Bettina Beer / Hans Fischer (Hg.)

Ethnologie

Einführung und Überblick

Siebte, überarbeitete und erweiterte Auflage

Reimer

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über http://dnb.d-nb.de abrufbar

1. Auflage 1983
2. Auflage 1988
3. Auflage 1992
4. Auflage 1998
5. Auflage, Neufassung 2003
6. Auflage 2006

© **2012,** 2006, 2003, 1998, 1992, 1988 und 1983
Dietrich Reimer Verlag GmbH, Berlin
www.reimerverlag.de

Layout und Umschlaggestaltung: Nicola Willam, Berlin
Druck: Beltz Bad Langensalza GmbH

Alle Rechte vorbehalten
Printed in Germany

ISBN 978-3-496-02844-4

Inhalt

Vorwort
9

Grundbegriffe

Hans Fischer
Ethnologie als wissenschaftliche Disziplin
13

Heinzpeter Znoj
Geschichte der Ethnologie
33

Bettina Beer
Kultur und Ethnizität
53

Bruno Illius
Feldforschung
75

Arbeitsbereiche

Martin Rössler
Wirtschaftsethnologie
103

Jürg Helbling
Sozialethnologie
127

Ute Luig
Ethnologische Geschlechterforschung
159

Frank Heidemann
Politikethnologie
173

Franz von Benda-Beckmann
Rechtsethnologie
195

Roland Mischung
Religionsethnologie
213

Till Förster
Kunstethnologie
237

Christian F. Feest
Materielle Kultur
255

Gunter Senft
Ethnolinguistik
271

Andrea Bender
Kognitionsethnologie
287

Hans-Jörg Dilger und Bernhard Hadolt
Medizinethnologie
309

Forschungsansätze

Nikolaus Schareika
Mensch und Umwelt
333

Christoph Antweiler
Stadtethnologie
357

André Gingrich und Werner Zips
Ethnohistorie und Historische Ethnologie
371

Jos D. Platenkamp
Strukturalismus in der Ethnologie
393

Hartmut Lang
Die Analyse von Kultur als System
407

Günter Schlee
Interethnische Beziehungen
429

Michael Bollig
Interkulturelle Vergleichsverfahren
445

Zu den Autoren
467

Register
471

Hansjörg Dilger, Bernhard Hadolt

Medizinethnologie

1. Einleitung
2. Bedeutung und Herausbildung der Medizinethnologie
3. Schlüsselbegriffe der Medizinethnologie
4. Ansätze und Denktraditionen
5. Forschungsfelder
6. Neuere Entwicklungen und Ausblick
7. Literatur

1. Einleitung

Das Interesse an „Medizin" hat eine lange Tradition in der Ethnologie und einige der zentralen VertreterInnen der Disziplin beschäftigten sich intensiv mit medizin-nahen Fragen. Franz Boas etwa untersuchte nach seinem Weggang aus Deutschland anhand anthropometrischer Messungen körperliche Variablen von Einwanderern in Nordamerika im Kontext von Kultur und Umwelt. In Abgrenzung zu evolutionären Denkansätzen zeigte er, dass nicht biologische Faktoren für menschliche Entwicklung und mentale Leistungen verantwortlich sind, sondern die soziale und politische Situation, mit der sich Einwanderer in den USA im frühen 20. Jahrhundert konfrontiert sahen. William H. Rivers wiederum befasste sich aus Perspektive des Diffusionismus mit dem Verhältnis von Medizin, Magie und Relígion in Melanesien, das er in direkten Gegensatz zum westlichen Denken stellte: Während magisches Denken „bei uns" vollkommen verschwunden sei und Religion und Medizin klar separierte Bereiche des sozialen Lebens darstellten, seien diese drei Felder in anderen Kulturen eng miteinander verwoben und bestimmten jeden Aspekt „ihres täglichen Lebens". Klassiker der strukturfunktionalistischen Schule näherten sich dem Thema mit einem breiten Verständnis widriger Lebensereignisse, darunter Krankheit, als „Unglück" (*affliction, misfortune*): Edward E. Evans-Pritchards Analyse eines Kornspeichers bei den Azande, der von Termiten zerfressen *zu einem spezifischen Zeitpunkt* zusammenbricht, bildete die Grundlage für spätere Überlegungen zu gesundheitsbezogenen Praktiken und Vorstellungen von Kausalität

in sozialen und kulturellen Zusammenhängen. Victor Turner schließlich, einer der Begründer der symbolischen Anthropologie, befasste sich mit Krankheit und Heilen unter performativen Gesichtspunkten als „soziales Drama", in dem Krankheiten auf soziale Brüche verweisen und die Manipulation multivokaler Symbole in Ritualen den Übergang von Krankheit zu Gesundheit herbeiführen soll. Auch wenn diese und andere frühen „MedizinethnologInnen" sich nicht als solche bezeichneten, stellten ihre Arbeiten wichtige Bezugspunkte für spätere Theorieansätze in der Medizinethnologie dar.

Im Folgenden geben wir zunächst einen Überblick über die Bedeutung und Geschichte der Medizinethnologie mit ihren jeweiligen nationalen Traditionen, die insbesondere im anglophonen Raum ab den 1970er Jahren eine „Erfolgsgeschichte" darstellt (2). Anschließend werden wir Schlüsselbegriffe und -themen der Medizinethnologie (3), unterschiedliche Theorie- und Arbeitsansätze (4) und schließlich einige ausgewählte Forschungsfelder vorstellen (5). Der Ausblick (6) und die Literaturliste (7) sollen zum vertiefenden Nachdenken über medizinethnologische Fragestellungen und ihre Relevanz für die heutige Ethnologie anregen.

2. Bedeutung und Herausbildung der Medizinethnologie

Trotz des langen ethnologischen Interesses an Fragen rund um Kranksein, Körper und Heilen institutionalisierte sich die Medizinethnologie erst Anfang der 1970er Jahre als Subdisziplin der Ethnologie. Dabei war sie stark interdisziplinär, vor allem zwischen Anthropologie und Biomedizin, und auch auf die Praxis bezogen ausgerichtet. Insbesondere in den USA und Großbritannien, aber auch in Deutschland, den Niederlanden und Kanada, wurden akademische Organisationen gegründet, die die jeweiligen national-disziplinären Ausprägungen reflektierten (z.B. die *Society for Medical Anthropology* in den USA), einschlägige wissenschaftliche Journals ins Leben gerufen (wie *Medical Anthropology Quarterly*, *Curare* und *Culture, Medicine & Psychiatry*) und eigene Ausbildungsprogramme an Universitäten etabliert. Heute stellt die Medizinethnologie eine der größten Subdisziplinen der Ethnologie dar, was den wissenschaftlichen Output, die Zahl der hier tätigen WissenschaftlerInnen, die Konferenzen und die Studienprogramme betrifft (Joralemon 1999: 11).

Der große (v. a. internationale) Erfolg der Medizinethnologie und der ungebrochene Zulauf von Studierenden liegt zum einen im hohen Stellenwert, der dem Bereich Gesundheit/Krankheit in allen Gesellschaften der Welt zukommt. Gesundheit nimmt als identitätsstiftendes Konzept eine Schlüsselposition ein, wenn es zu bestimmen gilt, wer als Person gelten kann, die einer gültigen Moral genügt, und wer nicht, und ist in dieser Hinsicht eine „root metaphor"

der Gesellschaft (Turner 1974: 26). Mit ihrer Kulturexpertise und ihren methodologischen und methodischen Zugängen zu realweltlichen Phänomenen leisten MedizinethnologInnen wichtige Beiträge zur praktischen Lösung gesundheitsbezogener gesellschaftlicher Probleme. Zum anderen gründet sich ihr Erfolg in bedeutenden Beiträgen zur Theorieentwicklung (etwa zu *embodiment*, Gender, der Herstellung von Wahrheiten und Globalisierung), die aus ihrer kulturvergleichenden Auseinandersetzung mit Leiden, Tod und Körperlichkeit hervorgegangen sind (Hadolt 2004). Mit diesen Beiträgen ist die Medizinethnologie innerhalb weniger Jahrzehnte vom Rande der Ethnologie in ihr Zentrum gerückt.

International am sichtbarsten ist die Medizinethnologie in den USA und Kanada, aber auch in Europa und Lateinamerika haben sich eigene medizinethnologische Traditionen mit lokalen Eigenständigkeiten und internationaler Anbindung herausgebildet. Europäische FachvertreterInnen arbeiten eng zusammen, etwa im Rahmen des *Medical Anthropology Network* der *European Association of Social Anthropologists* und dem europaweiten Netzwerk *Medical Anthropology at Home*. In deutschsprachigen Ländern ist die Medizinethnologie institutionell mit der *Arbeitsgemeinschaft Ethnomedizin*, der *Medical Anthropology Switzerland*, der *Österreichischen Ethnomedizinischen Gesellschaft* und der *Arbeitsgruppe Medical Anthropology in der Deutschen Gesellschaft für Völkerkunde* vertreten.

Ein zentraler Zugang der Medizinethnologie in den 1970er Jahren bestand darin, Medizin als kulturelles System zu verstehen – ein Anliegen, das in der damaligen Ethnologie auch bei der Analyse anderer gesellschaftlicher Domänen verfolgt wurde (als Sozialsystem, Wirtschaftssystem, politisches System etc.). In diesem Projekt galt es, kulturspezifische „Ethnomedizinsysteme" – z.B. eine „Zulu-Medizin" oder „malayische Medizin" – zu erforschen und zu zeigen, wie medizinische Ideen und Praktiken einer Gesellschaft relativ widerspruchsfrei und „logisch" miteinander verbunden sind. Damit war das gesellschaftskritische Anliegen verknüpft, die Kulturalität und das angenommene hohe Ausmaß an „Rationalität" und Komplexität medizinischen Denkens und Handelns in außereuropäischen Gesellschaften zu zeigen und diese der Dominanz und der „kulturellen Blindheit" der westlichen Biomedizin entgegen zu stellen. Empirische Studien zeigten jedoch bald, dass es in Gesellschaften meist nicht nur ein einziges Medizinsystem gibt, sondern mehrere medizinische Traditionen, deren diagnostische und therapeutische Angebote PatientInnen nacheinander oder gleichzeitig in Anspruch nehmen (siehe 3.2). In diesem Zusammenhang wurde auch die Biomedizin als Ethnomedizinsystem „entdeckt" und damit zunehmend selbst zu einem Forschungsthema der Medizinethnologie.

Die Auseinandersetzung mit der Biomedizin bestimmte in zentraler Weise die Ausrichtung und Herausbildung unterschiedlicher Ansätze in der Medi-

zinethnologie. Ein wichtiger Ausgangspunkt war hierbei, dass die dominante biomedizinische Sichtweise von Krankheit als biologische Störung in einem physischen Körper als reduktionistisch und mechanistisch kritisiert wurde (z. B. Comaroff 1982). Im Gegensatz zu diesem „biologischen Reduktionismus" stellte die Medizinethnologie die soziokulturellen Dimensionen von Krankheit und Kranksein ins Zentrum ihres Erkenntnisinteresses. Darüber hinausgehend übte ab den späten 1970er Jahren die *kritische Medizinethnologie* grundlegende Kritik an gesellschaftlichen Machtverhältnissen und trat für eine gerechtere Verteilung medizinischer Ressourcen ein (4.3). In beiden Ansätzen blieben jedoch die unhinterfragten Vorannahmen biomedizinischen Wissens und damit der ontologische Status von „Krankheit" und „Körper" als ahistorische, objektive Wahrheiten zunächst unberührt. Mit der Hinwendung zur Biomedizin als Forschungsfeld setzte Ende der 1970er Jahre ein Prozess kritischer Reflexion über die Natur-Kultur-Dichotomie ein, der Anfang der 1980er Jahre in eine ideengeschichtliche Zäsur mündete. Danach vollzogen viele MedizinethnologInnen eine Neupositionierung zum biomedizinischen Krankheitsmodell und dem damit verbundenen Wahrheitsanspruch. Nachdem „Natur" als eine Form des Kulturellen festgestellt worden war, wurde auch die scheinbar objektive biologische Realität von „Krankheit" und „Körper" und deren Konstitution in soziokulturellen Prozessen zu einem zentralen Forschungsthema der Medizinethnologie (Comaroff 1982, Taussig 1980). Damit stellte die Medizinethnologie den alleinigen Definitionsanspruch der Biomedizin auf das, was als „Krankheit" und „Körper" gelten kann, in Frage und ging daran, eigene Modelle und Theorien des Körperlichen, des Leidens und des Heilens zu entwickeln. „Krankheit" wurde in diesen Zusammenhängen als Ausgangspunkt solcher Überlegungen abgelöst durch den Begriff des Leidens, „Körper" durch Begriffe wie *embodiment* und Leib.

3. Schlüsselbegriffe der Medizinethnologie

3.1 Gesundheit, Krankheit, Heilen

Krankheit und Heilung sind weltweit in sozial und kulturell unterschiedliche Ideen-, Bedeutungs- und Handlungsgefüge eingebettet. Schwere Erkrankungen werden häufig als Bedrohung der Integrität des eigenen Körpers und des Selbst, als eine Störung der Harmonie zwischen dem physischen und moralischen Sein sowie als Bedrohung der sozialen Ordnung erfahren. Langfristige körperliche und mentale Beeinträchtigungen führen zu einer Redefinition sozialer Beziehungen und Verantwortlichkeiten und bewirken den Verlust von Kontrolle und Autonomie (Comaroff 1982). Zugleich ist Heilung nicht notwendigerweise

allein auf die Behandlung von Symptomen (*Kurieren, curing*), sondern oft in holistischer Weise auf die Wiederherstellung des Selbst und seiner für das Wohlbefinden verantwortlichen sozialen und symbolisch-spirituellen Bezüge ausgerichtet (*Heilen, healing*) (Strathern und Stewart 1999).

Krankheiten und Leiden werden in kulturell unterschiedliche Ursachenerklärungen (*Ätiologien*) eingebettet. Sie werden als Folge des Einwirkens von Viren oder böswilligen Geistern, genetischer oder psychischer Veranlagungen oder aber einer göttlichen Strafe gelesen. Ebenso werden sie individuellem oder rituellem Fehlverhalten, sozialen Konflikten, einer Verunreinigung der Lebensumwelt (*Miasma*), oder aber dem bösen Blick bzw. dem Wirken eifersüchtiger Hexen zugeschrieben. Vielfältig sind auch Heilungssysteme, die mit der Behandlung von Leiden bzw. der Erhaltung und Herstellung von Wohlbefinden befasst sind. Während z.B. biomedizinische SpezialistInnen vornehmlich Symptome und Krankheitserreger behandeln, erfordert Hexerei die Befragung von Orakeln (*Divination*) und einen anschließenden Gegenzauber bzw. ein Aussöhnungsritual. Besessenheit wiederum mündet häufig in langfristigen Beziehungen mit Geistern, deren Wohlwollen durch Geschenk- und Opferzeremonien gesichert werden soll. Hiervon unterscheiden sich Heilungskirchen, die böswillige Kräfte aus dem Körper austreiben, aber auch die Humoralmedizin, die auf das Wiederherstellen eines verloren gegangenen Gleichgewichts der Körpersäfte bzw. der Beziehungen zwischen Menschen und ihrer Umwelt abzielt.

Den unterschiedlichen Perspektiven und Erfahrungsebenen im Zusammenhang mit Krankheit und Heilung trägt die Medizinethnologie durch die Unterscheidung zwischen *disease* (Krankheit), *illness* (Kranksein, Krankfühlen) und *sickness* (Sozialisierung von *disease* und *illness*) Rechnung. *Disease* beschreibt eine Störung biologischer und/oder psychologischer Prozesse, die auf der Basis internationaler Standards klassifiziert und mit Blick auf spezifische Symptome behandelt werden. Im Gegensatz hierzu bezeichnet *illness* die subjektive Erfahrungsebene, d. h. die Erfahrung und Wahrnehmung der mit *disease* verbundenen Prozesse im Rahmen sozialer und symbolischer Bezüge. *Illness* stellt die kulturelle Konstruktion von *disease* als psychosoziale Erfahrung dar und verweist auf Bedeutungszuschreibungen, die Anleitung zu behandlungs- und heilungsrelevantem Verhalten geben (Kleinman 1980). In Erweiterung der auf das Individuum zentrierten Kategorien *illness* und *disease* bezeichnet *sickness* die Produktion medizinischen Wissens und Handelns im Kontext sozialer Beziehungen sowie die Rolle von Kultur und Gesellschaft für die gesellschaftliche Verteilung von Krankheit und den Zugang zu Gesundheitssystemen im Sinne der *kritischen Medizinethnologie* (Young 1982, Frankenberg 1980, siehe 4.3).

3.2 Medizinsysteme und medizinischer Pluralismus

Die Vielfalt von Ideen, Bedeutungen und Praktiken im Zusammenhang mit Krankheit und Heilung wird durch den Begriff des *Medizinischen Pluralismus* gefasst. Er geht davon aus, dass in allen Gesellschaften der Welt unterschiedliche Erklärungsmodelle und Handlungsoptionen in Zusammenhang mit Krankheit und Heilung verfügbar sind und häufig komplementär genutzt werden. In Abgrenzung von modernisierungstheoretischen Annahmen zeigte die Medizinethnologie, dass pluralistische Heilungsordnungen mit der Verfügbarkeit der scheinbar überlegenen Biomedizin nicht verschwinden: Während die Pluralität von Medizinen vielfach politisch-ökonomisch bedingt ist, insofern z.B. der Zugang zu spezifischen medizinischen Leistungen nicht für alle Teile einer Bevölkerung verfügbar ist, wurde „Traditionelle Medizin" insbesondere in postkolonialen Nationen zu einem integralen Bestandteil staatlicher Identitäts- und Gesundheitspolitiken. In „westlichen" Ländern wiederum verweist der Boom von Alternativmedizinen auf eine zunehmende Unzufriedenheit mit Behandlungspraktiken der Biomedizin sowie auf deren Vernachlässigung alltäglicher Gesundheitsprobleme und chronischer Leiden zugunsten wachsender Spezialisierung (Borck 2003).

Studien zum medizinischen Pluralismus betonten Patientenverhalten und -deutungen und untersuchten die innergesellschaftliche Variabilität medizinischer Ideen, Handlungen und Institutionen. Im Zentrum dieser Studien stand die kulturelle Vermittlung der Phänomene Kranksein und Heilen im Rahmen von *explanatory models* (Kleinman 1980) sowie im Zusammenhang mit *therapy management groups*: Letztere implizierten z.B. in Zaire die aktive Einbeziehung von Verwandten, FreundInnen, ArbeitskollegInnen oder Kirchenmitgliedern in Entscheidungen rund um Krankheit und Heilung (Janzen 1978). Studien zur Selbst-Medikamentierung wiederum zeigten, dass neu verfügbare Medikamente wie Antibiotika vor dem Hintergrund etablierter Bedeutungen (Form, Farbe und Geschmack) interpretiert werden (Bledsoe und Goubaud 1985). Schließlich sind Medizinsysteme wie das Ayurveda, die Traditionelle Chinesische Medizin und die islamische Humoralmedizin ständigen Transformationen und überregionalen Austauschprozessen unterworfen und weisen – in sich selbst ebenso pluralistisch verfasst – vielfältige lokalspezifische Ausformungen auf (Leslie und Young 1992).

3.3 Kulturgebundene Syndrome

Der Begriff des *Kulturgebundenen Syndroms* (*culture bound syndrome*, kurz CBS) bezeichnet Erkrankungsformen meist ohne biomedizinisch nachweisbare organische Pathologien, die in dieser Weise nur lokal vorkommen und fest in der betreffenden Kultur (Kosmologie, Körper- und Krankheitskonzepten etc.) verankert und allen Mitgliedern der betreffenden Gesellschaft bekannt sind (Hahn 1985). Meist sind CBS mit kurzfristigen Episoden problematischen Verhaltens verbunden, das vom Alltagsverhalten abweicht und für das die betreffende Person nicht persönlich verantwortlich gemacht wird. Als CBS gelten u. a. *Amok* (Gewaltausbruch und zerstörerisches Verhalten) und *Latah* („obszönes" Verhalten in der Öffentlichkeit bei Frauen) in SO-Asien, *Susto* (Verlust der Seele) in Lateinamerika und *Negi Negi* (öffentliche Zerstörung von Eigentum und aggressives Verhalten bei jungen Männern) in Neuguinea. Für westliche Gesellschaften wurden das prämenstruelle Syndrom, Anorexia Nervosa und die postpartum Depression als CBS beschrieben.

Problematisch am Begriff CBS ist dessen Implikation, dass es neben kulturgebundenen Syndromen auch solche gäbe, die nicht kulturgebunden seien. Diese Position wird von vielen MedizinethnologInnen mit dem Argument abgelehnt, alle Erkrankungen seien historisch spezifisch und damit untrennbar mit dem Kulturellen verbunden. Kritisiert wurde weiterhin das Zugrundelegen eines Kulturbegriffs, der CBS als Teil einer statischen, für alle Mitglieder einer Gruppe verbindlichen kulturellen Ordnung verstehe.

3.4 Biomedizin und Medikalisierung

Die Biomedizin ist eine junge Medizintradition, deren Entstehung und Expansion eng mit der Aufklärung und der Etablierung von Nationalstaaten im 17. und 18. Jahrhundert sowie mit der Expansion kolonialer Ordnungen im 19. und 20. Jahrhundert verbunden ist (Lupton 1994). Die Einführung naturwissenschaftlicher Messtechniken und Standards, mit denen das Leiden und die Symptome individueller PatientInnen verglichen wurden, sowie der Bau von Kliniken und Hospitälern ermöglichte die Überwachung einer Vielzahl von PatientInnen und das Erheben relevanter Bevölkerungsstatistiken im Rahmen einer expandierenden *Biopolitik*, also einer Politik des Staates, die den „Gesellschaftskörper" (und nicht mehr Einzelindividuen) unter Gesichtspunkten der Produktivität und Gesundheit in den Blick nahm (Foucault 1992). Biomacht sicherte hier nicht nur die Regulierung und Disziplinierung von Gesellschaften mit Blick auf Sexualität, Reproduktion und Demographie durch eine institutionell ausdifferenzierte, in den Biowissenschaften verwurzelte Wissens- und Machtordnung. Auch gründete sie auf Techniken des Selbst, mit denen Menschen und Körper sich selbst disziplinieren und nach körperlicher und gesundheitlicher „Vervollkommnung" streben.

In der Medizinethnologie sind Studien zur Biomedizin und Biomacht eng mit einem wachsenden Interesse an Körper und Körpertechniken (5.1), mit der Organisation und Praxis in Spitälern (van der Geest 2002) sowie

mit der sozialen und politischen Verfasstheit von Ideen und Praktiken der Gesundheitsentstehung verbunden (Obrist 2006). Des Weiteren setzen sich MedizinethnologInnen mit neuen medizinischen Technologien auseinander (Lock, Young und Cambrosio 2000), darunter insbesondere mit assistierten Reproduktionstechnologien (Franklin 1997), Organtransplantation (Lock 2002) und Gendiagnostik (Nelkin und Tancredi 1989, Hadolt und Lengauer 2009). Untersucht werden Praktiken der Nutzung solcher Technologien durch PatientInnen und AnwenderInnen, die Rolle von Technologien in Transformationsprozessen des individuellen und gesellschaftlichen Verständnisses und des Umgangs mit Gesundheit und Krankheit sowie Auswirkungen solcher Technologien auf Bereiche wie Körpererleben, Geschlechterverhältnisse und Verwandtschaftsbeziehungen.

Schließlich hat die medizinethnologische Auseinandersetzung mit der Biomedizin zahlreiche kritische Studien zur *Medikalisierung* hervorgebracht, die eine zunehmende Einordnung individueller und kollektiver Lebensbereiche in biomedizinische Begrifflichkeiten, Interaktionsmuster und institutionelle Zusammenhänge beschreiben (Zola 1972, Conrad 1992). Medikalisierung ist hier nicht „einfach" das Resultat eines angenommenen medizinischen Imperialismus, sondern der professionellen Dominanz der Ärzteschaft, der Legitimationsansprüche organisierter Interessensvertretungen und schließlich von PatientInnenhandeln selbst. Die Biowissenschaften sind in dieser Sicht zur Basis von Vorstellungen von Körper und Leben geworden: Gesundheitschecks, frühkindliche Untersuchungen und spezialisierte Testverfahren zur Früherkennung von Krankheiten prägen risikobewusste Individuen, deren gesundheitliches Fehlverhalten zur Selbstverfehlung wird (Borck 2003).

Die Biomedizin wird auch mit anderen, teils problematischen Begrifflichkeiten belegt. *Westliche Medizin* ist problematisch, da medizinische Forschungsinstitutionen heute in praktisch allen Teilen der Welt operieren und wesentlich zur biomedizinischen Wissensproduktion beitragen. *Moderne Medizin* wiederum bezieht sich auf eine angenommene Überlegenheit der Biomedizin, die mit ihren spezifischen epistemologischen, selbst-verifizierenden Grundlagen zu einem Verschwinden anderer Medizinsysteme führen würde – eine Annahme, die sich nicht erfüllt hat. Die Begriffe *wissenschaftliche Medizin* und *Schulmedizin* schließlich blenden aus, dass auch andere Medizinsysteme auf eine lange Tradition der institutionellen Wissensvermittlung zurückblicken und dass klinische Praxis in der Biomedizin oft von größerer Heterogenität und intuitivem Handeln gekennzeichnet ist, als der Begriff der Wissenschaftlichkeit dies nahelegt. In Analogie zur Biomedizin schlagen Leslie und Young (1992) den Begriff *kosmopolitische Medizin* (*cosmopolitan medicine*) vor, um die Verbreitung dieser Medizinform in Zusammenhang mit der Etablierung der kapitalistischen Weltordnung hervorzuheben.

4. Ansätze und Denktraditionen

In der Medizinethnologie werden üblicherweise vier Ansätze unterschieden: der *interpretative* oder *kulturkonstruktivistische Ansatz* (*interpretive medical anthropology*), der *ökologische* Ansatz (*medical ecology*), die *kritische Medizinethnologie* (*critical medical anthropology*) und die *angewandte Medizinethnologie* (*applied medical anthropology*). Auch wenn diese Einteilung aufgrund gegenseitiger konzeptueller Anleihen weder trennscharf noch vollständig ist, hilft sie, wichtige Charakteristika und Unterscheidungslinien zwischen verschiedenen medizinethnologischen Zugängen herauszuarbeiten.

4.1 Interpretativer oder kulturkonstruktivistischer Ansatz

Der interpretative oder kulturkonstruktivistische Ansatz (mitunter *bedeutungszentrierter Ansatz* oder *anthropology of illness*) vertritt ein grundsätzlich semiotisches Kulturverständnis und interessiert sich insbesondere dafür, mit welchen kulturspezifischen Bedeutungen und Ideen Krankheit und Heilen verbunden sind und wie diese das Gesundheitsverhalten vorstrukturieren. Als zentrales Interesse dieses Ansatzes gilt jenes an der kulturellen Repräsentation von Leiden.

Ein einflussreicher Vertreter dieser Tradition ist Arthur Kleinman (1980), der Ende der 1970er Jahre einige der damals gängigen Konzepte und Theoreme in seinem Modell des *health care system* (Gesundheitsfürsorgesystem) zusammenfasste. Ein wichtiges Konzept ist das *Erklärungsmodell* (*explanatory model, EM*), worunter er jene Vorstellungen über eine Krankheitsepisode versteht, mittels derer Personen Aspekten wie Ätiologie, Pathophysiologie und Behandlungsmöglichkeiten Sinn verleihen und handeln. Da die an der Bewältigung einer Krankheitsepisode beteiligten Personen oft unterschiedliche EMs vertreten, kommt es in klinischen Interaktionen zu Kollisionen zwischen den EMs von ÄrztInnen bzw. HeilerInnen und jenen der PatientInnen; Unverständnis, Misstrauen und mangelnder therapeutischer Erfolg können die Folge sein. Die Medizinethnologie kann hier laut Kleinman zu einer Verbesserung beitragen.

Ein weiterer Vertreter des interpretativen Ansatzes ist Byron Good (1977) mit seinem Konzept des *semantic illness network*. Über die semantische Untersuchung von Krankheitsbegriffen wie „heart distress" bei Frauen im Iran arbeitet er jene sozialen Verhältnisse, kulturellen Bezüge und Formen von Erfahrungen, Wahrnehmungen und Gefühlen heraus, die sich zu bestimmten Krankheitsbegriffen verdichten. Nach seinem Verständnis verknüpfen die weitreichenden Bedeutungen solcher Begriffe und ihr assoziatives Potential die unterschiedlichsten soziokulturellen und individuellen Erfahrungsbereiche und schaffen so als semantisches Netzwerk Sinn für Leidende.

Kritik an interpretativen Ansätzen wurde insbesondere von Seiten der kritischen Medizinethnologie (4.3) geäußert: Diese Ansätze würden sich vorrangig mit Individuen beschäftigen; die Vielzahl sozialer Verhältnisse auf dyadische Interaktionen reduzieren (HeilerIn-PatientIn, PatientIn-Familie); und lediglich den klinischen Bereich und Heilen erforschen und andere gesellschaftliche Domänen außer Acht lassen. Letztlich würden diese Ansätze der Individualisierung und Entpolitisierung von Leiden und der Verschleierung von Klassen- und Ausbeutungsdynamiken Vorschub leisten (Taussig 1980).

4.2 Ökologische und biokulturelle Ansätze

Ökologische und *biokulturelle Ansätze* der Medizinethnologie untersuchen die Wechselwirkungen zwischen Krankheitserregern (*Pathogenen*), Umwelt, Kultur und Mensch (*host*) und deren Auswirkung auf den Gesundheitsstatus spezifischer sozialer Gruppen. Dem ökologischen Ansatz zufolge befindet sich das Ökosystem (Klima, natürliche Ressourcen, Pflanzen, Tiere, Menschen) in einem prinzipiellen Gleichgewicht, das durch menschliches Handeln gestört wird und darauf mit der Veränderung bzw. Ausbreitung von Krankheitserregern reagiert. Umgekehrt passen sich Körper und menschliches Verhalten an ökologische Veränderungen und Krankheiten an und reagieren mit der Entwicklung neuer Behandlungs- und Heilungstechniken (Brown et al. 1995).

Ökologische Ansätze untersuchen z. B. „epidemiologische Übergänge" aus historischer Perspektive. Der erste epidemiologische Wandel wird dabei im Neolithikum angesetzt, in dem Sesshaftwerdung und landwirtschaftliche Erschließungen zur Ausbreitung von Makroparasiten und Infektionskrankheiten führten. Der zweite Wandel fällt mit der Industriellen Revolution Mitte des 19. Jahrhunderts zusammen, die einerseits einen Rückgang von Infektionskrankheiten aufgrund medizinischer Entdeckungen und expandierender Gesundheitsfürsorge bewirkte, andererseits zu einer höheren Lebenserwartung und dem Ansteigen chronischer Krankheiten im Kontext von Urbanisierung und Luftverschmutzung führte. Der dritte Wandel ist durch die „Rückkehr" von Infektionskrankheiten aufgrund biologischer Resistenzen sowie die Zunahme krankheitsfördernder Umweltveränderungen und globaler Verflechtungen gekennzeichnet (Barret et al. 1998).

Biokulturelle Zugänge beschäftigen sich mit den Wechselwirkungen zwischen Biologie, Umwelt und menschlicher Entwicklung. Ein Beispiel hierfür ist die Ausbildung und Weitervererbung eines „abnormen Hämoglobins" (*Sichelzell-Hämoglobin*) als „evolutionäre Antwort" auf die Malaria im subsaharischen Afrika und im Mittelmeerraum, das vor tödlichen Malaria-Verläufen schützen kann (Brown et al. 1996: 190). In den USA wiederum beleuchten Forschungen das komplexe Zusammenspiel zwischen „Biologie", „Rasse" und Gesellschaft und zeigen, dass unfaire Behandlung und Diskriminierung im Gesundheitswesen und in Wohnsiedlungen „verkörperte" Konsequenzen haben können (erhöhter Blutdruck, Brustkrebs, Depression). Die Herausforderung für die Ethnologie besteht in der Aufdeckung einer reduktionistischen Gleichsetzung von „Rasse" und Biologie und der kulturellen und sozialen Produktion von „Rasse" in biomedizinischen Forschungen, klinischer Praxis und der Gesellschaft (Gravlee 2009).

Gegen ökologische und biokulturelle Ansätze wurden eine mangelnde Distanz zum naturwissenschaftlichen Paradigma der Wissensproduktion und deren tendenziell apolitische Ausrichtung vorgebracht. Als Antwort auf diese Kritik beleuchten *politisch-ökologische Ansätze* die Wechselbeziehungen zwischen Umwelt, Krankheit und Menschen in Abhängigkeit von der makrosozialen Ebene. EthnologInnen untersuchten z.B. die Ausbreitung von Bilharziose in Ägypten und Äthiopien nach dem Bau des Assuan-Staudamms bzw. der Errichtung großflächiger Bewässerungssysteme durch die äthiopische Regierung in den 1960er Jahren (Brown et al. 1996).

4.3 Kritische Medizinethnologie

Die kritische Medizinethnologie (auch als *political economy of health* und *anthropology of sickness* bezeichnet) beleuchtete ab Ende der 1970er Jahre, wie lokale und globale Machtbeziehungen und ungleiche gesellschaftliche Verhältnisse die Ausbreitung von Krankheiten und den Zugang zu Gesundheitsressourcen beeinflussten (Morsy 1996). Dieser Ansatz rückte die Konstruiertheit „ethnomedizinischer" *und* biomedizinischer Phänomene in den Mittelpunkt ihres Interesses. Phänomene wie Geistbesessenheit wurden nicht länger als *kulturgebundene Syndrome* verstanden, sondern im Hinblick auf ihren Zusammenhang mit der Geschichte, Kultur und ökonomisch-politischen Wandelprozessen „subalterner" Gesellschaften untersucht (Ong 1988).

Der politisch-ökonomische Ansatz orientiert sich u.a. an Rudolf Virchow, der den Einfluss sozialer Kräfte auf den Gesundheitszustand von Bevölkerungen bereits Mitte des 19. Jahrhunderts betonte, sowie an marxistischen Kritiken, der kritischen Theorie der Frankfurter Schule und schließlich der Betonung von Machtbeziehungen und der historischen Bedingtheit von Medizinsystemen nach Foucault. Neben der Beleuchtung kolonialer und neokolonialer Abhängigkeiten und der global ungleichen Verteilung von Medikamenten betont die kritische Medizinethnologie die Marginalisierung „nicht-produktiver" Bevölkerungsgruppen im Gesundheitswesen sowie die krankmachenden Eigenschaften des Profit-orientierten, kapitalistischen Wirtschaftssystems (z.B. Luftverschmutzung, Beschäftigungsrisiken). Der Biomedizin wird hierin eine entscheidende Rolle in der Legitimation und Perpetuierung von Ungleichheit

zugeschrieben. Um die Wichtigkeit der makrosozialen Rahmenbedingungen von Krankheit zu betonen, stellt die kritische Medizinethnologie dem Doppel von *disease-illness* den Begriff der *sickness* zur Seite (3.1).

Kritiken an diesem Ansatz hoben hervor, dass auch im Rahmen kapitalistischer Ordnungen deutliche Verbesserungen des Gesundheitszustands von Bevölkerungen erreicht wurden. Des Weiteren wurde eine Ausblendung der sozialen Mikro-Ebene kritisiert, durch die individuelle Leidenserfahrungen zunehmend aus dem Blick gerieten und eigenverantwortliches Handeln ausgeklammert werde. Diese Kritik wurde mit dem Konzept *social suffering* aufgenommen, an deren Entwicklung sich sowohl „kritische" als auch „interpretative" MedizinethnologInnen beteiligten (Kleinman, Das und Lock 1997). *Social suffering* fasst Leiden nicht nur auf individueller Ebene, sondern macht auch kollektives Leiden sichtbar, indem es sowohl makro- als auch mikrosoziale Strukturen und Prozesse als Bedingungen für intersubjektives Leiden in die Analyse einbezieht. Des Weiteren bemühten sich VertreterInnen des Konzepts um eine transdisziplinäre Sicht von Leiden, in der die üblichen *a priori* Kategorisierungen von Leiden in Armut, Krankheit, Unterdrückung usw. und die damit zusammenhängenden institutionellen und akademischen Zuständigkeiten (Medizin, Sozialpolitik, Entwicklungszusammenarbeit, Flüchtlingshilfe usw.) aufgebrochen werden.

4.4 Angewandte Medizinethnologie

So vielschichtig die theoretischen Ansätze der Medizinethnologie sind, so vielfältig sind auch ihre Anwendungsmöglichkeiten. Angewandt arbeitende MedizinethnologInnen sind einerseits in (bio-)medizinische Zusammenhänge eingebunden, zu denen sie in der Medizinausbildung und durch die Mitarbeit in klinischen Bereichen beitragen. Die Frage, wie Pflege- und Behandlungssituationen verbessert werden können, setzt dabei eine „nützliche" Übersetzung ethnologischen Wissens voraus: Während EthnologInnen über die Nachfragen von Ärzten nach „ethnischen Kochbüchern" klagen, befürchten Ärzte das Entstehen von Ambivalenzen und Ungewissheiten in Bezug auf medizinisches Handeln bei einem „Überschuss von Wissen". Gleichzeitig entwickelten z.B. Chrisman und Johnson (1996) aber auch differenzierte theoretische Modelle, um PatientInnenerfahrungen und das Einnehmen von Krankenrollen sowie gesundheitsrelevante Vorstellungen und Verhaltensweisen in ihren jeweiligen sozialen und kulturellen Kontext einzubetten. Für Letztere sind insbesondere die *Explanatory Models* nach Kleinman fruchtbar gemacht worden (s. o.).

Auf einer weiteren Ebene leisten MedizinethnologInnen einen wichtigen Beitrag zur Öffentlichen und Internationalen Gesundheit (*Public Health; International Health*). Die Zunahme von Naturkatastrophen, teils wiederaufkommende Infektionskrankheiten sowie chronische „Lifestyle"-Krankheiten wie Übergewicht oder Diabetes gehören – zusammen mit Kindersterblichkeit und Müttergesundheit – zu den größten globalen Herausforderungen. Große Lücken klaffen zwischen den zur Verfügung stehenden Kapazitäten von Gesundheitssystemen und ihrer Nutzung, sowie zwischen den Ressourcen in Industrie- und „Entwicklungsländern", die teils eklatante Unterschiede in Gesundheitszuständen und Lebenserwartungen zwischen Ländern und Kontinenten zur Folge haben (Hahn und Inhorn 2009).

Medizinethnologische Forschungen im Bereich von *Public Health* beziehen sich z.B. auf Tabakkonsum, Gesundheitsprävention oder auch die Umsetzung bzw. Akzeptanz von Impfkampagnen. Sie sind einerseits auf die Erklärung und Kontextualisierung von Gesundheitsverhalten ausgerichtet, andererseits aber auch auf die direkte Mitarbeit in Gesundheitsprojekten, und identifizieren Verbesserungspotenziale auf der Mikro- *und* Makroebene (ibd.). Herausforderungen für die Medizinethnologie bestehen in der Entwicklung sowohl praxis- als auch wissenschaftsrelevanter Methoden und Theoriemodelle, sowie in der Entwicklung und Bearbeitung von Forschungsfragen und -ergebnissen unter teilweise problematischen Finanzierungsbedingungen und in inter- und transdisziplinären Forschungskonstellationen (vgl. Obrist 2003).

5. Forschungsfelder

Heterogenität kennzeichnet nicht nur die Ansätze und Konzepte der Medizinethnologie, sondern auch ihre Forschungsfelder. Im Folgenden gehen wir auf drei wichtige Forschungsbereiche ein.

5.1. Körper und Leiblichkeit

Neben „Krankheit" ist „Körper" der vielleicht wichtigste Kristallisationspunkt medizinethnologischer Forschungsfragen, der sowohl empirische Arbeiten als auch die Theoriebildung maßgeblich geprägt hat.

Nachdem die Kritik am scheinbar universalen, objektiven Körper der Biomedizin den Raum für alternative Sichtweisen auf den Körper in den 1980er Jahren geöffnet hatte, entwickelten MedizinethnologInnen eine Reihe innovativer Vorschläge einer (medizin-)ethnologischen Konzeption von Körperlichkeit. Mit ihrem Konzept des *mindful body* machten Nancy Scheper-Hughes und Margaret Lock (1987) den Körper zum Ausgangspunkt eines kritisch-interpretativen Ansatzes, in dem die Autorinnen „kritische" und „interpretative" medizinethnologische Zugänge zu verbinden suchten.

Sie gehen von der Prämisse des Körpers als „simultaneously a physical and symbolic artifact, as both naturally and culturally produced, and as securely anchored in a particular historical moment" (ebd.: 7) aus und schlagen drei Ebenen der Analyse vor: Mit *individual body* ist der Körper als gelebte Erfahrung des Körper-Selbst gemeint, wie ihn die Phänomenologie bearbeitet. Der *social body* bezieht sich im Sinnes des britischen Strukturalismus à la Mary Douglas auf den repräsentativen Gebrauch des Körpers, mit dem es sich „gut denken lässt". *Body politic* schließlich verweist unter Bezugnahme auf Michel Foucault auf den Körper als Ort der politischen Überwachung, Regulierung und Kontrolle, aber auch des Widerstandes. Im Überlappungsbereich dieser drei Analyseebenen kommt laut den Autorinnen der *mindful body* ins medizinethnologische Blickfeld.

Als weiterer wichtiger Beitrag gilt das Konzept *embodiment*, das Thomas Csordas als „neues Paradigma" für die Ethnologie ausgearbeitet hat. Ausgehend von der Überzeugung, dass all unser Sein, Erfahren, Denken und Handeln ein grundlegend körperliches ist und dass wir nicht nur einen Körper *haben*, sondern auch ein Körper *sind*, postuliert er „... that the body is not an *object* to be studied in relation to culture, but is to be considered as the *subject* of culture, or in other words as the existential ground of culture" (1990: 5; Hervorhebungen im Original). Mit Bezugnahme auf das Werk von Bourdieu und Merleau-Ponty zeigt Csordas mit dem *embodiment*-Ansatz, wie unser Selbst und unsere Kultur auf der Basis des körperlichen Seins und unserer unmittelbar gelebten Erfahrungen konstituiert und reproduziert werden.

5.2 Krankheit, Heilung und soziale Beziehungen im Kontext von HIV/AIDS

Neben Arbeiten zum „Körper" wurde die Medizinethnologie in den letzten 30 Jahren durch Forschungen zu den sozialen und kulturellen Folgen der HIV/AIDS-Pandemie geprägt. In den 1980er Jahren dominierten dabei die „sexual behavior studies", die sexuelles Verhalten von „Risikogruppen" quantitativ erfassten und vor dem Hintergrund individualistisch-psychologischer Paradigmen der Verhaltenstheorie analysierten. Diese Studien – ebenso wie Studien über „kulturelle Praktiken" wie die rituelle Reinigung von Witwen nach dem Tod ihres Ehemannes durch Geschlechtsverkehr – verorteten individuelles Verhalten oder kulturelle Praktiken kaum in den weiteren gesellschaftlichen Beziehungen und Bedeutungszusammenhängen.

Als Kritik an diesen frühen Studien betonte die Medizinethnologie Anfang der 1990er Jahre das sozial strukturierte Risiko von HIV/AIDS und beleuchtete Dynamiken struktureller Gewalt in der Ausbreitung von HIV-Infektionen und im individuellen und kollektiven Umgang mit der Krankheit. Für einen solchen Ansatz steht Paul Farmer (1992), der transnationale Schuldzuweisungen und

politisch-historische Prozesse als zentral für die „soziale Produktion" von HIV/AIDS in Haiti und den USA beschrieb und die global-politischen Dimensionen von Leiden unter benachteiligten Bevölkerungsgruppen, v. a. Frauen, betonte.

Die kritisch-anwendungsorientierte AIDS-Forschung leistete einen wichtigen Beitrag, indem sie die Ursachen für die Ausbreitung von HIV in einer globalisierten Gesellschaft suchte, die Risikoverhalten und Leiden produziert. Mit Blick auf die Formierung sozialen und kulturellen Handelns im Zusammenhang mit Krankheit, Heilung und Sterben war sie jedoch nur bedingt aussagekräftig. Neuere Arbeiten beleuchten die Inkorporierung von HIV/AIDS in Heilungsordnungen und -praktiken, die moralische Deutung der Epidemie als „Krankheit der Moderne" und ihre Auswirkungen auf Geschlechterbeziehungen und Körpervorstellungen (Wolf und Dilger 2003). Des Weiteren wurden Dynamiken sozialer Beziehungen und moralischer Grenzziehungen im Hinblick auf verwandtschaftliche und religiöse Zugehörigkeit sowie im Kontext von Nicht-Regierungsorganisationen beschrieben (Dilger 2005). Eine wichtige Rolle spielt im Zusammenhang mit antiretroviralen Medikamenten die Diskussion über *therapeutic citizenship* (Nguyen 2005), die sich auf der Grundlage einer geteilten therapeutischen Erfahrung konstituiert und die ihre soziale und kulturelle Legitimität aus den wirtschaftlichen, politischen und biologischen Ungleichheiten einer globalisierten Welt bezieht.

5.3. Mobilität, Migration und Gesundheit

Eine wichtige Rolle für die Medizinethnologie spielen schließlich die Veränderungen von Gesundheitssystemen und -praktiken durch die hohe Mobilität von Menschen, die als PatientInnen auf der Suche nach Heilung und als Ärzte/Ärztinnen, Pflegepersonal und HeilerInnen in die Bereitstellung von Gesundheitsleistungen involviert sind. Der Vielschichtigkeit der durch Flucht, Vertreibung – oder „einfach" die Hoffnung auf ökonomischen und sozialen Aufstieg – entstandenen Wanderungsprozesse, die gleichzeitig in nationale und internationale Migrationspolitiken eingebunden sind, kann dabei nicht mit einem reduzierten Blick auf „die Kultur" oder „Ethnizität" von Migranten Rechnung getragen werden.

Ethnologisches Wissen ist zum einen in der Interaktion zwischen Gesundheitspersonal und PatientInnen gefragt, die wiederum Fragen nach der inhaltlichen und sprachlichen Vermittlung von Gesundheitsangeboten sowie der Umsetzung bzw. Akzeptanz therapeutischer Leistungen aufwirft. Nach Verwey (2003) sollten in einem „kontextuellen" bzw. „holistischen" Modell klinischer Praxis migrationsspezifische Anamnesen zu den Integrations- und Herkunftsgeschichten von PatientInnen erhoben werden.

Zum andereren haben Untersuchungen zur transkulturellen Psychiatrie in Großbritannien gezeigt, dass die Interaktionen zwischen PatientInnen und PsychiaterInnen in historische Dynamiken der Migration und Diskriminierung im Kontext der Beziehungen zwischen „schwarzen" und „weißen" Bevölkerungsteilen eingebettet sind (Littlewood und Lipsedge 1989). Religiöse Praktiken und Gewaltausbrüche von MigrantInnen werfen Fragen nach struktureller Benachteiligung ebenso auf wie nach „kultureller Normalität" im Herkunftskontext *und* in der Aufnahmegesellschaft. EthnologInnen und PsychiaterInnen, die ein grundsätzlich „anderes" Verhalten von PatientInnen mit dem Verweis auf deren „Kultur" bzw. „Religion" erklären, werden dabei u.a. mit den Einschätzungen derjenigen PsychiaterInnen und des Pflegepersonals konfrontiert, die selbst einen Migrationshintergrund haben. Für sie wird das Verhalten der PatientInnen zur Bedrohung der eigenen, erfolgreich wahrgenommenen Anpassung an die Aufnahmegesellschaft (ibd.: 22).

Schließlich lenken Prozesse der Selbstidentifikation und sozialer Zugehörigkeit im Kontext von Gesundheitsverhalten den Blick auf weiterreichende Veränderungen in den „traditionellen", religiösen und biomedizinischen Heilungsordnungen einer globalisierten Welt. Die Durchführung transnational angelegter Heilungsrituale und Konsultationen (medial ebenso wie im Zuge von Reisen) wird hier nicht nur zur Grundlage, ein mit der „Unmoral" der Aufnahmegesellschaft assoziiertes Leiden zu bewältigen, sondern auch für die Aushandlung von Identität und Zugehörigkeit im Kontext der Entfremdung zum Herkunftsland. Auf einer weiteren Ebene verweisen der Versand von *materia medica* und die Mobilität von HeilerInnen über nationale Grenzen hinaus – sowie die Übernahme von Verantwortung durch MigrantInnengruppen für die Gesundheitssituation im Herkunftsland – auf weitreichende soziale und kulturelle Bindungen zwischen mobilen Bevölkerungsgruppen und ihren Heimatländern und -gemeinden.

6. Neuere Entwicklungen und Ausblick

Die Medizinethnologie war in den vier Jahrzehnten ihres (institutionalisierten) Bestehens geprägt von einer zunehmenden Ausdifferenzierung ihrer Ansätze, Fragestellungen und Arbeitsbereiche sowie einem kontinuierlichen Austausch mit den Theorien und Methoden der „allgemeinen" Ethnologie. Dabei wurden vorhandene Ansätze und Konzepte oft weniger durch andere abgelöst, als vielmehr ergänzt und in neue Kontexte gerückt, wie jüngste Publikationen zum Programm der interpretativen (Biehl, Good und Kleinman 2007) und der kritischen (Baer, Singer und Susser 2003) Medizinethnologie zeigen. Daneben sind verstärkt Zugänge vertreten, die das Politische im Medizinischen – und *vice versa* das Medizinische im Politischen – untersuchen und gesundheitsbezogene Phänomene mit Blick auf Foucaults Theorien zu Biomacht/Biopolitik, Gouvernementalität und Techniken des Selbst analysieren. Die Hybridität medizinethnologischer Untersuchungsgegenstände und deren translokale Verortung wiederum behandeln Ansätze, die auf Netzwerktheorien sowie auf Ansätze der Wissenssoziologie und der Rechts-, Wirtschafts- und Religionsethnologie zurückgreifen. Praxeologische Ansätze schließlich erkunden medizinbezogene Phänomene mit ihren spezifischen Konfigurationen von Aktivitäten und materiellen Strukturen unter Gesichtspunkten von Performativität und sozialer Praktik.

Eine der großen Herausforderungen solcher Arbeiten besteht darin, die nachhaltigen Veränderungen medizinischen Wissens und medizinischer Praxen in einer transnational und global vernetzten Welt adäquat zu fassen (Wolf und Hörbst 2003). Vor dem Hintergrund demographischer und epidemiologischer Verschiebungen, der zunehmenden Mobilität medizinischer Ideen, Technologien, *materia medica*, GesundheitsexpertInnen und PatientInnen sowie der Umschichtung globaler, nationaler und gemeinschaftlicher gesundheitsbezogener Ressourcen nimmt die Erforschung und Entwicklung von Lösungsansätzen in Bezug auf die Wechselverhältnisse von Medizin, Gesundheitserfahrungen und politischen Prozessen einen zentralen Platz ein (Dilger und Hadolt 2010). Eine weitere Herausforderung ist, zu einem differenzierten Verständnis der Materialität von Körpern, Dingen, Strukturen und Praktiken zu kommen, ohne Essentialismen oder altbekannten Dualismen wie Körper/Geist und Natur/Kultur Vorschub zu leisten. Nachdem die Medizinethnologie bereits auf eine lange Beschäftigung mit der Materialität des Körpers zurückblicken kann, geht es nun darum, medizinischen Technologien und Artefakten in ihrer Bedeutung für die Konstituierung lokaler (und transnationaler) moralischer Welten theoretisch und methodisch gerecht zu werden.

Inwieweit die Medizinethnologie für die Ethnologie allgemein, die Gesundheitswissenschaften und nicht zuletzt für leidende Menschen relevant bleibt, hängt wesentlich davon ab, wie sie in einer komplexer werdenden Welt die Verbindung zwischen Theoretisierung und Anwendbarkeit ihrer Forschungsergebnisse aufrecht erhält. Die Betonung des Leidens mit seiner Doppelgesichtigkeit als theoretisches Konzept *und* existentielle Unmittelbarkeit wird dabei weiterhin eine zentrale Rolle spielen. Denn wie Lock und Scheper-Hughes feststellten: "Metaphorical flights of fancy come crashing down in the face of the anguish and pain that often surround birth, illness, and death" (1990: 49). Die Unmittelbarkeit von Leiden wird zum Prüfstein der Brauchbarkeit von Theorien und Konzepten – sowohl für ein wissenschaftliches Verständnis als auch für dessen Anwendbarkeit in der Praxis.

7. Literatur

7.1 Einführende Literatur

Dilger, Hansjörg und Bernhard Hadolt (Hg.)
2010 Medizin im Kontext. Krankheit und Gesundheit in einer vernetzen Welt. Frankfurt a. M.

Good, Byron J.
1994 Medicine, Rationality, and Experience. An Anthropological Perspective. Cambridge.

Greifeld, Katharina (Hg.)
2003 Ritual und Heilung. Eine Einführung in die Medizinethnologie. Berlin.

Helman, Cecil G.
1990 Culture, Health and Illness. An Introduction for Health Professionals. Oxford, Boston.

Joralemon, Donald
1999 Exploring Medical Anthropology. Needham Heights.

Sargent, Carolyn F. und Thomas M. Johnson (Hg.)
1996 Medical Anthropology. Contemporary Theory and Method. Westport.

Strathern, Andrew und Pamela J. Stewart
1999 Curing and Healing. Medical Anthropology in Global Perspective. Durham.

7.2 Zitierte Literatur

Baer, Hans A., Merrill Singer und Ida Susser
2003 Medical Anthropology and the World System. Westport (2. Aufl.).

Barrett, Ronald, Christopher W. Kuzawa, Thomas McDade und George J. Armelagos
1998 Emerging and re-emerging infectious diseases. The third epidemiologic transition. In: Annual Review of Anthropology 27: 247–271.

Biehl, João, Byron Good und Arthur Kleinman (Hg.)
2007 Subjectivity: Ethnographic Investigations. Berkeley.

Bledsoe, Caroline und Monica F. Goubaud
1985 The reinterpretation of Western pharmaceuticals among the Mende of Sierra Leone. In: Social Science and Medicine 21, 3: 275–282

Borck, Cornelius
2003 Zwischen Vermittlungskrise und Biopolitik. Der Aktionsradius der modernen Medizin. In: Lux, Thomas (Hg.) Kulturelle Dimensionen der Medizin. Ethnomedizin – Medizinethnologie – Medical Anthropology, S. 135–136. Berlin.

Brown, Peter J., Maria C. Inhorn und Daniel J. Smith
1996 Disease, Ecology, and Human Behavior. In: Sargent, Carolyn F. und Thomas M. Johnson (Hg.) Medical Anthropology. Contemporary Theory and Method, S. 183–218. Westport.

Chrisman, Noel J. und Thomas M. Johnson
1996 Clinically Applied Anthropology. In: Sargent, Carolyn F. und Thomas M. Johnson (Hg.) Medical Anthropology. Contemporary Theory and Method, S. 88–109. Westport.

Comaroff, Jean
1982 Medicine. Symbol and Ideology. In: Wright, Peter and Andrew Treacher (Hg.) The Problem of Medical Knowledge. Examining the Social Construction of Medicine, S. 49–69. Edinburgh.

Conrad, Peter
1992 Medicalization and social control. In: Annual Review of Sociology 18: 209–32.

Csordas, Thomas J.
1990 Embodiment as a paradigm for anthropology. In: Ethos 18: 5–47.

Dilger, Hansjörg
2005 Leben mit AIDS. Krankheit, Tod und soziale Beziehungen in Afrika. Eine Ethnographie. Frankfurt a. M.

Farmer, Paul
1992 AIDS and Accusation. Haiti and the Geography of Blame. Berkeley.

Foucault, Michel
1992 Leben machen und sterben lassen. Die Geburt des Rassismus. In: Bio-Macht. DISS-Texte Nr. 25, S. 27–52. Duisburg.

Frankenberg, Ronald
1980 Medical anthropology and development. A theoretical perspective. In: Social Science and Medicine 14B, Heft 4: 197–207.

Franklin, Sarah
1997 Embodied Progress. A Cultural Account of Assisted Conception. London.

van der Geest, Sjaak
2002 Hospital care as liturgy. Reconsidering magic, science and religion. In: AM. Rivista Della Società Italiana Di Antropologia Medica, 13-14: 243-258.

Good, Byron
1977 The heart of what's the matter. The semantics of illness in Iran. In: Culture, Medicine and Psychiatry 1: 25–58.

Gravlee, Clarence C.
2009 How race becomes biology. Embodiment of social inequality. In: American Journal of Physical Anthropology 139,1: 47–57.

Hadolt, Bernhard
2004 Zur Relevanz der Medical Anthropology. Beiträge und Herausforderungen für die deutschsprachige Ethnologie. In: Curare 27,1+2: 9–26.

Hadolt, Bernhard und Monika Lengauer
2009 Genetische Beratung in der Praxis: Herausforderungen bei präsymptomatischer Gendiagnostik am Beispiel Österreichs. Frankfurt a. M.

Hahn, Robert A.
1985 Culture-bound syndromes unbound. In: Social Science and Medicine 21, 2: 165–171.

Hahn, Robert A. und Marcia C. Inhorn
2009 Introduction. Anthropology and Public Health. In: Hahn, Robert A. und Marcia C. Inhorn (Hg.), Anthropology and Public Health. Bridging Differences in Culture and Society, S. 1–31. Oxford.

Janzen, John M.
1978 The Quest for Therapy in Lower Zaire. Berkeley.

Kleinman, Arthur
1980 Patients and Healers in the Context of Culture. An Exploration of the Borderland between Anthropology, Medicine, and Psychiatry. Berkeley.

Kleinman, Arthur, Veena Das und Margaret Lock (Hg.)
1997 Social Suffering. Berkeley.

Leslie, Charles und Allan Young (Hg.)
1992 Paths to Asian Medical Knowledge. Berkeley.

Littlewood, Roland und Maurice Lipsedge
1989 Aliens and Alienists. Ethnic Minorities and Psychiatry. London.

Lock, Margaret
2002 Twice Dead. Organ Transplants and the Reinvention of Death. Berkeley.

Lock, Margaret, Allan Young und Alberto Cambrosio (Hg.)
2000 Living and Working with the New Medical Technologies. Intersections of Inquiry. Cambridge.

Lupton, Deborah
1994 Medicine as Culture. Illness, Disease and the Body in Western Societies. London.

Morsy, Soheir A.
1996 Political Economy in Medical Anthropology. In: Sargent, Carolyn F. und Thomas M. Johnson (Hg.) Medical Anthropology. Contemporary Theory and Method, S. 21–40. Westport.

Nelkin, Dorothy und Laurence Tancredi
1989 Dangerous Diagnostics. The Social Power of Biological Information. New York.

Nguyen, Vinh-Kim
2005 Antiretrovirals, Globalism, Biopolitics, and Therapeutic Citizenship. In: Ong, Aihwa und Stephen J. Collier (Hg.), Global Assemblages. Technology, Politics, and Ethics as Anthropological Problems, S. 124–145. Oxford.

Obrist, Brigit
2003 Chance und Herausforderung. Ethnologie und International Health im 21. Jahrhundert. In: Lux, Thomas (Hg.), Kulturelle Dimensionen der Medizin. Ethnomedizin – Medizinethnologie – Medical Anthropology, S. 308–327. Berlin.
2006 Struggling for Health in the City. An Anthropological Inquiry of Health, Vulnerability and Resilience in Dar es Salaam, Tanzania. Frankfurt a. M.

Ong, Aihwa
1988 The production of possession. Spirits and the multinational corporation in Malaysia. In: American Ethnologist 15, Heft 1: 28-42.

Scheper-Hughes, Nancy und Margaret M. Lock
1987 The mindful body. A prolegomenon to future work in medical anthropology. In: Medical Anthropology Quarterly 1, Heft 1: 6–41.

Taussig, Michael
1980 Reification and the consciousness of the patient. In: Social Science and Medicine 14B: 3–13.

Turner, Victor
1974 Dramas, Fields, and Metaphors. Symbolic Action in Human Society. Ithaca.

Verwey, Martine
2003 Hat die Odysse Odysseus krank gemacht? Migration, Integration und Gesundheit. In: Lux, Thomas (Hg) Kulturelle Dimensionen der Medizin. Ethnomedizin – Medizinethnologie – Medical Anthropology, S. 277–307. Berlin.

Wolf, Angelika und Hansjörg Dilger
2003 Universalismus versus lokale Besonderheiten. Medizin, Globalisierung und AIDS. In: Lux, Thomas (Hg.) Kulturelle Dimensionen von Medizin. Ethnomedizin – Medizinethnologie – Medical Anthropology, S. 252–276. Berlin.

Wolf, Angelika und Viola Hörbst (Hg.)
2003 Medizin und Globalisierung. Universelle Ansprüche – lokale Antworten. Münster.

Young, Allan
1982 The Anthropologies of illness and sickness. In: Annual Review of Anthropology 11: 257–285.

Zola, Irving
1972 Medicine as an institution of social control. In: Sociological Review 20, Heft 4: 487–504.