

FADENKREUZE für das LEBEN

SCHIFFESER

FADENKREUZE für das LEBEN



HERLINDE
KOELBL

HERDER

Inhalt

VORWORT
Herlinde Koelbl
7

VORWORT
Prof. Dr. med. Daniel Zips
11

KÖRPER-SEELEN-BILDER
AUS DEM RAUM DES ÜBERLEBENS
Prof. Dr. Dr. h.c. Horst Bredekamp
15

22	BEATE ENDLICH	122	EVA SCHWEYER
28	VOLKER MÜNCH	126	DAVID FIALHO VAZ
32	ANNA NADAL	130	MAX KRONAWITTER
36	PETER FISCHER	138	DR. EVA MIE
40	SHIFTEH SHADLOU	143	GOTTFRIED SEGNITZ VON SCHMALFELDEN
47	MANFRED MICHAEL	146	BIRTE HERLING
50	ANN KRISTIN LANDFESTER	150	BETTINA SCHEID- BORNEMANN
56	YASIN KILIC	156	SUDHA ZEY-BERGMANN
62	GUNDULA GÖRTZ	160	CHRISTIAN HEINER WOLF
66	PHILMOUR BYFIELD	166	URSULA UNGER
72	VERENA ZORN	170	LAURENCE GRAF
76	WERNER MÜNSTER	176	RADOSTIN YASENOV
80	ANNA KENZEL	180	SIMONE GERTIS
86	MATTHIAS RÖCKL	186	JOEL EIFE
90	MARLIES EBERTSHÄUSER	192	MARCUS POLKE
94	KERSTIN MENZEL	196	TINI KEMPER
100	MANFRED FLÖCK	200	STEFAN KUBOSCHEK
106	DR. HEINRICH KLAUS	204	FOROUGH HOSSEIN-POUR
110	NGUYEN TRONG KHANH	208	ULF MÖLLER
116	CORNELIA MANDARY		

DANK
215



Die Zielmarkierungen auf meinem Körper während der Bestrahlung

VORWORT

Herlinde Koelbl

Dieses Projekt entstand als Folge meiner eigenen Brustkrebserkrankung (2019–2020), die ich nach Chemotherapie, Operation und Bestrahlung gut überstanden habe. Die dabei gewonnenen Erfahrungen wurden zur Idee dieses Projekts.

Für die Strahlentherapie wird der Körper mit Fadenkreuzen markiert. Als ich selbst diese Markierungen bekam, erinnerte mich das an mein zuvor abgeschlossenes Fotoprojekt „Targets“ beim Militär, für das ich in fast 30 Ländern Schießziele und Fadenkreuze fotografiert hatte. Dort dienen sie dem Töten, in meinem Fall dienten sie dem Überleben. Diese starke Ambivalenz ließ mich nicht los und wurde zum Ausgangspunkt meiner künstlerischen Auseinandersetzung. Im Zentrum stehen die Strahlentherapie, die Markierungen und vor allem die Menschen und ihre Geschichten.

In Deutschland erkranken täglich etwa 1.350 Menschen an Krebs. Fast jede oder jeder zweite Deutsche erhält im Laufe seines oder ihres Lebens eine Krebsdiagnose. Die Krankheit kann jede und jeden treffen, unabhängig von Herkunft, Alter oder sozialem Hintergrund. Entsprechend vielfältig sind die Menschen, die an diesem Projekt beteiligt sind.

In der Universitätsklinik, in der ich selbst behandelt wurde, stellte ich dem Chefarzt der Strahlentherapie meine Projektidee vor. Er unterstützte sie sofort und gerne, auch in der Überzeugung, dass die Bestrahlung als Teil der Krebstherapie stärker enttabuisiert werden sollte, da die öffentliche Aufmerksamkeit meist auf der Chemotherapie liegt. Ich entwickelte ein kurzes Konzept, legte es zusammen mit zwei meiner Bücher im Wartebereich aus und hinterließ meine Kontaktdaten, in der Hoffnung, dass sich jemand melden würde. Die Resonanz hat mich tief berührt und überrascht: Die ersten Anrufe ließen nicht lange auf sich warten – und sie halten bis heute an.

Nach dem ersten Schock der Diagnose erwacht bei vielen Menschen ein starker Lebenswille und zugleich das Bedürfnis, über das Erlebte zu sprechen. Dieses Projekt wurde zu einem Raum dafür. Einige der Menschen, die ich begleiten durfte, haben den Kampf gegen den Krebs nicht gewonnen.

Dank der Unterstützung weiterer Ärztinnen und Ärzte sowie ihrer Teams konnte ich auch mit Kliniken in München, Berlin, Göttingen und Essen zusammenarbeiten. Ihre Offenheit und Großzügigkeit haben das Projekt erst möglich gemacht. Mein tiefer Respekt

und Dank gelten jedoch vor allem den Menschen, die sich bereit erklärt haben, Teil dieses Buches zu werden – mit ihrem Gesicht, ihrem Namen, ihrem Körper und ihrer Geschichte. Das erfordert großen Mut und ist alles andere als selbstverständlich.

Ich habe die Markierungen auf ihren Körpern fotografiert und durfte auch bei den Bestrahlungsvorbereitungen anwesend sein. Wenn Laser präzise auf die eingezeichneten Punkte ausgerichtet werden und die Patientinnen und Patienten halb entkleidet auf der Liege liegen – verletzlich, ausgesetzt, aber voller Vertrauen und Hoffnung. Bei Brustkrebspatientinnen werden die Arme über den Kopf gelegt, bei Tumoren im Kopfbereich kommen individuell angepasste Masken zum Einsatz, die den Kopf vollständig fixieren, um eine millimetergenaue Bestrahlung zu gewährleisten. Die eigentliche Behandlung dauert nur wenige Minuten, doch das Gefühl des Ausgeliefertseins wird sehr unterschiedlich erlebt. Es war beeindruckend zu sehen, welche inneren Strategien die Menschen entwickeln, um damit umzugehen.

In kurzen Zeitabständen folgt ein Patient dem nächsten. Die medizinisch-technischen Assistentinnen und Assistenten begegnen ihnen dabei mit großer Freundlichkeit, sie sind eine wichtige Stütze während der oft wochenlangen Therapie. Die Ärztinnen und Ärzte werden häufig als freundlich und professionell, zugleich aber auch als stark eingebunden in ein System wahrgenommen, das wenig Zeit für ausführliche Gespräche über das seelische Empfinden der Patientinnen und Patienten lässt.

Einige der Markierungen erinnerten mich in ihrer Farbigkeit und Linienführung an abstrakte Zeichnungen. Obwohl es immer Fadenkreuze sind, unterscheiden sie sich durch Form, Farbe und Platzierung. Jede Markierung ist eine Koordinate, ein Code für den zielgerichteten Einsatz des Laserstrahls. Manche Linien wirken energisch und sicher, andere zarter oder etwas zittrig. Sie sind in Rot, Grün, Blau oder Schwarz mit Filzstift direkt auf die Haut gezeichnet oder auf wasserfester Folie angebracht, damit sie die Wochen der Bestrahlung überstehen.

Auch die hochmodernen Bestrahlungsgeräte faszinieren: Sie umkreisen den Körper oder nehmen ihn vollständig auf. In dieser Verbindung aus technischer Präzision und menschlichem Willen liegt eine besondere Form von Hoffnung, die zugleich kühl und geheimnis-



voll wirkt und durch die Bilder ein Stück weit zugänglicher wird.

Krebs bedeutet eine Zäsur. Er erschüttert Gewissheiten und verändert das Leben von einem Moment auf den nächsten. Die Diagnose weckt ein ganzes Spektrum an Gefühlen: Angst, Hoffnung, Mut, Unsicherheit, Gedanken an Vergänglichkeit, den Tod. Viele Menschen entwickeln dadurch eine neue Beziehung zu ihrem Körper, lernen Achtsamkeit zu üben und Schwäche zu akzeptieren. Nichts ist mehr selbstverständlich.

Nachdem die Beteiligten sich erholt hatten, habe ich sie zuhause besucht und porträtiert. Sie blicken voller Energie und Hoffnung in die Kamera. Ihr Lebenswille ist spürbar, eine Kraft, die sie durch die Krankheit getragen hat, gemeinsam mit der hervorragenden medizinischen Betreuung. In unseren Gesprächen reflektieren sie offen sich selbst: Veränderungen, Verluste und neue Perspektiven. Die Gespräche berühren auch Themen, die selten offen angesprochen werden. Ein Mann mit Prostatakrebs erzählte mir von den körperlichen und hormonellen Folgen: Veränderungen der Sexualität, Inkontinenz, der Verlust vertrauter Funktionen. Jedes Gespräch war eine besondere Lernerfahrung.

Für viele der Beteiligten war das Sprechen darüber selbst ein wichtiger Schritt. Sie möchten dazu beitragen, dass offener über Krebs gesprochen wird – ohne

Scheu, ohne Ausweichen, als selbstverständlicher Teil des Lebens. Die Krankheit soll kein Tabu mehr sein.

„Niemand will Mitleid, stattdessen Mitgefühl“, sagte eine Teilnehmerin und erzählte: „Die Menschen wussten oft nicht, wie sie mit mir umgehen sollen.“ Auch Angehörige sind oft unsicher und ziehen sich zurück, eine Hemmschwelle, die auf beiden Seiten spürbar ist. Eine andere Teilnehmerin formulierte es so: „Durch Ihre Idee und Ihre künstlerische Herangehensweise konnte meine Krebserkrankung Teil eines sinnstiftenden, kreativen Projekts werden.“

Die Unterstützung durch Familie, Partner oder Freunde ist ein wichtiger Rückhalt für Stabilität und Heilung. Nicht wenige begreifen die Krankheit rückblickend als Chance zur Veränderung. Es ist ein Moment des Innehaltens. Sie sind innerlich stärker geworden nach manchen seelischen Tiefs und Erschütterungen. Sie wollen künftig manches in ihrem Leben anders gestalten. Manche nehmen sich mehr Zeit für sich selbst, achten stärker auf ihre Bedürfnisse. „Ich bin egoistischer geworden“, sagen einige. Sie gewinnen eine neue Wertschätzung für das Leben, für die Menschen, die sie lieben, und für ihr eigenes Dasein. Sie sind bewusster und dankbarer als zuvor. Für die Porträtierten gibt es ein Davor und ein Danach. Die Welt ist dieselbe geblieben, doch sie selbst haben sich verändert.

Zielscheibe auf einem Truppenübungsplatz

VORWORT

Prof. Dr. med. Daniel Zips

In Deutschland werden jedes Jahr bei rund einer halben Million Menschen neue Krebserkrankungen festgestellt. Trotz großer Fortschritte in der Medizin ist Krebs nach Herz-Kreislauf-Erkrankungen noch immer die zweithäufigste Todesursache in Deutschland. Manchmal hat man den Eindruck, dass die Häufigkeit von Krebs zunimmt. Tatsächlich ist sie in den letzten Jahren relativ konstant.

Krebs ist eine bösartige Erkrankung. Statt Krebs werden oft auch andere Begriffe synonym verwendet, zum Beispiel Tumor, Geschwulst oder Raumforderung. Die Entwicklung von Krebs beginnt mit der Entartung von gesunden Körperzellen. Viele dieser bösartigen Zellen vermehren sich schnell, schädigen das umgebende gesunde Gewebe und können Metastasen durch Streuung in andere Organe bilden.

Es gibt nicht „den“ Krebs, sondern über 200 verschiedene Arten. Dabei gehören bösartige Erkrankungen der Brust, Prostata, Lunge und des Darms zu den häufigsten Krebsarten. Die Ursachen von Krebs bleiben oft unklar. Eine gesunde Lebensweise kann helfen, das Risiko für eine Krebserkrankung zu reduzieren, auch bestimmte Impfungen können das Risiko einer Krebsentstehung vermindern. Darüber hinaus ist bei einigen Krebsarten die Durchführung von Vorsorgeuntersuchungen sehr wichtig. Bei sehr wenigen Betroffenen liegt eine vererbte Erkrankung vor. Die große Mehrheit der bösartigen Erkrankungen hat jedoch keine sicher feststellbare Ursache, ist weder verschuldet noch vermeidbar.

Die Forschung hat die Möglichkeiten der Diagnostik und Therapie von Krebserkrankungen in den letzten Jahrzehnten kontinuierlich erweitert. Beispiele dafür sind schonendere Operationsverfahren, präzisere Bestrahlung und neue Formen der Chemotherapie, Hormontherapie sowie Immuntherapie. Damit diese Fortschritte schnell beim Patienten angewendet werden können, müssen Wissenschaftler und Ärzte Hand in Hand arbeiten. Bei vielen bösartigen Erkrankungen lassen sich durch diese neuen Verfahren Verbesserungen zeigen. Diese schließen nicht nur höhere Wirksamkeit, sondern auch bessere Verträglichkeit und weniger Einschränkungen der Lebensqualität ein. So sind wir heute in der Lage, viele Krebserkrankungen, beispielsweise der Brust, des Darms und der Prostata, insbesondere in den frühen Stadien, dauerhaft zu heilen.

Aber es sterben noch immer viele Menschen an Krebs oder müssen mit teilweise erheblichen Einschrän-

kungen leben. Für viele Betroffene bleibt das Thema „Krebs“ ein Leben lang im Kopf. Ängste, einen Rückfall zu erleiden, begleiten viele noch lange und stellen eine erhebliche psychische Belastung dar. Daher braucht es für Betroffene und ihre Angehörigen so lang wie nötig ein ganzes Team von Spezialisten für alle Aspekte der Erkrankung. Hier gibt es ein großes Dilemma: Viele Betroffene haben oft das Gefühl, dass Ärzte und andere Mitglieder des Behandlungsteams zu wenig Zeit haben, um mit ihnen zu reden, alles ausführlich zu erklären und auf Unterstützungsangebote hinzuweisen. Alle im Team hätten gern mehr Zeit für Kommunikation mit Patienten, sehen sich mit einer zunehmend verdichteten Arbeitswelt konfrontiert.

Die Behandlung von Krebs ist komplex und muss daher von erfahrenen spezialisierten Teams in enger Zusammenarbeit der verschiedenen Fachdisziplinen erfolgen. Je nach Art, Stadium und anderen Faktoren wird Krebs auf verschiedene Weise behandelt. Als Optionen stehen die Operation, Bestrahlung, Chemotherapie, Hormontherapie, Immuntherapie etc. zur Verfügung, welche oft in Kombination eingesetzt werden. Wichtig sind bei fortgeschrittenen Erkrankungen auch palliative, auf langsames Fortschreiten der Erkrankung oder Linderung von Symptomen abzielende Behandlungen.

Die Therapie mit Strahlen wird bei sehr vielen Tumorerkrankungen eingesetzt: Fast jeder zweite Krebspatient wird im Verlauf der Erkrankung bestrahlt, entweder mit dem Ziel der Heilung oder zur Linderung von Symptomen. In vielen Fällen wird die Bestrahlung mit anderen Therapieverfahren kombiniert, in bestimmten Situationen wird sie als alleinige Behandlungsmethode eingesetzt.

Bereits wenige Jahre nach ihrer Entdeckung im Jahr 1895 wurden Röntgenstrahlen zur Tumorthherapie eingesetzt. Seit dieser Zeit wurde die Strahlentherapie kontinuierlich modernisiert und verbessert. Am häufigsten werden heute hochenergetische Röntgenstrahlen genutzt, die gezielt von außen auf den Tumor gelenkt werden. Die für die Strahlentherapie eingesetzten Röntgenstrahlen sind viel stärker im Vergleich zur Röntgenstrahlung, die für die Bildgebung eingesetzt wird, etwa bei der Computertomografie oder dem „gewöhnlichen“ Röntgen. Die Bestrahlung erfolgt zumeist von außen und kann ambulant ohne Krankenhausaufenthalt durchgeführt werden. Röntgenstrahlung zur Tumorbehandlung wird in sogenannten Linearbeschleunigern erzeugt. Direkt im Bestrahlungsgerät sind

komplexe Vorrichtungen installiert, die es erlauben, die erzeugte Strahlung aus verschiedenen Richtungen aus etwa einem Meter Abstand zum Patienten präzise auf den Tumor zu bündeln. Der Patient muss somit nicht in einer engen Röhre liegen.

Basierend auf langjährigen Erfahrungen und Studienergebnissen wird die Bestrahlung bei den meisten Patienten in mehrere Therapiesitzungen, sogenannte Fraktionen, aufgeteilt und einmal täglich an fünf Tagen pro Woche verabreicht. Bei zehn Sitzungen sind es zwei Wochen, bei 30 sogar sechs Wochen Behandlungszeit. In den letzten Jahren konnte durch höhere Genauigkeit der Bestrahlung die notwendige Anzahl der Sitzungen je Behandlung reduziert werden. Statt durchschnittlich 30 bis 40 sind heute oft nur 20, bei manchen Patienten sogar nur fünf oder weniger Bestrahlungssitzungen notwendig. Die Wahl der optimalen Anzahl der Behandlungssitzungen hängt u. a. von der Krebsart, Lokalisation im Körper und Strahlenempfindlichkeit des Tumors sowie der umgebenden gesunden Organe ab.

Die Bestrahlungszeit pro Sitzung dauert durchschnittlich drei bis fünf Minuten. Während dieser Zeit muss der Patient ruhig liegen und befindet sich allein im Behandlungsraum, der durch dicke Wände ohne Fenster abgeschirmt ist. Durch die Abschirmung wird das medizinische Personal außerhalb des Behandlungsraums vor Strahlung geschützt. Der Patient wird während der Durchführung der Bestrahlung durch Kameras ständig überwacht. Mikrofone erlauben die Kommunikation zwischen Patienten und den Medizinischen Technologen, die die Bestrahlung durchführen. Diese haben zusätzlich den Patienten über Kameras im Behandlungsraum und Monitore in unmittelbarer Nähe zum Behandlungsraum ständig im Blick, um schnell reagieren zu können. Die Kombination aus großem Behandlungsgerät („Maschine“) und Aufenthalt allein in einem fensterlosen Raum („Bunker“) kann bei Patienten Unbehagen und Ängste auslösen. Gerade der persönliche Kontakt mit dem Behandlungsteam kann Patienten die Behandlung sehr erleichtern. Das gelingt besonders gut, wenn sich Patient und Team täglich während der mehrwöchigen Therapie begegnen und das Behandlungsteam durch freundliches, kompetentes und mitfühlendes Auftreten ein sehr gutes Verhältnis aufbauen kann.

Bevor die Bestrahlung beginnt, wird der Patient von Medizinischen Technologen in die richtige Bestrahlungs-

position gebracht. Dazu sind im Bestrahlungsraum rote, grüne oder blaue Laser angebracht, die von oben und von der Seite auf den Patienten gerichtet werden. Die ca. 1 mm dünnen Laserstrahlen werden in Übereinstimmung mit zuvor auf dem Patienten angebrachten strichförmigen Markierungen gebracht. Diese Farbstiftmarkierungen können an Fadenkreuze zur zielgenauen Ausrichtung des Strahls erinnern. Durch neue technische Entwicklungen werden in Zukunft die meisten Markierungen durch digitale Systeme ersetzt. Statt sichtbarer Markierungen wird der Strahl automatisch auf das Ziel ausgerichtet.

Damit die exakte Ausrichtung während der gesamten Bestrahlungssitzung sichergestellt ist, darf der Patient sich nicht bewegen. Bei Tumoren im Bereich des Kopfes und Halses werden zur Sicherstellung der notwendigen Präzision thermoplastische Masken aus Kunststoff verwendet, die der Patient während der wenige Minuten dauernden Bestrahlungssitzung trägt. Da sich Kopf und Schulter unbewusst leicht einige Millimeter bewegen können, ist diese Immobilisation notwendig. Die Masken aus speziellem Plastikmaterial werden vor Beginn der Bestrahlungsserie individuell angefertigt. Dazu wird das Plastikmaterial erwärmt und an den Kopf des Patienten modelliert. Das Material ist netzartig aufgebaut, damit der Patient bei angelegter Maske atmen und sehen kann. Die angelegte Maske wird für die Bestrahlungssitzung an mehreren Punkten am Bestrahlungstisch arretiert. Verständlicherweise ist die Bewegungseinschränkung durch die angelegte Maske unangenehm und kann Angst erzeugen. Aber die Maske ermöglicht die millimetergenaue Fokussierung der Röntgenstrahlen auf den Tumor und die optimale Schonung der umgebenden gesunden Organe. Die ausführliche und kompetente Erläuterung dieser Zusammenhänge durch das Behandlungsteam hilft dem Patienten die Situation zu verstehen und besser zu bewältigen.

Die exakte Berechnung der räumlichen Fokussierung des Strahls auf den Tumor bei gleichzeitig optimaler Schonung gesunder Gewebe erfolgt für jeden Patienten individuell auf Basis einer vor der Strahlentherapie angefertigten Computertomografie in Bestrahlungsposition. Bei Bestrahlung im Brustbereich, z. B. bei Brust- oder Lungenkrebs, werden für die Dauer der Bestrahlungssitzung die Arme der Patienten gestreckt über dem Kopf gelagert. So können die Strahlen reproduzierbar auf die Brust bzw. Brustwand gelenkt

werden, ohne die Arme zu durchdringen. Der Oberkörper ist entkleidet, um die Markierungen auf dem Körper sichtbar zu machen und diese mit den Laserstrahlen zu überlagern. Die Prozedur der Ausrichtung von Markierung und Raumlaser muss jeden Tag aufs Neue erfolgen, da sich der Patient sonst jeden Tag in einer anderen Position befinden würde. Die Situation mit entkleidetem Oberkörper, auf dem Rücken liegend, den Armen unbequem über dem Kopf und allein im Bestrahlungsraum kann als belastend empfunden werden. Scham, Angst vor Kontrollverlust, das Gefühl wehrlos ausgeliefert zu sein, sind gut nachvollziehbar. Auch hier ist eine ausführliche Erläuterung der Notwendigkeit der Prozeduren unerlässlich.

Hohe Präzision ist absolut notwendig, weil die Strahlungsdosis hoch genug sein muss, um möglichst viele Tumorzellen abzutöten, damit das Risiko eines Rückfalls verringert wird. Trotz modernster Bestrahlungsgeräte erreicht ein Teil der Strahlen auch die umgebenden gesunden Organe und kann dort zu Nebenwirkungen führen. Die durch Strahlung erzeugte Entzündung zum Beispiel der Haut kann an einen Sonnenbrand erinnern, weshalb oft umgangssprachlich von Verbrennungen

gesprochen wird. Auch andere Organe, die in der Nähe des Tumorbereichs liegen, können Strahlenfolgen zeigen. So können sich zum Beispiel bei der Bestrahlung der Prostata die unmittelbar benachbarten Organe Harnblase und Enddarm entzünden und Beschwerden auslösen. Neben lokalen Effekten kann es auch zu Strahlenfolgen kommen, die den ganzen Körper betreffen. Dazu zählen Müdigkeit und Appetitlosigkeit, die den Patienten während der Strahlentherapie belasten können. Die meisten Nebenwirkungen klingen innerhalb von Wochen teilweise oder vollständig wieder ab. Dank moderner Bestrahlungstechnik sind bleibende gravierende Einschränkungen als Folge einer Strahlenbehandlung selten geworden.

Bestrahlung ist eine wirksame Behandlungsmethode für das Leben an Krebs Erkrankter. Die maßgeschneiderte Bestrahlung ist Ergebnis komplizierter Technik, die den Tumor genau ins Visier nimmt und gleichzeitig gesundes Gewebe so gut wie möglich schont. Markierungen sichern die genaue Ausrichtung der Strahlung. Hinter Hightech steht ein multiprofessionelles Expertenteam: Menschen, die für Betroffene, ihre Ängste und Bedürfnisse da sind.

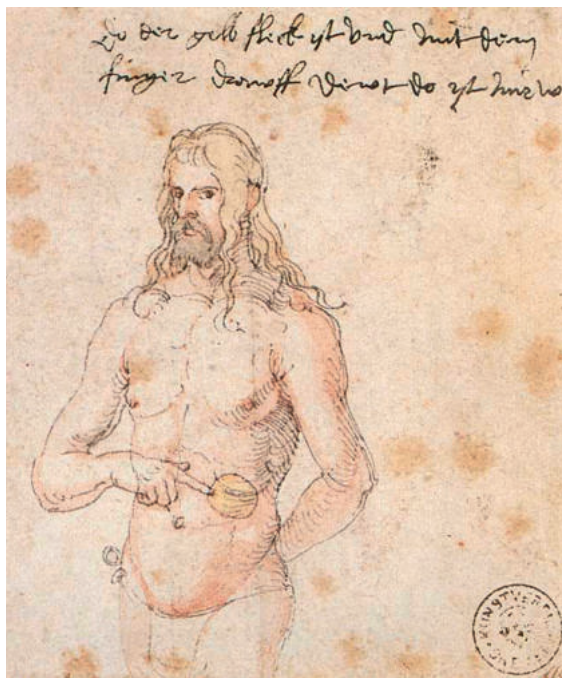
KÖRPER-SEELEN-BILDER AUS DEM RAUM DES ÜBERLEBENS

Prof. Dr. Dr. h.c. Horst Bredekamp

1. Das Beispiel Dürer

Albrecht Dürers um 1506/07 geschaffenes Selbstbildnis gehört zu den frühesten überlieferten Bildern, auf denen Krankheiten nicht nur bezeichnet, sondern auch zur Diagnose verwendet wurden. Die Federzeichnung zeigt den nur mit einem Lendenschurz bedeckten Künstler mit seinen über die Schulter herabfallenden, langen Haaren und dem Vollbart im Alter von etwa 35 Jahren. Er zieht seinen linken Arm zum Rücken, um den Blick auf einen auf seinem Körper aufgemalten Fleck freizugeben, auf den er mit dem Finger der rechten Hand zeigt. Die Kuppe des Fingers reicht in dieses gelb hervorgehobene Oval. Die zugehörige Inschrift bezeugt: „Der gelb Fleck vnd mit dem finger darauf deut, do ist mir weh.“¹ Auf zweifache Weise, durch die Hervorhebung mittels des umrandeten gelben Fleckes wie auch durch den deutenden Zeigefinger, bekundet Dürer, wo er Schmerzen empfindet: „Dort tut es mir weh.“

Es handelt sich offenkundig um die erkrankte Milz, an der Dürer schließlich im Alter von 57 Jahren sterben



Albrecht Dürer, *Selbstbildnis, krank*, um 1506/07, Feder in braun, mit Pinsel farbig aquarelliert auf Papier, 11,8 × 10,8 cm, Bremen, Kunsthalle Bremen, Inv. Nr. 1851/50 Z

wird, sodass vermutet werden kann, dass er mithilfe dieser Zeichnung seinem Arzt die Möglichkeit einer Ferndiagnose geben wollte. Aus den Augen, die unverwandt auf den Betrachter blicken, springt die Erwartung einer Diagnose, aber auch eine dahinter sitzende Angst, wie eine solche ausfallen wird.

Der Hinweis auf den Ausgangspunkt des Schmerzes und dessen Visualisierung bis hin zur Bezeichnung der Gemütsverfassung erfüllt den Begriff der „Pathosformel“, den der Kunsthistoriker Aby Warburg geprägt hat. Das „Pathos“ zielt auf den individuellen Ausdruck einer starken Empfindung, während die „Formel“ die Verbildlichung meint, aufgrund derer ein allgemeiner Zugang im Sinne einer überpersönlichen Botschaft möglich ist.² Der nahezu unbedeckte Körper, die Bezeichnung der Erkrankung, aber auch die mit Angst gepaarte Hoffnung auf Diagnose und Heilung, jene Bildelemente, die Dürers Zeichnung ausmachen, bestimmen auch die Aufnahmen, welche die Fotografin Herlinde Koelbl von insgesamt 39 an Krebs erkrankten Menschen gefertigt hat. Ihren Ausgangspunkt bildet jeweils ein Porträt der dargestellten Person, gefolgt von Aufnahmen der Markierung der von Krebs befallenen Stellen des Körpers sowie einer Präsentation der Instrumente, mit denen sich die Diagnose und die Behandlung vollzieht. Dies ist das Grundmuster des Eintritts in eine Sonderzone der Pathosformeln, in der die Existenz als solche auf dem Spiel steht.

Die Aufnahmen sind begleitet von Interviews, in denen sich ein Charakteristikum der Kunst von Koelbl auch im Sprachlichen zeigt. Die Fragen sind eindringlich, ohne dass sie aufdringlich wirken. Sie fragen nach den Befindlichkeiten, den Lebensumständen, den Zukunftsaussichten und den Gemütszuständen, ohne die Dramatik der Situation, in der sich die Interviewten befinden, zu verstärken und zu theatralisieren. Aufgrund der klaren, meist knapp ansetzenden Fragen fallen auch die Antworten bündig und konzentriert aus, sodass die Dialoge von einem ruhigen Ernst zehren. Höchst eindrucksvoll ist die Art, in der die krankheitsbedingte Verunsicherung des eigenen Selbst, die Veränderung des Verhältnisses zu den Nächsten und die Erwartung an die Zukunft geäußert und reflektiert werden. In der Regel berichten die Patientinnen und Patienten, dass sich die Beziehungen intensiviert und zum Empfinden der Unverbrüchlichkeit gestei-
gert hätten.

2. Die Bildnisse

Die aus den Augen des Selbstporträts von Albrecht Dürer sprechende Fixierung, die eine zwingende Botschaft an den Arzt sendet, um in der eigenen Erwartung eine Möglichkeit zu finden, die Beunruhigung und auch die Angst vor den von innen kommenden Körperschmerzen zu mindern, durchzieht als Grundmotiv ebenso Koelbls Bildnisse der Patientinnen und Patienten.

Diese verwenden alle Möglichkeiten des Porträts. Eine Reihe von ihnen nutzt die Frontalaufnahme. Im Sinne einer größtmöglichen Nähe geht der Blick auf einen Ausschnitt des Gesichts (S. 56 – Yasin Kilic),³ oder er erfasst das gesamte Antlitz im Sinne des Vollporträts (S. 32 – Anna Nadal).⁴ In wenigen Fällen kommt der frontal oder leicht seitlich gestellte Oberkörper hinzu, wie um den Habitus der Kleidung und des Ambientes zur Charakterisierung hinzuzunehmen (S. 40 – Shifteh Shadlou).⁵ Eine noch größere Zahl lässt den Kopf eine leichte Drehung ausführen, fast unmerklich zunächst, aber dann in unterschiedlichen Graden, um ihm eine höhere Plastizität zu geben (S. 28 – Volker Münch).⁶ Auch dies geschieht bei einer beträchtlichen Zahl in Verbindung mit einem Teil des Oberkörpers (S. 22 – Beate Endlich),⁷ sodass die Sprache der Hände hinzukommen kann (S. 166 – Ursula Unger).⁸ Bei einigen Porträts sind die Köpfe so weit gedreht, dass die Augen nicht zum Betrachter, sondern auf einen Punkt außerhalb blicken (S. 46 – Manfred Michael)⁹ oder in sich gekehrt sind (S. 122 – Eva Schwyer).¹⁰ Eine Person bekundet ihre Verbundenheit mit ihrem *Alter Ego* der Maske (S. 192 – Marcus Polke),¹¹ und schließlich ergibt sich die Momentaufnahme einer Frau, deren bewegtes Lachen die Haare nach vorn fallen lässt (S. 196 – Tini Kemper).¹² All diese Varianten sind nicht gruppiert, sondern treten autonom immer dort auf, wo die Person auf die jeweilige Weise angemessen wiedergegeben schien. Insgesamt beeindruckt, in welcher Präsenz sich die Personen in ihrer Individualität zu zeigen vermögen, ohne von Verlegenheit oder Zurücknahme bestimmt zu sein. Die Seelenkämpfe spielen sich bisweilen in den die Fassung bewahrenden Mundpartien ab, während die Untrüglichkeit der Augen eine andere Sprache spricht. Aus allen spricht die Empathie der Künstlerin, auch und gerade diese Widersprüche empfunden und aufgenommen zu haben.

Dieses Vermögen ist im gesamten Werk von Koelbl angelegt. Der Rückblick auf ihr Werk, der 2009 in der

großen Ausstellung im Gropius-Bau von Berlin vermittelt wurde, enthält bereits zahlreiche Motive, die im vorliegenden Buch eingesetzt wurden. Hierzu gehörte vor allem die einleitende Selbstbeschreibung der Künstlerin: „Vieles habe ich gelernt in den Begegnungen mit den unterschiedlichsten Menschen. Manche beeindruckten mich durch die positive Haltung, mit der sie ihr Schicksal meisterten, manche faszinierten mich durch ihren Geist.“¹⁰

Herlinde Koelbls Suche nach zeitbedingten Transformationen, nach der Vielfalt von Ausdrucksformen sowie dem überpersönlichen Habitus ist eine Konstante ihrer an Pierre Bourdieus Habituslehre erinnernden, forschenden Fotografie.¹¹ So ist ihr mit der Serie *Behausungen* gelungen, in offenkundiger Orientierung an August Sanders *Menschen des 20. Jahrhunderts*, das Wohnzimmer als Bestimmungsgröße der *Persona* festzuhalten. Mit einem Blick ist in dieser Zusammenstellung das Prinzip erkennbar, möglichst vom selben Kamerastandpunkt aus die Vielfalt zu erschließen, sodass ein Maßstab für die unterschiedlichen Interieurs und auch die szenischen Ereignisse gegeben ist.¹²

In der Serie der *Beziehungen* befinden sich Aufnahmen verschiedener Lebens- und Arbeitsbereiche, unter denen auch das Krankenhaus eine Rolle spielt,¹³ aber vor allem die Aufnahmen der Sektion *Leiblichkeit* bereiten mit Koelbls furchtlosen Blicken auf das Kaleidoskop menschlicher Normen und Abnormitäten jene Bereitschaft vor, das Projekt der *Fadenkreuze für das Leben* durchzuführen.¹⁴ Den hier aufgenommenen Porträts entsprechen reziprok Koelbls in den *Spuren der Macht* dokumentierten Langzeitbeobachtungen von Joschka Fischer, Gerhard Schröder und Angela Merkel.¹⁵ Während die Bildnisse der Krebspatienten eine sprechende und einnehmende Vielfalt vorführen, zeigen die Serien der politischen Akteure nicht minder eindrucksvoll die minutiösen Veränderungen der Abarbeitung an und in der Macht. Diese Aufnahmen waren durchweg streng frontal, aber nicht zu nahe, um denunziatorisch wirken zu können. Die Finesse dieser Fotografien liegt darin, dass sie im Prozess des alternsbedingten Wandels auch die strukturellen Transformationen des politischen Prozesses zu zeigen suchen.

Auf die *Fadenkreuze* verweisen schließlich die von den Füßen über die Lippen bis zur Haut reichenden Körperdetails von Koelbls Serie *Sein und Schein*.¹⁶ Und schließlich tritt die Fotografin bei ihren Serien der

Ausdrucksformen und Transformationen der menschlichen Körper in den *Lebensspuren* so nah – und teils auch übernahm – heran, dass nur mehr Strukturen bleiben, so beim Wirken der Zeit auf die gealterte Haut, deren Ausdruck wie eine Wellenbewegung im Sand des Wattenmeeres wirkt.¹⁷ Der Ernst, die Individualität und die Empathie der *Fadenkreuz*-Bildnisse haben in Koelbls *Portraits* ihre unmittelbaren Vorläufer: in deren Fähigkeit, alle Möglichkeiten der Bildniskunst variabel einzusetzen und damit die Würde des Individuums zur Geltung zu bringen.¹⁸

3. Die Schichten und Räume der Therapie

Im Sinne einer strengen Phänomenologie widmet sich die Fotografin dem kleinsten und scheinbar unbedeutendsten Detail bis zu Panoramaaufnahmen ganzer Szenerien der Behandlung. Die Genauigkeit ihres Blickes ist, wie sie im Vorwort dieses Buches schreibt, durch eigene Erfahrungen geschult und bereichert.

Ein Auslöser für das gesamte Projekt war die Verwendung von Pflastern, auf denen Linien, Strichlinien und Fadenkreuze aufgemalt waren (S. 6). Notgedrungen erinnerten diese Pflaster mit den Kreuzen an das zuvor abgeschlossene Projekt der Targets, bei dem sie die Zielfiguren aufgenommen hatte.¹⁹ Die *Curiositas* des beobachtenden Auges war immer die Bedingung von Koelbls Motivsuche, und so hat sie sich in dieser Serie der Gestalt von Zielscheiben und dem Einüben des Schießens auf Menschen in fast 30 Ländern mit unterschiedlichen Kulturen gewidmet. Ihre Aufnahmen der Schießscheiben aus dem Bereich des Militärs haben einen ebenso erschreckenden wie surrealen und schließlich lakonischen Grundton, als eine Art Verwunderung angesichts dessen, wozu der Mensch fähig ist und wozu er ausgestattet sein muss, um sich beschützen zu können. Diesen Gedanken hat die Fotografin in ihrem jüngsten Projekt, den Aufnahmen und Interviews mit Boris Pistorius, aufgenommen und zu einer Diagnose der Zeitenwende gemacht.²⁰

Die Serie der Fadenkreuze im vorliegenden Buch (S. 162) hat einen anderen Charakter. Als Zielsignale von Strahlungen, die auf das Genaueste gerichtet und dosiert sein müssen, um nicht schädlich oder gar tödlich zu wirken, stehen sie aber auch in einer gewissen Nähe zu den militärischen Zieleinrichtungen. Daniel Zips hat diesen Aspekt in seiner Einleitung überzeugend ausgeführt. Er betont die notwendige Balance, um einen

gefährlichen Eingriff als Mittel der Heilung einsetzen zu können. Und er beschreibt, dass jede Form der Behandlung und des Eindringens auf oder in den Körper von Patientinnen und Patienten intuitiv als verletzend empfunden wird, obwohl die Notwendigkeit der Behandlung geteilt und anerkannt wird (S. 13).

Koelbls Aufnahmen der Pflaster und Fadenkreuze bezeugen das Phänomen, dass eine hoch technisierte, maschinell agierende Medizin mit der analogen, von der Hand gezeichneten Markierung zusammengeht, wie sie bereits bei Dürer genutzt wurde. Diese mediale Varianz ist ein Phänomen in einer Zeit, in der die „Synchronisierung zwischen Körper und Bild“ vor allem auf die digitale Simulation setzt, ohne in dieser jemals vollständig aufgehen zu können.²¹

Ein erweiterter Blick geht auf die Umgebung, die größere Körperpartien umfasst. Zu den Linien kommen teils landkartenmäßige Eintragungen, die wie eine Geografie der Heilkunst wirken (S. 31). Die zusätzlichen Linien der Laserstrahlen stehen mit ihren eigenen Linienführungen in einem seltsamen Zusammenspiel mit den von Hand aufgetragenen Filzstiftzeichnungen, teils besondere Effekte bewirkend (S. 148).

Ein besonderes Augenmerk richtet die Fotografin auf jene Masken, die zur Fixierung des Kopfes benötigt werden. Eindringlich hält Koelbl den Schrecken fest, den die solcherart Behandelten mit diesem Instrument der Immobilisation verbinden. Das ironische Porträt eines der Patienten, der seiner eigenen Maske die Zunge herausstreckt, ist das Symbol dieser Ambivalenz: ein Folterinstrument, dem er seine Heilung verdankt (S. 104/105 – Manfred Flöck). Schließlich ist es die Ganzkörperrohre, die für die Patientinnen und Patienten eine beträchtliche Herausforderung darstellt. Diesem starke Geräusche auslösenden Gerät ausgeliefert zu sein, gehört zu den Beklemmungen, die von den Menschen besonders eindringlich beschrieben werden.

All dies kehrt sich in den wenigen Aufnahmen von Gesamtkörpern um, die eine elementare Kraft und Würde ausstrahlen. Sie verkörpern den Effekt der Hoffnung und des Stolzes, eine extreme Herausforderung bestanden zu haben (S. 54/55 – Ann Kristin Landfester).

4. Die Kunst als Therapie

Im Vorwort hat die Fotografin angemerkt, dass die Fotografien und Interviews der Patientinnen und Patienten von diesen selbst als ein Element der Therapie

empfundener wurden (S. 8). Diese Einschätzung steht in einer langen Tradition der Beziehung zwischen Medizin und Bildender Kunst. Sie vollzog sich im Verständnis des menschlichen Körpers wie auch in der heilenden Funktion von Kunstwerken.

Künstler haben sich im 15. und 16. Jahrhundert in besonderer Weise mit der Anatomie und dem Verständnis des menschlichen Körpers auseinandergesetzt. Leonardo da Vinci und Michelangelo gehörten zu den Vorreitern der Auffassung, dass es für die Darstellung der menschlichen Gestalt unabdingbar sei, deren inneren Aufbau auf das Genaueste zu kennen. Ascanio Condivi, Michelangelos Biograf und Schüler, berichtet, dass dieser in der Anatomie bessere Kenntnisse erwarb als Ärzte, die ihr ganzes Leben seziiert hatten.²² Die Sektion von Leichen war für Michelangelo ein notwendiges Übel, das ihn in Bereiche führte, die zuvor weder ein Künstler noch ein Anatom so intensiv und so vorurteilslos betrachtet hatte.²³ Angesichts der rechten Hand von Michelangelos Marmor-David konnte mit einem gewissen Recht geäußert werden, dass Michelangelos Figuren „anatomische Präparate“ seien, „denen die Haut wieder nachträglich übergezogen worden sei“.²⁴

Aber hierin erschöpfte sich die wechselseitige Beziehung zwischen Kunst und Medizin keinesfalls. Vor der cartesischen Trennung von Körper und Geist galt die Überzeugung, dass vom Betrachten von Kunstwerken ein therapeutischer Effekt ausgehen könne, so etwa, wenn die Landschaftsmalerei dazu stimuliere, sich in die Natur zu begeben und die Effekte der gesunden Luft wirken zu lassen.²⁵ Bedeutsamer noch war die weitverbreitete psychosomatische Vorstellung, dass das Ansehen von Bildern schwere Krankheiten heilen wie auch hervorbringen könne. Maßgeblich war die Lehre des Galen, dass es die Seele sei, die durch ihre Bewegungen und Tätigkeiten die Heilung zu beeinflussen vermöge. Wenn es durch das Hören von Musik oder körperliche Betätigungen der Jagd und des Sports möglich sei, über die Seele auch Krankheiten zu heilen,²⁶ besäße auch die Betrachtung von Bildern in diesem Rahmen eine hohe Bedeutung. Ein solches Vermögen wurde etwa Gemälden von Nicolas Poussin zugeschrieben, die er im Zuge der 1630 grassierenden Pest malte.²⁷

Koelbls Fotografien bezeugen und verstärken diesen Effekt. Hierzu gehört die Zurückweisung der Annahme, dass der Krebs auf Fehlverhalten zurückzuführen und damit mit Schuld zu verbinden sei.

Die zentrale Aussage von Daniel Zips lautet: „Die große Mehrheit der bösartigen Erkrankungen hat keine sicher feststellbare Ursache, ist weder verschuldet noch vermeidbar“ (S. 11). Im selben Sinn ermöglicht Herlinde Koelbls Buch, dass sich die Patientinnen und Patienten angesichts ihrer schweren Erkrankung der eigenen Würde bewusst werden. Immer wieder äußerten die Interviewten, dass ihnen nicht Mitleid, sondern Mitgefühl geholfen hätte und helfen würde. In den Porträts wie auch den sprachlichen Antworten erkennen sie den Gewinn einer neuen Dimension des Lebens, um diesen als Maßstab festzuhalten. Und darin erfüllen ihre Bildnisse jene Umkehrung gesteigerter Erregung in einen gebändigten und beruhigten Status, der den höheren Sinn der „Pathosformeln“ ausmacht.²⁸

Der während der Behandlung sich ereignende Seelensturm ist in jenem Porträt bewahrt, in dem sich der Patient, Marcus Polke, mit seiner eigenen Maske verbindet (S. 129). Der Daumen seiner linken Hand hebt diese Abformung seines Kopfes auf die Höhe des Gesichtes, während die Vorderfinger sie von innen her in eine Position bringen, in der das linke Auge des Porträtierten durch dessen Augenöffnung blickt. In dieser Haltung nähert sich der Mundbereich der Maske den Lippen des Mannes. Die seitliche Annäherung hat auf den ersten Blick etwas Schleichendes, Gefährliches. Es könnte an eine geglättete Verkörperung des Aliens denken lassen, den Hans Rudolf Giger 1979 für den Film *Alien* realisiert hat.²⁹ Aber die hinter der Schläfe angebrachten Fadenkreuze verdeutlichen, dass dieses Gebilde den zu heilenden Punkt markiert und daher als Gefährte der Heilung zu betrachten ist. Der Blick des Patienten vermittelt eine selbstbewusste Zuversicht, aus der heraus die Maske kein Gegner ist, sondern ein neu gewonnener Teil seiner selbst. Während der Fleck in Dürers Zeichnung (Abb. 1) die aus den Augen sprechende Beklemmung auslöst, ist es das Oval um das linke Auge des Patienten, das in der Assimilation von Instrument und Körper jene Zuversicht begründet, die aus dem Porträt herausstrahlt.

Das Buch vermittelt einen tiefen Respekt: gegenüber der Medizin, vor allem aber gegenüber den in diesem Buch Versammelten, als eine Repräsentation all jener, die vom Krebs betroffen waren oder sind.

- 1 Hartmut Böhme, Albrecht Dürer. Melencolia I. Im Labyrinth der Deutung, Frankfurt am Main 1989, S. 46. Vgl. ders., Der Körper als Bühne. Zur Protogeschichte der Anatomie, in: Spuren der Avantgarde: Theatrum anatomicum, Bd. 5 (Hg.: Ludger Schwarte und Jan Lazardzig), Berlin und Boston 2011, S. 28–53.
- 2 John Michael Krois, Die Universalität der Pathosformeln. Der Leib als Symbolmedium, in: Quel Corps? Eine Frage der Repräsentation (Hg.: Hans Belting, Dietmar Kamper und Martin Schulz), München 2002, S. 295–307.
- 3 Vgl. S. 86 – Matthias Röckl, S. 170 – Laurence Graf, S. 204 – Forough Hossein-Pour.
- 4 Vgl. S. 130 – Max Kronawitter, S. 146 – Birte Herling, S. 156 – Sudha Zey-Bergmann, 186 – Joel Eife.
- 5 Vgl. S. 62 – Gundula Görtz, S. 76 – Werner Münster, S. 90 – Marlies Ebertshäuser, S. 110 – Nguyen Trong Khanh, S. 160 – Christian Heiner Wolf.
- 6 Vgl. S. 50 – Ann Kristin Landfester, S. 66 – Philmour Byfield, S. 86 – Matthias Röckl, S. 100 – Manfred Flöck, S. 106 – Dr. Heinrich Klaus, S. 116 – Cornelia Mandary, S. 126 – David Fialho Vaz, S. 138 – Dr. Eva Mie, S. 142 – Gottfried Segnitz von Schmalfelden, S. 150 – Bettina Scheid-Bornemann, S. 176 – Radostin Yassenov.
- 7 Vgl. S. 36 – Peter Fischer, S. 50 – Ann Kristin Landfester, S. 72 – Verena Zorn, S. 80 – Anna Kenzel, S. 94 – Kerstin Menzel, S. 180 – Simone Gertis.
- 8 Vgl. S. 22 – Beate Endlich, S. 200 – Stefan Kuboschek.
- 9 Vgl. S. 66 – Philmour Byfield.
- 10 Herlinde Koelbl, Mein Blick, Ausstellungskatalog (Hg.: Joachim Sartorius und Gereon Sievernich), Göttingen 2009, S. 9.
- 11 Pierre Bourdieu, Die feinen Unterschiede. Kritik der gesellschaftlichen Urteilskraft, Frankfurt am Main 1987.
- 12 Koelbl, Mein Blick, S. 12–32.
- 13 Ebd., S. 39.
- 14 Ebd., S. 57–82.
- 15 Ebd., S. 125–138.
- 16 Ebd., S. 139–170.
- 17 Ebd., S. 171–178.
- 18 Ebd., S. 237–255.
- 19 Herlinde Koelbl, Targets, München, London, New York 2014.
- 20 Herlinde Koelbl, Boris Pistorius. Aufbruch: Im Gespräch mit Herlinde Koelbl, München 2025.
- 21 Kathrin Friedrich, Thomas Picht, Moritz Queisner und Anna L. Roethe, Im Bildlabor der Neurochirurgie. Ein interdisziplinärer bildgeführter Fallbericht, in: Haare hören – Strukturen wissen – Räume agieren. Berichte aus dem Interdisziplinären Labor *Bild Wissen Gestaltung* (Hg.: Horst Bredekamp und Wolfgang Schäffner), Bielefeld 2015, S. 31–43, hier: S. 40. Vgl. Anna L. Roethe, J. Rösler, M. Misch, P. Vajkoczy und T. Picht, Augmented reality visualization in brain lesions: a prospective randomized controlled evaluation of its potential and current limitations in navigated microneurosurgery, in: Acta Neurochirurgica, Bd. 164, 2022, S. 3–14.
- 22 Ascanio Condivi, Das Leben des Michelangelo Buonarroti, aus dem Italienischen neu übersetzt und kommentiert von Ingeborg Walter, Berlin 2018, S. 88.
- 23 Ebd., S. 93.
- 24 Karl Frey, Michelagniolos Jugendjahre, Berlin 1907, S. 144. Vgl. zum Verhältnis von Kunst und Anatomie: Gerhard Wolf-Heidegger und Anna Maria Cetto, Die anatomische Sektion in bildlicher Darstellung, Basel und New York 1967 und Hartmut Böhme, Der anatomische Akt. Zur Bildgeschichte und Psychohistorie der frühneuzeitlichen Anatomie, Gießen 2012 und Der Blick auf Anatomie, Gestalt und Körper durch die Kunst (Hg.: Manfred Zoller), Berlin 2013.
- 25 Frances Gage, Exercise for Mind and Body: Giulio Mancini, Collecting, and the Beholding of Landscape Painting in Seventeenth Century, in: Renaissance Quarterly, Bd. 64, 2008, Nr. 4, S. 1167–1207, hier: S. 1168. Vgl. umfassend: ders., Painting as Medicine in Early Modern Rome. Giulio Mancini and the Efficacy of Art, Pennsylvania 2016.
- 26 „Et nos ab animi mores aegros quotannis non paucos persanavimus, solis animi motibus ad debitum modum revocatis“ (Galen, De sanitate tuenda, Buch I, Kap. 8, in: Galeni librorum, 6 Bde., Venedig 1576, Bd. 2, S. 66). Vgl. grundlegend: John Michael Krois, Bildkörper und Körperschema (Hg.: Horst Bredekamp und Marion Lauschke), Berlin 2011.
- 27 Sheila Barker, Poussin, Plague, and Early Modern Medicine, in: The Art Bulletin, Bd. 86, 2004, Nr. 4, S. 659–689.
- 28 Martin Warnke, Vier Stichworte: Ikonologie – Pathosformel – Polarität und Ausgleich – Schlagbilder und Bilderfahrzeuge, in: ders., Werner Hofmann und Dirk Syndram, Die Menschenrechte des Auges. Über Aby Warburg, Frankfurt am Main 1980, S. 75–83.
- 29 HR Giger (Hg.: Andreas J. Hirsch und Hans Werner Holzwarth), Köln 2024.

