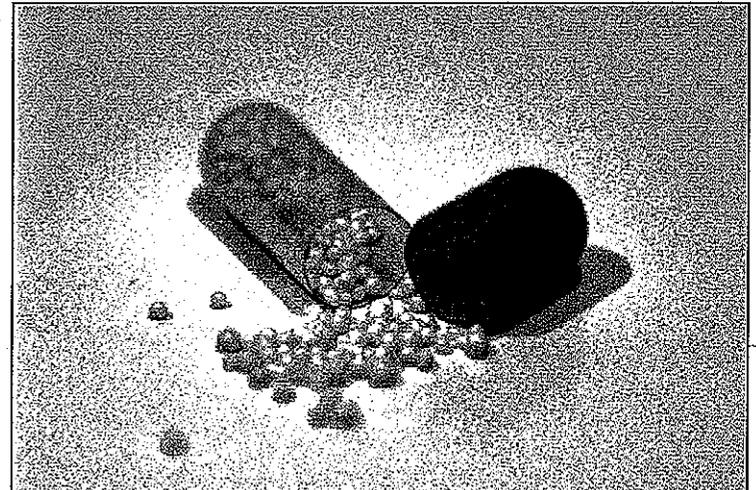


# EthnoScripts

ANALYSEN UND INFORMATIONEN  
AUS DEM INSTITUT FÜR ETHNOLOGIE  
DER UNIVERSITÄT HAMBURG

## Medizinethnologie



## Impressum

Jahrgang 14 | Heft 2

Herausgeber:

Universität Hamburg

Institut für Ethnologie

Edmund-Siemers-Allee 1 (West)

D-20146 Hamburg

Tel.: 040-428 38-41 82

Mail: IfE@uni-hamburg.de

<http://www.uni-hamburg.de/Wiss/FB/09/EthnolOI/>

Redaktionsleitung:

Martina Henkelmann

Redaktion: C. Alfonso, H. Dorsch, M. Gandelsman-Trier, M. Henkelmann,  
M. Pröpper, A. Wonneberger, I. Zumbusch

Schlussredaktion:

Rosemarie Oesselmann und Iris Zumbusch

Layout: Iris Zumbusch

Titelbild: Finn Ole Ellerbrock

Druck: PriMa der Universität Hamburg

ISSN: 1438-5244

Alle Rechte vorbehalten. Nachdruck (auch auszugsweise) nur mit  
Genehmigung der VerfasserInnen. Für den Inhalt der einzelnen  
Beiträge sind die AutorInnen verantwortlich.

## Inhalt

## EDITORIAL

- 3 Martina Henkelmann

## NACHRUF

- 9 Andrea Blätter  
Nachruf auf Prof. Dr. Beatrix Pfeleiderer

## THEMA: MEDIZINETHNOLOGIE

- 12 Tamar Klein  
Who Decides Whose Gender? Medico-legal classifications of sex and gender and their impact on transgendered South Africans' family rights
- 35 Susanne Brandner  
'The duty to stay well' – Gesundheitsrisiken und maternale Selbstverantwortung in der Schwangerschaft. Stimmen aus Phnom Penh, Kambodscha
- 59 Julia Dombrowski  
Die Produktion weiblicher Autonomie. *Egg freezing* als reproduktionsmedizinische Dienstleistung
- 75 Linn Leißner  
„In der Familie haben wir nie über MPS geredet.“ Der Einfluss des sozial-familiären Umfelds auf Gesundheitspraktiken und Krankheitserfahrungen türkischstämmiger Migranten mit MPS VI
- 104 Susanne Schmitt  
Dancing Science. Choreographien somatischer Aufmerksamkeit im Deutschen Hygiene-Museum
- 119 Marion Linska  
Wege zum Wissen. Emotionen und innerer Dialog als ein Schlüssel zur Erkenntnis in der qualitativen Forschung
- 145 Ekkehard Schröder  
Ethnomedizin: Anmerkungen zur frühen Medizinethnologie in den deutschsprachigen Ländern der 1960er bis 1990er Jahre

## INSTITUTE IM BLICK

- 156 Hansjörg Dilger, Susann Huschke, Dominik Mattes und Angelika Wolf  
Medizin und Gesundheit in globalen Feldern: Forschen und Studieren am  
Institut für Ethnologie in Berlin

## ETHNOLOGIE UND PRAXIS

- 181 Martina Henkelmann  
Feldforschung in Multiproblemfamilien in Hamburg. Ein Erfahrungsbericht  
im Umfeld problembelasteter Familien

## TAGUNGSBERICHTE

- 195 Vera Kaufmann  
Nouvelles visions: anthropologie, art et film experimental, musée du quai  
Branly, Paris, 30./31. 03.2012.

## REZENSIONEN

- 203 Andrea Blätter  
Labate, Beatriz Caiuby und Henrik Jungaberle (Eds.) (2011): The Inter-  
nationalization of Ayahuasca. 446 S. LIT-Verlag. Berlin.
- 209 Martina Henkelmann  
Alber, Erdmute, Bettina Beer, Julia Pauli und Michael Schnegg (Hg.) (2010):  
Verwandtschaft heute. Positionen, Ergebnisse und Perspektiven. Reimer  
Verlag. Berlin.

## Medizin und Gesundheit in globalen Feldern: Forschen und Studieren am Institut für Ethnologie in Berlin

Hansjörg Dilger, Susann Huschke, Dominik Mattes, Angelika Wolf

Die Medizinethnologie ist in Deutschland eine relativ junge Subdisziplin der Ethnologie bzw. Sozial- und Kulturanthropologie. Gleichwohl erfreut sie sich steigender Nachfrage nicht nur bei Studierenden und ForscherInnen der Sozialwissenschaften und der Medizin, sondern auch im weiteren gesellschaftlichen Umfeld. Im Rahmen der Entwicklungszusammenarbeit und Public Health hat sich ein breites Berufsfeld für (Medizin)EthnologInnen etabliert. Und auch innerhalb des deutschen Gesundheitswesens steigt die Nachfrage nach medizinethnologischen Erkenntnissen bspw. bei der Frage der Versorgung von MigrantInnen.

Die angeführten Felder verweisen auf Bereiche der Medizinethnologie, in denen nicht nur kulturelle Faktoren, sondern auch soziale, ökonomische und politische Bezüge in den Fokus aktueller Forschung gelangen. Der über Berlin und Deutschland hinaus bekannte Mediziner Rudolf Virchow hatte auf solche Zusammenhänge bereits vor mehr als 160 Jahren verwiesen: „Die Medizin ist eine sociale Wissenschaft, und die Politik ist weiter nichts, als Medizin im Grossen“ (Virchow 1848: 125). Gemeinsam mit dem Ethnologen und Mediziner Adolf Bastian gründete er 1869 die Berliner Gesellschaft für Anthropologie, Ethnologie und Urgeschichte. Die frühe Zusammenarbeit von Ethnologie und Medizin führte jedoch *nicht* zu einer unmittelbaren Herausbildung einer Medizinethnologie – ganz im Gegenteil erwies sich dieser Umstand eher als hinderlich (Wolf et al. 2007). Während die wissenschaftliche Ethnographie ihren Aufschwung erlebte, bewirkten die eigenen Vorbehalte medizinisch versierter EthnologInnen eine Degradierung medizinischer Praktiken in anderen kulturellen Kontexten zur „primitive medicine“ (Ackerknecht 1971: 114) mit einem Fokus auf magische Praktiken (Drobec 1955). Für eine lange Zeit bestand eine klare Demarkierungslinie zwischen einer sog. rationalen Biomedizin und einer „primitiven“ Medizin (Lux 2003).

In den 1970er Jahren lebte die Zusammenarbeit zwischen MedizinerInnen und EthnologInnen in Deutschland wieder auf. Joachim Sterly etablierte ethnomedizinische Forschung an der Universität Hamburg und war Mitbegründer der Ar-

beitsgemeinschaft Ethnomedizin in Heidelberg, die seit 1978 die Zeitschrift *Curare* herausgibt. Am Tropenmedizinischen Institut der Universität Heidelberg wurde des Weiteren unter Leitung von Hans Jochen Diesfeld die kulturvergleichende medizinische Anthropologie gelehrt (KMA, Sich et al. 1993) und der Grundstein für eine kulturelle Epidemiologie gelegt (Trostle und Sommerfeld 1996). Erst mit der Rückkehr von Beatrix Pfeleiderer aus den USA an die Universität Hamburg allerdings wurde die Medizinethnologie systematisch in die ethnologische Lehre eingeführt und das erste deutschsprachige medizinethnologische Lehrbuch entstand (Pfeleiderer und Bichmann 1985; Pfeleiderer 1993). Mit der Aufgabe ihrer akademischen Laufbahn im Jahr 1992 hinterließ Pfeleiderer eine wissenschaftliche Lücke, die vor allem junge NachwuchswissenschaftlerInnen auf der Suche nach Kontinuität in medizinethnologischer Lehre und Betreuung von Forschungsarbeiten betraf und die die Bedeutung wissenschaftlicher Institutionalisierung für die theoretische und methodologische Ausdifferenzierung des Forschungsfelds deutlich vor Augen führte (Wolf et al. 2007).

Im vorliegenden Artikel werden die Entstehung und Lehr- bzw. Forschungsschwerpunkte der Arbeitsstelle Medical Anthropology an der Freien Universität Berlin vorgestellt, die nicht zuletzt auch als ein Ergebnis von Initiativen gesehen werden kann, die von NachwuchswissenschaftlerInnen ab Mitte der 1990er Jahre im Bereich der Medizinethnologie entwickelt wurden. Nach einer Skizzierung des theoretischen Rahmens, der die an der FU Berlin entstandenen Forschungsarbeiten – und die Motivation zu ihrer Durchführung – heute verbindet, werden vier thematische Schwerpunkte der Arbeitsstelle vorgestellt: die Konstitution globaler Medizinlandschaften; soziale Beziehungen und Sicherung im Kontext transnationaler Gesundheitspolitiken; Transformationsprozesse in biomedizinischen Institutionen und das Feld Migration und Gesundheit. Der Artikel schließt mit einem Ausblick auf zukünftige Herausforderungen für die Medizinethnologie.

### Die Arbeitsstelle Medical Anthropology

Die Arbeitsstelle Medical Anthropology wurde im Jahr 2010 am Institut für Ethnologie der Freien Universität Berlin gegründet und ist seitdem mit dem Aufbau von Forschung und Lehre im Bereich der Medizinethnologie befasst. Die Forschungen der Arbeitsstelle<sup>1</sup> bauen dabei einerseits auf Arbeiten auf, die von Ute Luig und Ge-

org Pfeffer in den 1990er bzw. frühen 2000er Jahren mit-initiiert und betreut wurden: Diese befassten sich u.a. mit den sozialen und kulturellen Dimensionen von HIV/AIDS im südlichen und östlichen Afrika (Dilger 2005; Dilger und Luig 2010; Offe 2010; Wolf 2001, 2010); den religiös-rituellen Dimensionen von Gesundheit und Heilung in Orissa (Otten 2006); sowie mit unterschiedlichen Aspekten von Gesundheit und Migration (Kotte 2009).

Zum anderen gehen die inhaltlichen und institutionellen Wurzeln des Arbeitsbereichs auf ein studentisches Tutorium zurück, das in den Jahren 1994/95 an der Freien Universität zur Medizinethnologie durchgeführt wurde und das 1996 in einer Abschlusskonferenz und -publikation mündete (Wolf und Stürzer 1996). TeilnehmerInnen der Konferenz gründeten im Jahr 1997 die *Arbeitsgruppe Medical Anthropology* in der Deutschen Gesellschaft für Völkerkunde, die heute über 85 Mitglieder in den deutschsprachigen Ländern umfasst und die im Jahr 2006 an der Gründung des Netzwerks *Medical Anthropology* unter dem Dach der *European Association of Social Anthropologists* (EASA) beteiligt war. Bis heute sind die MitarbeiterInnen der Arbeitsstelle an der FU eng mit diesen überregionalen Netzwerken verbunden und tragen sowohl personell als auch inhaltlich zu deren vielfältigen Aktivitäten bei (Wolf und Hörbst 2003; Wolf 2004; Dilger und Hadolt 2010; Beiträge in Hsu und Potter 2012). In den letzten Jahren koordinierten MitarbeiterInnen der Arbeitsstelle zusammen mit KollegInnen aus anderen Ländern innerhalb der EASA das 2009 gegründete internationale Netzwerk für Studierende/DoktorandInnen der Medizinethnologie (MAYS - Medical Anthropology Young Scholars), das mittlerweile über 300 Mitglieder aus ganz Europa zusammenbringt und bisher vier internationale Workshops ausgerichtet hat (Berlin 2010, Oxford 2010, Warschau 2011, Paris 2012)<sup>2</sup>.

Am Institut für Ethnologie selbst hat sich ein Netzwerk von MedizinethnologInnen gebildet, das – parallel zu drittmittel-geförderten Forschungsprojekten und Promotionen (s.u.) – den Lehrschwerpunkt Medical Anthropology an der FU Berlin ausbaut und die Subdisziplin für den wissenschaftlichen Nachwuchs öffnet. Medizinethnologische Lehre ist hier einerseits in einem der vier Profilbereiche des Masterstudiengangs Sozial- und Kulturanthropologie verankert, aus denen Studierende jeweils zwei Bereiche für die eigene fachliche Vertiefung wählen können. Zum anderen werden studentische Forschungen betreut, die auf die Masterarbeit hinführen und die teilweise in thematischen Schwerpunkten zusammengefasst sind. Zu

Letzteren zählt das in Kooperation mit der Fachgruppe für Infektionsschutz/Infektionsepidemiologie des Landesamtes für Gesundheit und Soziales durchgeführte Studienprojekt „Emerging Infections“: Hier gehen Studierende der Frage nach, wie z.B. Schweinegrippe oder Magendarminfektionen kulturell und gesellschaftlich konstruiert werden und welche gesundheitspolitischen Strukturen und Handlungsstrategien periodisch auftretende Krankheitsausbrüche hervorbringen. In einem weiteren Projekt, das in Zusammenarbeit mit dem Master-Studiengang *Visual and Media Anthropology* konzipiert wurde, erstellten Studierende sieben Kurzfilme über HeilerInnen in Berlin, die sich auf globalisierende Heilmethoden wie die tibetische Medizin und Ayurveda – aber auch schamanistische Heilrituale oder den Candomblé – spezialisiert haben.

Auf einer weiteren Ebene ist die Arbeitsstelle Medical Anthropology ein Kontakt- und Austauschpunkt für nationale und internationale WissenschaftlerInnen im Bereich der Medizinethnologie geworden, die teilweise in Berlin Forschungen durchführen und ihre laufenden Arbeiten in den regelmäßigen Treffen des Arbeitskreises Medical Anthropology vorstellen und diskutieren. Von 2009 bis 2010 forschte Pamela Feldman-Savelsberg vom Carleton College (USA) mit Förderung der *Wenner-Gren Foundation* über Geburt und Zugehörigkeit unter kamerunischen MigrantInnen in Berlin. Im Jahr 2012 war Heide Castañeda von der University of South Florida mit einer Fulbright-Gastprofessur am Institut für Ethnologie affiliert und führte von hier ihre Untersuchungen zu *Citizenship* und den Zugang von osteuropäischen Roma zum Gesundheitssystem in Deutschland durch. Von 2011 bis 2013 schließlich ist Małgorzata Rajtar von der Universität Danzig mit einem Alexander von Humboldt Postdoc-Stipendium an der Freien Universität angebunden und forscht zu Bluttransfusionen und medizinethnischen Fragen bei den Zeugen Jehovas.

Zentral für die nationale und internationale Vernetzung der Arbeitsstelle sind eine Reihe von Konferenzen und Workshops, die in den letzten Jahren am Institut durchgeführt wurden und die auf die Weiterentwicklung theoretischer und methodischer Ansätze im Bereich der Medizinethnologie ausgerichtet sind. Im Jahr 2011 präsentierten Mitglieder der Arbeitsstelle ihre Forschungen im Workshop *Health and Suffering in an Interconnected World* und erhielten Anregungen und Kommentare von Arthur Kleinman (Harvard), den die Arbeitsstelle in Zusammenarbeit mit der Charité Berlin für einen Vortrag nach Berlin eingeladen hatte. Im gleichen

Jahr diskutierten Steven Feerman (Pennsylvania), Julie Livingston (Rutgers), Nancy Rose Hunt (Michigan) – gemeinsam mit Mitgliedern der Arbeitsstelle und anderen internationalen Gästen –, wie Vertrauen und Intimität in Begegnungen zwischen HeilerInnen, ÄrztInnen und PatientInnen und ihren familiären bzw. sozialen Netzwerken im südlichen Afrika hergestellt werden.<sup>3</sup> Im Jahr 2012 rückte die Abschlusskonferenz des DFG-Projekts „Männlichkeit(en) in Kapstadt, Südafrika“ die Frage in den Vordergrund, wie transformierende Männlichkeiten und emotionale bzw. affektive Dispositionen in Bezug auf gesundheitliche Herausforderungen und Dynamiken von Gewalt (neu) ausgehandelt werden; Gäste waren u.a. Janis Jenkins (California San Diego), Philippe Bourgois (Pennsylvania), Emily Wentzell (Michigan) und Robert Morrell (Cape Town).

Kennzeichnend für die vielfältigen Aktivitäten, die aus der Arbeitsstelle Medical Anthropology heraus entwickelt werden, ist zum einen die transregionale Ausrichtung des Arbeitsbereichs: Während das südliche und östliche Afrika der regionale Ausgangspunkt mehrerer – insbesondere auch in diesem Artikel vorgestellter – Projekte ist, befassen sich andere Untersuchungen mit Migrationszusammenhängen in Deutschland oder fokussieren südasiatische bzw. lateinamerikanische Kontexte. Zum anderen sind einige der am Institut betriebenen Forschungen – in deren Fokus die medizinethnologische Grundlagenforschung steht – über disziplinäre und akademische Grenzen hinaus vernetzt und haben zu einer Reihe von interdisziplinären und praxisbezogenen Kooperationen geführt. Schließlich verorten sich die unterschiedlichen Forschungsschwerpunkte im weiteren Sinne in einem gemeinsamen Theoriegebäude, das an Ansätze der kritischen und interpretativen Medical Anthropology anschließt und gleichzeitig eng an andere Themenbereiche der Ethnologie (wie z.B. Religion, Recht, Wirtschaft und Politik) anknüpft.

### Globalisierung, Medizin und Gesundheit: Die theoretische Ausrichtung der Arbeitsstelle

Die theoretische Ausrichtung der Arbeitsstelle Medical Anthropology setzt an der Schnittstelle der interpretativen Medizinethnologie und der *Critical Medical Anthropology* an, wie sie von Scheper-Hughes und Lock (1987) aufgezeigt und von Byron Good in seinen vier Ansätzen der Medical Anthropology ausgeführt wurde (Good 1994: 36-62, für einen Überblick siehe auch Dilger und Hadolt 2012).<sup>4</sup>

Die interpretative Medizinethnologie, deren zentrale Begrifflichkeiten von Kleinman (1980) geprägt wurden, betrachtet Krankheitsdarstellungen als kulturell konstruierte Realitäten. Mit dem Konzept der Erklärungsmodelle (*explanatory models*) stellte Kleinman analytische Kategorien zur Untersuchung von Krankheitsphänomenen auf, die jenseits einer rein biologisch definierten Begrifflichkeit von Krankheit (*disease*) auch die individuelle Ebene des Krankseins (*illness*) als sich ergänzende und überschneidende Dimensionen von Erkrankung (*sickness*) erfasst. Zwar wurde das Konzept der Erklärungsmodelle als zu sehr an der Biomedizin ausgerichtet kritisiert und auf den darin nicht berücksichtigten gesellschaftlichen Sozialisationsprozess von *sickness* verwiesen (Young 1981). Es stellte jedoch gleichzeitig in grundlegender Weise den Definitionsanspruch der Biomedizin<sup>5</sup> über Krankheit und Gesundheit in Frage. Darüber hinaus definierte Kleinman Medizinsysteme als kulturelle Systeme, die ähnlich wie Sprache, Verwandtschaft oder Religion als Systeme mit symbolischen Bedeutungen analysiert werden können, in denen zwischenmenschliche Beziehungen und soziale Institutionen zusammenwirken. Weitere Arbeiten dieser Zeit (Janzen 1978; Comaroff 1981) stellten dar, wie Heilkundige, PatientInnen und deren Angehörige Krankheit unterschiedlich interpretieren und pragmatisch zwischen verschiedenen therapeutischen Angeboten in einem medizinischen Pluralismus navigieren (Leslie 1980). Auch Arbeiten der interpretativen Medizinethnologie innerhalb der Arbeitsstelle legten den Schwerpunkt ihrer Forschung auf die Bedeutung, die einem Krankheitsgeschehen beigemessen wird, und erwiesen bspw. den Metaphern der Beschreibung von Erkrankung besondere Beachtung (Dilger 1999; Wolf 1996).

VertreterInnen der *Critical Medical Anthropology* (CMA) bezogen gegen den eher bedeutungszentrierten Ansatz Stellung. Sie kritisierten, dass diese Herangehensweise asymmetrische Machtbeziehungen in der Konstruktion klinischer Realitäten vernachlässige und Prozesse der Etablierung und Aufrechterhaltung sozialer und gesellschaftlicher Ungleichheiten nicht genügend in den Blick nähme. Die CMA speist sich aus zwei unterschiedlichen Quellen. Die von der marxistischen Theorie und Dependenztheorie ausgehende Strömung sieht in der Biomedizin vor allem ein kapitalistisch ausgerichtetes Heilsystem und untersucht die soziale Produktion von Krankheit im Kontext imperialistischer Machtbeziehungen eines kapitalistischen Weltsystems (Baer et al. 2003). Die andere Denktradition ist beeinflusst durch das Foucaultsche Verständnis von Biomacht und seinem Blick auf den

Körper als Arena der Ausübung sozialer Kontrolle. Sie untersucht sowohl die historischen Dimensionen der Entstehung medizinischer Erkenntnis als auch der Kontrolle und biopolitischen Regulierung. Beiden Denktraditionen gemein ist der kritische Blick auf die scheinbare Objektivität der Biologie und der Medizin sowie die Analyse der Biomedizin in ihrer Vielfalt unter den Gesichtspunkten von gesellschaftlichen Machtverhältnissen, Verteilung von Ressourcen und der Legitimation und Reproduktion sozialer Ungleichheit (vgl. Einleitung in Dilger und Hadolt 2010).

Der theoretische Ansatz der Arbeitsstelle an der FU Berlin lässt sich als kritisch-interpretative Medizinethnologie bezeichnen. Scheper-Hughes und Lock (1987) betonen, dass der Körper nicht nur ein Ort der Regulierung und politischen Überwachung ist, sondern auch eine symbolische Verdichtung gesellschaftlicher und kultureller Prozesse und Bedeutungen, und vereint damit den interpretativen und kritischen Ansatz der Medizinethnologie.

Die Forschungen der Arbeitsstelle thematisieren dabei die politischen und ökonomischen Faktoren von Krankheit und Gesunderhaltung ebenso wie die Beziehungen zwischen Makro- und Mikroebenen in einer global bzw. transnational verflochtenen Welt. Mit dem Konzept der *medicoscapes* lassen sich die globalen Ströme und Interaktionen in weltweiten Gesundheitsarenen erfassen (Hörbst und Wolf 2003). Hierbei werden die weltweit verstreuten Landschaften von Personen, Organisationen und Therapien im heilkundlichen Bereich nicht nur als im Fluss befindlich betrachtet. Sie werden auch in ihren bremsenden oder sich Platz verschaffenden Eigenschaften in den Blick genommen, bspw. wenn wie im Fall von HIV/AIDS immense Finanzmittel für Medikamente, Techniken und Gerätschaften auf den afrikanischen Kontinent fließen, im Fall von Unfruchtbarkeit hingegen bestimmte Ideologien bspw. zu europäischen Vorstellungen von Fruchtbarkeit und Überbevölkerung greifen und keine finanziellen Mittel bereitgestellt werden. *Medicoscapes* dienen diesbezüglich als Instrument zur Analyse von Dynamiken der Globalisierung in gesundheitsbezogenen Feldern und zum Verständnis der verflochtenen lokalen, nationalen und globalen Beziehungen, die Geometrien der Macht abbilden (Hörbst und Wolf in Vorbereitung; siehe auch Dilger, Kane und Langwick 2012).

Ein Schwerpunkt der am Institut vertretenen medizinethnologischen Forschungen liegt damit auf den Rekonfigurationen von Medizin und Heilung, die mit

den Transformationen von Gesundheitssystemen und medizinischen Wissenslandschaften im Kontext globaler und transnationaler Verflechtungen verbunden sind. Dabei wird die wechselseitige Konstitution von Medizin und Biologie sowie Gesellschaft und Kultur mit Bezug auf die in diesen Prozessen implizierten Machtbeziehungen, Wissenshierarchien und (moralischen, politischen, ökonomischen) Positionierungen unterschiedlicher AkteurInnen untersucht. Des Weiteren finden die kritischen Perspektiven auf Gesundheitssysteme und Strukturen der Ungleichheit dann aber auch in einigen der am Institut durchgeführten Projekte einen Ausdruck in explizit anwendungsbezogenen Forschungsdesigns. Singer und Castro formulieren dieses Anliegen der *Critical Medical Anthropology* folgendermaßen:

*“[CMA] asserts that its mission is emancipatory; it aims not simply to understand but also to change culturally inappropriate, oppressive, and exploitative patterns in the health arena and beyond; and sees commitment to change as fundamental to the discipline”* (Singer und Castro 2004: xiv).

Dementsprechend ist eine Zusammenarbeit mit NGOs und politischen AkteurInnen konstituierender Bestandteil einiger Forschungen in der Arbeitsstelle, beispielsweise in Bezug auf die Versorgung von MigrantInnen in Deutschland sowie im Zusammenhang mit der Vormachtstellung der Biomedizin, die eine Institutionalisierung anderer Therapieformen erschwert. Im Folgenden werden die thematischen Forschungsschwerpunkte der Arbeitsstelle im Einzelnen vorgestellt.

### Forschungsschwerpunkte der Arbeitsstelle Medical Anthropology Globale Medizinlandschaften

Ein wichtiger Forschungsschwerpunkt der Arbeitsstelle ist die Transformation medizinischer Landschaften in transnationalen Verflechtungen und die Frage, wie medizin- und gesundheitsbezogene Ideen, Praktiken und strukturelle Konfigurationen im globalen Zusammenhang aufeinander bezogen werden. Ein Fokus dieser Forschungen liegt im Bereich „traditioneller Medizin“, der im Kontext rezenter Prioritätensetzungen in der globalen Gesundheitspolitik zum Gegenstand strategischer Aushandlungsprozesse geworden ist (Knipper 2010) und in dem *materia medica* selbst zu treibenden Akteuren kultureller und sozialer Transformationsprozesse

werden. Des Weiteren werden hier die Grenzen zwischen unterschiedlichen medizinischen Traditionen neu verhandelt. Aus der Begegnung und Reibung zwischen religiös, ‚traditionell‘ und biomedizinisch motivierten Bedeutungen und Praktiken entstehen neue Formen hybridisierten medizinischen Wissens und von Heilungspraxen (Adams, Schrempf und Craig 2010).

Britta Rutert untersucht in einem von der Deutschen Forschungsgemeinschaft geförderten Forschungsprojekt den sich neu formierenden Markt der Bioprospektion in Südafrika, der in komplexer Weise Fragen nach national-kultureller Identität, wirtschaftlichen Interessen und der Standardisierung von Wissen bzw. Eigentum zueinander in Beziehung setzt (Reihling 2008; Rutert et al. 2011). Im Kontext einer vom früheren Präsidenten Mbeki proklamierten „African Renaissance“ wird die Suche nach wissenschaftlich und ökonomisch verwertbarem Pflanzenmaterial zu einer Art von „Identitätsökonomie“, in der spezifische Bilder von Afrika Hoffnung auf monetäres ebenso wie nicht-monetäres Kapital in einer neoliberalen, den afrikanischen Kontinent tendenziell marginalisierenden Marktordnung erzeugen (Comaroff und Comaroff 2009). Britta Rutert zeigt zudem, dass die vielschichtigen Interaktionen und Reibungen im Feld der Bioprospektion auf divergierende Konzepte von Eigentum in Bezug auf Pflanzen(wissen) verweisen – sowie auf eine sich neu formierende „Environmentalität“, die spezifische Formen des Regierens und Eigentumsschutzes in Bezug auf Biodiversität und den Schutz „indigener“ Rechte hervorbringt (Rutert et al. 2011; vgl. Hayden 2003).

Caroline Meier zu Biesen beleuchtet das Thema globalisierender Medizinlandschaften am Beispiel der chinesischen Heilpflanze *Artemisia Annua* L., die in Tansania nicht nur in Form synthetisierter Artemisinin-Derivate Eingang in die staatliche Gesundheitsversorgung, sondern seit 2003 auch – als Tee verabreicht – in die alternative, durch NGOs und Kirchen gestützte PatientInnenversorgung gefunden hat (Meier zu Biesen 2012). Sie untersucht sowohl die mit der universalen Etablierung biomedizinischer Standards verbundenen globalen Machtbeziehungen in der Pharma- und Gesundheitspolitik als auch die Handlungsspielräume, die individuellen AkteurInnen (PatientInnen, HeilerInnen, NGOs) in dieser Situation zur Verfügung stehen. Aufbauend auf der *Anthropology of Pharmaceuticals* (Van der Geest et al. 1996) und der *Actor-Network Theory* (Latour 1988, 2007) konzipiert sie *Artemisia* selbst als Akteur, der Beziehungen, Werte und spezifische Interessenskonstellationen in immer neuer Weise prägt und unterschiedliche Dynamiken

kultureller Aneignung hervorruft. Die hier entstehenden Konstellationen sind insbesondere hinsichtlich ihrer Brüchigkeit und Spannung sowie mit Blick auf vielfach verzweigte Handlungsketten und Diskurse in einer „perspektivenabhängigen globalen Landschaft“ (Appadurai 1990) zu verstehen.

Aufbauend auf ihrer Promotionsforschung untersucht Caroline Meier zu Biesen in einem weiteren Forschungsprojekt (2011/2012) die Einbindung von traditionellen HeilerInnen in das Gesundheitssystem auf Sansibar. Das an der Schnittstelle zwischen Medizin, Gesundheitspolitik und ethnologischer Forschung angesiedelte Projekt wird in Kooperation mit der NGO *Südtiroler Ärzte für die Dritte Welt* und dem Gesundheitsministerium Sansibar durchgeführt. Mittels qualitativer und quantitativer Interviews mit HeilerInnen, ÄrztInnen, PatientInnen und RegierungsvertreterInnen ging Caroline Meier zu Biesen der Frage nach, ob eine Kooperation zwischen beiden Gesundheitssektoren möglich ist. Die Studie zeigt, dass sowohl ÄrztInnen als auch HeilerInnen eine Zusammenarbeit begrüßen würden, sofern eine „neutrale Vermittlerinstanz“ (wie die NGO *Südtiroler Ärzte*) als Mediator im Aufbau einer solchen Kooperation fungieren würde. Biomediziner forderten außerdem eine verbesserte medizinische (Grund-)Ausbildung der HeilerInnen. HeilerInnen hingegen sind nur zu einer Kooperation bereit, sofern ihre „tradierte“ Unterordnung aufgehoben und sie als vollwertige AkteurInnen im Gesundheitssystem respektiert würden.

### Soziale Beziehungen und Sicherung im Kontext transnationaler Gesundheitspolitiken

Wie anhand der Verortung „traditioneller Medizin“ in nationalen und internationalen Machtverhältnissen und politisch-legalen Rahmenbedingungen deutlich wird, können an einem Ort vorherrschende gesundheits- und medizinbezogene Ideen, Praktiken und Politiken nicht als von globalen Prozessen losgelöste, „lokale“ Phänomene verstanden werden. So sind prekäre strukturelle Ausgangsbedingungen medizinischer Versorgung in vielen Ländern Subsahara-Afrikas unter anderem auf transnationale Strukturanpassungsmaßnahmen der 1980er Jahre zurückzuführen. Weiterhin wird die Domäne der „globalen Gesundheit“ heute maßgeblich von internationalen Organisationen bestimmt, die nicht nur medizinische Technologien, Praktiken und Standards über den gesamten Erdball verbreiten, sondern damit

korrelierend auch normative Konzepte von „modernen“ Geschlechterrollen, Selbstverantwortlichkeit, und eines „rationalen“ Lebensstils. Auf diese Weise werden bestimmte Formen von Subjektivität beispielsweise innerhalb der Zielgruppen von Public-Health-Kampagnen geprägt, die sich wiederum auf die Ausformung sozialer Beziehungen im Umfeld einzelner PatientInnen oder KlientInnen auswirken, von diesen aber in gleichem Maße beeinflusst werden (Dilger 2005, 2012).

Das Forschungsprojekt von Angelika Wolf zu Formen sozialer Absicherung in Senegal untersucht hinsichtlich solcher Verflechtungen zunächst, wie die in den 1980er Jahren vorgenommene Einführung von Nutzergebühren im Gesundheitsbereich für einen Großteil der Bevölkerung ohne Krankenversicherung den Zugang zu medizinischer Versorgung in drastischer Weise einschränkte. Die daraufhin eingeführten Krankenkassen der Gegenseitigkeit (*mutuelles de santé*) lassen neue Formen von Bürokratie entstehen, die eng an biomedizinische Behandlung gekoppelt ist und in dieser Forschung als *biobureaucracy* analysiert werden (Wolf 2012). Das Projekt beleuchtet zudem alternative Formen sozialer Absicherung beispielsweise im Rahmen von Familien- und Nachbarschaftsverbänden oder religiös motivierten Spargemeinden. Besondere Bedeutung kommt hier dem aus dem Wolof stammenden Konzept „dimbalanté“ (sich gegenseitig helfen) zu. Anhand von Fallstudien erarbeitet die Studie die Funktionsweisen der auf dieser Form der Reziprozität basierenden Absicherung sowie die Spannungen innerhalb entsprechender Gruppen, die sich im Ernstfall auch in sozialen Brüchen und einem Versagen von Hilfeleistungen manifestieren.

Dominik Mattes befasst sich in seiner Studie zur antiretroviralen HIV-Therapie in Tansania mit den Wechselwirkungen zwischen transnational organisierten Behandlungsregimen und sozialen Beziehungen betroffener PatientInnen. Während der sich nach Therapiebeginn oftmals rasch verbessernde Gesundheitszustand vielen Erkrankten ermöglicht, ihren ökonomischen Aktivitäten und familiären Pflichten nachzukommen und sich auf diese Weise vormals teils stark belastete soziale Beziehungen normalisieren, verweisen die Forschungsergebnisse auch auf negative Auswirkungen bestimmter sozialer Dynamiken auf behandlungsrelevante Verhaltensweisen. Fortwährende Moralisierung und Stigmatisierung von HIV/AIDS im Kontext massiver Armut beispielsweise kann zu einer Prioritätensetzung betroffener Menschen führen, gemäß welcher der Erlangung und Beibehaltung von Würde und Anerkennung als vollwertiges Mitglied der Solidargemein-

schaft mehr Wert beigemessen wird als „regelkonformem“ Therapieverhalten (Mattes 2012).

Astrid Bochow (aktuell Max-Planck-Institut, Halle) untersucht in ihrem Forschungsprojekt Verständnisse von Fruchtbarkeit und damit in Zusammenhang stehende soziale Identitäten einer neu entstehenden Eliteschicht im urbanen Botswana. Im Kontext der nationalen HIV-Prävalenz von 25-30 Prozent in der erwachsenen Bevölkerung erörtert Bochow die Transformationen reproduktiver Beziehungen und Konzepte von Sexualität durch den zunehmenden Einfluss biomedizinisch orientierter Präventionskampagnen. In differenzierender Weise stellt das Projekt den Zusammenhang her zwischen diesen Wandlungsprozessen und darüber hinausweisenden Vorstellungen von Verwandtschaft und familiärer Zugehörigkeit.

Das von der Deutschen Forschungsgemeinschaft geförderte Forschungsprojekt von Hanspeter Reihling schließlich konzentriert sich auf die Transformation von Männlichkeitskonzepten im Kontext von HIV/AIDS in Kapstadt. Reihling analysiert unter anderem mänderspezifische HIV-Präventionsprogramme, die sich für die Veränderung von hegemonialen Männlichkeitsvorstellungen einsetzen, gemäß welcher Maskulinität vor allem durch starken Konsum von Alkohol oder Drogen sowie multiple Partnerschaften definiert wird. In der Tat vollziehen manche Männer einen Identitätswandel: Sie begreifen ihr Engagement als AIDS-Aktivist\*innen als eine Möglichkeit, soziale Anerkennung zu erlangen und der Ausgrenzung zu begegnen, die sie aufgrund prekärer Bildungs- und Arbeitsverhältnisse erfahren. Sie grenzen sich dadurch oftmals bewusst von Identitätskonstruktionen als „Tsotsis“ („Ganoven“) ab und verschreiben sich einem Verständnis von Männlichkeit, das mehr von Verantwortlichkeit und Partnerschaftlichkeit als von patriarchalischer Dominanz geprägt ist. Die verschiedenartigen biographischen Verläufe von Männern, die verdeutlichen die Forschungsergebnisse, können allerdings nur verstanden werden, wenn sie im Kontext der spezifischen, historisch bedingten Konstitution der nach wie vor durch rassifizierte Bruchlinien zergliederten südafrikanischen Gesellschaft verortet werden.

### Transformationsprozesse in biomedizinischen Institutionen

Soziale Beziehungen und Subjektivitäten werden nicht nur durch internationale Organisationen und Aufklärungsprogramme geprägt, sondern insbesondere auch

in der alltäglichen Interaktion innerhalb biomedizinischer Institutionen. Während ein wichtiger Beitrag früherer medizinhistorischer Forschungen darin bestand, „nichtwestliche“ Medizinsysteme als inhärent logische „kulturelle Systeme“ begreifbar zu machen, blieb die kulturelle und soziale Konstruiertheit der wissenschaftlichen Biomedizin für lange Zeit weitgehend unbeachtet. Ab Ende der 1980er Jahre wurden jedoch auch biomedizinische Wissensproduktion, Praktiken und Technologien in ihren spezifischen historischen und sozialen Kontexten untersucht und ihre kulturelle Bedingtheit hervorgehoben (Lock und Gordon 1988). In diesem Zusammenhang wurden Krankenhäuser und andere biomedizinische Einrichtungen als Institutionen verstanden, in denen spezifische Wertvorstellungen, soziale Hierarchien und Ungleichheiten der jeweiligen Gesellschaften zum Tragen kommen (Van der Geest und Finkler 2004; Van der Geest et al. 1996). Auch konträre Wertvorstellungen unterschiedlicher Populations- und Professionsgruppen treffen in ihnen aufeinander und müssen unter bestimmten ökonomischen Rahmenbedingungen alltäglich ausgehandelt werden, was Krankenhäuser zu einem Terrain für mikropolitische Machtprozesse werden lässt (Singer und Baer 1995: 96-74). Vor diesem Hintergrund fokussieren mehrere Forschungsprojekte der Arbeitsstelle Machtprozesse, konfligierende Rationalitäten und Aushandlungsprozesse in biomedizinischen Einrichtungen.

Mustafa Abdalla (2011) untersucht die historischen Bedingungen der Etablierung der Biomedizin in Ägypten, die als Instrument staatlicher Modernisierung genutzt wurde und sich wie andernorts in Vormachtstellung gegenüber anderen medizinischen Traditionen brachte. Die defizitären Verhältnisse der alltäglichen Lehr- und Lernpraxis an einer staatlichen medizinischen Fakultät in Kairo, die sich in überfüllten Seminaren, stark eingeschränktem Patientenkontakt und daraus resultierendem mangelhaftem klinischem Wissen äußern, führt Abdalla auf einen neoliberal orientierten Rückbau des staatlichen Bildungswesens zurück. Ähnlich wie zur Zeit der britischen Herrschaft über Ägypten macht dies die medizinische Ausbildung zu einem Privileg der Eliten und verlangt den Studierenden eine Bandbreite von Strategien ab, mit denen sie sich einen erfolgreichen Abschluss zu sichern versuchen. „Guten Beziehungen“ (*wasta*) kommt hierbei eine besondere Rolle zu. Nicht nur zu ProfessorInnen müssen diese aufgebaut werden, sondern vor allem auch zu „professionellen PatientInnen“, die als Beispielfälle in Prüfungssituationen fungieren und sich in Abhängigkeit vorheriger Zahlungen besonders kooperativ verhalten.

Dominik Mattes verbrachte im Rahmen seines von der Fritz-Thyssen-Stiftung geförderten Forschungsprojekts (s.o.) mehrere Monate in HIV/AIDS Behandlungszentren im nordöstlichen Tansania zur Untersuchung der Einschreibung HIV-positiver Menschen in das nationale Behandlungsprogramm. Seine Studie stellt heraus, dass nicht zuletzt angesichts der erschwerten infrastrukturellen Voraussetzungen, der hohen täglich zu behandelnden Patientenzahl und des konstanten Mangels an Fachpersonal nationale Richtlinien nicht befolgt wurden. In vielen Fällen ist nicht nur die labortechnische Langzeitkontrolle der PatientInnen, sondern auch die nötige Diskretion im Klinikalltag nicht gewährleistet. Weiterhin verweisen autoritäre Praktiken der Wissensvermittlung und der Überwachung, Disziplinierung und Entmündigung der PatientInnen auf eine Entwicklung, die den im Zuge der Einführung der antiretroviralen Therapie in anderen Teilen Afrikas entwickelten Konzepten der „therapeutischen Bürgerschaft“ (Nguyen et al. 2007) und des „verantwortungsvollen Bürger-Patienten“ (Robins 2006) widersprechen (Mattes 2011).

Małgorzata Rajtar fokussiert in ihrem laufenden, von der Alexander von Humboldt-Stiftung geförderten Forschungsprojekt individuelle und kollektive Verständnisse standardisierter medizinischer Versorgung aus der Perspektive von den Zeugen Jehovas angehörigen PatientInnen in Berlin. Sie geht der Frage nach, wie mit religiös motivierten Maximen wie der Verweigerung von Bluttransfusionen im klinischen Alltag umgegangen wird und inwiefern diese Praktiken durch gesetzliche Regelungen gelenkt werden. Durch biographische Interviews mit betroffenen PatientInnen und medizinischem Personal arbeitet das Projekt insbesondere die ethischen und emotionalen Herausforderungen involvierter Personen in entsprechenden Konfliktsituationen heraus. In diesem Kontext wird die Rolle des 1989 gegründeten „Krankenhaus-Verbindungskomitees“ für Zeugen Jehovas beleuchtet, dessen Mitglieder als „middle men“ zwischen PatientInnen und ÄrztInnen fungieren.

## Migration und Gesundheit

Einen weiteren Schwerpunkt der Arbeitsstelle bilden schließlich Arbeiten, die Gesundheit, Krankheit und medizinische Versorgung im Kontext von transnationaler Migration und kultureller Diversität untersuchen. Die am Berliner Institut für Ethnologie durchgeführten Studien zeigen, dass so genannte „kulturelle Faktoren“ nur einen Aspekt unter mehreren darstellen, die die Krankheitserfahrungen und die

Versorgungssituation von MigrantInnen prägen (vgl. Knipper und Bilgin 2010). Aufenthalts- und Versicherungsstatus, unterschiedliche Migrationsgründe und -wege, religiöse Überzeugungen und das soziale und kulturelle Kapital, etwa in Form von Bildungstiteln und sozialen Netzwerken, spielen eine ebenso wichtige Rolle. Krankheits- und Heilungserfahrungen werden zudem nicht nur aus transnationaler Perspektive, sondern auch im Zusammenhang mit strukturellen Bedingungen wie dem nationalen Versorgungssystem und den konkreten lokalen Versorgungsinstitutionen und Therapiemöglichkeiten untersucht.<sup>6</sup> Damit tragen die an der Arbeitsstelle angesiedelten Studien dazu bei, Gesundheit und Krankheit im Migrationskontext als komplexe und multidimensionale Prozesse zu verstehen und zu analysieren. Gleichzeitig liefern die Projekte Ergebnisse, die auf konkrete Versorgungssituationen angewendet werden können, und wirken damit auf eine Verbesserung der medizinischen Versorgung von MigrantInnen hin.

Linn Leißner (vgl. dieses Schwerpunktheft) untersucht in ihrer Masterforschung „Leben mit MPS“, einem Kooperationsprojekt der Charité Berlin und der Freien Universität, die Krankheitsvorstellungen und Gesundheitspraktiken türkischstämmiger MigrantInnen, die an der seltenen Stoffwechselkrankheit Mukopolysaccharidose VI (MPS VI) erkrankt sind. MPS VI ist eine chronische, vererbare, metabolische lysosomale Speichererkrankung, die sich erheblich auf den Alltag der Betroffenen sowie ihrer Familien auswirkt. Leißner interviewte die Erkrankten, ihre Familienmitglieder und VertreterInnen des Gesundheitspersonals und führte teilnehmende Beobachtung im Rahmen der Enzyersatztherapie (EET) in Mainz und Berlin durch und besuchte die PatientInnen und ihre Familien im häuslichen Umfeld. Auf der Basis ihrer Feldforschung arbeitet Leißner die Bedeutung des sozialen Kontextes für die Erklärung von PatientInnenverhalten und Krankheitserfahrungen heraus. In der ersten Datenauswertung zeigt sich, dass diese durch ein Zusammenspiel verschiedenster Determinanten beeinflusst werden: Medizinische Aspekte wie das Krankheitsbild und die konkreten Therapiebedingungen kommen ebenso zum Tragen wie das sozial-familiäre Netzwerk, das Wissen der PatientInnen über die Erkrankung, die Struktur der medizinischen Einrichtung und die Kommunikation zwischen ÄrztInnen und PatientInnen (Leißner, Dilger und Plöckinger 2012).

Gudrun Kotte, die neben ihrer sinologischen und ethnologischen Ausbildung Traditionelle Chinesische Medizin (TCM) studierte, setzt sich in ihrer Dissertation

mit der Frage auseinander, wie chinesische MigrantInnen Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett erleben (Kotte 2009). Sie befragte über die Dauer von knapp zwei Jahren 21 chinesische Frauen und interviewte zusätzlich Hebammen und einige der chinesischen oder deutschen Ehemänner. Dadurch macht sie chinesische MigrantInnen als individuelle Akteurinnen sichtbar und arbeitet gleichzeitig die Relevanz familiärer Netzwerke während und nach der Schwangerschaft heraus. Ein Schwerpunkt der Arbeit liegt auf der Untersuchung von handlungsrelevantem Wissen und Wissenserwerb im Kontext transnationaler Migration und der Navigation durch ein „fremdes“ medizinisches Versorgungssystem. Die sozialen Netzwerke der Frauen, insbesondere auch ihre Beziehungen zu Müttern und Schwiegermüttern, spielen dabei eine entscheidende Rolle für die Schwangerschaftserfahrung und die Nutzung des Versorgungssystems (vgl. Stüb 2010).

Susann Huschke schließlich thematisiert in ihrer Dissertation die Krankheitserfahrungen und Heilungswege undokumentierter LateinamerikanerInnen in Berlin (Huschke 2012). Aufenthaltsrechtliche Illegalität wird als sozial, politisch und historisch eingebettetes (und damit veränderliches) Konstrukt verstanden, das die Gesundheitsversorgung und die spezifischen Leidenserfahrungen undokumentierter MigrantInnen grundlegend prägt (vgl. Castañeda 2007, 2010; De Genova 2002). Huschke liefert die erste ethnographische Analyse dieses Themas in Deutschland, indem sie den faktischen Ausschluss undokumentierter MigrantInnen aus der regulären Gesundheitsversorgung kritisch beleuchtet und gleichzeitig anhand von detaillierten Fallstudien zeigt, wie individuelle AkteurInnen mit dieser von Exklusion und Unsicherheit geprägten Lebens- und Versorgungssituation umgehen. Sie arbeitet heraus, dass informellen sozialen Netzwerken in diesem Kontext eine zentrale Rolle zukommt und zeigt gleichzeitig, dass es sich hierbei häufig um ein „fragiles Netz“ handelt, das von multiplen Abhängigkeiten, Misstrauen und Ambivalenz geprägt ist (Huschke 2009; vgl. Krause 2011; Leißner dieses Heft).

Huschkes Studie basiert auf einer von der Hans-Böckler-Stiftung geförderten Feldforschung (2008-2011) mit teilnehmender Beobachtung, informellen Gesprächen und teilstrukturierten Interviews mit 35 LateinamerikanerInnen sowie auf Interviews mit SozialarbeiterInnen, PastorInnen und medizinischem Personal. Als Mitarbeiterin des Berliner Büros für medizinische Flüchtlingshilfe (Medibüro) arbeitet sie zudem auch praktisch und politisch zum Thema aufenthaltsrechtliche Illegalität und Gesundheit. Das Medibüro organisiert mithilfe eines Netzwerkes aus

unentgeltlich arbeitenden ÄrztInnen und anderen medizinischen Fachleuten Behandlungen für MigrantInnen, die keinen Zugang zum regulären Gesundheitssystem haben. Die (ebenfalls unentgeltlich tätigen) MitarbeiterInnen des Medibüros arbeiten im Rahmen lokaler und bundesweiter Lobbyarbeit in Bündnissen, Kampagnen und durch Medienberichte darauf hin, auch undokumentierten und unversicherten MigrantInnen den Zugang zum Gesundheitssystem zu ermöglichen. Die von Susann Huschke erhobenen Daten finden dabei beispielsweise am „Runden Tisch Flüchtlingsmedizin“ ihre Anwendung. Die unzureichende Versorgung undokumentierter MigrantInnen in Notaufnahmen und Krankenhäusern (Huschke 2010) ist eines der Themen, für das im Rahmen der Zusammenarbeit mit dem Berliner Gesundheitssenat in diesem Forum konkrete Verbesserungsoptionen erarbeitet werden sollen.<sup>7</sup>

## Ausblick

Dieser Artikel hat die Entstehung und Forschungsschwerpunkte der Arbeitsstelle Medical Anthropology an der Freien Universität vorgestellt und aufgezeigt, welche theoretischen und thematischen Perspektiven für das Feld der Medizinethnologie in einer globalisierten Welt auch in Zukunft relevant sein können. In den kommenden Jahren sollen im Rahmen der Arbeitsstelle – neben dem Ausbau bestehender Schwerpunkte – die Schnittstellen von Religion, Medizin und Heilung vertiefend in den Blick genommen und untersucht werden, wie globalpolitische ebenso wie nationalrechtliche Bedingungen die Verknüpfung von religiösen und medizinischen Praktiken lokal konstituieren (vgl. z.B. Dilger, Burchardt und van Dijk 2010). Des Weiteren sehen wir im Feld von Migration und Gesundheit grundlegende Herausforderungen für die zukünftige Forschung, die neben der Problematisierung des Migrationsbegriffs in diesen Studien auch vielfältige Perspektiven für die inter- und transdisziplinäre Zusammenarbeit über den Berliner Raum hinaus eröffnen.

Auf einer weiteren Ebene möchten wir den Lehrschwerpunkt Medizinethnologie an der Freien Universität in den kommenden Jahren weiter ausbauen und auf eine starke nationale und internationale Vernetzung hinarbeiten (z.B. durch die Veranstaltung von Summer Schools und die Einbeziehung nationaler und internationaler DozentInnen). In diesem Zusammenhang wird an bestehende Vernetzungen im deutschsprachigen Raum (z.B. mit den Instituten in Basel, Göttingen, Hei-

delberg, Tübingen, Wien) und auf europäischer Ebene (EASA, MAYS) ebenso angeknüpft wie an derzeitige Bestrebungen, im Feld der DoktorandInnenausbildung gezielt Kontakte zu außereuropäischen Universitäten (zur Zeit: Tansania, Südafrika, Bangladesch und USA) weiter auszubauen. Mit diesen unterschiedlichen Aktivitäten wird die Arbeitsstelle Medical Anthropology auch in Zukunft einen Beitrag zur Institutionalisierung der Medizinethnologie im deutschsprachigen Raum leisten, der über den lokalen Forschungszusammenhang hinaus Impulse für die Theorie- und Methodenreflexion in diesem Forschungsfeld setzen soll.

## Anmerkungen

- <sup>1</sup> Die Arbeitsstelle Medical Anthropology steht in engem Austausch mit weiteren Lehr- und Forschungsschwerpunkten des Instituts für Ethnologie, insbesondere der Anthropologie der Emotionen bzw. der kulturellen Psychologie und der Religionsethnologie, aber auch mit der Visuellen und der Umweltanthropologie. Weitere Informationen zur Arbeitsstelle Medical Anthropology unter [http://www.polsoz.fu-berlin.de/ethnologie/arbeitsstellen/medical\\_anthropology/index.html](http://www.polsoz.fu-berlin.de/ethnologie/arbeitsstellen/medical_anthropology/index.html)
- <sup>2</sup> Weitere Informationen unter <http://www.mays-easa.org/>
- <sup>3</sup> Der Workshop wurde von Astrid Bochow (MPI Halle) co-organisiert.
- <sup>4</sup> Wir sind uns dabei durchaus bewusst, dass die Übergänge zwischen diesen beiden Theorieansätzen immer schon fließender waren, als dies hier verkürzt wiedergegeben werden kann. Zum Konzept des social suffering, das eine explizite Verknüpfung der Ansätze anstrebte, siehe Kleinman, Das und Lock 1997.
- <sup>5</sup> Als Biomedizin wird eine Heilkunde definiert, die sich an den Naturwissenschaften mit der Biologie als Leitwissenschaft orientiert und universalen Geltungsanspruch erhebt, vgl. Hahn & Kleinman (1983: 305f.).
- <sup>6</sup> Siehe zur Bedeutung nationalstaatlicher Politiken für transnationale Migrationsprozesse Fleischer 2012.
- <sup>7</sup> Für weitere Informationen zur Arbeit des Medibüros siehe Interview mit Susann Huschke auf ALEX TV: <http://www.alex-berlin.de/mediathek/video/id/1263>

## Literatur

- Abdalla, Mustafa (2011) The production of medical expertise in Egypt: Historical background and contemporary challenges. Dissertationsschrift am Institut für Ethnologie der Freien Universität Berlin.
- Ackerknecht, Erwin (1971) *Medicine and ethnology: Selected essays*. Baltimore: The John Hopkins Press.
- Adams, Vincanne, Mona Schrempf und Sienna Craig (Hg.) (2010) *Medicine between science and religion: Explorations on Tibetan grounds*. Oxford/New York: Berghahn.
- Appadurai, Arjun (1990) Disjuncture and difference in the global cultural economy. *Public Culture* 2 (2), S. 1-24.
- Baer, Hans, Merrill Singer und Ida Susser (2003) *Medical anthropology and the world system*. Westport: Greenwood.
- Castañeda, Heide (2010) Deportation deferred. 'Illegality', visibility, and recognition in contemporary Germany. In: De Genova, Nicholas und Nathalie Peutz (Hg.) *The deportation regime: Sovereignty, space, and the freedom of movement*. Durham/London: Duke University Press, S. 245-261.
- Castañeda, Heide (2007) Paradoxes of providing aid: NGOs, medicine, and undocumented migration in Berlin, Germany. Dissertationsschrift am Department of Anthropology, University of Arizona (Tucson).
- Comaroff, Jean (1981) Healing and cultural transformation: The Tswana of southern Africa. *Social Science & Medicine* 15B, 3, S. 367-378.
- Comaroff, John und Jean Comaroff (2009) *Ethnicity, Inc.* Chicago: University of Chicago Press.
- DeGenova, Nicholas (2002) Migrant 'illegality' and deportability in everyday life. *Annual Review of Anthropology* 31, S. 419-447.
- Dilger, Hansjörg (1999) "Besser der Vorhang im Haus als die Fahne im Wind": Geld, AIDS und Moral im ländlichen Tanzania. Münster/London: LIT.
- Dilger, Hansjörg (2005) *Leben mit Aids: Krankheit, Tod und soziale Beziehungen in Afrika: Eine Ethnographie*. Frankfurt a.M./New York: Campus.
- Dilger, Hansjörg (2012) Targeting the empowered individual: Transnational policy-making, the global economy of aid, and the limitations of 'biopower' in Tanzania. In: Dilger, Hansjörg, Abdoulaye Kane und Stacey Langwick (Hg.) *Medicine, mobility, and power in global Africa: Transnational health and healing*. Bloomington: Indiana University Press, S. 60-91.
- Dilger, Hansjörg, Marian Burchardt und Rijk van Dijk (2010) Introduction – The redemptive moment: HIV treatments and the production of new religious spaces. *African Journal of Aids Research* 9 (4), S. 373-383.
- Dilger, Hansjörg und Bernhard Hadolt (Hg.) (2010) *Medizin im Kontext: Krankheit und Gesundheit in einer vernetzten Welt*. Frankfurt a.M.: Peter Lang.
- Dilger, Hansjörg und Bernhard Hadolt (2012) *Medizinethnologie*. In: Beer, Bettina und Hans Fischer (Hg.) *Ethnologie: Einführung und Überblick*. Berlin: Reimer, S. 309-329.
- Dilger, Hansjörg, Abdoulaye Kane und Stacey Langwick (Hg.) (2012) *Medicine, mobility, and power in global Africa: Transnational health and healing*. Bloomington: Indiana University Press.
- Dilger, Hansjörg und Ute Luig (Hg.) (2010) *Morality, hope and grief: Anthropologies of Aids in Africa*. New York/Oxford: Berghahn.
- Drobec, Erich (1955) Zur Geschichte der Ethnomedizin. *Anthropos* 50, S. 950-957.
- Fleischer, Annett (2012) *Marriage, migration, and the law: Making families among Cameroonian 'bushfallers' in Germany*. Berlin: Regiospectra.
- Good, Byron (1994) *Medicine, rationality, and experience: An anthropological perspective*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Hahn, Robert und Arthur Kleinman (1983) *Biomedical practice and anthropological theory: Frameworks and directions*. *Annual Review of Anthropology* 12, S. 305-333.
- Hayden, Cori (2003) *When nature goes public: The making and unmaking of bioprospecting in Mexico*. Princeton: Princeton University Press.
- Hörbst, Viola und Angelika Wolf (2003) *Globalisierung der Heilkunde: Eine Einführung*. In: Wolf, Angelika und Viola Hörbst (Hg.) *Medizin und Globalisierung: Universelle Ansprüche – lokale Antworten*. Münster/Hamburg: LIT, S. 203-229.

- Hörbst, Viola und Angelika Wolf (in Vorbereitung) ARVs and ARTs: Unequal flows to Sub-Saharan Africa. In Begutachtung bei *Medical Anthropology Quarterly*.
- Hsu, Elisabeth und Caroline Potter (Hg.) (2012) *Medical anthropology in Europe: Shaping the field*. Schwerpunktheft *Anthropology and Medicine* 19 (1).
- Huschke, Susann (2009) *Fragiles Netz: Krankheitserfahrungen undokumentierter Latinas in Berlin*. In: Falge, Christiane et al. (Hg.) *Gesundheit in der Illegalität: Rechte von Menschen ohne Aufenthaltsstatus*. Baden-Baden: Nomos, S. 45-62.
- Huschke, Susann (2010) „Den Letzten beißen die Hunde“: Versorgung von Menschen ohne Papiere. *Deutsches Ärzteblatt* 107 (34/35), S. A1620-A1624.
- Huschke, Susann (2012) *Kranksein in der Illegalität. Eine medizinethnologische Studie über undokumentierte LateinamerikanerInnen in Berlin*. Dissertationsschrift am Institut für Ethnologie der Freien Universität Berlin.
- Janzen, John (1978) *The quest for therapy: Medical pluralism in lower Zaire*. Berkeley: University of California Press.
- Kleinman, Arthur (1980) *Patients and healers in the context of culture: An exploration of the borderland between anthropology, medicine, and psychiatry*. Berkeley: University of California Press.
- Kleinman, Arthur, Veena Das und Margaret Lock (Hg.) (1997) *Social suffering*. Berkeley: University of California Press.
- Knipper, Michael (2010) *Traditionelle Medizin als strategische Ressource in Ecuador: Indianische Heilkunde im Kontext*. In: Dilger, Hansjörg und Bernhard Hadolt (Hg.): *Medizin im Kontext: Krankheit und Gesundheit in einer vernetzten Welt*. Frankfurt a.M.: Peter Lang, S. 193-212.
- Knipper, Michael und Yasar Bilgin (2010). *Migration und andere Hintergründe*. *Deutsches Ärzteblatt* 107 (3), S. A76-A79.
- Kotte, Gudrun (2009) *Wissen, Körper, Kompetenz: Das Erleben von Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett von chinesischen Frauen in Berlin*. Berlin: Weißensee.
- Krause, Kristine (2011) *Sickness, migration and social relations: Therapeutic practices and medical subjectivities among Ghanaian migrants in London*. Dissertationsschrift am Institute of Social and Cultural Anthropology, University of Oxford.
- Latour, Bruno (1988) *Mixing humans and nonhumans together: The sociology of a door closer*. *Social Problems* 35 (3), S. 298-310.
- Latour, Bruno (2007) *Eine neue Soziologie für eine neue Gesellschaft: Einführung in die Akteur-Netzwerk-Theorie*. Frankfurt a.M.: Suhrkamp.
- Leißner, Linn, Hansjörg Dilger und Ursula Plöckinger (2012) *Projektabschlussbericht „Leben mit MPS: Krankheitskonzepte und Gesundheitspraktiken türkischstämmiger MigrantInnen in Berlin und Mainz“*. Freie Universität Berlin und Charité Berlin.
- Leslie, Charles (1980) *Medical pluralism in world perspective*. *Social Science & Medicine* 14B, S. 191-195.
- Lock, Margaret und Deborah Gordon (1988) *Biomedicine examined*. Dordrecht: Kluwer Academic Publishers.
- Lux, Thomas (2003) *Krankheit und ihre kulturellen Dimensionen: Ein ideengeschichtlicher Abriss*. In: Lux, Thomas (Hg.) *Kulturelle Dimensionen der Medizin*. Berlin: Reimer, S. 145-176.
- Mattes, Dominik (2011) „We are just supposed to be quiet“: The production of adherence to antiretroviral treatment in urban Tanzania. *Medical Anthropology* 30 (2), S. 158-182.
- Mattes, Dominik (2012) „I am also a human being!“ Antiretroviral treatment in local moral worlds. *Anthropology & Medicine* 19 (1), S. 75-84.
- Meier zu Biesen, Caroline (2012) *Transformation von medizinischem Wissen: Die Einführung der Heilpflanze Artemisia Annua L. in Tansania: Folgen, Herausforderungen, und lokale Innovationsprozesse*. Dissertationsschrift am Institut für Ethnologie der Freien Universität Berlin.
- Nguyen Vinh-Kim et al. (2007): *Adherence as therapeutic citizenship: Impact of the history of access to antiretroviral drugs on adherence to treatment*. *AIDS* 21 (suppl. 5), S. 31-35.
- Offe, Johanna (2010) *Verheiratet mit einem Toten: Witwen und die AIDS-Krise in Sambia*. Konstanz: Konstanz University Press.
- Otten, Tina (2006) *Heilung durch Rituale: Vom Umgang mit Krankheit bei den Ro-*

- na im Hochland Orissas. Berlin: LIT.
- Pfleiderer, Beatrix (1993): *Medizinanthropologie: Herkunft, Aufgaben und Ziele*. In: Schweizer, Thomas et al. (Hg.) *Handbuch der Ethnologie*. Berlin: Reimer.
- Pfleiderer, Beatrix und Wolfgang Bichmann (1985) *Krankheit und Kultur*. Berlin: Reimer.
- Reihling, Hanspeter (2008) *Bioprospecting in the African Renaissance: The new value of muthi in South Africa*. *Journal of Ethnobiology and Ethnomedicine* 4, S. 9.
- Robins, Steven (2006) *From "rights" to "rituals": AIDS activism in South Africa*. *American Anthropologist* 108 (2), S. 312-323.
- Rutert, Britta, Hansjörg Dilger und Gilbert M. Matsabisa (2011) *Bioprospecting in South Africa: Opportunities and challenges in the global knowledge economy? – A field in the becoming*. CAS Working Papers No. 1/11, Center for Area Studies der Freien Universität Berlin.
- Scheper-Hughes, Nancy und Margaret Lock (1987) *The mindful body: A prolegomenon to future work in medical anthropology*. *Medical Anthropology Quarterly* 1 (1), S. 6-41.
- Sich, Dorothea, Hans Jochen Diesfeld, Angelika Deigner und Monika Habermann (1993) *Medizin und Kultur*. Frankfurt a.M.: Peter Lang.
- Singer, Merrill und Arachu Castro (2004) *Introduction. Anthropology and health policy: A critical perspective*. In: Castro, Arachu und Merrill Singer (Hg.) *Unhealthy health policy: A critical anthropological examination*. Walnut Creek: Altamira Press, S. xi-xx.
- Singer, Merril und Hans Baer (1995) *Critical Medical Anthropology*. Amityville/N.Y.: Baywood Publishers.
- Stülb, Magdalena (2010) *Transkulturelle Akteurinnen: Eine medizinethnologische Studie zu Schwangerschaft, Geburt und Mutterschaft von Migrantinnen in Deutschland*. Berlin: Weißensee.
- Trostle, James und Johannes Sommerfeld (1996) *Medical anthropology and epidemiology*. *Annual Review of Anthropology* 25, S. 253-274.
- Van der Geest, Sjaak und Kaja Finkler (2004) *Hospital ethnography: Introduction*. *Social Science & Medicine* 59 (10), S. 1995-2001.
- Van der Geest, Sjaak, Susan Reynolds Whyte und Anita Hardon (1996) *The anthropology of pharmaceuticals: A biographical approach*. *Annual Review of Anthropology* 25, S. 153-178.
- Virchow, Rudolf (1848) *Der Armenarzt*. *Die medicinische Reform* 18, S. 125-127.
- Wolf, Angelika und Michael Stürzer (Hg.) (1996) *Die gesellschaftliche Konstruktion von Befindlichkeit: Ein Sammelband zur Medizinethnologie*. Berlin: VWB.
- Wolf, Angelika (1996) *Essensmetaphern im Kontext von Aids und Hexerei in Malawi*. In: Wolf, Angelika und Michael Stürzer (Hg.) *Die gesellschaftliche Konstruktion von Befindlichkeit: Ein Sammelband zur Medizinethnologie*. Berlin: VWB, S. 205-221.
- Wolf, Angelika (2001) *AIDS, morality and indigenous concepts of sexually transmitted diseases in southern Africa*. *afrika spectrum* 36 (1), S. 97-107.
- Wolf, Angelika und Viola Hörbst (Hg.) (2003) *Medizin und Globalisierung: Globalisierung der Heilkunde*. Münster: LIT.
- Wolf, Angelika (2004) *Gasteditorin Curare. Zeitschrift für Ethnomedizin und transkulturelle Psychiatrie* 27 (1+2). *Medizinethnologische Herausforderungen*. Die AG Medical Anthropology in der Deutschen Gesellschaft für Völkerkunde e. V. Berlin: VWB.
- Wolf, Angelika, Stefan Ecks und Johannes Sommerfeld (2007) *Medical anthropology(ies) in Germany*. In: Saillant, Francine und Serge Genest (Hg.) *Medical anthropology: Regional perspectives and shared concerns*. Oxford: Blackwell. Orig. [2005]: *Anthropologie(s) médicale(s) en Allemagne*. In: Saillant, Francine und Serge Genest (Hg.) *Anthropologie médicale, une approche comparative*. Les Presses de l'Université Laval.
- Wolf, Angelika (2010) *Geschwisterliche Bande: Zugehörigkeit, Verwandtschaft und Verbundenheit von Kindern in Waisenhaushalten im Kontext von AIDS in Malawi*. In: Liebel, Manfred und Ronald Lutz (Hg.) *Sozialarbeit des Südens: Kindheiten und Kinderrechte*. Oldenburg: Paulo Freire, S. 185-202.
- Wolf, Angelika (2012) *Health security on the move: Biobureaucracy, solidarity and the transfer of health insurance to Senegal*. In: Dilger, Hansjörg, Abdoulaye Kane und Stacey Langwick (Hg.) *Medicine, mobility, and power in global Afri-*

ca. Transnational health and healing. Bloomington: Indiana University Press,  
S. 92-114.

Young, Allan (1981) The anthropologies of illness and sickness. Annual Review of  
Anthropology 11, S. 257-85.

Dr. Hansjörg Dilger ist Juniorprofessor am Institut für Ethnologie der Freien Uni-  
versität Berlin.

Susann Huschke ist Wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Ethnologie der  
Freien Universität Berlin.

Dominik Mattes ist Doktorand am Institut für Ethnologie der Freien Universität  
Berlin.

Angelika Wolf ist Doktorandin am Institut für Ethnologie der Freien Universität  
Berlin.