbestimmt wird. Stress, Fast Food, *sedentarismo*⁹, lange Arbeitszeiten und wenig Freizeit können sich negativ auf die Gesundheit der Städter auswirken und eine Reihe von den sogenannten *lifestyle diseases* verursachen.

Buenos Aires verfügt über die größte Anzahl diabetesbezogener Institutionen und Vereinigungen. Sowohl das landesweite Programm CUI.D.AR (Asociación para el cuidado de la Diabetes en Argentina) und nationale Organisationen wie die FAD (Federación Argentina de Diabetes) und die SAD (Sociedad Argentina de Diabetes), Argentiniens biomedizinisches Forschungszentrum zu Diabetes, haben hier ihren Sitz (vgl. Bass 2006: 437). Ebenso gibt es eine Vielzahl lokaler Organisationen und Gruppen wie die ADIBA (Asociación de Diabéticos de Buenos Aires), das Team D oder von Krankenhäusern organisierte Gruppen. Diabetiker in

⁹ ‚Sesshaftigkeit‘

Buenos Aires können also auf eine Vielzahl von Angeboten und Formen der Unterstützung zurückgreifen.

Ein sehr kontrovers diskutiertes Bild entwarf im März 2013 Argentiniens Präsidentin Christina Fernandez Kirchner und provozierte dadurch heftige Gegenreaktionen. Bei der Vorstellung der Zielsetzungen im Gesundheitssektor im Rahmen des 'Plan Nacional de Ciencia, Tecnología e Innovación 2020' erklärte sie: "La diabetes es una enfermedad de gente de alto poder adquisitivo porque son sedentarios y comen mucho"¹⁰. Die mediale Öffentlichkeit reagierte zum Teil belustigt aber auch wütend auf diese Aussage, am Tag der Veröffentlichung des Statements wurde das Wort „Diabetes“ zum meist genutzten auf der argentinischen Twitter-Webseite mit Posts wie „la diabetes se diagnostica por los niveles de glucemia, no por la clase social“¹¹. Diese Polemik deutet auf zwei wichtige Aspekte hin:

Erstens hat Diabetes und die Diskussion darüber in der argentinischen Öffentlichkeit erhebliche Bedeutung. Es kann Menschen mobilisieren und ist in der Gesellschaft präsent. Dies spiegeln auch Daten zu Anfragen in Internetsuchmaschinen, Zeitungsartikeln und Social Media-Beiträgen¹² zu Diabetes in Argentinien wieder, deren Anzahl innerhalb der letzten zehn Jahre deutlich gestiegen ist, mit einem Schwerpunkt auf der Stadt Buenos Aires. Vergleiche mit ähnlichen Erhebungen in Deutschland deuten darauf hin, dass hierzulande das Interesse an diesem Thema mindestens im Web weitaus geringer ist.

Zweitens sehen sich Diabetiker in der argentinischen Gesellschaft mit einer sehr präsenten Außenwahrnehmung konfrontiert, die stigmatisierend sein kann oder nicht. Die ungeschickte Aussage der Präsidentin deckt sich in Bezug auf falsche Ess- und Bewegungsgewohnheiten mit der populärwissenschaftlich verbreiteten Wahrnehmung und impliziert somit in gewissem Maße ein Mitverschulden des Erkrankens und ein Scheitern an der Aufgabe, sich gesund zu halten. Entgegen Kirchners Auffassung wird ein solches Scheitern jedoch meistens eher mit einem niedrigen sozioökonomischen Status in Verbindung gebracht.

V. Auswertung und Ergebnisse des Forschungsprojekts

1. Merkmale der kollektiven Identität des Team D

1.1. Merkmale der Diabetessportgruppe Team D

1.1.1. Entstehung, Angebot und Ziele der Gruppe

Im Mai 2012 gründete die Gesundheits- und Sporteventmanagerin Carolina Riger, inspiriert und unterstützt von ihrer Freundin Valentina Kogan, die Diabetes Typ 1 hat, die Diabeteslaufgruppe Team D (Team Diabetes). Wie viele krankheitsbezogene Gruppen wird diese also aus der Motivation von Betroffenen und Angehörigen heraus gegründet (vgl. Beard und Fox 2008:

¹⁰ „Diabetes ist eine Krankheit der Reichen, weil sie sich nicht bewegen und viel essen“

¹¹ „Diabetes wird anhand einer Blutzuckermessung diagnostiziert, nicht anhand der sozialen Schicht.“

¹² Aus eigenen Recherchen im Internet ermittelt

1510). Auf ihrer Facebookseite stellt sich die Laufgruppe vor als „el primer grupo gratuito de entrenamiento orientado al running para personas con Diabetes“¹³ (Team D). Die Gruppe richtet sich bewusst nicht an einen spezifischen Diabetestyp, sondern spricht sowohl Typ1- und Typ2-Diabetiker als auch Menschen mit erhöhtem Blutzucker an. Sie möchte diesen eine Möglichkeit zur regelmäßigen sportlichen Aktivität bieten, die sich, biomedizinisch nachgewiesen, sehr positiv auf die Blutzuckerwerte auswirken kann. Gleichzeitig soll ihnen ein Ort zum Erfahrungsaustausch mit Gleichgesinnten geboten werden.

Das Team D trifft sich zweimal wöchentlich im öffentlichen parque Rosedal¹⁴ und wird von zwei Sportlehrern angeleitet. Deren Arbeit und alle weiteren notwendigen Ressourcen wie Blutzuckermessgeräte, Glukose und Wasser werden vom internationalen Pharmaunternehmen Sanofi Aventis finanziert. Damit steht das Team zwar mit ‚Gesundheitsexperten‘ in Verbindung, diese sind aber nicht direkt vor Ort vertreten.

Mit der Gründung der Gruppe und dem Bereitstellen von Strukturen wie einem regelmäßigen Treffpunkt, gemeinsamen Zielen und dem Trainerpersonal wurde die Basis für die Formung einer sozialen Gruppe mit gemeinsamer Identität geschaffen. Donahoe et al. beschreiben ein solches Angebot als mehr oder weniger formalisierte, organisierte Institution, die meist notwendig ist, um Prozesse kollektiver Identitätsbildung in Gang zu setzen (2009: 10).

1.1.2. Zusammensetzung der Gruppe

Die Gruppe erreichte rasch eine angemessene Mitgliederzahl, die seither noch wächst. Die Mehrzahl der Mitglieder, während meiner Forschung etwa 25 Personen, erscheint sehr regelmäßig zum Training. Von diesen 25 Personen waren 9 Frauen und 16 Männer. In der Gruppe der Frauen waren bis auf zwei alle Typ-1-Diabetikerinnen zwischen 19 und 50 Jahren. Die Gruppe der Männer hingegen setzte sich aus 11 Typ-2-Diabetikern zusammen, alle älter als 35 Jahre, und 5 Typ-1-Diabetikern zwischen 20 und 38 Jahren.

Die Diabetiker, die ich näher kennengelernt habe, können mit wenigen Ausnahmen der Mittelschicht zugeordnet werden, die insbesondere in Buenos Aires über einen hohen Bildungsgrad verfügt (Bass 2006: 451). Sie sind entweder privat oder über die *obras sociales* krankenversichert. Alle meiner Forschungspartner wohnten innerhalb der Ciudad Autonoma de Buenos Aires, also in der Großstadt selbst.

Im Folgenden möchte ich zur besseren Übersicht meine wichtigsten 12 der 14 Interviewpartner in tabellarischer Form präsentieren. Die Interviewpartner wurden mithilfe einer Umbenennung anonymisiert. Ausnahme bildet auf ihren Wunsch die Gründerin des Team D, Carolina Rieger. Die Beschreibung der Diabeteseinstellung entspricht den Indikationen der Langzeitblutzuckerwerte der Teilnehmer und dient lediglich als grobe Orientierung nicht als Beurteilung des individuellen Umgangs mit Diabetes.

¹³ „Erste kostenlose Trainingsgruppe mit dem Schwerpunkt Joggen für Menschen mit Diabetes“

¹⁴ Teil eines großen Parkkomplexes im Norden von Buenos Aires

Name	Diabetes-Typ	Alter	Diabeteseinstellung
Gustavo	Typ 2	68	Mittelmäßig
Arturo	Typ 2	53	Sehr gut
Alberto	Typ 2	52	Sehr gut
Mariana	Typ 1	42	Schlecht
Lisandro	Typ 2	41	Sehr gut
Esteban	Typ 2	36	Mittelmäßig
Tomás	Typ 1	29	Sehr gut
Belén	Typ 2	27	Sehr gut
Santiago	Typ 1	22	Mittelmäßig
Camila	Typ 1	21	Schlecht
Juan Cuancalli		35	
Caro Rieger		33	

1.1.3. Diabetes als Basis der biosozialen Gruppe

Das Team D spricht unterschiedliche klinische Krankheitsbilder an, die nicht so nah beieinander liegen, wie Laien oft vermuten. Ursachen, Therapie und Verlauf unterscheiden sich stark, auch wenn sich einige Symptome wie Hyper- und Hypoglykämien ähneln.¹⁵ Durch diese breite Zielgruppenansprache zeigt sich die Zusammensetzung der Gruppe sehr vielfältig. Übergewichtige Typ-2-Diabetiker kommen mit schlanken Typ-1-Diabetikern zusammen, Rentner treffen auf Berufstätige und Studenten, Marathonläufer auf Sportmuffel. Wie bildet sich aus dieser heterogenen Mischung eine beständige soziale Gruppe?

Trotz der genannten Unterschiede bleibt der große gemeinsame Nenner der Mitglieder die geteilte Diagnose Diabetes. Obwohl Unterschiede sicherlich den meisten bewusst sind und sich auch während der gemeinsamen Aktivitäten manifestieren, wird in der Gruppe von Diabetes und Diabetikern gesprochen, ob Typ 1 oder Typ 2 erfahre ich in Gesprächen nur auf direkte Nachfrage. Hierbei wird deutlich, dass die Teilnehmer nicht zwangsweise der biomedizinischen Kategoriebildung treu bleiben, sondern ihr Krankheitslabel individuell deuten und zum gemeinsamen Label Diabetes umgestalten (vgl. Campbell et al 2003: 674). Trotzdem unterscheidet sich aber das Erleben des Krankseins bei jedem Einzelnen stark (vgl. Koski 2014: 76) und man muss sich fragen, wieso die Mitglieder ein solches gemeinsames Label beziehungsweise ihre gemeinsame Identität mit dieser Vielfalt an vorhandenen *illness*-Identitäten konstruieren.

¹⁵ Diabetesverbände weltweit fordern eine klarere Namenstrennung:
<http://www.change.org/petitions/revise-names-of-type-1-2-diabetes-to-reflect-the-nature-of-each-disease> , Stand: 22.07.2014

1.1.4. Soziostrukturelle Gemeinsamkeiten als Zugangsvoraussetzungen und bindendes Element

Eine Basis für Gemeinsamkeiten stellt der Kontext dar, in dem das Team agiert. Strukturelle Gegebenheiten und die Hintergründe der einzelnen Personen entscheiden zunächst einmal darüber, wer Zugang zu der Gruppe hat und wer eher nicht, und beeinflussen infolgedessen, wer sich dann dazu entscheidet sich der Gruppe anzuschließen.

Werbung für das Team D wird beinahe ausschließlich über die Internetseite und die Kanäle sozialer Medien gemacht. So erreicht das Angebot vornehmlich Internetnutzer. Personen ohne diesen Zugang sind davon tendenziell eher ausgeschlossen. Allerdings haben in Argentinien 2012 68% der Bevölkerung Zugang zu Internet (La Nacion 2012b)¹⁶. Die Mehrheit unter ihnen nutzt Facebook und Twitter. Argentinien führt die Rangliste beim Konsum dieser sozialen Netzwerke in Lateinamerika an (La Nacion 2012a), und subjektiv wahrgenommen wird es von einem breiteren Spektrum an Menschen genutzt. Von den 25 am regelmäßigsten erscheinenden Teilnehmern, verfügten 20 über einen Facebook-Account, darunter auch viele über 50-Jährige. Der Großteil der Gruppe ist mithilfe des Internets auf das Team D aufmerksam geworden, rund ein Viertel jedoch durch Empfehlung von Leuten, die das Projekt kannten.

In einer Millionenstadt wie Buenos Aires entscheidet auch die Lokalität darüber, wer Zugang zu der Gruppe hat und wer nicht. Der Trainingsort El Rosedal liegt in einem Park, umgeben von den wohlhabenden Vierteln Palermo, Belgrano und Recoleta. Von meinen Forschungspartnern wohnen nur zwei außerhalb dieser Viertel.

Alle besuchen oder besuchten eine Universität, sie studieren Medizin (Santiago) oder Grafikdesign (Camila), arbeiten als Anwältin (Mariana), Informatikerin (Belén) oder im Ejército Argentino¹⁷ (Alberto), damit lassen sie sich der mittleren und oberen Mittelschicht zuordnen. Sie zählen zu den *porteños* mit europäischen Wurzeln. Man kann also, soweit dies subjektiv beurteilbar ist, sagen, dass sich der sozio-ökonomische und sozio-kulturelle Hintergrund der *teameros*¹⁸, wie sie sich untereinander nennen, ähnelt. Was bringt sie aber nun dazu sich einer biosozialen Gruppe anzuschließen?

1.1.5. Geteilte Vorstellungen vom Selbstpflegeverhalten

Ein wichtiger Aspekt ist sicherlich, dass alle das biomedizinische Konzept eines proaktiven Selbstpflegeverhaltens kennen und verinnerlicht haben. Dieses sieht neben regelmäßiger Selbstkontrolle auch eine gesunde Diät und sportliche Aktivität vor, was vor allem bei Typ-2-Diabetikern meist im Kontrast zum bisherigen Lebensstil steht. Dieses Handlungswissen der Akteure kann als Teil ihrer Identitäten gesehen werden. Dessen Tiefe, Interpretation und Umsetzung ist aber zunächst individuell sehr verschieden und es stellt einen wichtigen

¹⁶ Vergleich: Anteil der Bevölkerung mit Zugang zum Internet in Deutschland 2012: 75,6 %. Quelle: <http://de.statista.com/statistik/daten/studie/13070/umfrage/entwicklung-der-internetnutzung-in-deutschland-seit-2001/> Stand: 22.07.2014

¹⁷ Argentinische Bundeswehr

¹⁸ „Teamler“

gemeinsamen Beweggrund für die Gruppenteilnahme dar, sich darüber austauschen und sich darin bestätigen zu können. Weiter wird dieses Handlungswissen innerhalb der Gruppe geformt und bildet die Grundlage für das Entstehen gemeinsamer Narrationen und eines gemeinsamen Diskurses, dessen Merkmale ich im Folgenden darstellen werde.

1.2. Kollektive Praktiken und Diskurse als Handlungswissen generierende und identitätsstiftende Elemente

1.2.1. *Praktizierte Narrationen*

Wie beschrieben präsentiert sich die Zusammensetzung der Forschungsgruppe als eine bunte Mischung von Personen mit geteilten Krankheitsmerkmalen sowie sozio-ökonomischen und sozio-kulturellen Hintergründen und ähnlichen Handlungsleitlinien in Bezug auf ihr Gesundheitsverhalten, aber unterschiedlichen Alters und Geschlechts und mit individuellen Krankheitserfahrungen und Verhältnissen zum Kranksein. Ein Wir-Bewusstsein entsteht in der Interaktion dieser Individuen, also in der situierten Praxis (Rammert 2002: 16).

Gemäß der Theorie zur Bildung einer biosozialen Gruppe teilen deren Mitglieder ihre Erfahrungen, generieren so neues Wissen über ihr Kranksein, versuchen sich gegenseitig zu motivieren und zu unterstützen und organisieren gemeinsam den Zugang zu wichtigen Ressourcen (vgl. Rabinow 2005: 189). Dies findet in der untersuchten Gruppe nicht oder zumindest zunächst nicht formalisiert statt, insofern dass es keine organisierte "peer-to-peer education" gibt, wie es in Selbsthilfegruppen oft der Fall ist (vgl. Guell 2011: 383; Koski 2014: 81). Es gibt keine vorgegebenen Themen, über die gemeinsam gesprochen wird und keinen Raum, der für Bildung oder Austausch bewusst geschaffen oder 'reserviert' wäre. Solche Räume eröffnen sich aber nebenbei, bei Spaziergängen oder lockeren Laufeinheiten oder dem gemeinsamen Warmmachen. Und dabei werden die Teilnehmer in besonderer Weise mit ihrem Kranksein konfrontiert: Sie messen und spritzen sich gemeinsam oder erfahren aufgrund ihrer sportlichen Betätigung extreme 'Symptome' ihres Krankseins wie eine Unterzuckerung. Auf diese Weise wird direkt Erfahrung und Gesprächsstoff und im Zuge dessen, Handlungswissen generiert. Und so kreist die narrative Praxis auch überwiegend um das Thema Diabetes. Sowohl im Zwiegespräch als auch in der Gruppe findet vor allem ein Austausch über *illness*-Erfahrungen statt. In Einzelgesprächen spielen dabei vor allem die persönliche 'Krankengeschichte' und alltagsspezifische Probleme, die sich aufgrund des Krankseins ergeben, eine Rolle. Diese fließen in den Diskurs der Gemeinschaft ein.

1.2.1.1. *Individuelles Krankheitserleben als Basis gemeinsamer Identität?*

Wie bereits erwähnt, treffen in der Gruppe Individuen mit sehr unterschiedlicher somatischer Identität aufeinander: Angefangen bei den verschiedenen Krankheitsdiagnosen (Typ 1 und Typ 2), über die Dauer des Krankseins, das persönliche Erleben des Krankseins, eigene Erklärungsmodelle und Ängste bis zu den jeweiligen individuellen Lebensumständen, trägt jeder sein eigenes Päckchen in die Gruppe.

Die Diagnose Diabetes als verbindender Einschnitt

Die Auswirkungen einer Typ-1- oder Typ-2-Diabeteserkrankung sind bei Ausbruch der Krankheit für die betroffene Person meist nicht wahrnehmbar und machen sich erst mit deren Voranschreiten bemerkbar, meist dann wenn körperliche Symptome wie großer Durst, vermehrtes Wasserlassen, Schwitzen, Abgeschlagenheit, Übelkeit und Schwindel auftreten. Manche gehen aufgrund des Erlebens solcher Symptome zum Arzt, andere erhalten die Diagnose Diabetes noch bevor sich die Krankheit tatsächlich bemerkbar macht. Somit kann sie nicht mit dem Beginn des *illness*-Zustandes gleichgesetzt werden.

Trotzdem ist die erste Frage an Neuankömmlinge meist: „Hace cuánto que te diagnosticaron diabetes?“¹⁹ Dementsprechend wird die medizinische Diagnose von vielen Autoren als Wendepunkt im Leben einer erkrankten Person gedeutet (Campbell et al. 2003: 673; Young 2004: 10). Die Forschungspartner bestätigten dies in ihren Aussagen insofern als sie ab diesem Moment bewusst oder in einem Fall noch unbewusst das biomedizinische Label Diabetes trugen und die Aufforderung zur aktiven Teilnahme an der Behandlung erhielten. Die Reaktionen darauf waren aber von Person zu Person sehr verschieden. Einige nahmen den neuen Krankenstatus als plötzlichen, tiefen Einschnitt wahr („me pegó muy fuerte“²⁰, Belén; “Así de golpe fue, fue un día para otro“²¹, Mariana), der die Lebenswelt erstmal aus dem Gleichgewicht bringt und emotional schwer zu verarbeiten ist (“estaba con mucho miedo“²², Alberto; “estaba deprimida, o sea muy enojada“²³, Belén), andere Forschungspartner empfanden die Diagnose als weitaus weniger erschütternd („no fue un asusto“²⁴ Arturo; „tampoco lo presté mucha atención“²⁵ Lisandro) oder nahmen diese nicht bewusst wahr, weil sie noch sehr jung waren (Tomás, Camila). Die Krankzuschreibung lässt sich also nicht zwangsweise als Wendepunkt beschreiben, alle verarbeiten diese zwar im subjektiven Empfinden ihres Krankseins, aber sie tun dies auf unterschiedliche Weise, mit unterschiedlicher Geschwindigkeit und mit unterschiedlichen Ergebnissen. Aber auch diejenigen, die es damit leichter hatten, können den Schock, das Gefühl von Überforderung oder Schwierigkeiten im Umgang mit der neuen Situation nachempfinden. Koski weist darauf hin, dass “Such accounts also highlight sufferers’ unique, shared knowledge of their condition, which further fortifies the bounds of participants’ collective identity and strengthens their affective bonds.” (2014: 83; vgl. Donahoe et al. 2009: 4). Ebenso beobachtet auch Arturo in seiner Gruppe die vorhandene Solidarität: “si en el grupo algo pasa a alguien, siempre como que se llaman por teléfono, se tienen mucho cuidado”²⁶

¹⁹ „Wann wurde dir Diabetes diagnostiziert?“

²⁰ „Es traf mich sehr stark“

²¹ Es war wie ein Schlag, von einem Tag auf den anderen passierte es.“

²² „Ich hatte viel Angst“

²³ „Ich war sehr deprimiert, oder eher, sehr wütend“

²⁴ „Es war kein Schrecken“

²⁵ „Ich habe dem auch nicht so viel Aufmerksamkeit geschenkt“

²⁶ „Wenn etwas in der Gruppe passiert, rufen sie sich immer gegenseitig an, sie passen auf sich gegenseitig auf“

Beispiele für Erklärungsmodelle von Diabetes in der Gruppe

Mariana, Typ-1-Diabetikerin, bringt den Beginn ihres Diabetes mit stressigen, belastenden Lebensumständen in Verbindung. Die Reaktion ihres Körpers darauf schildert sie wie folgt: “mi organismo me dijo basta, porque también creo que las enfermedades vienen por algo.”²⁷ Dieser wahrgenommene Zusammenhang zwischen Körper und Selbst beeinflusst ihr Handeln, auch in Bezug auf ihr Kranksein. Sie trennt sich von ihrem Mann, wechselt den Job, besucht Therapien und nutzt den Diabetes und die Selbstpflege, die er einfordert, “[para] estar tranquilo, [...] lograr un equilibrio.”²⁸, somit als Richtungsweiser für eine ausgeglichene Lebensführung.

Im Kontrast dazu haben Tomás, Camila und Santiago (selbst Medizinstudent) die klinische Ätiologie für Typ-1-Diabetes übernommen, pflegen aber jeweils eine sehr unterschiedliche Beziehung dazu, von “me cuesta aceptarlo”²⁹ (Camila) zu “la Diabetes también fue como algo de inspiración”³⁰ (Tomás). Trotz gleicher Erklärungsmodelle können die Beurteilung von Diabetes und die Integration in die eigene Identität ganz unterschiedlich ausfallen.

Arturo, Lisandro und Alberto, alle Typ-2-Diabetiker, sehen Ursache und Entstehung ihrer Zuckererkrankung ebenso im medizinischen Erklärungsmodell bestätigt. Sie führen sie auf ihren Lebensstil und erbliche Vorbelastung zurück: “Esa enfermedad es producto del sedentarismo, de la mala alimentación y de ciertas cuestiones genéticas”³¹ (Lisandro). Diese Einstellung äußert sich im Erkennen ihrer Eigenverantwortung im Umgang mit Diabetes und ihrem Streben nach Gesundheit.

Belén hingegen, kann sich ihren Diabetes immer noch nicht ganz erklären: “Tengo el mismo estilo de vida que mis amigos y ellos están perfectos. Entonces estaba muy enojada”³²

1.2.1.2. Formung gemeinsamer Narrationen als Zeichen kollektiver Identität

Wie lassen sich diese sehr unterschiedlichen Krankheitswahrnehmungen mit einer kollektiven Narration in Einklang bringen?

Dies gelingt, wenn man diese als “highly permissive narrative that offers many points of entry, tremendous flexibility, and few thresholds of exclusion” (Barker 2002: 289) versteht, analog wie Barker die vielfältige Selbsthilfeleratur zu Fibromyalgie beschreibt. Und ähnlich wie bei einer Anorexie- und Bulimie-Selbsthilfegruppe, die sich selbst unter den Begriff ‘eating disorder’ fasst (Koski 2014: 76), nutzt das Team D für sich das Label Diabetes. Innerhalb des Rahmens, den die gemeinsame Diagnose liefert, lassen die Teilnehmer viel Raum für

²⁷ „Mein Körper hat mir „basta“ gesagt, denn ich denke auch, dass Krankheiten immer aus einem bestimmten Grund entstehen.“

²⁸ „um ruhig zu sein, ein Gleichgewicht herzustellen.“

²⁹ „Es fällt mir schwer, es zu akzeptieren.“

³⁰ „Diabetes war auch so etwas wie eine Inspiration für mich“

³¹ „Diese Krankheit ist ein Ergebnis der Sesshaftigkeit, von schlechter Ernährung und bestimmten genetischen Fragen“

³² „Ich habe den gleichen Lebensstil wie meine Freunde und ihnen geht es super. Deshalb war ich sehr wütend“

individuelle Wahrnehmungen und Sinnzusammenhänge, die untereinander nicht alle miteinander vereinbar sein müssen.

Gleichzeitig staffieren sie diese Rahmen mit gemeinsamen Beschreibungen, Empfindungen und Deutungen aus, die aus einem kollektiven Diskurs hervorgehen. Die Eckpfeiler dieses Diskurses bilden das Bewusstsein über den somatischen Zustand sowie das Wissen darüber und daraus resultierend die Wahrnehmung der Eigenverantwortung und die Aufgabe eines proaktiven Selbstpflegeverhaltens, zu dem sportliche Aktivität als wichtiger Bestandteil zählt. Diese Punkte werde ich nun anhand der Narrationen detaillierter vorstellen.

Entwicklung eines aktiven Selbstpflegeverhaltens

In den Interviews wird deutlich, dass das Kranksein kein statischer Zustand ist, sondern sich in einem stetigen Wandel befindet. So schildern alle Forschungspartner eine Entwicklung in ihrer Wahrnehmung von Diabetes, die zwar nicht in einer Akzeptanz des Krankseins, aber in einem Sich-Bewusstwerden der Krankheit und der Anerkennung der Eigenverantwortung im Diabetesmanagement mündet. Diese Narrationen werden von allen geteilt und gründen sich wohl auch darauf, dass keines der Mitglieder neu diagnostiziert ist, sondern alle schon mehrere Jahre mit ihrer *illness* leben.

„Estuvo un proceso, no es facil tampoco, (...) pero la tenés, (...) tenés que cuidarte ya me consenticé“³³ (Mariana)

„Una vez que las incorporas esta bueno, pero al principio decis, ay esto no es como lavarme los dientes tampoco, es mucho mas estricto“³⁴ (Camila)

“Mucha gente está tomando conciencia de la enfermedad que tiene, (...) porque al principio no se siente nada, no hay dolor, no hay nada“³⁵ (Arturo)

Das Handlungswissen speist sich dabei einerseits aus dem medizinischen Diskurs, der in Bezug auf das aktive Selbstpflegeverhalten eine konstante (Selbst-)Kontrolle und Eigenverantwortung fordert (vgl. Weerdt et al. 1990; Campbell et al. 2003). Es ist auffällig, wie präsent dieser in den Narrationen meiner Forschungspartner ist:

“se necesita más control, se nesecita mas contención tambien“³⁶ (Mariana)

“yo de mi parte, me cuido, soy responsable y demas, y yose si hago las cosas bien, yo se que la longevidad de vida es igual“³⁷ (Tomás)

“me di cuenta de la responsabilidad que tenia [...] a diferencia de otras enfermedades eh donde el medico es como el nucleo central del tratamiento“³⁸ (Lisandro)

³³ „Es war ein Prozess, es ist auch nicht einfach, aber man hat es, man muss sich pflegen, ich bin mir dessen schon bewusst geworden“

³⁴ „Wenn man es einmal inkorporiert hat geht es, aber am Anfang merkt man: „Ay, das ist auch nicht wie tägliches Zähneputzen“

³⁵ „Viele werden sich der Krankheit erst bewusst, weil man am Anfang nichts spürt, keinen Schmerz, nichts“

³⁶ „Man braucht mehr Kontrolle und mehr Halt“

³⁷ „Ich, von meiner Seite aus, bin verantwortlich und so und ich weiß, wenn ich alles richtig mache, dann lebe ich genauso lange wie alle anderen“

³⁸ „Mir ist klar geworden, welche Verantwortung ich habe in meiner Diabetesbehandlung, nicht der Arzt ist Kern der Behandlung sondern ich“

Andererseits wird Handlungswissen aber auch aus den eigenen Erfahrungen hinsichtlich der Auswirkungen der Krankheit und des Umgangs damit gewonnen:

„tuve que aprender a conocerme de obligado”³⁹ (Lisandro)
“lo que me sirvió muuucho es que empecé a conocer el cuerpo, porque (...) uno tiene que saber como reaciona su cuerpo, que es lo que nesecita.”⁴⁰ (Mariana)

Obwohl also alle in weiten Teilen den dominanten biomedizinischen Diskurs reproduzieren, betonen sie auch gleichzeitig die Wichtigkeit des selbst generierten *illness*-Wissens, das von medizinischem Personal nicht vermittelt werden kann.

Humor als Element des gemeinsamen Diskurses

Ein weiteres verbindendes Element stellt der Humor dar, den die Einzelnen in die Gespräche in der Gruppe mit einfließen lassen. Während im Zwiegespräch Erfahrungen mit Diabetes eher ernst und persönlich diskutiert werden, zeichnen sich die kollektiven Konversationen meist durch Sarkasmus, Lästern über Ärzte oder Selbstironisierung aus. Dies reicht von der beinahe schon obligatorischen Forderung nach einem Bier und einem *asado* nach dem Sport bis zum Witzeln über starkes, durch Unterzuckerung bedingtes Schwitzen inmitten der Kollegen im Büro. Dieser Humor ist Teil der kollektiven Identität, er basiert auf dem gemeinsamen Wissen und Erfahrungen der Teilnehmer und kann von den ‚Anderen‘ nicht unbedingt verstanden werden (vgl. Koski 2013: 84). Außerdem findet damit eine Abgrenzung zum sachlichen Diskurs von medizinischem Personal statt.

1.2.2. Sport als gemeinsame Praxis

Ein typisches Zusammenkommen beginnt mit einem gemeinsamen Aufwärmen, dann werden schnellere und langsamere Läufer in zwei bis drei Gruppen aufgeteilt. Diese sind durchmischt, tendenziell zählen Typ-2-Diabetiker aber eher zu den langsameren Läufern, Typ-1-Diabetiker zu den schnelleren. Zu Beginn messen alle gemeinsam mit den zur Verfügung gestellten Geräten ihren Blutzucker, der in eine Liste eingetragen wird. Ist dieser bei einem Teilnehmer deutlich zu hoch, kann dieser aus Sicherheitsgründen nicht teilnehmen. Darauf folgt der aktive Teil, der je nach Gruppe vom Walking bis zum Sprint alles beinhalten kann. Anschließend treffen sich alle nochmal zum gemeinsamen Dehnen und zur Überprüfung des Blutzuckers.

Die Ernsthaftigkeit und Zielsetzung mit der der Einzelne den Aktivitäten nachgeht, variieren innerhalb der Gruppe. Typ-2-Diabetiker Arturo, Tomás, Lisandro und Alberto bereiten sich in den Treffen auf einen Marathonlauf vor, andere auf ihren ersten 5k (5-Kilometerlauf), anderen geht es einfach um „simplente moverse un poco, cambiar el costumbre de ser sedentario”⁴¹ (Gustavo) oder um das Plaudern während eines zügigen Spaziergangs um den See (Mariana). Es lässt sich aber beobachten, dass sich ein Teil der leistungsschwächeren Teilnehmer vom Sportsgeist der Läufer anstecken lässt und im Rahmen seiner Möglichkeiten mitzieht und die

³⁹ „Ich musste mich zwangsweise kennenlernen“

⁴⁰ Es hat mir sehr geholfen, den Körper kennenzulernen, weil man wissen muss, wie der eigene Körper reagiert, was er braucht, wann er Zucker braucht“

⁴¹ „Sich einfach ein bisschen bewegen“

Treffen als Möglichkeit sieht, regelmäßig Sport zu treiben, also einen Ort zu haben „que me permita eeh desarrollar en este caso actividad fisica [...] que estan aca lunes y miercoles que estan en un horario fijo que te motivan“⁴² (Lisandro).

Von vielen Teilnehmern wird das Sporttreiben als Diabetesbehandlungselement als Hauptaufgabe des Team D wahrgenommen. Santiago erklärt zum Beispiel, dass er vordergründig nach einer Sportgruppe gesucht hat, auch zur besseren Kontrolle seines Diabetes, sich aber dem Team D vorrangig deshalb angeschlossen hat, weil es kostenlos und gut erreichbar ist. Nicht das mit Diabetikern trainieren, sondern das Trainieren aufgrund der Diabeteserkrankung scheint also für ihn wichtig. Ähnlich äußern sich Camila und Lisandro. Sie suchten über Facebook nach einer günstigen beziehungsweise kostenlosen Laufgruppe in Buenos Aires.

Ein anderer Teil der Gruppe betont zwar in Gesprächen und Interviews ebenfalls, wie wichtig das Joggen für ihn ist, allerdings zeigt sich in der teilnehmenden Beobachtung eher ein anderes Bild, das sie eher die Unterhaltung als die physische Herausforderung suchend zeigt. So schildert Mariana, dass sie sich dem Team angeschlossen hat, weil es wichtig ist, sich mit Leuten zu treffen „que tienen lo mismo que vos“⁴³, und sie bedauert: „no hay mucho tiempo para sentarnos a charlar.“⁴⁴ Für sie scheint der soziale Austausch im Vordergrund zu stehen. Erst bei der konkreten Frage nach der Bedeutung des Sports am Interviewende, reagiert sie prompt „el deporte me ayudó un montón“⁴⁵.

Sport als Teil eines guten Diabetesmanagements und gesunden Lebensstils prägt also den Diskurs in der Gruppe mit und obwohl diese Idee nicht von allen umgesetzt wird, reproduzieren sie diesen Diskurs. Ihr Wir-Bewusstsein zeigt sich als: Wir sind aktiv! Und dieses Bild wird auch zielgerichtet nach außen demonstriert. Schon der gewählte Standort bedingt ein Sehen und Gesehen werden. Zur Treffpunktzeit um 19 Uhr wird der Park von einer Vielzahl von Individualsportlern und einigen Sportgruppen genutzt. Das Team D ist mit Standzelt und Fahnen präsent und stattet jeden mit dem teameigenen Sportshirt aus. Auf der professionellen Facebook-Seite werden Fotos von allen Laufevents und auch von regulären Treffen sowie Videos von Trainingseinheiten oder Statements der Teilnehmer gepostet. Oft werden diese mit Kommentaren wie „Con #DIABETES se puede!!!!“⁴⁶ (Team D 2014) versehen. Damit zeigen sie, dass sie Diabetiker sind und Sport machen. Dies lässt sich im Sinne Rabinows als Lobbying für ihre Krankheit sehen. Sie wollen anderen Diabetiker zeigen „que no pasa nada, que pueden tener una vida plena y normal, que no hay nada que no puedan hacer, no hay limitaciones, [la diabetes] es solo una característica mas“⁴⁷. (Caro)

⁴² „Die es einem ermöglichen Sport zu machen, zu fixen Uhrzeiten, die dich motivieren“

⁴³ „Die das gleiche wie du haben“

⁴⁴ „Es gibt nicht viel Zeit, um sich hinzusetzen und zu plaudern.“

⁴⁵ „Der Sport hat mir enorm geholfen“

⁴⁶ Mit Diabetes kann man!!!!

⁴⁷ „Es ist alles ok, sie können ein normales und erfülltes Leben haben, es gibt keine Einschränkungen, Diabetes ist nur ein weiteres Charakteristikum“

1.2.3. Das Team D und die 'Anderen'

Bei Entstehung kollektiver Identitäten, wenn man diese als sich im Prozess der Konstruktion und Transformation befindend betrachtet, ist dabei "differentiation from Others (...) a powerful constitutive force" (Rattansi 1994: 29; vgl. Koski 2014: 83). Diese Differenzierung lässt sich in zwei Richtungen betrachten:

Erstens wird die Selbstwahrnehmung der Gruppe durch die Abgrenzung zu den 'Anderen' geschärft. Zweitens wird die Gruppenidentität auch durch vielfältige Außenwahrnehmungen geformt. Dabei können diese Anderen keinesfalls als homogene Gruppe beschrieben werden, auch kollektive Identitäten sind "'crossed-through" and intersected by differences" (Sökefeld 2001: 535).

1.2.3.1. Abgrenzung zu anderen Diabetikern

Sie sind alle Diabetiker und die am weitesten gefasste Differenzierung ist wohl die zwischen Diabetiker und Nicht-Diabetiker, zwischen 'chronisch krank' und 'gesund'. In ihrem Diabetikersein grenzen sich die *teameros* aber gleichzeitig von anderen Diabetikern ab, durch das Sporttreiben und dessen Demonstration im Park und auf Facebook.

Diese Darstellung lässt sich als Versuch sehen, die Vorstellung des „diabetico sedentario y gordo“⁴⁸, die in Argentinien und auch in vielen anderen Teilen der Welt populär ist, zu korrigieren. Und damit findet eine, wenn auch nicht intendierte, Abgrenzung gegenüber anderen Diabetikern statt, die dieses Verhalten nicht an den Tag legen. Dies zeigt sich auch in den Narrationen. Viele betonen, dass sie sich im Rahmen einer ‚klassischen‘ Selbsthilfegruppe nicht gut aufgehoben fühlen würden, beziehungsweise eine Teilnahme daran bisher nicht in Erwägung zogen. Mariana grenzt das Team wie folgt von anderen Diabetesgruppen ab: “No nos juntamos para llorar. Imaginate si te vas a juntar con gente asi, mejor no vas.”⁴⁹ Und Arturo erklärt zwar: “no es un grupo de autoayuda”, aber er fügt hinzu, dass “[a] las personas les hace muy bien a hablar, a intercambiar y todo eso”⁵⁰, weshalb es sich vielmehr um “un grupo de ayuda mutua” handelt “porque se ayudan entre todos”. Dieses Aussage weist auf eine weitere wichtige Dimension der Gruppe hin: Obwohl das Team D vorrangig als Diabeteslaufgruppe gegründet wurde und sich viele Teilnehmer dieser mit der Motivation des Sporttreibens angeschlossen haben, spielen andere Aspekte ebenso eine Rolle und tragen zur Unterscheidung zwischen einer Gruppe von Diabetikern, die sich zum Joggen treffen, und einer Diabeteslaufgruppe mit gemeinsamer Identität, bei.

Ebenso kommen gemeinsame Merkmale des sozio-ökonomischen Hintergrunds bei einer Unterscheidung zum Tragen: Arturo erklärt zum Beispiel, dass er, obwohl im Hinblick auf sein Kranksein sehr engagiert, noch nie beim nationalen Diabetikertreffen in Cordoba war, weil es

⁴⁸ „des sesshaften und dicken Diabetikers“

⁴⁹ „Wir treffen uns nicht, um zu weinen. Überleg mal, wenn du dich mit solchen Leuten triffst, dann gehst du besser gar nicht erst“

⁵⁰ „Es ist keine Selbsthilfegruppe, aber es tut den Leuten gut, sich auszutauschen; es ist vielmehr eine Gruppe gegenseitiger Hilfe, weil sich alle untereinander helfen“

ihm wichtiger ist, dass dort Leute hingehen, „que realmente lo necesita[n] (...) porque nosotros tenemos todo (...) mucha información, actividad física”.⁵¹

1.2.3.2. Distanzierung zu Ärzteschaft und Medizin

Wie bereits dargestellt distanzieren sich viele Teilnehmer in ihren Narrationen auch vom biomedizinischen Personal, von den vermeintlichen ‘Experten’, gleichzeitig wird die Gruppe aber von einem Pharmaunternehmen gesponsert.

Viele *teameros* drücken ihre Unzufriedenheit mit der ärztlichen Behandlung aus, die auf den „expert/lay-divide“ (Brekke und Simes 2001: 364; vgl. Novas und Rose 2000; Gibbon und Whyte 2008) hinweisen. Ärzte werden selten positiv beschrieben, sondern eher als Personen, die „no [...] prestó mucha atención“⁵² und die gerne ihre Machtposition nutzen: „Le gusta jugar dios“⁵³ (Lisandro), die „no [...] convencen“⁵⁴ (Mariana), die auch einen Wissensmangel, „una falta de información, (...) actualización“⁵⁵ (Arturo) aufweisen. Geradezu eine Abneigung zeigt sich bei Belén. Die Ärzte ihrer Krankenkasse stellten ihr trotz eindeutiger Befunde keine Diagnose Diabetes Typ 2 aus, wie sie vermutet, aus dem Grund, dass „una vez que te dicen, si tenés esto, te tienen que cubrir toda la medicación“⁵⁶. Erst ein privat behandelnder Arzt diagnostizierte dann ihren Diabetes.

In den Interviews distanzieren sich die Diabetiker also auch von dem, was von ‚professioneller‘ Seite kommt und nehmen ihre schwächere Position im Arzt-Patient-Gefüge wahr. Vermutlich wird deswegen auch die Notwendigkeit des individuellen Wissenserwerbs, insbesondere des Erfahrungswissens so stark betont. Informationen können genutzt werden, um selbstständig („yo me hago cargo“⁵⁷, Camila) und unabhängig zu agieren. Das Team D fördert dieses Bestreben. Es ist unabhängig von ärztlicher Präsenz organisiert und die Teilnahme daran wird nicht verschrieben oder verordnet. Es wird somit zu einem Ort, an dem geschütztes Wissen unter ‚Gleichen‘ generiert und reproduziert werden kann, auf das Außenstehende keinen Zugriff haben und somit kann subjektiv die Position gegenüber den wissenschaftlichen Experten gestärkt werden.

Diese Abgrenzung gegenüber dem biomedizinischen Personal und deren gestellten Anforderungen wird auch in anderer Hinsicht deutlich: Es zählen auch Dinge zu den gemeinschaftlichen Aktivitäten, die nicht im Sinne eines ‚guten *self-care-behaviours*‘ sind. So trifft sich die Gruppe zu verschiedenen Anlässen zum gemeinsamen *asado*⁵⁸ oder zum Abendessen im Restaurant und dabei wird meist nicht auf eine diätkonforme Nahrung geachtet.

⁵¹ „die es wirklich brauchen, weil wir haben alles, viel Information, sportliche Aktivität“

⁵² „Nicht aufmerksam sind“

⁵³ „Er spielt gerne Gott“

⁵⁴ „die nicht überzeugen“

⁵⁵ „einen Mangel an Information, an Aktualisierung“

⁵⁶ „Wenn sie dich einmal diagnostizieren, muss die Krankenkasse die Kosten decken“

⁵⁷ „Ich kümmere mich darum“

⁵⁸ Traditionelles Grillen in großer Runde, üblicherweise an jedem Sonn- und Feiertag

1.2.3.3. Außenwahrnehmungen des Team D

Die Gruppenidentität wird nicht weniger wirkungsvoll durch vielfältige Außenwahrnehmungen geformt. Beard und Fox ordnen diese im Hinblick auf Krankheit drei Bereichen der Gesellschaft zu: den sozialen, den politischen und den wissenschaftlichen Arenen (2008: 1510). Es geht über den Rahmen dieser Arbeit hinaus, auf diese Bereiche detailliert einzugehen und deren Zusammenspiel mit der Selbstwahrnehmung der untersuchten Gruppe zu analysieren. Trotzdem möchte ich im Folgenden kurz auf einzelne Aspekte eingehen, die zum Verständnis der Gruppenidentität hilfreich sein können.

Fragestellungen zu chronisch-kranken Individuen beschäftigen sich in der Medizinanthropologie häufig mit dem Konzept der Stigmatisierung. Sie kann dabei beispielsweise als soziale Konsequenz der Diabeteserkrankung auftreten (vgl. Hopper 1981). Und auch die Programme der Diabetesorganisationen in Buenos Aires deuten auf das Vorhandensein solcher Stigmen hin. So kämpft die ADIBA dafür, dass kein Diabetiker “tenga que ocultar su enfermedad al ingresar a su empleo, para realizar una actividad (...)”⁵⁹. Und auch die Aussage der Präsidentin Fernandez Kirchner (s. Abschnitt 2.4.) weist deutlich darauf hin, dass es eine stigmatisierende Außenwahrnehmungen gibt, auch wenn ihr Deutungsmuster in diesem Fall nicht der ‘klassischen’ Stigmatisierung von Diabetikern entspricht.

Für die Team-Mitglieder mag Diabetes aufgrund ihres sozio-ökonomischen Hintergrunds keine “stigmatized condition” (Hopper 1981) in der Weise darstellen, wie es bei marginalisierten Bevölkerungsteilen verstärkt der Fall sein kann. Trotzdem berichten die meisten meiner Forschungspartner, dass sie mit Vorurteilen und Negativattributionen konfrontiert werden oder zumindest über diese Bescheid wissen. Sie erleben Stigmatisierung also vornehmlich innerhalb der sozialen Arenen. Auf persönlicher Ebene kann die chronische Krankheit unabhängig vom gesellschaftlichen Kontext zum Stigma werden, etwa allein durch die körperlichen Einschränkungen, die sie mit sich bringt. So erzählt Alberto, 52 Jahre alt, von der Belastung seiner Ehe durch diabetesverursachte Impotenzprobleme. Camila, 21 Jahre alt, schildert ihre Sorge, ein behindertes Kind oder keine Kinder bekommen zu können, was die Familienplanung mit einem potenziellen Partner gefährden oder sie gar für potenzielle Partner uninteressant machen könnte. Diese beiden Narrationen lassen sich als wahrgenommene Stigmatisierung deuten. Natürlich entsteht diese aus dem spezifischen Kontext eines Individuums heraus, allerdings zählt die Mehrzahl der *teameros* in den Interviews einen spezifischen stigmatisierenden Aspekt ihrer Diabeteserkrankung auf, was wiederum als Gemeinsamkeit der Gruppe gedeutet werden kann. Außerdem konnte ich in meinen Beobachtungen den Eindruck gewinnen, dass insbesondere solche alters- und geschlechtsspezifischen Wahrnehmungen unter denen, die diese teilten, zu besonders engen Verbindungen innerhalb der Gruppe führten, die das Zugehörigkeitsgefühl zur Gruppe als Ganzes jedoch trotzdem stärkt, möglicherweise weil es die Bedeutung der individuellen *illness*-Identität für den Einzelnen stärkt.

⁵⁹ „seine Krankheit in Bezug auf den Beruf oder andere Aktivitäten verstecken muss“

Außerdem gibt es auch Aspekte der Krankheit, die von beinahe allen in bestimmten Situationen als Stigma wahrgenommen werden. Diese treten dann auf, wenn das Kranksein öffentlich sichtbar wird: Beim wie schon erwähnten starken Schwitzen, bei Ohnmacht im öffentlichen Verkehrsmitteln (Belén) oder beim notwendigen Blutzuckermessen oder der Insulininjektion.

Innerhalb der Gruppe werden diese Aspekte zum verbindenden Element: einerseits durch den Austausch solcher Wahrnehmungen und dem gemeinsamen Erleben von körperlichen Reaktionen, andererseits durch die Praxis des gemeinsamen Blutzuckermessens und gegebenenfalls einer Insulinkorrektur. So wird ein stigmatisierendes Merkmal innerhalb der Gruppe zum wichtigen gemeinsamen Ritual umgedreht und erhält eine andere Wertigkeit.

2. Zusammenspiel zwischen Gruppenidentität und individuellem Krankheitserleben

Wie aufgezeigt, formen die Mitglieder des Team D eine gemeinsame kollektive Identität, die aufgrund der in den Interviews und den teilnehmenden Beobachtungen gewonnen Eindrücke durchaus als bedeutungsvoll bewertet werden kann, und keinesfalls einem ‚schwachen‘ Konzept von Identität entspricht (Brubaker und Cooper 2000: 11): Sie zeichnet sich in ihren Grundzügen durch innere Kongruenz und zeitliches Überdauern aus (ebd. 12). Sie stellt keine „freie Konstruktion fiktiver Bindungen“ (Rammert 2002: 11) zwischen Mitgliedern der argentinischen Gesellschaft dar, sondern sie bildet sich aus den bereits vorhanden Identitäten ihrer Mitglieder mit gemeinsamen soziokulturellen Merkmalen sowie aus deren verbindenden *illness*-Identitäten und den daraus hervorgehenden identitätsstiftenden Aspekten. Außerdem steht sie nicht für sich alleine, sondern ist immer in interagierende „larger systems of classification“ eingebettet (Donahoe et al. 2009: 15), die untereinander konkurrieren, interagieren, sich arrangieren oder ausschließen.

Nun bleibt die Frage offen, wie die kollektive Identität des Team D auf die Individuen wirkt. Die meisten Teilnehmer des Team D identifizieren sich mit ihrer Gruppe, sind also Träger der gemeinsamen Identität. Das Sein in der Gruppe und deren Identität werden natürlich nicht isoliert von anderen Lebenszusammenhängen erlebt (vgl. Kelly et al. 2005: 2). So wie individuelles Erleben von Krankheit zur Formung einer gemeinsamen Identität beiträgt, gilt genauso in die entgegengesetzte Richtung: “collective identity requires participants to incorporate aspects of the ‘ we ’ into their individual identities“ (Koski 2014: 87). Dabei ist zunächst eine Veränderung der Beziehung zum diagnostischen Label naheliegend. Wie beeinflusst diese also die individuelle Identität als Diabetiker der *teameros*? Wie fügt sie sich in die jeweiligen Lebenswelten ein?

2.1. Gruppe als Ort des Erlebens von *Illness*

„El grupo es un lugar para encontrarse con la enfermedad y por la enfermedad“⁶⁰, so beschreibt Lisandro die Funktion, die das Team D für ihn hat. Man geht zu den Treffen und wird dort automatisch mit dem eigenen Kranksein konfrontiert. Es wird dort diskutiert, es werden also Erfahrungen, Ratschläge, Sorgen und Ängste ausgetauscht, und es wird gelebt beziehungsweise praktiziert: Man führt gemeinsam die Diabeteskontrolle durch (durch Messen und Spritzen) und man muss mit diabetesspezifischen Reaktionen des Körpers auf Sport, wie Unterzuckerung oder Erschöpfung, umgehen. Diabetes, der im Alltag oft eine „invisible condition“ (Hopper 1981: 12) darstellt oder auch leicht von den Betroffenen ausgeblendet werden kann, erhält im Rahmen der Gruppe also eine andere Präsenz. So berichtet zum Beispiel Lisandro, dass, obwohl ein Großteil seiner Verwandten Diabetes hat, kaum darüber gesprochen wird. Betrachtet man Diabetes wie Guell als soziale Erfahrung (2011: 378) erhält die biosoziale Gruppe deshalb eine besondere Bedeutung.

Auch in Hinblick auf die Änderung des Lebensstils wird dies wichtig: “treatment guidelines for diabetes often necessitate making changes in everyday lifestyle patterns of these patients, the social world of a person living with diabetes becomes an important factor in this process (Kadirvelu et al. 2012: 410)“. Wenn das soziale Umfeld aber aufgrund der besonderen Charakteristika des Krankenstatus „no llega [...] a saber lo que [la diabetes] significa“⁶¹ (Santiago), kann es umso wichtiger sein, in der biosozialen Gruppe auf Menschen mit geteiltem Krankenstatus zu treffen. Dies ermöglicht einen Zugang zum Krankheitserleben Anderer und bietet die Basis für einen Austausch und gegenseitige Unterstützung. Wie Rabinow es formuliert hat, kann die biomedizinische Diagnose eine Art von Sozialität schaffen, die bewusst gesucht und persönlich genutzt wird: „necesitaba una parte que muchos médicos no te daban, que era la parte social, esta parte de hablar, intercambiar ideas, eso es muy importante yo creo, en realidad me sirvió muchísimo, (...) conocer las experiencias de otros, conocer a más personas con Diabetes“⁶².

2.2. Integration der kollektiven Identität des Team D in das individuelle Kranksein

In mehr oder weniger ausgeprägter Form setzt sich im Zuge dieser Sozialität also jeder mit seinem Diabetes auseinander und integriert einen Teil der Gruppenwahrnehmung in seine eigene Wahrnehmung. Der gemeinsame Diskurs, der das *illness*-Erleben als Prozess der Auseinandersetzung mit Diabetes, der „autoconcientización“⁶³ (Mariana) definiert, wird von

⁶⁰ „Die Gruppe ist ein Ort um sich mit der Krankheit und wegen der Krankheit zu treffen.“

⁶¹ „es nicht schafft, zu verstehen, was Diabetes bedeutet“

⁶² „Ich brauchte einen Teil, den dir viele Ärzte nicht gaben, und zwar den sozialen Teil, den Teil des Sprechens, des Ideenaustauschens! Das ist sehr wichtig, ehrlich gesagt, hat es mir sehr geholfen, die Erfahrungen anderer kennenzulernen, mehr Personen mit Diabetes kennenzulernen“

⁶³ „Sichbewusstwerden“

den Forschungspartnern in ihren eigenen Deutungen wiedergegeben. Alle erklären positiv konnotiert, dass sich ihr Verhältnis zu ihrem Diabetes verändert hat und nehmen die Gruppenmitgliedschaft dabei als positiven Einfluss wahr.

Ein Teil schildert dabei, dass sie den Diabetes nun als Teil ihres Lebens anerkennen oder ihn akzeptieren, worauf bereits die Tatsache des Anschlusses an die biosoziale Diabetesgruppe hinweist. Die Botschaften der Gruppe wie „*accepte a la diabetes y aprenda a convivir con ella con una sonrisa*“⁶⁴ (Trainer Juan) nehmen sie auf und reproduzieren sie in ihren Narrationen:

„Si vos llevas esa vida, la incorporas y sos organizada, eso se puede tratar perfectamente. La idea es llegar al punto de ese equilibrio, que vos tenes una vida normal, pero siempre sabiendo esas cosas“⁶⁵ (Camila)

Die regelmäßigen gemeinsamen Treffen helfen dabei, notwendige Gesundheitsaufgaben, insbesondere sportliche Betätigung, in den Alltag zu integrieren oder vielmehr als Teil des Alltags zu institutionalisieren.

Außerdem tragen die Dynamiken, die die Gruppe in ihrem Wir-Bewusstsein entwickelt, zu einem veränderten Umgang mit der Diabetesidentität bei. Die Teilnehmer motivieren sich gegenseitig und werden von den Trainern motiviert. Einige Mitglieder repräsentieren die gemeinsamen Werte und Ideale des „*con Diabetes se puede*“⁶⁶ in ausgeprägter Weise und prägen damit das Gruppengefühl maßgeblich. Arturo läuft im Rahmen der Diabetessportgruppe zum Beispiel seinen dritten Marathon, hat ideale Langzeitblutzuckerwerte und spricht im Interview keinerlei Einschränkungen an, die er mit seiner Krankheit verbindet. Er wird in der Gruppe sowohl von Typ-1-Diabetikern als auch von Typ-2-Diabetikern als Vorbild wahrgenommen und es fällt auf, dass sich viele unter ihnen an seinen *self-care*-Praktiken orientieren beziehungsweise ihm nacheifern.

Arturo verkörpert außerdem am deutlichsten eine Haltung gegenüber seinem Diabetes, die über eine reine Akzeptanz oder Integration hinausgeht. Den in Bezug auf Diabetes häufig als größte Herausforderung dargestellten Wandel des Lebensstils beschreibt er als höchst positiv und weitet seinen Eindruck auch auf andere Diabetiker aus:

“Eso fue un cambio, y despues digamos que el cambio fue para lo mejor (...) porque empecé a bajar de peso, empezás a sentir mejor. Hasta esa hora corro cosas que no tenía ni pensado hacerlo, ni pensado (...). La mayoría te va decir, si, la diabetes me cambió porque mejoré”⁶⁷

Diese Darstellung ähnelt den persönlichen Erfolgsgeschichten wie sie in Diabetesratgebern mit der Zielgruppe einer gut gebildeten Mittelschicht gerne veröffentlicht werden und die den

⁶⁴ „Akzeptiere den Diabetes und lerne mit ihm mit einem Lächeln zu leben.“

⁶⁵ „Wenn du so ein Leben führst, den Diabetes inkorporierst und organisiert bist, kann man perfekt damit umgehen. Die Idee ist, dass du diesen Punkt des Gleichgewichts erreichst, dass du ein normales Leben führen kannst, aber diese Sachen immer weißt.“

⁶⁶ „mit Diabetes kann man“

⁶⁷ „Es war eine Veränderung, und dann war es eine Veränderung zum Besseren, kann man so sagen, weil ich angefangen habe abzunehmen, du fühlst dich besser, jetzt renne ich..., Dinge, an die ich nie gedacht habe, sie zu machen, nie! Der Großteil der Leute wird dir sagen: Ja, der Diabetes hat mich verändert, weil es mir nun besser geht.“

Prozess „from a period of despair to a period of affirmation of new found health“ (Hopper 1981: 13) zeichnen. In den Interviews wird deutlich, dass die allermeisten dieses Deutungsmuster übernommen haben und sie versuchen es auf ihr eigenes Kranksein anzuwenden und diese neu gefundene Gesundheit zu praktizieren, also aktiv zu sein, Zustand und Aussehen des Körpers zu verbessern und akute Symptome zu vermeiden. Es ist allerdings fraglich inwiefern das den Einzelnen gelingt.

2.3. Bedeutung der kollektiven Handlungs- und Deutungsmuster im Identitätsgefüge des Einzelnen

Innerhalb der Gruppentreffen werden die angesprochenen gemeinsamen Handlungs- und Deutungssysteme gelebt: Die Mehrzahl zeigt sich im Rahmen ihrer Möglichkeiten sportlich und diszipliniert, misst und spritzt sich bereitwillig, und ist meist positiv und gelassen bezüglich der *illness*. Die Bedeutung und der Grad der Umsetzung dieser kollektiven Praktiken können aber für den einzelnen Akteur in verschiedenen anderen sozialen Situationen und unter verschiedenen Umständen stark variieren. Um diese genauer zu betrachten, schlagen Donahoe et al. vor, „salience“ und „pervasiveness“ (2009: 16) der kollektiven Identitätsmerkmale in den individuellen Lebenszusammenhängen zu betrachten. Ersteres untersucht den Einfluss, den die kollektive Identität in einer bestimmten Situation auf soziale Beziehungen und auf das Handeln nimmt, letzteres möchte beschreiben, inwiefern dieser Einfluss in vielen verschiedenen Lebenssituationen präsent ist (Donahoe et al. 2009: 16) bis dahin, dass er sogar zur allgemeinen Handlungsgrundlage wird (vgl. Snow 2001: 2215).

Bei einigen *teameros* lässt sich beobachten, dass sich die gemeinsamen Handlungsmuster auf ihr Selbstpflegeverhalten im Alltag übertragen: Sie kontrollieren häufiger ihren Blutzucker, Lisandro und Belén gehen zu Fuß zur Arbeit anstatt den Bus zu nehmen, Mariana wendet ihr im Team erworbenes Wissen über Kohlenhydratberechnung bei der Insulininjektion an. Die Messungen des Gewichts und des Bauchumfangs, die die Trainer alle paar Monate durchführen, zeigen, dass die große Mehrheit an Gewicht verliert und viele meiner Interviewpartner berichten mir, dass sich ihre Langzeitwerte seit dem Anschluss an die Gruppe verbessert haben. Dies lässt sich mit einem generell gesundheitsorientierteren Selbstpflegeverhalten erklären, das auf gesünderen Ernährungsgewohnheiten und einer verbesserten Selbstkontrolle durch Blutzuckermessungen basiert.

Es entsteht außerdem der Eindruck, dass bei vielen durch ihre neue Biosozialität die eigene *illness* und damit die Bedürfnisse des eigenen Organismus ein größeres Gewicht bekommen. Sie nehmen in der Lebenswelt des Einzelnen und damit im Gefüge einer Vielzahl von Zugehörigkeiten zunehmend Raum ein. Das sieht man daran, dass dem Kranksein ein Platz im Alltag eingeräumt wird: Es wird die Anwesenheit bei den zweimal wöchentlich stattfindenden Treffen organisiert, beim Joggen höre ich meine Forschungspartner über neue Therapieformen

sprechen, über die sie im Internet gelesen haben und Mariana und Belén verabreden sich zum Kauf eines neuen Blutzuckermessgeräts nach der Arbeit.

Die Diabetes-Identität wird nicht nur allgemein tendenziell positiver wahrgenommen, sie scheint teilweise auch zu einer Gesundheitsidentität umgeformt und erweitert zu werden, die sich durch ein Streben nach Optimierung der Gesundheit auszeichnet und so auch Orientierungshilfe für andere Lebensbereiche wird. Sport und gesunde Ernährung werden zu neuen Hobbies. Arturo besucht in seiner Freizeit Kochkurse zu gesundem, vegetarischem Essen. Belen probiert zum Forschungszeitpunkt das fünfte Diätkonzept und verbringt viele Abende mit Onlinerecherchen zu neuem ‚Diabetikeressen‘, Santiago wählt in seinem Medizinstudium die Fachrichtung Diabetologie. Er, Tomás und Mariana betonen auch, dass sie die Disziplin, die sie in Bezug auf ihr Diabetesmanagement aufbringen müssen, auch auf andere Lebensbereiche übertragen, wie beispielsweise Studium oder Arbeit: „la Diabetes me enseñó disciplina y la llevé igual a todo el resto de las cosas de la vida“⁶⁸ (Tomás) .

Ein solcher Fokus auf die eigene *illness* und das damit verbundene Verhalten kann sich in vielerlei Hinsicht auf das soziale Leben auswirken. Ein Beispiel: Essen ist in Argentinien, wie wohl vielerorts, oft auch soziales Event. Ein *asado*, wichtiger Bestandteil argentinischer Esskultur (Edwards 2008: 215f), bietet oftmals den Rahmen für ein soziales Zusammenkommen und erstreckt sich über mehrere Stunden. Wird dabei der Verzicht und die Mäßigung als Teil des Diabetesmanagements gelebt, kann dies die gewohnte Grundlage für soziale Kontakte ein Stück weit entziehen. Lisandro, der seine Essgewohnheiten anfangs radikal umstellte, resümiert:

“Fue un cambio de vida, respecto a mi vida social, (...) mi casa era una fonda practicamente. La vida social se ve muy afectada por los cambios de habito, sobre todo cuando vas a la casa de alguien. Al principio tenía la obsesión de cenar en casa, entonces ya iba cenado y picaba algo de lo que había, media porción de Pizza y tomaba alguna copita de alcohol, pero (...) no era vida eso, ni para mí, ni para los que me invitaban (Lisandro)”⁶⁹

Und Mariana erklärt mit Blick auf ihr Selbstpflegeverhalten, dass ihre Freunde den gleichen, ruhigen Lebensstil haben sollten. Belén hat begonnen, komplett auf Alkohol zu verzichten und geht deshalb abends eher ungerne aus.

Die alltägliche Realisierung der aktiven Selbstpflege, wie sie im Team D gelebt wird, kann also dazu führen, dass “Social activities (...) may be sacrificed so severely (...) that a person's social life is diminished”, wie Balfe bei amerikanischen Studenten mit Typ-1- Diabetes feststellt (2006: 146). Betrachtet man aber Identität als ein sich ständig transformierendes Konstrukt, stellt sich das Leben eines Individuums “as a series of gains and losses” (Kelly et al. 2005: 3)

⁶⁸ „Diabetes hat mich Disziplin gelehrt und das habe ich ebenso auf den Rest der Sachen im Leben übertragen“

⁶⁹ „Es war ein Lebenswandel, was mein Sozialleben betrifft, mein Haus war eine Fonda (Kneipe mit üppigem, einfachem Essen), das Sozialleben wird sehr von solchen Änderungen der Gewohnheiten betroffen, vor allem auch, wenn man zu jemandem nach Hause geht. Am Anfang hatte ich diese Obsession, schon zu Hause zu Abend zu essen und dann nach dem Essen zu meinen Freunden zu gehen und nur noch kleine Häppchen zu essen, ein halbes Stück Pizza, oder ein Gläschen zu trinken, aber das war kein Leben, weder für mich, noch für die, die mich eingeladen hatten“

dar. Das soziale Leben der *teameros* ist von solchen Verlusten betroffen, gleichzeitig entstehen durch ihre Biosozialität neue soziale Rollen und Beziehungen, die vielleicht auch andere soziale Arenen in den Hintergrund rücken lassen. Alberto und Gustavo werden zum Beispiel zu *asado*-Gastgebern des Team D in ihrem Garten. Am deutlichsten wird eine solche Entwicklung bei Arturo:

“Eso cambió también, (...) antes no me interesaba tanto la gente, te juro antes estar así en un grupo... no... estaba muy con mi familia y nada más. Después en mi vida que estoy en estos grupos me cambió a ser un poco más sociable. Eso me sirvió mucho. Es lindo ver que algunas personas a las cuales ayudaste después te lo reconocen.”⁷⁰

Neben seiner aktiven Teilnahme im Team D ist er inzwischen Verantwortlicher einer weiteren Diabetessportgruppe, deren Treffen er organisiert und die er mit selbst recherchierten Informationen versorgt. Sein soziales Netzwerk verändert sich dadurch also und er übernimmt gleich mehrere neue soziale Rollen, wie die des Organisators, die des Experten, die des Seelsorgers, die sich je nach Kontext ändern können. Ähnliche Beobachtungen macht auch Guell bei der Feldforschung in einer Berliner Selbsthilfegruppe:

“diabetes adds equally plentiful social roles. Such positioning happens often and situationally, occupying roles sometimes at once and inseparably, or purposely and deliberately selectively.” (2011: 384)

Dissonanzen zwischen kollektivem Bewusstsein und individueller Lebensführung

Wie nun dargestellt, zeigt sich die biosoziale Gruppe auf den ersten Blick als sehr wirkungsvoll bezüglich einer Aufwertung der individuellen Bedeutung des Krankheitserlebens, was sich in der Folge auch auf andere Aspekte des Daseins auswirken kann. Allerdings können Zugehörigkeiten von Individuen bewusst oder unbewusst auch als in einem breiten Kontext bedeutungsvoll (Donahoe et al. 2009: 17) präsentiert werden, während meine Beobachtung und die anderer *teameros* ein anderes Bild vermitteln.

Mariana, zum Beispiel, reproduziert eifrig den Diskurs von der anfänglichen Disruption durch die Diagnose und dem Erlangen eines neuen Gleichgewichts durch Wissenszuwachs, Sport und die biosoziale Unterstützung. Ihr Diabetesmanagement zeigt sich aber aus biomedizinischer Sicht besorgniserregend: Ihre Langzeitwerte sind dramatisch erhöht, oft kann sie wegen eines zu hohen Blutzuckers nicht an den Sportaktivitäten der Gruppe teilnehmen. Sie übt also während der Treffen die kollektiven Praktiken aus, ihr alltägliches Selbstpflegeverhalten scheint davon aber eher unberührt zu bleiben.

Ähnliches zeichnet sich bei den Mitgliedern ab, die vor allem bei außerordentlichen Treffen Präsenz zeigen, wie Francisco, ein Typ-1- Diabetiker, der als Anwalt bei der ADIBA arbeitet. Er nimmt eher selten an den regulären Aktivitäten teil, zeigt sich aber engagiert bei repräsentativen Veranstaltungen, wie dem Stand des Teams beim Weltdiabetestag und

⁷⁰ “Das hat sich auch verändert, vorher haben mich Menschen nicht so sehr interessiert, ich schwöre dir, früher so in einer Gruppe zu sein...nein...Ich war mit meiner Familie zusammen, sonst nichts. Nun in meinem Leben, in diesen Gruppen zu sein, hat mich ein bisschen sozialer werden lassen. Das hat mir sehr geholfen. Es ist schön zu sehen, dass Personen, denen du geholfen hast, es dir anerkennen.”

kommentiert und verlinkt sich beflissen auf der Facebookseite des Team D. Dieses Demonstrieren von ausgewählten Merkmalen lässt sich als einseitige Instrumentalisierung der kollektiven Identität (Donahoe et al. 2009: 9) deuten. Akteure können sie in Situationen annehmen, in denen sie Vorteile verspricht. In diesem Fall bleibt aber die positive Rückwirkung der Gruppenidentität auf das Individuum und das Durchdringen anderer Lebensbereiche aus. Deshalb ist es wichtig, die kollektive Identität in ihrer "pervasiveness" (ebd. 2009: 16) auf individuelle Lebenszusammenhänge zu betrachten.

Die biosozialen Gruppe als isolierter Lebensbereich

Es fällt auf, dass es zwischen dem biosozialen Feld und anderen sozialen Feldern kaum Berührungspunkte gibt. Zu den gemeinsame *asados* oder Restaurantbesuchen zum *fin de año*⁷¹ oder zu Ferienbeginnen bringt während meines Aufenthalts niemand Partner oder Familie mit, obwohl die Trainer ausdrücklich dazu einladen. Auch zu der Großveranstaltung am Weltdiabetestag erscheinen nur wenige Angehörige und Freunde der Diabetiker. Vereinzelt bleiben die Mitglieder der Gruppe auch gegenüber anderen Diabetikern erstaunlich exklusiv. Arturo lässt bei seinen gesundheitsbezogenen Praktiken seine Frau komplett außen vor, obwohl diese selbst Diabetes hat. Das zeigt, dass die Teilnehmer des Team D zwar ihre personale Identität um neue soziale Rollen und eine neue Zugehörigkeit erweitern (Koski 2013: 77), dadurch aber ihre bestehende Sozialität und Zugehörigkeit nicht unbedingt verdrängt oder verändert sehen wollen. Das zeigt auch die in Abwandlungen oft wiederholte Aussage: "No soy diabético, soy una persona con [sic!] Diabetes. Es una característica más"⁷²

2.4. *Empowerment* durch Teilnahme an der biosozialen Gruppe?

Das Team D bietet seinen Teilnehmern neben der sportlichen Aktivität vor allem den Austausch untereinander. Teil dieses Austauschs ist die Produktion und Reproduktion von diabetesspezifischem Wissen. Zu diesem Wissen gehören Infos über die besten Ärzte der Stadt oder über Termine zu Bildungsveranstaltungen der Organisation LAPDI oder Aktionstagen des *gobierno de la ciudad*⁷³ und Erklärungen über das Berechnen von Insulineinheiten, Tipps für die besten Mittel gegen Unterzuckerung und geteilte Erfahrungsgeschichten und Erklärungsmodelle. Aujoulat et al. definieren als Resultat von *empowerment* "self-efficacy, mastery and control" (2009: 1229) und darauf weisen auch viele meiner Forschungspartner hinsichtlich ihres Umgangs mit ihrer Krankheit hin:

„Podés controlarlo vos mismo, no necesitás alguién atrás. Hay que tomar el control.“⁷⁴
(Camila)

⁷¹ Jahresabschlussessen

⁷² „Ich bin kein Diabetiker, ich bin eine Person mit Diabetes. Es ist ein Charakteristikum mehr von mir.“

⁷³ „Stadtregierung“, äquivalent zu unserer Stadtverwaltung

⁷⁴ „Du kannst es selbst kontrollieren, du brauchst niemanden hinter dir. Man muss die Kontrolle übernehmen.“

“Ahora yo estoy tomando las decisiones, estoy bastante informada y si quiero ir al oculista voy, si quiero ver la nutricionista voy”⁷⁵ (Belén)
“Hacemos deporte y así vas conociendo tu cuerpo, eso es lo más importante en cuanto al tratamiento, los médicos no”⁷⁶ (Tomás)

Es scheint also, dass sie subjektiv eine Art von *empowerment* wahrnehmen, also einen Zuwachs an Handlungsspielraum, erlangt durch den gemeinsamen Wissenspool der Gruppe und das eigene Erfahrungswissen. Dadurch gewinnen sie auch an Expertise und werden zu dem, was Beard und Fox als “professional patients” (2008: 1515) beschreiben. Allerdings nehmen die Team-Mitglieder selbst nicht allein das biomedizinische Wissen als Teil dieses *empowerment* wahr, sondern gerade auch die Möglichkeit, sich vom klinischen Umfeld zu distanzieren, beziehungsweise die Positionierung diesem gegenüber zu verändern. In den Erzählungen meiner Forschungspartner schwingt hin und wieder ein von “wir nehmen unser Schicksal selbst in die Hand” mit.

In einer erweiterten Konzeption von *empowerment* sprechen mehrere Autoren der kollektiven Identität ein mobilisierendes, aktivistisches Moment zu: “The (...) shared ‘sense of we’ motivate[s] people to act together in the name of, or for the sake of, the interests of the collectivity, thus generating the previously mentioned sense of collective agency.” (Snow 2011: 2214). Auch Rabinow spricht biosozialen Gruppen solche Charakteristika zu, durch ihr “lobby[ing] for their disease” (2005: 186). Während meines Feldforschungsaufenthalts war dies nicht der Fall, nun scheint die Gruppenidentität dieses Merkmal langsam mit aufzunehmen, wie aktuell das Promoten ihrer Ideale auf Facebook zeigt.

3. Diskussion der Ergebnisse

Das Team D ist eine biosoziale Gruppe. Ihre Sozialität gründet sich auf einem gemeinsamen biologisch wirksamen Moment, nämlich der Fehlfunktion der Bauchspeicheldrüse. Allerdings bedingt eine selektiv verbindende biologische Gemeinsamkeit zwischen Individuen nicht automatisch das Entstehen einer kollektiven Identität und eines ausgeprägten Zusammengehörigkeitsgefühl, wie es beim Team D der Fall ist. Entscheidend ist in mehrfacher Hinsicht der Kontext dieser Biosozialität.

Das Praktizieren von Biosozialität wird den *teameros* erst durch zur Verfügung stehende Ressourcen wie Ort, Trainer und Hilfsmittel möglich und durch den Zugang, den sie dazu erhalten. Dieser Zugang entscheidet über die Zusammensetzung der Mitglieder. Im Falle des Team D besteht die Gruppe aus gut gebildeten Mittelschichtlern, die Zugang zum Internet haben und dort gut vernetzt sind und die im Umkreis des Treffpunkts wohnen.

Das Herausbilden kollektiver Praktiken und eines starken gemeinsamen Wir-Gefühls hängt nun mit den individuellen Erfahrungen mit dem Kranksein zusammen. Man könnte formulieren,

⁷⁵ „Jetzt treffe ich die Entscheidungen, ich bin sehr informiert und wenn ich zum Augenarzt gehen will, geh ich; und wenn ich zur Ernährungsberaterin gehen will, gehe ich.“

⁷⁶ „Wir machen Sport und so lernst du deinen Körper kennen, das ist das Wichtigste, nicht die Ärzte.“

dass die Teilnehmer eine ähnliche ‘Diabetes-Sozialisation’ erfahren haben (vgl. Beard und Fox 2008:1510). Sie haben aufgrund ihres gleichen sozio-ökonomischen Hintergrunds ähnliche medizinische Einrichtungen besucht. Wenn Arturo und Andere also davon sprechen, dass man selbst aktiv werden, sich Wissen aneignen, die Verantwortung übernehmen und sich kontrollieren muss, dann ist das genau das, was die Diabetologen als wichtigsten Aspekt der Diabetesbehandlung hervorheben. So erklärt Doctor Fernando Krynski, Leiter der Diabetologie des Hospital Fernandez:

„lograr que la persona sea parte activa de una enfermedad es muy importante (...) que uno se compromenta, que uno se cuida (...) y es una enfermedad positiva, una enfermedad que ayude“⁷⁷

Und wenn Mariana ihren Weg von der Erschütterung ihres Selbst bis zum neu gewonnenen Gleichgewicht schildert, repräsentiert das genau die Darstellung, die gerne in Diabetesratgebern für Mittelschichtpatienten verwendet wird (Hopper 1981: 13). Und auch die in der argentinischen Gesellschaft sehr präsenten Konzepte von Gesundheit und Wohlbefinden tragen zur Formung des *illness*-Erlebens der Mitglieder bei. Man kann kaum in den parque Rosedal gehen, ohne die Pflicht zu verspüren, Sport zu treiben, sich fit zu halten und seinen Körper zu formen. Und wie in Abschnitt 2.4. geschildert, hat insbesondere in Buenos Aires die Beschäftigung mit dem Selbst Hochkonjunktur (Bass 2006: 432).

Vor diesem Hintergrund entstehen erstens die gemeinsamen Narrationen der Gruppe, die sich stark eines medizinischen und psychologischen Vokabulars bedienen. Zweitens bildet so die wichtigste gemeinsame Handlungspraxis der Mitglieder des Team D, das gemeinsame Sporttreiben und die gemeinsame Selbstkontrolle die Grundlage für das ‘Leben’ eines aktives Selbstpflegeverhalten in allen Lebenszusammenhängen. . In dem Streben nach diesem Ideal, welches alle deutlich formulieren, zeigt sich ein wichtiger und stark bindendes Merkmal der kollektiven Identität, welches auch wirkungsvoll nach außen demonstriert werden kann.

Allerdings lässt die gemeinsame Identitätspraxis trotz dieser deutlichen Prägung einen großen Spielraum für verschiedene individuelle Deutungen und Adaptionen des gemeinsamen “interpretative framework” (Snow 2001: 2216). Beispielsweise ist die Definition von Sporttreiben, obwohl die Gruppe sich eigentlich als Laufgruppe versteht, so weit gefasst, dass davon niemand ausgeschlossen ist: Auch Spaziergehen zählt zum ‘aktiv sein’.

Zu ähnlichen Ergebnissen kam Koski bei der Untersuchung einer Selbsthilfegruppe für ‘Essgestörte’: Das individuell sehr unterschiedliche Erleben der Krankheit scheint keinen Widerspruch zu praktizierten Narrationen darzustellen (Koski 2013: 86). Nie wird in der Beobachtungssituation von jemandem Kritik an individuellen Interpretationen geäußert. Eher hört man Formulierungen wie “igual, cada diabético es un mundo”⁷⁸ (Tomás). Die Betonung

⁷⁷ „Es ist sehr wichtig, zu erreichen, dass die Person aktiver Teil einer Krankheit ist, (...), dass man sich verpflichtet, dass man sich pflegt (...) und es ist eine positive Krankheit, eine Krankheit, die hilft“

⁷⁸ „Jeder Diabetiker ist eine Welt für sich.“

der Individualität innerhalb der starken gemeinsamen Gruppenwahrnehmung stellt so sogar selbst ein wichtiges Merkmal der kollektiven Identität dar. Weiter lässt sich daraus schlussfolgern, dass die Teilnehmer durch die Betonung ihrer somatischen Individualität insofern *empowerment* erfahren, als dass sie mit ihrer gestärkten *illness*-Rolle eigenständig und vielfältig handeln können.

Die Gruppenidentität verändert die eigene *illness*-Identität und wirkt sich auf verschiedene Lebensbereiche aus. Es zeigt sich jedoch, dass diese Wirkung sehr vielseitig aussehen kann. So kann sie beispielsweise für das Individuum neue soziale Rollen mit sich bringen, neue Handlungsfelder eröffnen, als Orientierung für die Selbstpflege übernommen werden oder sehr situationsgebunden demonstrativ als Emblem (Donahoe et al. 2009: 17) getragen werden.

Wie verhält sich die Identitätspraxis des Team D nun zu dem eingangs vorgestellten, weit rezipierten Konzepten von Biosozialität (Rabinow 2005) und biological citizens (Rose 2005), die als zukünftige Grundlage für das Handeln von Individuen und sogar einer neuen Gesellschaftsordnung präsentiert werden? Nach Rose's Ansicht sind die Teilnehmer des Team D in ihrer Rolle als biologische Staatsbürger

“obliged to inform him or herself not only about current illness, but also about susceptibilities and predispositions- (...) take appropriate steps, such as adjusting diet, lifestyle, and habits in the name of the minimization of illness and the maximization of health.” (2005: 147)

Nach diesem Deutungsmuster geht das individuelle Krankheitserleben und seine Beziehung zur Gruppe weitgehend verloren. Es geht um Staatsbürger, die sich konform oder nicht konform zum technowissenschaftlichen Diskurs verhalten. Rapp kritisiert dieses Modell und fordert dazu auf, Individuen vor dem Hintergrund einer Vielzahl an Zugehörigkeiten und Handlungsmöglichkeiten zu betrachten, die auf den dominanten Diskurs reagieren und ihn transformieren (Rapp 1999:286). Sie mahnt:

“At stake in the analysis of the traffic between biomedical and familial discourses is an understanding of the inherently uneven seepage of science and its multiple uses and transformations into contemporary social life.” (Rapp 1999: 302f)

Das vorgestellte Konzept von Biosozialität (nach Rabinow 1996; Rose 2006) lässt also den individuellen Kontext, also persönliche Lebenswelten, und vielfältige Aushandlungsprozesse außer Acht.

Den *teameros* geht es in Bezug auf ihr Kranksein nicht um “personal advocacy work” (Rose 2005: 148) gegenüber vorhandenen Machtstrukturen der Gesellschaft, sondern um ein “making sense of one's illness” (Aujoulat et al. 2008: 1235) und ein persönliches “coming to terms with disrupted identity.” (Kelly et al. 2005: 20). Gleichzeitig darf man dabei aber nicht vergessen, dass die Diabeteserkrankung nur ein Teil des Lebens ist, ein persönlicher Bezugspunkt unter vielen und es besteht dabei die Gefahr, dass

“By defining research problems based on identifications like diabetic, Down syndrome, HIV+, we essentialize, fragment, and decontextualize what is really only part of a life.

And it is, after all, a life and not an identity that people are usually seeking.” (Whyte 2009: 13)

VI. Schluss

Im Team haben die Diabetiker einen Ort, um ihr Kranksein zu leben, dessen Position im eigenen Identitätsgefüge auszuhandeln und in die Selbstwahrnehmung zu integrieren. Im Zusammenspiel von kollektiver Identität und dem individuellen Erleben der Diabeteserkrankung findet Identitätsarbeit statt. Diese Identitätsarbeit prägt das Kranksein individuell auf sehr unterschiedliche Weise und kann sich von einem allgemeinen wahrgenommenen *empowerment* und einem veränderten *self-care behaviour* bis zur situationsgebundenen Demonstration der gemeinsamen Identität erstrecken. Auf diese Weise entwickelt das Team D eine kollektive Identität und konstituiert ihre biosoziale Gruppe auf eine andere Weise als es beispielsweise Berliner Diabetiker mit Migrationshintergrund in einer biosozialen Gruppe tun. Dort stehen der Informationsaustausch und das Schließen einer Versorgungslücke an Behandlungs- und Bildungsangeboten im Vordergrund (Guell 2011: 384). Guell schlussfolgert, dass die Biosozialität, die diese bilden “cannot be assumed to share identity, experiences, or practices” (2011: 390).

Zusammenfassend stellt sich der Eindruck ein, dass der Anschluss an die biosoziale Gruppe eine Veränderung in Bezug auf das individuelle Verhältnis zum Kranksein hervorrufen kann und zur Leitlinie für das Gesundheitshandeln werden kann und die im Idealfall zu einer Gesundheitsidentität umgeformt wird.

Literaturverzeichnis

- Aujoulat, Isabelle; Marcolongo, Renzo; Bonadiman, Leopoldo; Deccache, Alain 2008: Reconsidering patient empowerment in chronic illness: A critique of models of self-efficacy and bodily control. In: *Social Science & Medicine*, Vol. 66: 1228-1239.
- Balfe, Myles 2006: Diets and discipline: the narratives of practice of university students with type 1 diabetes. In: *Sociology of Health & Illness*, Vol. 29 (1): 136-153.
- Barker, Kristin 2002: Self-Help Literature and the Making of an Illness Identity: The Case of Fibromyalgia. In: *Social Problems*, Vol. 49 (3): 279-300.
- Bass, Jeffrey 2006: In Exile from the Self: National Belonging and Psychoanalysis in Buenos Aires. In: *Ethos*, Vol. 34 (4): 433-455.
- Beard, Rene L.; Fox, Patrick J. 2008: Resisting social disenfranchisement: Negotiating collective identities and everyday life with memory loss. In: *Social Science & Medicine*, Vol. 66: 1509 und 1520
- Bernard, Harvey R. 2002: *Research Methods in Anthropology*. (3. Aufl.). Walnut Creek: Altamira Press, Rowman & Littlefield Publishers.
- Bharadwaj, Aditya 2008: Biosociality and Biocrossings. In *Biosocialities, Genetics and the Social Sciences: Making Biologies and Identities*. S. Gibbon and C. Novas, eds. Pp. 98–116. London: Routledge.
- Brekke, Ole A.; Sirnes, Thorvald 2011: Biosociality, biocitizenship and the new regime of hope and despair: interpreting "Portraits of Hope" and the "Mehmet Case". In: *New Genetics and Society*, Vol. 30 (4): 347–374.
- Brubaker, Rogers; Cooper, Frederick 2000: Beyond "Identity." In: *Theory and Society*, Vol. 29: 1-47.
- Campbell, Rona; Pound, Pandora; Pope, Catherine; et al. 2003: Evaluating meta-ethnography: a synthesis of qualitative research on lay experience of diabetes and diabetes care. In: *Social Science and Medicine*, Vol. 56: 671-684.
- Clarke, Adele E.; Shim, Janet K.; Mamo, Laura; Fosket, Jennifer Ruth; Fishman, Jennifer R. 2003: Biomedicalization: Technoscientific Transformations of Health, Illness, and U.S. Biomedicine. In: *American Sociological Review*, Vol. 68 (2): 161-194.
- Cohen, Anthony 2000: *Signifying identities. Anthropological Perspectives on Boundaries and Contested Values*. London: Routledge.
- Cortés, Rosalía 2013: Políticas, ideas y expertos en la cuestión social de la Argentina democrática (1983-2012). In: *Revista de Indias*, Vol. 50 (257).
- Dean, Kathryn 1989: Conceptual, theoretical and methodological issues in self-care research. In: *Social Science and Medicine*, Vol. 29: 117-123.
- Dilger, Hansjörg; Hadolt, Bernhard 2012: *Medizinethnologie*. In: Beer, Bettina; Fischer, Hans (Hg.): *Ethnologie. Einführung und Überblick*. (7. Überarb. Auflage). Berlin: Reimer.
- Donahoe, Brian; Eidson, John; Feyissa, Dereje; Fuest, Veronika; Hoehne, Markus V.; Nieswand, Boris; Schlee, Günther; Zenker, Olaf 2009: *The Formation and Mobilization of Collective Identities in Situations of Conflict and Integration*. Halle/Saale: Max Planck Institute for Social Anthropology. Working Papers No. 116
- Edwards, Todd L. 2008: *Argentina. A global studies handbook*. Santa Barbara: ABC-CLIO.

- Flick, Uwe 2007: *Qualitative Sozialforschung: eine Einführung*. (5. Aufl.). Reinbek bei Hamburg: Rowohlt.
- Garabedian, Marcelo 2011: *Inmigración en la Argentina Moderna*. Buenos Aires: Publicaciones Museo Roca.
- Gibbon, Sahra; Whyte, Susan R. 2009: Special Edition for Anthropology and Medicine Biomedical Technology and Health Inequities in the Global North and South. In: *Anthropology & Medicine*, Vol. 16 (2): 97-103.
- Glaser, Barney G.; Strauss, Anselm L. 1998: *Grounded theory: Strategien qualitativer Forschung*. Bern: Huber.
- Guell, Cornelia 2011: Candi(e)d Action: Biosocialities of Turkish Berliners Living with Diabetes. In: *Medical Anthropology Quarterly*, Vol. 25: 377–394.
- Hahn, Hans-Peter 2013: *Ethnologie. Eine Einführung*. Berlin: Suhrkamp.
- Hauser-Schäublin 2008: *Teilnehmende Beobachtung*. In: Beer, Bettina (Hg.): *Methoden ethnologischer Feldforschung*. Berlin: Reimer.
- Helfferrich, Cornelia 2005: *Die Qualität qualitativer Daten. Manual für die Durchführung qualitativer Interviews*. (2. Aufl.). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Helman, Cecil 2001: *Culture, health, and illness: an introduction for health professionals*. o.V.
- Hopper, Susan 1981: Diabetes as a stigmatized condition: the case of low-income clinic patients in the United States. In: *Social Science & Medicine*, Vol. 158: 11-19.
- Jezewski, Mary A.; Poss, Jane 2002: Mexican Americans' Explanatory Model of Type 2 Diabetes. In: *Western Journal of Nursing Research*. Vol. 24 (8): 840-858.
- Kadirvelu, Amudha; Sadasivan, Sivalal; Ng, Shu Hui 2012: Social support in type II diabetes care: a case of too little, too late. In: *Diabetes, Metabolic Syndrome and Obesity: Targets and Therapy*, Vol.5: 407–417.
- Kelly, Georgina; Lawrence, Jeanette A.; Dodds, Agnes E. 2005: Women's Developmental Experiences of Living with Type 1 Diabetes. In: *Forum Qualitative Sozialforschung*. Vol 6, No. 1, Art. 22, January 2005. Verfügbar unter: <http://www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/view/521/1128>
- Kleinman, Arthur; Eisenberg, Leon; Good, Byron 1978: Culture, illness and care: Clinical lessons from anthropologic and cross-cultural research. In: *Annals of Internal Medicine*, Vol. 88 (2): 251-258.
- Knipper, Michael; Wolf, Angelika 2004: Methoden und Methodologie medizinethnologischer Forschung. In: *Curare* 27, 1-2: 61-72.
- Koski, Jessica Powers 2014: ' I'm just a walking eating disorder ': the mobilization and construction of a collective illness identity in eating disorder support groups. In: *Sociology of Health & Illness* Vol. 36 (1): 75 – 90.
- Lawrynovicz, Alicia; Valeria, Alonso 2013: El tratamiento de la diabetes mellitus en la normativa sanitaria argentina: una sistematización. In: *Revista Argentina Salud Pública*, Vol. 4(17): 39-44.
- Mayring, Philipp 2002: *Einführung in die qualitative Sozialforschung*. (5. Aufl.). Weinheim, Basel: Beltz.
- Moyano, Gonzalo; Escudero, José Carlos 2005: "La salud en Argentina (en manos de quién)." *Derecho a la salud, situación en países de América Latina*. Bogotá: Plataforma

- Interamericana de Derechos Humanos, Democracia y Desarrollo (PIDHDD),
Asociación Latinoamericana de Medicina Social (ALAMES).
- Montez, Jennifer; Karner, Tracy X. 2005: Understanding the Diabetic Body-Self. In:
Qualitative Health Research, Vol. 15 (8): 1086-1104.
- Nasser, Mervat; Katzman, Melanie; Gordon, Richard Allan 2001: Eating Disorders and
Cultures in Transition. London: Routledge Press.
- Novas, Carlos; Rose, Nikolas 2000: Genetic risk and the birth of the somatic individual.
In: Economy and Society, Vol. 29 (4): 485-513.
- Pérgola, Federico 2012: Evita y la Salud Pública: La escuela de enfermeras y el tren
sanitario. In: Revista Argentina Salud Pública, Vol. 3 (12).
- Perrone, Néstor; Teixidó, Lucrecia 2007: Estado y salud en la Argentina. In: Revista de la
Maestría en Salud Pública, Vol. 5 (10).
- Petryna, Adriana 2002: Life Exposed: Biological Citizens after Chernobyl. Princeton:
Princeton University Press. 1. Kapitel verfügbar unter:
<http://press.princeton.edu/chapters/s9863.pdf>
- Pfleiderer, Beate; Bichmann, Wolfgang 1985: Krankheit und Kultur: eine Einführung in
die Ethnomedizin. Berlin: Reimers.
- Potthast, Barbara; Carreras, Sandra 2010: Eine kleine Geschichte Argentinens. Berlin:
Suhrkamp.
- Rabinow, Paul 2005: Artificiality and enlightenment: From sociobiology to biosociality.
In: Anthropologies of Modernity: Foucault, Governmentality, and Life Politics. Oxford:
Blackwell Publishing.
- Rattansi, Ali 1994: Western Racisms, Ethnicities, and Identities in a "Post- modern" Frame.
In: A. Rattansi and S. Westwood (Hg.), Racism, Modernity and Identity: On the
Western Front. S. 15-86. Cambridge: Polity Press.
- Rammert, Werner (Hg.) 2002: Kollektive Identitäten und kulturelle Innovationen.
Ethnologische, soziologische und historische Studien. Leipzig: Leipziger
Universitätsverlag.
- Rapp, Rayna 1999: Testing Women, Testing the Fetus: The Social Impact of Amniocentesis in
America. New York: Routledge.
- Reckwitz, Andreas 2002: Der Identitätsdiskurs. Zum Bedeutungswandel einer
sozialwissenschaftlichen Semantik. In: Rammert, Werner (Hg.): Kollektive
Identitäten und kulturelle Innovationen. Ethnologische, soziologische und
historische Studien. Leipzig: Leipziger Universitätsverlag. S.21-38.
- Riekenberg, Michael 2009: Kleine Geschichte Argentinens. München: Beck.
- Rose, Nicolas 2006: The Politics of Life Itself: Biomedicine, Power, and Subjectivity in
the Twenty-First Century. Princeton: Princeton University Press.
- Scheper-Hughes, Nancy; Lock, Margaret M. 1987: The Mindful Body: A Prolegomenon
to Future Work in Medical Anthropology. In: Medical Anthropology Quarterly, Vol. 1
(1): 6-41
- Snow, David 2001: Collective Identity and Expressive Forms. In: Smelser, Neil; Baltes,
Paul B. (Hg.) International Encyclopedia of the Social and Behavioral Sciences.
Vol. 4. Amsterdam: Elsevier: 2212-2219.
- Sobo, Elisa J. 2011: Medical Anthropology in disciplinary Context: Definitional Struggles
and Key Debates (or Answering the Cri du Coeur). In: Singer, Merrill; Erickson,

- Pamela I. (Hg.): A Companion in Medical Anthropology. Oxford: Blackwell Publishing.
- Sökefeld, Martin 2001: Reconsidering identity. In: *Anthropos*, Vol. 96: 527-544.
- Sökefeld, Martin 2008: Aleviten in Deutschland. Identitätsprozesse einer Religionsgemeinschaft in der Diaspora. Bielefeld: transcript.
- Streck, Bernhard 2000: Wörterbuch der Ethnologie. Wuppertal: Hammer.
- Uden-Kraan, C.F. van; Drossaert, C.H.C.; Taal, E.; Seydael, E.R.; van der Laar, M.A.F.J. 2009: Participation in online patient support groups endorses patients' empowerment. In: *Patient Education and Counselling*, Vol. 74: 61-69.
- Van Eeuwijk, Peter 2003: Alter, Gesundheit und Health Transition in den Ländern des Südens. Eine ethnologische Perspektive. In: Lux, Thomas (Hg.): *Kulturelle Dimension der Medizin*. Berlin: Reimer
- Van Meijl, Toon 2008: Culture and Identity in Anthropology: Reflections on 'Unity' and 'Uncertainty' in the Dialogic Self. In: *International Journal for Dialogical Science*, Vol. 3 (1): 165-190.
- Weerdt, Inge de et al. 1990: Determinants of active Self-Care Behaviour of insulin treated patients with diabetes: implications for diabetes education. In: *Social Science and Medicine*, Vol. 30 (5): 605-615.
- Wehling, Peter 2011: The "technoscientization" of medicine and its limits: technoscientific identities, biosocialities, and rare disease patient organizations. In: *Poiesis Prax*, Vol. 8: 67-82.
- Wentzer, Helle; Bygholm, Ann 2013: Narratives of empowerment and compliance: communication in online patient support groups. In: *International Journal of Medical Informatics*, Vol. 82: 386-394
- Whyte, Susan Reynolds 2009: Health Identities and Subjectivities: The Ethnographic Challenge. In: *Medical Anthropology Quarterly*, Vol. 23 (1): 6-15.
- Young, Allan, 1982: The Anthropologies of Illness and Sickness. In: *Annual Review of Anthropology*, Vol. 11: 257-85.
- Young, J.T. 2004: Illness behaviour: a selective review and synthesis. In: *Sociology of Health & Illness*, Vol. 26 (1). Oxford: Blackwell Publishing: 1-31.
- Zeballos, José Luis 2003: Argentina: efectos sociosanitarios de la crisis 2001-2003. Buenos Aires: Organización Panamericana de la Salud.

Internet-Verweise, Stand: 22.07.2014

- El Mundo 2013: España. 13.03.2013. Verfügbar unter:
<http://www.elmundo.es/america/2013/03/13/argentina/1363196153.html>
- El País 2013: Montevideo, Uruguay. 13.03.2013. Verfügbar unter:
<http://historico.elpais.com.uy/130313/ultmo-702216/ultimomomento/para-cristina-fernandez-la-diabetes-es-una-enfermedad-de-gente-de-alto-poder-adquisitivo/>
- IDF (International Diabetes Federation) 2014: About Diabetes. Verfügbar unter:
<http://www.idf.org/worlddiabetesday/toolkit/gp/facts-figures>

La Nacion 2013: Revista La Nación. Buenos Aires, Argentina, 13.10. 2013. Verfügbar unter:
<http://www.lanacion.com.ar/1628509-tras-dos-anos-de-baja-el-consumo-de-carne-vacuna-se-recupero>

La Nacion 2012b: Revista La Nación. Buenos Aires, Argentina, 04. 12. 2012. Verfügbar unter: <http://www.lanacion.com.ar/1533260-la-argentina-es-el-pais-con-penetracion-de-internet-en-la-region>

Ministerio de Salud 2001: SALUD PUBLICA Ley 25.501 Verfügbar unter:
<http://www.msal.gov.ar/ent/images/stories/programas/pdf/ley-25501.pdf>

New York Times 2013: My Medical Choice. 14.05.2013.
http://www.nytimes.com/2013/05/14/opinion/my-medical-choice.html?smid=tw-share&_r=1&

Team D 2014: Verfügbar unter: <https://www.facebook.com/teamd.Argentina/timeline>.

WHO (World Health Organization) 2013: Diabetes. Fact sheet N°312. Verfügbar unter:
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/en/>