

Medizinanthropologische Annäherungen an medikalisierte Beziehungen im Alltag

Einleitung in den Themenschwerpunkt Verwandtschaft, Sorge, Technologien

ANNA PALM & SABINE WÖHLKE

Die Beiträge dieses *Curare*-Schwerpunkts entstanden im Kontext des 18. Arbeitstreffens des „Netzwerk Gesundheit und Kultur in der volkskundlichen Forschung“ der Deutschen Gesellschaft für Volkskunde e. V., das im Mai 2019 am Institut für Ethik und Geschichte der Medizin der Universitätsmedizin Göttingen stattfand.¹ Das Treffen, zu dem interdisziplinäre Vertreter_innen aus den Bereichen Medizinanthropologie, Sozialanthropologie, Medizingeschichte und Medizinethik zusammenkamen, widmete sich dem Thema „Familie, Beziehungen, Verwandtschaft und Kooperationen in medikalisierten Alltags“. Die Idee der Tagung war, soziale Beziehungen in unterschiedlichen Formen und Implikationen aus dem weiten Themenfeld medikaler Kulturen gegenüberzustellen und dabei zum einen die diversen Verantwortlichkeiten und Handlungsspielräume zu diskutieren, die den Akteur_innen über Beziehungen in medikalisierten Alltags zugeschrieben werden. Andererseits interessierte uns, wie zwischen Akteur_innen und Akteursgruppen Kooperationen der Pflege und Sorgearbeit ausgehandelt werden. Dieses beinhaltet auch Fragen zu unterschiedlichen Erwartungen an Gesundheit, die über Verwandtschaft geprägt werden und welchen Einfluss wiederum dieses medikale Wissen im Hinblick auf neue medizinische Technologien im Rahmen von Beziehungen hat.

Hinführung: medikalisierte Beziehungen im Alltag

Gesundheit und Krankheit berühren Personen emotional wie körperlich und sind stets eingebettet in soziale sowie kulturelle Kontexte. In Fürsorge, Care-Arbeit, Versorgung oder Betreuung – ob professionell oder privat organisiert – werden medikalisierte Beziehungen konkret und rücken im Zuge von Überalterung, steigender Lebenser-

wartung und hochentwickelter Medizin stärker in die mediale, gesellschaftliche Aufmerksamkeit (BINDER *et al.* 2019; ROCKE 2002). Gleichzeitig verdeutlichen solche Beziehungen den Betroffenen selbst, dass sie – trotz betonter Selbstverantwortung für Gesundheit und Krankheit² – grundlegend auf andere angewiesen sind. Im Krankheitsfall wird dies besonders deutlich: Hier ist der Mensch nicht nur als Individuum betroffen, sondern oftmals sind weitere Akteur_innen beteiligt, da in medizinische Entscheidungen, Therapien und Konvaleszenz zumeist komplexe Verwandtschafts- oder Nahbeziehungen involviert sind.

Unter Medikalisierung des Alltags verstehen wir hier – wie CONRAD (2005) und ZOLA (1972) es theoretisiert haben – ganz allgemein gesprochen zunächst einmal den wachsenden Einfluss medizinischer Deutung und Denkweisen im Alltag (HELMANN *et al.* 2018: 123–151). So erstreckt sich die medizinische Deutungsmacht auf immer mehr Lebensabschnitte wie z.B. das Altern oder Schwangerschaft, welche entsprechend problematisiert und mit Vorsorgeangeboten ausgestattet werden. Jedoch nicht nur anhand der (Schul-)Medizin und biowissenschaftlichen Forschung lässt sich der Prozess der Medikalisierung innerhalb von Gesellschaften aufzeigen. Vielmehr ist, unter Berücksichtigung des Ansatzes von MICH KNECHT und SABINE HESS (2008), von einer „reflexiven Medikalisierung“ als konkrete Wissenspraxis auszugehen, die nicht nur durch medizinische Wahrheitsdiskurse, sondern durch die der beteiligten Akteur_innen (mit-)bestimmt wird. Medizinisches Wissen, ob als Laien- oder Expertenwissen verstanden, kann – ebenso wie die Betroffenheit von Krankheit – Beziehungen und Kooperationen medikalisieren. Dabei führt das symptomorientierte, medizinische Wissen – je nach Ausmaß der Erkrankung – zu einer Medikalisierung von Lebenswelten der Erkrankten und

stellt die Besonderheiten heraus. Oftmals werden in diesen Wissenspraktiken Defizite markiert, was einen Erkrankten mit einer defizitorientierten pflegerischen Betrachtung durch medizinische Expert_innen nicht selten zu einem „Pflegefalle“ degradiert (POTT 2014).

Während freundschaftliche Beziehungen auf freiwilliger Interdependenz beruhen und stark sozial-emotional ausgerichtet sind (LENZ 2007), kann „Familie“ als vielschichtiges, soziales wie generationelles Phänomen von Lebensgemeinschaften gedeutet werden und umfasst sämtliche sich als Familie verstehende Lebensgemeinschaften (GHEAUS 2015), die zu allen Zeiten unterschiedliche Formen annehmen können (BIMMER 2001: 313). Ihre Sozialkultur fußt laut GHEAUS auf einem bürgerlich geprägten Ideal gegenseitiger Liebe, das von (dauerhafter) gegenseitiger Zuneigung, Vertrautheit, Fürsorge, Gemeinschaft und gegenseitiger Hilfe bestimmt ist. An ein familiäres Beziehungskonzept sind Rollenerwartungen und Normen geknüpft: Eltern haben die Pflicht, für ihre Kinder zu sorgen und Bedingungen zu schaffen, unter denen ein Kind gut leben kann, damit es später ein selbstbestimmtes Leben wählen kann. Diese werden über Generationen hinweg tradiert, manifestieren sich durch die soziale und kulturelle Prägung und unterliegen gesellschaftlichem Wandel. Familienmitglieder sind gemäß diesem Ideal bereit, einander verpflichtet zu bleiben, wobei das Maß an Verpflichtung sehr unterschiedlich ausgeprägt sein kann.

Verändern sich die Rahmenbedingungen, etwa im Falle der Erkrankung einer Person, so verändern sich auch die sozialen Konstellationen der beteiligten Akteur_innen. Im Krankheitsfalle werden Beziehungen – beispielsweise familiäre – einerseits medikalisiert: Verwandte übernehmen nicht selten die Rolle von Repräsentant_innen des Patientenwillens, etwa, wenn sich die Erkrankten selbst nicht (mehr) äußern können. Bei kleinen Kindern ist die Beziehung mit einseitiger Verpflichtung der Eltern verbunden, für die Gesundheit des Kindes Sorge zu tragen. Andererseits treten weitere Akteur_innen in Kooperationen zu den Erkrankten (und zu den nahestehenden Personen) hinzu: Ärzt_innen, Pflegefachkräfte, Pflegehilfskräfte, Ergotherapeut_innen und Physiotherapeut_innen, um nur eine Auswahl zu nennen. Die Erkrankung kann Auslöser für Konflikte

zwischen den Akteur_innen durchaus verstärken und erfordert eine Neuaushandlung der Beziehungen. Eine kultur- und sozialwissenschaftliche Analyse vermag diese Veränderungen und Neuverhandlungen einerseits und den Einfluss von Medikalisierung andererseits transparent zu machen (KNECHT 2013).

Gemein ist medikalisierten Beziehungen, dass sie Verantwortlichkeiten und gegenseitige Verpflichtungen beinhalten, deren Ausmaß auch durch die Art der jeweiligen Beziehung bestimmt wird.³ Mit LENK und MARING gesprochen, ist „Verantwortung“ ein Beziehungsbegriff und ein Zuschreibungskonstrukt:

„Ein *Verantwortungs*subjekt ist für etwas (eine Handlungsfolge, ein Zustand usw.) gegenüber einem Adressaten vor einer Instanz in bezug auf ein Kriterium bzw. Standards im Rahmen eines Verantwortungsbereiches verantwortlich. [...] *Moralische* Verantwortung ist zudem noch in einer spezifischeren Hinsicht relational zu verstehen“ (LENK & MARING 1995: 247).

Sie äußert sich als Beziehung zwischen Personen, „wobei die eine Partei etwas tut (oder tun sollte oder nicht tun sollte), wodurch das Wohlbefinden einer anderen Partei in wichtiger Hinsicht beeinflusst wird,“ (EBD.). Praktiken der Sorge sind ein Beispiel dafür.

Praktiken der Sorge

Voraussetzung für Pflegearrangements in häuslicher wie außerhäuslicher Umgebung sowie die Betreuung und Versorgung von „sich nahestehenden“ Akteur_innen sind Formen der Kooperation mit den Betroffenen bzw. Bedürftigen (PHINNEY *et al.* 2007). Die Beziehungen zwischen pflegebedürftigen Menschen und denen, die sich um sie kümmern, werden vielfach als altruistisch, solidarisch oder gegenseitig beschrieben (GAJEK 2018; GHEAUS 2015). Diese Wertzuschreibungen ergeben sich aus sozio-kulturellen und religiösen Werten (wie sozialstaatlicher Fürsorge oder christlicher Nächstenliebe), aber auch aus normativen, familiären Grundmustern, wie einem „spezifischen Kooperations- und Solidaritätsverhältnis“ (BETZLER & BLEISCH 2015).

Diese differenzierten Care-Kooperationen finden sich nicht nur in Familien und Nachbar-

schaften, sondern auch im Rahmen von Freundschaften, Selbsthilfegruppen, Vereinen sowie in ambulanten und stationären Settings, deren gemeinsames Kennzeichen „verlässliche Beziehungen“ darstellen. Sie sind geprägt von konkreten sozialen Lebenswelten, also von Erfahrungen, Befindlichkeiten und Möglichkeiten der Lebensgestaltung des gesunden sowie erkrankten Menschen im Alltag (ZIMMERMANN 2018).

Was genau verstehen wir unter „Sorge“? Sorge – oder auch „sich um etwas [oder jemanden] sorgen“ oder „für etwas sorgen“ – verdeutlicht bereits die Komplexität des kulturellen Bedeutungszusammenhangs und geht weit über einen emotionalen Zustand hinaus (WOLFF 2018). Sorge wird, so Eberhard Wolff (2018: 76), nicht neutral verwendet, sondern ist ein wertender Begriff. Dabei wird auch das soziale Umfeld berührt, aber auch die spezielle Lebenssituation, die in ganz unterschiedlichem Maße von Reziprozität geprägt ist, welche die Sorge auf den auf Pflege angewiesene Menschen miteinschließt. Darüber hinaus kann zwischen Fürsorge und Selbstfürsorge unterschieden werden, die, wie oben bereits erläutert, mit Verantwortlichkeiten und Verpflichtungen verknüpft sind (GHEAUS 2015; WOLF 2015). Dabei gehen wir von ganz unterschiedlichen Modellen der Sorge aus, die einerseits kontextabhängig sind, andererseits auch Technologie und Technik miteinschließen sollten (z.B. Roboter, Maschine). Die ethnografische Perspektive nimmt solche Modelle und Sorgebeziehungen in ihren verschiedenen Ebenen in den Blick und versucht dabei zu verstehen, inwieweit Schwerpunkte bei der Sorgearbeit gelegt und welche Bewertungsmuster daraus abgeleitet werden können (WOLFF 2018).

Der Sorgebegriff spricht somit die Beziehungsdimension zwischen Menschen in Situationen des Angewiesenseins auf Unterstützung durch andere an. Dabei ist Sorge keineswegs nur auf Pflegepraktiken beschränkt, sondern ist als erweiterte Dimension der (gegenseitigen) Unterstützung der Alltags- und Lebensgestaltung zu deuten (KLIE 2014), was hinsichtlich der Kooperation beinhaltet, dass sich um Pflegende auch gesorgt wird.

Ein medizinanthropologischer Beitrag kann gerade im Aufspüren des Pflegealltags liegen, um aufzuzeigen, wie das Pflegen/Sorgen tatsächlich geschieht. Dabei kann einerseits aufgedeckt werden, was den auf Hilfe/Unterstützung Angewie-

senen wichtig ist (etwa Zugehörigkeit, Teilhabe) sowie andererseits was Helfende/Sorgende herausfordert.

Dabei, so stellen BEHRENS *et al.* (2012) heraus, hat gute Pflege und Sorge viele Adressaten. Die professionelle Pflege sollte sich dabei zunächst bei der Realisierung ihrer eigenen Standards und der Beachtung und Wahrung von Menschenrechten als Ausdruck ihrer eigenen Berufsethik verpflichtet fühlen. Darüber hinaus stellt für die professionelle Pflege die An- und Zugehörigen (Freundeskreis, Nachbarschaft) eine wichtige Allianz dar, die mit ihrer privaten Sorgeverantwortung wahrgenommen und stärker einbezogen werden sollten. Aber auch Rollenträger advokatorischer Aufgaben wie Bevollmächtigte, gesetzliche Betreuer, Ombudspersonen und Heimbeiräte sind bei der Pflege- und Sorgetätigkeit zu berücksichtigen. Dabei müssen die jeweiligen Institutionen, die sich an der Gewährung und Realisierung von Hilfeleistungen beteiligen, in ihrer Verantwortung wahrgenommen werden, um Pflegequalität und die Erbringung qualitätsgesicherter Leistungen von den Kostenträgern einzufordern.

Dabei sollte aus medizinanthropologischer Perspektive die Alltagswelt von Kranken in ihrem sozialen Umfeld mit ihren individuellen gesundheitsbezogenen Wissensbeständen stärker wahrgenommen werden, dessen sich die zu Pflegenden bedienen: Dieses Wissen kann auf Schul- und Alternativmedizin basieren, aber auch auf Erfahrungen und Werten aus Selbsthilfegruppen sowie dem emotional nahestehenden Netzwerk. Die Verbindung von Schulmedizin mit alternativen Wissensformen oder Laienwissen birgt zunehmend Konfliktpotenzial, etwa aufgrund falscher Vorstellungen und Erwartungen. Sichtbar werden diese Konflikte, wenn z.B. medizinische Entscheidungen in der Familie getroffen werden müssen und Auswirkungen auf Beziehungen eines Menschen haben. So erfordert etwa die Pflege eines akut erkrankten Kindes von der Familie eine rasche Neuverteilung sozialer Ressourcen sowie eine Verständigung darüber, welche Konsequenzen diese Neuverteilung mit sich bringt; insbesondere, wenn sie längerfristig sein wird. Krankheit kann demnach das lebensweltliche Gefüge stören – bis hin zu dem Punkt, an dem diese Beziehungen durch das hohe Maß an (emotionaler) Involviertheit zerbrechen (NEWERLA 2018).

Das zweite Prinzip der Sorge ist die sogenannte „Selbstfürsorge“, die im Kontext neoliberaler Präventionsdiskurse und medialer Repräsentationen zum zeitgenössischen „Gesundheitskörper“ an Bedeutung gewinnt (AMELANG *et al.* 2016: 10; LENGWILER & MADARÁSZ 2010). Die damit eingeschlossene Verantwortung für sich selbst und seine Gesundheit meint im gesundheitspolitischen Ideal einerseits den verantwortungsvollen Umgang mit gesundheitlichen Risiken (z.B. Rauchen zu vermeiden) sowie andererseits auch konkrete Praktiken (z.B. sich gesund zu ernähren), die in der Literatur auch mit Begrifflichkeiten wie der des „präventiven Selbst“ oder „Selbsttechnologie“ in Zusammenhang gebracht werden (FOUCAULT 2005 [1984]; WOLFF 2010).



Foto: Janina Kehr

Während zahlreiche subjektive Handlungen gemäß diesem Präventionsprinzip ausgelegt werden können, lassen sich ethnografisch auch Dissonanzen aufzeigen. Wie bereits LENGWILER & MADARÁSZ (2010: 16) angemerkt haben, ist individuelles Handeln stets auch vor dem Hintergrund des jeweiligen subjektiven Erfahrungsraumes zu

sehen. D.h. gesellschaftlich etablierte Normen und Werte sind konfrontiert mit subjektiven Erfahrungen, Deutungen und Ordnungsprinzipien, die handlungsleitend wirken können. So zeigt sich in der Reproduktionsmedizin, dass die „natürliche“ Fruchtbarkeit der Frau mit zunehmendem Lebensalter abnimmt und Schwangerschaften mit zunehmendem Alter (etwa über 35 Jahre) mit größeren gesundheitlichen Risiken für Mutter und Kind (Chromosomenstörungen, Fehlbildungen, Bluthochdruck, Gestationsdiabetes) verbunden sind. Biografische und ökonomische Aspekte – etwa sich zunächst in der Arbeitswelt etablieren zu wollen oder eine fehlende funktionierende Partnerschaft – bedingen nicht selten ein Hinauszögern der Familienplanung und somit einerseits eine subjektive Auseinandersetzung mit den „biologischen“ Tatsachen sowie andererseits mit den medizinischen Möglichkeiten und selbstpräventiven Handlungsoptionen, die wiederum die Reproduktionsmedizin zur Verfügung stellt.

Verwandtschaft

Neben der sozialen Dimension muss in Rechnung gestellt werden, dass Beziehungen zwischen Personen auch aufgrund ihrer biologischen Dimension in Alltagszusammenhängen wirkmächtig werden, etwa im Zusammenhang mit der Klärung von Verwandtschaftsverhältnissen im Rahmen medizinischer Diagnostik und der Erhebung von Risikopotenzialen. Hier werden Beziehungen als „genetische Verbindungen“ betrachtet und im Rahmen verschiedener biomedizinischer Verfahren rekonstruiert, um z.B. die genetische Verwandtschaft (Vater oder Mutter) bei Fragen der Herkunft zu ermitteln oder konkrete, familiäre Krankheits- bzw. Risikobiografien herzustellen. Gleichwohl der biologische Aspekt der verwandtschaftlichen Beziehung zunächst betont wird, ist diese in größere Kontexte und Verhältnisse zwischen „Natürlichkeit“ und „Kultur“ einzuordnen, wie es im Rahmen einschlägiger Forschungen bereits geschehen ist (FRANKLIN & MCKINNON 2001). Ohne an dieser Stelle auf die verschiedenen Methoden und Theorien der kulturalanthropologischen Verwandtschaftsforschung eingehen zu können (hierzu KNECHT 2009), markiert die genetische Beziehung eine Verbundenheit von Akteur_innen, die durch ihre Genetik zur Tatsache wird

und impliziert, dass die Menschen in dieser Konstellation nicht austauschbar sind. Das so beschriebene Verwandtschaftsverhältnis sagt dabei nichts aus über die Qualität und Intensität einer möglichen, ebenfalls bestehenden sozialen Beziehung der genetisch-verwandten Personen (EBD.: 38).

Das Wissen über diese Tatsache der genetischen Verbindung jedoch nimmt – nicht nur bei erkrankten Menschen – Einfluss auf den Alltag, sondern führt zur Verunsicherung von Identitäten. Dies zeigen beispielsweise anschaulich Forschungen zu Verwandtschaftsbeziehungen von donogen oder durch Eizellspende gezeugten Individuen, die in ihrem Lebensverlauf nach ihren genetischen Eltern bzw. möglichen Halbgeschwistern suchen, oder auch ähnlich gelagerte Identitätspraktiken der Spender_innen selbst (KLOTZ & MOHR 2015). Die Nutzung von Reproduktionstechnologien zur Familienplanung und Herstellung von Verwandtschaft stellt darüber hinaus aktuell ein gesellschaftlich wie wissenschaftlich kontrovers diskutiertes Themenfeld dar, was auch im Kontext sich verändernder Lebensstile und Arbeitswelten zu lesen ist.

Technologie

Der Begriff „Technologie“ beschreibt ganz allgemein „die Menge an Fähigkeiten und Wissen, die in einer Gesellschaft zur Bewältigung der (meist materiellen) Umwelt zur Verfügung stehen“ sowie „die Menge von technischen Hilfsmitteln einer Gesellschaft“ (WIENOLD 2007: 658). Dass Technik und Gesellschaft nicht konträr zueinander stehen, sondern vielmehr das Zusammenwirken für die ethnologisch-volkskundliche Forschung von Interesse ist, zeigte HERMANN BAUSINGER bereits 1961. Seither etablierte sich ein wichtiges und zunehmend auch transdisziplinäres Forschungsfeld, das sich durch Digitalisierung und die zunehmende Technisierung noch geweitet und neue spezialisierte Forschungsrichtungen hervorgebracht hat (ENDTER & KIENITZ 2018; KNECHT 2013). Theoretische und methodische Zugänge zum Feld – wie die Akteur-Netzwerk-Theorie (ANT) (LATOURETTE 1996; BELLIGER & KRIEGER 2006) und die Science and Technology Studies (STS) (BECK *et al.* 2012) – suchten Wege, wie wissenschaftliches Wissen und Technik als sozio-kulturelle Phänomene – beispielsweise Inter-

net, medizinische Technik (Assistierte Reproduktionstechnologien [ART], human Enhancement, etc.) – beforscht werden können (KNECHT 2013). Auffällig ist, dass ANT und STS vielfach medizinbezogene Themen aufgreifen (VOSS 2018: 3). Die Auswahl solcher Themen sei nicht zufällig, sondern aufgrund der analytischen Innovation für zahlreiche Gegenwartsethnolog_innen relevant (KNECHT 2013: 80), denn im Kontext von Medizin, Gesundheit und Krankheit werden die Verbindungen verschiedener Wissenssysteme, Technologien und Akteur_innen anschaulich. So geht es in den ANT-/STS-geleiteten Forschungen vielfach darum, die Herstellung (neuer) Ordnungs- und Wissenssysteme sowie -hierarchien transparent zu machen (BECK *et al.* 2012).

Die Beiträge

Dem Themenfeld „Sorge“ widmet sich NINA WOLF (Zürich) und gibt empirische Einblicke in Beziehungspraktiken fernab von Gleichheit, Symmetrie oder Kosten-Nutzen-Bilanzierungen. Sie stellt die Frage, inwieweit Würde im Sorgealltag von Menschen mit einer Demenzerkrankung gewährleistet werden kann und fokussiert dabei das hochgradig differenzierte und individuell funktionierende Gefüge, in welchem die helfenden Personen in der häuslichen Pflege agieren. Über einen ethnografischen Zugang nimmt WOLF speziell Freunde und deren Figuretionen in den Sorgehandlungen in den Blick. Außerdem charakterisiert sie anhand des empirischen Materials die Veränderung freundschaftlicher Beziehungen und ihre Bedeutungen für die Betroffenen.

Die Themenfelder „Wissen/Technologie“ und „biologische Verwandtschaft“ greift MAREN HEIBGES (Berlin) in ihrem Aufsatz auf. Darin diskutiert sie die verschiedenen forschungstheoretischen Konzeptualisierungen der medizinischen Stammbaum-Arbeit mit eigenen ethnografischen Forschungsdaten. HEIBGES erhob diese Daten im Rahmen einer familiären Krebsberatung mittels digitalem Beratungstool für Frauen mit familiärer Brust- und Eierstockkrebsbelastung. In ihren Aufzeichnungen kommen die Stammbaumdarstellungen in stark medizinisch geprägten Settings (wie der genetischen Beratung, Familienmedizin oder dem Verdacht auf familiäre Häufung von Krebserkrankungen) zum Einsatz

und sollen Vererbung und familiäre Beziehungen verbildlichen. Gleichzeitig, so zeigt HEIBGES auf, dienen sie dazu, „Verknüpfungen zwischen verschiedenen Wissensbeständen, Wissenshierarchien und Gesprächsgenres“ herzustellen und die Beratungsgespräche zu strukturieren. Dabei eröffnen sie auch Räume für Humor und Affekt. HEIBGES analysiert den medizinischen Stammbaum als „Wissenschaftsmedium“ und diskutiert die Befunde und ihre Beobachtungen mit den bereits vorliegenden Kontextualisierungen, die den Stammbaum als *Boundary Object*, als Teil des kritisch diskutierten Risiko-Diskurses und als normativ ausschließendes Wissenschafts-Medium herausstellen.

ANTONIA MODELHARDT (Hamburg) erweitert die Perspektive der „Verwandtschaft“ um einen Beitrag zu ART (Assistierte Reproduktionstechnologien), die die traditionelle Wahrnehmung „natürlicher“ Verwandtschaft mit zunehmend dynamischen Prozessen des „Kinship“ infrage stellen. Reproduktion wird aus dem Bereich des Natürlichen in den Bereich der Wissenschaft verlagert. Seit der Entwicklung der ART kann aufgrund einer Trennung von Reproduktion und Sexualität von einer „Medizinalisierung der Reproduktion“ gesprochen werden, indem die Grenzen zwischen „natürlich“ versus „künstlich“ immer weiter verschwimmen (MITRA *et al.* 2018). ART wurde ursprünglich entwickelt, um das Problem der Unfruchtbarkeit zu behandeln. Allerdings haben sich diese Technologien im privaten und öffentlichen, im biologischen und sozialen, lokalen sowie globalen Bereich ausgebreitet, die zu einer grundsätzlichen Debatte einer konzeptuellen Dekonstruktion des menschlichen Körpers, des „Kinship“ sowie einer Biopolitik individueller und gemeinschaftlicher Identitäten geführt wird (BIRENBAUM-CARMELI 2003).

Die Fokussierung auf „medikale Beziehungen im Alltag“ eröffnete die Möglichkeit, eine kulturelle Variation an Erscheinungsformen sozialer Beziehungen mit ihren dahinterliegenden Bedeutungen in den jeweiligen Themenfeldern herauszuarbeiten. Die ethnologischen Ausführungen zum *Social Egg Freezing* über den Körper, können nicht nur einen wichtigen Teil der Deskription darstellen, sondern beziehen auch eine feministische Perspektive mit ein und verweisen auf den Umgang mit neuen Reproduktionstechnologien.

Anschaulich wird durch den Beitrag von HEIBGES einerseits, wie über den medizinischen Stammbaum als Ergebnis der Gespräche zwischen Ärzt_innen und Patient_innen bzw. Ratsuchenden familiäre Beziehungen medikalisiert werden. Andererseits wird deutlich, wie das Medium „Stammbaum“ als Brückentechnologie verschiedene Wissenshierarchien in den Beziehungen zwischen Ärzt_innen und Patient_innen bzw. Ratsuchenden überwindet. Wie dynamisch sich Beziehungen in Abhängigkeit des Krankheitsverlaufes verändern können, zeigt die Arbeit von WOLF anhand konkreter Sorgefiguren auf.

Anmerkungen

- 1 Von den insgesamt neun Vorträgen wurden drei Beiträge für die vorliegende Publikation ausgearbeitet.
- 2 So attestieren sozial- und kulturwissenschaftliche Analysen gegenwärtiger Gesellschaften einen Zuwachs an Selbstverantwortung, insbesondere für Gesundheit und Krankheit (GRAF 2013; AMELANG *et al.* 2016; KREISKY 2008; BINDER *et al.* 2019).
- 3 Auch andere soziale Beziehungen beinhalten Verantwortungen, an dieser Stelle möchten wir uns jedoch auf den Bereich medikalisierten Alltags beschränken.

Literatur

- AMELANG, KATRIN; BERGMANN, SVEN; BINDER, BEATE; VOGEL, ANNA-CAROLINA & WAGENER-BÖCK, NADINE 2016. Körpertechnologien. Einleitende Bemerkungen zur Refiguration des Körperlichen aus ethnografischer und gendertheoretischer Perspektive. *Berliner Blätter* 70: 7–20.
- BAUSINGER, HERMANN 1961. *Volkskultur in der technischen Welt*. Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer.
- BECK, STEFAN; NIEWÖHNER, JÖRG & SØRENSEN, ESTRID 2012. Einleitung. Science and Technology Studies aus sozial- und kulturanthropologischer Perspektive. In DIES. (Hg): *Science and Technology Studies. Eine sozialanthropologische Einführung*. Bielefeld: Transcript: 9–49.
- BEHRENS, JOHANN; GÖRRES, STEFAN; SCHAEFFER, DORIS; BARTHOLOMEYCZIK, SABINE & STEMMER, RENATE 2012. Agenda Pflegeforschung für Deutschland. Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg. http://www.dpo-rlp.de/agenda_pflegeforschung.pdf [09.12.2019].
- BELLIGER, ANDREA & KRIEGER, DAVID J. 2006. Einführung in die Akteur-Netzwerk-Theorie. In DIES. (Hg): *ANThology. Ein einführendes Handbuch zur Akteur-Netzwerk-Theorie*. Bielefeld: Transcript: 13–51.
- BETZLER, MONIKA & BLEISCH, BARBARA (Hg) 2015. *Familiäre Pflichten*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- BIMMER, ANDREAS C. 2001. Familienforschung. In BREDNICH, ROLF W. (Hg): *Grundriß der Volkskunde. Einführung in die*

- Forschungsfelder der Europäischen Ethnologie*. Berlin: Reimer Verlag: 311–328.
- BINDER, BEATE; BISCHOFF, CHRISTINE; ENDTER, CORDULA; HESS, SABINE; KIENITZ & BERGMANN, SVEN (Hg) 2019. *Care. Praktiken und Politiken der Fürsorge. Ethnographische und geschlechtertheoretische Perspektiven*. Weinheim: Budrich.
- BIRENBAUM-CARMEI, DAPHANA 2003. Contextualizing a medical breakthrough: An overview of the case of IVF. *Health Care for Women International* 24, 7: 591–607.
- CONRAD, PETER 2005. The Shifting Engines of Medicalization. *Journal of Health and Social Behaviour* 46: 3–14.
- ENDTER, CORDULA & KIENITZ, SABINE 2018. Assistierte Körper – Mensch-Maschine-Beziehungen aus kulturanthropologischer Perspektive am Beispiel von Prothetik und Assistenzsystemen für ältere Menschen. In WÖHLKE, SABINE & PALM, ANNA (Hg): *Mensch-Technik-Interaktion in medikalisierten Alltagen (= Göttinger Studien zur Kulturanthropologie/Europäischen Ethnologie, 4)*. Göttingen: Universitätsverlag: 9–25.
- FRANKLIN, SARAH & SUSAN MCKINNON (Ed) 2001. *Relative Values. Reconfiguring Kinship Studies*. Durham und London: Duke University Press.
- FOUCAULT, MICHEL 2005. Technologien des Selbst. In DANIEL DEFERT & FRANÇOIS EWALD (Hg): *Foucault, Michel. Schriften in vier Bänden (Dits et Ecrits, 3)*. Frankfurt am Main: Suhrkamp: 966–999.
- GAJEK, ETHER 2018. Viel Sorge, aber auch Glück und Gelingen: Zur Diversität von Erfahrungen der Angehörigen von Demenzzkranken. In ZIMMERMANN, HARM-PEER (Hg): *Kulturen der Sorge. Wie unsere Gesellschaft ein Leben mit Demenz ermöglichen kann*. Frankfurt am Main: Campus: 235–259.
- GHEAUS, ANCA 2015. Hat die Familie einen besonderen Wert? In BETZLER, MONIKA & BLEISCH, BARBARA (Hg): *Familiäre Pflichten*. Frankfurt am Main: Suhrkamp: 87–107.
- GRAF, SIMON 2013. *Leistungsfähig, attraktiv, erfolgreich, jung und gesund: Der fitte Körper in post-fordistischen Verhältnissen*. *Body Politics* 1, 1: 139–157.
- HELMANN, THOMAS; SCHMIDT-SEMISCH, HENNING & SCHORB, FRIEDRICH 2018. *Soziologie der Gesundheit*. Wien u.a.: UTB Verlag.
- KLIE, THOMAS 2014. *Wen kümmern die Alten? Auf dem Weg in eine sorgende Gesellschaft*. Schriftenreihe der Bundeszentrale für Politische Bildung. München: Pattloch-Verlag.
- KLOTZ, MAREN & MOHR, SEBASTIAN 2015. (Un-)geordnete Verhältnisse: mediale Repräsentationen und Praktiken von Samenspende. In SABINE WÖHLKE & ANNA PALM (Hg): *Medialität von Gesundheit und Krankheit*. Göttingen: Schmerz Verlag: 53–65.
- KNECHT, MICHI 2013. Nach Writing Culture, mit Actor-Network: Ethnografie/Praxeografie in der Wissenschafts-, Medizin- und Technikforschung. In SABINE HESS, JOHANNES MOSER & MARIA SCHWERTL (Hg): *Europäisch-ethnologisches Forschen. Neue Methoden und Konzepte*. Berlin: Reimer Verlag: 79–106.
- KNECHT, MICHI 2009. Der Imperativ, sich zu verbinden. Neue kulturanthropologische Forschungen zu Verwandtschaft in europäischen Gegenwartsgesellschaften. *Österreichische Zeitschrift für Volkskunde* LXIII/112, 2: 27–51.
- KNECHT, MICHI & HESS, SABINE 2008. Reflexible Medikalisation im Feld moderner Reproduktionstechnologien. Zum aktiven Einsatz von Wissensressourcen in gendertheoretischer Perspektive. In LANGREITER, NIKOLA et al. (Hg): *Wissen und Geschlecht (Beiträge der 11. Arbeitstagung der Kommission für Frauen- und Geschlechterforschung der deutschen Gesellschaft für Volkskunde)*. Wien: Verlag des Instituts für Europäische Ethnologie: 169–194.
- KREISKY, EVA 2008. Fette Wirtschaft und schlanker Staat: das neoliberale Regime über die Bäuche. In: HENNING SCHMIDT-SEMISCH & FRIEDRICH SCHORB (Hg): *Kreuzzug gegen Fette. Sozialwissenschaftliche Aspekte gesellschaftlichen Umgangs mit Adipositas*. Wiesbaden: VS Verlag: 143–161.
- LATOUR, BRUNO 1996. On Actor-Network Theory. A Few Clarifications. *Soziale Welt* 47 (4): 369–397.
- LENK, HANS & MARING, MATTHIAS 1995. Wer soll Verantwortung tragen? Probleme der Verantwortungsverteilung in komplexen (soziotechnischen-sozioökonomischen) Systemen. In BAYERTZ, KURT (Hg): *Verantwortung. Prinzip oder Problem? Darmstadt: Wissenschaftliche Buchgesellschaft: 241–286*.
- LENZ, KARL 2007. Artikel Freundschaft. In FUCHS-HEINRITZ, WERNER; LAUTMANN, RÜDIGER; RAMMSTEDT, OTTHEIN & WIENOLD, HANNS (Hg): *Lexikon zur Soziologie*. Wiesbaden: VS Verlag: 210.
- LENGWILER, MARTIN & MADARÁSZ, JEANNETTE 2010. Präventionsgeschichte als Kulturgeschichte der Gesundheitspolitik. In DIES. (Hg): *Das präventive Selbst. Eine Kulturgeschichte moderner Gesundheitspolitik (Verkörperungen, 9)*. Bielefeld: Transcript: 11–28.
- MITRA, SAYANI; SCHICKTANZ, SILKE & PATEL, TULSI 2018. Introduction: Why Compare the Practice and Norms of Surrogacy and Egg Donation? A Brief Overview of a Comparative and Interdisciplinary Journey. In DIES. (Hg) *Cross-Cultural comparisons on surrogacy and egg donation. Interdisciplinary perspectives from India*. Germany and Israel Cham: Palgrave Macmillan: 1–13.
- NEWERLA, ANDREA 2018. „Das ganze Kreative einbringen“ – Unterstützer/innenkreise zur Stärkung der Sorgestrukturen für Menschen mit Demenz. In ZIMMERMANN, HARM-PEER (Hg): *Kulturen der Sorge. Wie unsere Gesellschaft ein Leben mit Demenz ermöglichen kann*. Frankfurt am Main: Campus, 195–217.
- PHINNEY, ALLISON; CHAUDHURY, HABIB & O'CONNOR, DEBORAH 2007. Doing as much as I can do: The meaning of activity for people with dementia. *Aging and Mental Health* 11, 4.
- POTT, HANS-GEORG 2014. Altersdemenz als kulturelle Herausforderung. In: HERWIG, HENRIETTE (Hg): *Merkwürdige Alte. Zu einer literarischen und bildlichen Kultur des Alter(n)s*. Bielefeld: Transcript: 153–201.
- ROCKE, BURGHARD 2002. Zur Theorie und Praxis der Kooperationen und Fusionen im Krankenhausbereich. *Das Krankenhaus* 7: 531–535.
- VOSS, EHLER 2018. Fröhliche Wissenschaft Medizinanthropologie. Editorial. *Curare. Zeitschrift für Medizinethnologie* 41, 1+2: 3–7.
- WIENOLD, HANNS 2007. Artikel Technologie In FUCHS-HEINRITZ, WERNER; LAUTMANN, RÜDIGER; RAMMSTEDT, OTTHEIN

- & WIENOLD, HANNS (Hg): *Lexikon zur Soziologie*. Wiesbaden: VS Verlag: 658.
- WOLF, URSULA 2015. Erzeugen familiäre Beziehungen einen eigenen Typ spezieller Verpflichtungen? In BETZLER, MONIKA & BLEISCH, BARBARA (Hg): *Familiäre Pflichten*. Frankfurt am Main: Suhrkamp: 128–147.
- WOLFF, EBERHARD 2010. Moderne Diätetik als präventive Selbsttechnologie. In: LENGWILER, MARTIN & MADARÁSZ, JEANNETTE (Hg): *Das präventive Selbst. Eine Kulturgeschichte moderner Gesundheitspolitik*. Bielefeld: Transcript: 169–201.
- WOLFF, EBERHARD 2018: „Sorge“ – Kulturwissenschaftliche Annäherungen an einen schillernden Begriff. In ZIMMERMANN, HARM-PEER (Hg): *Kulturen der Sorge. Wie unsere Gesellschaft ein Leben mit Demenz ermöglichen kann*. Frankfurt am Main: Campus: 69–79.
- ZIMMERMANN, HARM-PEER 2018. Vorwort: Kulturen der Sorge – bei Demenz: Kulturwissenschaftliche Gesichtspunkte. In DERS (Hg): *Kulturen der Sorge. Wie unsere Gesellschaft ein Leben mit Demenz ermöglichen kann*. Frankfurt am Main: Campus: 9–22.
- ZOLA, IRVING KENNETH 1972. Medicine as an Institution of Social Control. *Sociological Review* 20: 487–504.



ANNA PALM studierte Kulturanthropologie/Volkskunde, Städtebau und Kunstgeschichte. Von 2008 bis 2012 war sie als wissenschaftliche Mitarbeiterin und Mentorin in der Abteilung Kulturanthropologie der Universität Bonn tätig. Seit 2013 arbeitet sie als Referentin im Zentrum für Hochschuldidaktik und Qualitätsentwicklung in Studium und Lehre der Fachhochschule Aachen. Als externe Doktorandin am Institut für Film-, Theater-, Medien- und Kulturwissenschaft der Universität Mainz arbeitet sie an ihrer Dissertation und ist seit 2012 Sprecherin des Netzwerkes „Gesundheit und Kultur in der volkswissenschaftlichen Forschung“ der dgV.

Zentrum für Hochschuldidaktik und Qualitätsentwicklung der FH Aachen,
Robert-Schuman-Str. 51, 52066 Aachen
E-mail: palm@fh-aachen.de



SABINE WÖHLKE Dr. phil. hat Kulturanthropologie/Europäische Ethnologie, Geschlechterforschung sowie Medienwissenschaften studiert und sich mit dem medizinethischen und medizinanthropologischen Thema *Geschenkte Organe? Ethische und kulturelle Herausforderungen bei der familiären Lebendorganspende* (erschienen im Campus Verlag) an der Georg-August-Universität Göttingen promoviert. Ihre Forschungsschwerpunkte sind medizinanthropologische und ethische Aspekte bei der Organspende, prädiktive Gentestverfahren, Kommunikation von Ärzt_innen und Patient_innen, *Shared decision making* Prozesse in klinischen Settings, sowie qualitativ sozialemprirische Forschung. Frau Wöhlke koordinierte mehrere internationale kulturvergleichende Studien. Derzeit ist sie als Vertretungsprofessorin für den Bereich Pflege am Gesundheitscampus Göttingen tätig.

HAWK Hildesheim/Holzminden/Göttingen
Gesundheitscampus Göttingen
Philipp-Reis-Straße 2A, 37075 Göttingen
E-mail: sabine.woehlke@hawk.de