

Ethnomedizin zwischen Gesundheit und Kultur: Etablierungsprobleme in der deutschen Medizin

Ein Beitrag zur Festschrift für Ekkehard Schröder

WALTER BRUCHHAUSEN

Es ist schon eine höchst bemerkenswerte und erklärungsbedürftige Tatsache, dass in der deutschen Medizin die kultur- und sozialanthropologische Perspektive nicht durch eine Professorenschaft wie in den USA oder Großbritannien, sondern in einem so großen Maß durch das inspirierende organisatorische und redaktionelle Lebenswerk eines einzelnen, der zudem Jahrzehnte in eigener Praxis statt durchgängig an der Universität gearbeitet hat, am Leben erhalten wurde. Deshalb soll mein Beitrag zum Geburtstag von Ekkehard Schröder der Frage nach diesem weiteren deutschen Sonderweg nachgehen, zugleich aber auch über Deutschland hinaus reichende Herausforderungen der Ethnomedizin ansprechen – um jetzt durchgehend diesen Begriff zu verwenden, der Ekkehard Schröder den größten Teil seines Lebens begleitet hat.

Das Dilemma an der (deutschen) Universität: Interdisziplinarität als Segen und Fluch

Was die Ethnomedizin ebenso attraktiv wie schwierig machte, ist ihre ausgeprägte Interdisziplinarität. Denn die betrifft nicht nur die Unterschiedlichkeit von Fakultäten, Methoden oder Theorien, was sie mit vielen, ja den meisten anderen interdisziplinären Feldern teilt, sondern sogar in besonders extremer Weise den Universalisierungsgrad: Während – zumindest vor der heute beschworenen Ära der „individualisierten“, fälschlich bzw. missverständlich auch „personalisiert“ genannten Medizin – die medizinische Wissenschaft vor allem auf universale Gültigkeit abzielte, bestanden spätestens seit Beginn der klassischen Feldforschung nach dem Ersten Weltkrieg viele Ethnologen darauf, dass ihre Aussagen sozial und kulturell begrenzt, vielleicht sogar nur für die von ihnen untersuchten Gruppen gelten. Dieser Einwand gegen vorschnelle Verallgemeinerungen gehört auch weiterhin zum zentralen Beitrag, wie er sich aktuell ausgeprägt in der allgegenwärtigen Skepsis der *Medical Anthropology*

gegenüber den großen Zahlenwerken von Global Health erneut zeigt (ADAMS 2016). Denn dem Unberücksichtigten, statistisch in Durchschnittswerten und aggregierten Zahlen Verschwindenden, sozial Marginalisierten und aus dem Bewusstsein Verdrängten Sichtbarkeit zu verschaffen, empfinden nicht wenige als eigentliche Aufgabe ethnographischer Forschung und ethnologischer Theoriebildung. Als Wissenschaft vom Einzelnen, die es definitionsgemäß gar nicht geben kann, versteht sich Ethnologie trotzdem nicht, denn sie vermag durch den methodischen Aufweis nicht berücksichtigter Phänomene auch eine angemessene Theoretisierung, und d. h. allgemein gültige Aussagen, zu bieten. Die Widerständigkeit, die darin liegt, dass eine uniforme Medizin offenbar nie alle Gesundheitsprobleme optimal lösen kann und deshalb weitere Medizinformen immer mindestens ihre Nische, wenn nicht ganze Räume besetzen, kann auch einer weltweit erfolgreichen, ja dominierenden Medizinform zu einer realitätsge-rechteren Wahrnehmung verhelfen.

Doch eine solche offenbar segensreiche Interdisziplinarität wie die der Ethnomedizin ist zugleich prekär, immer von verschiedenen Seiten bedroht. Diese Bedrohung ist kein konjunkturabhängiges Auf und Ab, sondern ein strukturelles Problem. Das gilt insbesondere für deutsche Universitäten mit ihren Ordnungs- und Anreizvorstellungen, die inhaltlich mehr auf das, was man kann und gerne macht, als auf das, was man müsste, abzielen. Das Verhältnis von Grundlagen- und angewandter Forschung ebenso wie die Disziplinbildung entwickeln hier eine Dynamik, die Gebieten wie der Ethnomedizin das (Über-)Leben schwer macht. Diese Schließungsprozesse haben eine jüngere Geschichte, die neben großen Erfolgen universitärer Forschung auch systematische Hindernisse erkennen lässt. Um diese Geschichte von anhaltenden Gefährdungen und verpassten Chancen soll es in diesem Beitrag hauptsächlich gehen.

Obwohl sich die Moderne nach ihrem Selbstverständnis als Abbau von Hierarchien versteht, was ihr im sozialen Bereich durch Abschaffung der Ständegesellschaft gelang, hat sie durch ihr Organisationsbestreben („Bürokratisierung“) und ihr Systematisierungsbemühen nicht zuletzt im wissenschaftlichen Bereich die Über- und Unterordnungen sogar noch vermehrt. An die Stelle von spezifischen Verantwortlichkeiten der vier mittelalterlichen Fakultäten Philosophie, Recht, Medizin und Theologie, – für geistiges, soziales, physisches und ewiges Leben –, die sich im universitären Sonderfall der Staatsexamensstudiengängen von Lehramt, Jura und Medizin bzw. des kirchlichen Examens auch in den Zeiten des Bologna-Prozesses noch widerspiegeln, sind zunehmend methodisch-theoretische Strukturierungen der Wissenschaft getreten. Ein entsprechender Wissenschaftler oder Absolvent wurde immer weniger durch seinen umfassenden Gegenstand, das Materialobjekt, als vielmehr durch die vorherrschende Methodik, also das Formalobjekt, charakterisiert, in unseren Fällen: Der Arzt als Naturwissenschaftler, der Ethnologe als Kulturwissenschaftler.

Die Verhärtungen aufzubrechen, die aus derartigen methodischen Engführungen entstehen, war das Ziel vieler interdisziplinärer Initiativen. Im Zeitalter des einsamen Gelehrten hatte das noch notwendigerweise in Personalunion durch mehrfach qualifizierte zu geschehen: Theologen waren (schon immer) gleichzeitig Philosophen und zunehmend auch Historiker und Philologen, einzelne Naturwissenschaftler mehr oder weniger qualifizierte Philosophen, manche Ärzte zugleich Naturwissenschaftler oder vereinzelt auch Philosophen, Philologen oder Historiker. Doch Exzellenz auf mehreren methodisch-theoretischen Gebieten wurde spätestens im 19. Jahrhundert praktisch unmöglich. Und gleichzeitig wurde die Zusammenarbeit über Fakultätsgrenzen hinweg schwieriger, z. B. aus weltanschaulichen Gründen zwischen den Theologien und den Fächern der Philosophischen Fakultät oder aus Konkurrenz zwischen Medizin und neuen naturwissenschaftlichen Fächern. Wichtige interdisziplinäre Entdeckungen verdanken sich deshalb eher punktuellen Kontakten als gemeinsamer Arbeit, so beispielsweise 1905 die Gewinnung des Materials vom Patienten durch den Arzt Erich Hoff-

mann, in dem dann der Biologe Fritz Schaudinn die Syphilis-Spirochäte nachwies. Erst die industrielle oder industriebezogene Forschung, emblematisch verkörpert in der Entwicklung ausreichender Produktionskapazitäten für Penicillin im Zweiten Weltkrieg in den USA, hat zu interdisziplinären Arbeitsgruppen statt bloß vereinzelter Kooperation zwischen sehr verschiedenen Wissenschaftskulturen geführt. Obwohl Interdisziplinarität seitdem zunehmend zu den Forderungen des Wissenschaftssystems gehört, bleibt die praktische Verwirklichung ungenügend: Gutachter oder Institutionen aus den verschiedenen Disziplinen tendieren bei Vorhaben, Publikationen oder Personen mit interdisziplinärer Ausrichtung dazu, die mangelnde Berücksichtigung ihrer jeweiligen Disziplin in den Vordergrund zu stellen und sie deshalb im Vergleich mit der monodisziplinären Konkurrenz abzuwerten.

Unterschied und Verhältnis zu anderen nicht-naturwissenschaftlichen Gebieten der Medizin

Doch es ist nicht nur ihre Interdisziplinarität, die dazu führt, dass die fehlende Verankerung der Ethnomedizin oder ähnlicher auf gegenwärtige Kultur bezogener Perspektiven innerhalb der deutschen Medizin als Wissenschaft, als Aus- und Weiterbildung und als Praxis notorisch ist (BRUCHHAUSEN 2011: 135–142). Denn sie steht mit ihrer ungesicherten Position in auffallendem Gegensatz zur vergleichsweise stärkeren Stellung von anderen ebenfalls interdisziplinären und nicht-naturwissenschaftlichen Bereichen der Medizin. Das gilt zunächst für philosophische Ansätze, etwa in Form der Medizinischen Anthropologie bzw. Anthropologischen Medizin der Zwischenkriegszeit oder für die kybernetisch inspirierte Medizinteorie der alten Bundesrepublik, beide mit Auswirkungen auf die durchaus nicht weltweit gleiche Etablierung der Psychosomatik. Medizinteorie und Psychosomatik haben es zumindest nominell in die ärztliche Approbationsordnung geschafft. Institutionell weitaus erfolgreicher als die Medizinteorie war die stark philologische Medizingeschichte seit Beginn des 20. Jahrhunderts. Sie übernahm in dieser Transformationsphase der Medizin zur stärkeren Naturwissenschaftsförmigkeit eine legitimatorische Funktion für die Medizin gegenüber dem

damaligen gesellschaftlichen Bildungsideal der humanistischen Tradition (LEVEN 2008) und unterschied sich damit von der früheren, noch stark propädeutischen Aufgabe bis zur Mitte des 19. Jahrhunderts: antike und frühneuzeitliche Medizintexte als Einführung in ärztliches Denken. Die gegen Ende des 20. Jahrhunderts vereinzelt versuchte Neuformierung der deutschen Medizingeschichte durch Aufnahme alltagsgeschichtlicher Themen und kulturtheoretischer Reflexion scheiterte nicht zuletzt am starken Faktenbedarf zu Täten und Opfern der aufblühenden NS-Geschichte, an einer Marginalisierung außereuropäischer Themen und vor allem an einer breiten Rezeption der wenig kulturell interessierten US-Bioethik. Letztere löste mit ihrer neoliberalen Fokussierung der rechtsförmig verstandenen Arzt-Patient-Beziehung auch jahrzehntelange deutschsprachige Diskurse ärztlicher Ethik ab, die gesellschaftliche Verantwortung und Patientenbedürfnisse als Ausgangspunkt ärztlichen Handelns sahen (BRUCHHAUSEN 2010: 96) und damit – meist wenig explizit – auch Fragen nach dominierenden und eventuell veränderungsbedürftigen kulturellen Mustern stellten.

Als Gebiet mit betontem Kulturbezug, was sie von der *US* und *UK Medical Anthropology* mit ihren Anteilen an zugleich *Cultural* und *Social Anthropology* unterscheidet, konnte die Ethnomedizin auch nur sehr begrenzt vom zwischenzeitlichen Aufschwung der Sozialwissenschaften in der Medizin profitieren. An einzelnen Hochschulorten, wie in Hamburg, ließen sich ethnomedizinische Themen in der Medizinsoziologie unterbringen, an den meisten Orten, die ohnehin keine institutionell eigenständige Medizinsoziologie haben, verhinderte die Konzentration auf wenige, eher quantifizierend erforschte und gelehrte Kernthemen die Integration kultureller Perspektiven. Zudem war gerade die Etablierungszeit von Medizinischer Soziologie und Sozialmedizin um die 1970er Jahre von heftigen Debatten um Rolle und Unterschiedenheit von Kultur und Gesellschaft geprägt, wobei der Kultur häufig das Reaktionäre im Gegensatz zu sozialer Progressivität zugeordnet wurde. Nachdem sozialwissenschaftliche Ansätze in der Medizin zwischenzeitlich stark zurückgedrängt waren und sich zu einem nicht geringen Teil in die neuen Gesundheitswissenschaften verlagert hatten, erfahren sie heute durch ihre

teilweise Berücksichtigung in jüngeren Fächern wie Palliativmedizin und Pflegewissenschaften, insbesondere aber als Grundlage der boomenden Versorgungsforschung neue Aufmerksamkeit. Das hat für eine auch berufliche Mitarbeit aus den empirischen Kulturwissenschaften Möglichkeiten geschaffen, aber nicht zu einer großen Sichtbarkeit dieser Beiträge geführt, was im letzten Teil dieses Beitrags zu „verpassten Chancen“ anzusprechen ist.

Ein weiterer entscheidender Grund, warum sich innerhalb der genannten medizinisch etablierten Fachgebiete ethnomedizinische Themen kaum etablieren konnten, liegt in der ausgeprägten nordatlantischen Ethnozentrik dieser Fachgebiete und ihrer Vertreter. Während klinische Versorgung und Laborforschung in Europa und Nordamerika mit der in Ostasien oder Südamerika weitgehende Ähnlichkeiten aufweisen und über Publikationen und Kongresse in engstem Austausch stehen, sind Geschichte, Ethik, Soziologie und Psychologie als stärker auf bestimmte Gesellschaften bezogene Fächer eher national oder in Sprachräumen organisiert. Das zeigt sich auch in der großen Bedeutung von anderen Sprachen als dem Englischen in den Fachorganen und bedeutet für den deutschen Sprachraum mit seiner geringen globalen Rezeption eine spürbare Einengung. Die insgesamt weniger ausgeprägte Globalität dieser Fachdiskurse grenzt damit soziale und kulturelle Entwicklungen in Lateinamerika, Afrika, Asien oder Ozeanien systematisch aus.

Zielkonflikte: Die Anliegen der Kulturwissenschaft und die Wünsche der Medizin

Eine generelle Schwierigkeit von Grundlagen- und Reflexionswissenschaften in der Medizin ist die grundsätzliche Ausrichtung auf Erkenntnis bei der Wissenschaft und auf Handeln bei der Medizin. Der Philosoph und Arzt Wolfgang Wieland hat diese Spannungen, mit Verweis auf die aristotelische Unterscheidung von Theoria, Poiesis und Praxis, mit dem Unterschied zwischen theoretischen, angewandten und praktischen Wissenschaften erklärt (WIELAND 2014).

Was Entscheidungsträger auf allen Ebenen suchen, sind nicht weitere Reflexionen, es ist Komplexitätsreduktion und nicht -steigerung. Bei der Ethnomedizin gehört es zur Selbstachtung, dass

sie sich einfachen Antwortversuchen entzieht. Andere Fachgebiete in der Medizin wirken hier hilfreicher, überdecken dabei aber eben auch allzu leicht die nicht zu leugnende letzte Differenz zwischen Theorie, Anwendung und Praxis. Naturwissenschaftliche und klinische Fächer in der Medizin können die ärztliche Diagnose- und Indikationsstellung zwar erheblich verbessern und absichern, aber nicht ersetzen. Ethik kann Argumente prüfen und sogar bewerten, aber nicht an Stelle der moralischen Entscheidung treten. Genauso kann Ethnomedizin nicht sagen, wie eine Patientin mit Migrationsgeschichte zu behandeln oder ein Dorfgesundheitsprojekt umzusetzen ist, aber die jeweiligen Entscheidungsprozesse informieren und so zumeist besser machen.

Dadurch, dass ethnographische Forschung – vor ihrem Gang ins Labor in den frühen *laboratory studies* (LATOURE & WOOLGAR 1986) und späteren *cultural studies of science* oder *science and technology studies* – zumeist Behandlungssituationen erforscht hat, z. B. Entscheidungsprozesse zwischen Therapieoptionen (JANZEN 1978), könnte sie sogar als besonders praxisrelevante theoretische bzw. Sozial- und Kulturwissenschaft angesehen werden. Doch die eventuelle Erwartung, durch diese Aufmerksamkeit für ärztliche Routineversorgung in komplexen Situationen in den Fächerkanon medizinischer Fakultäten zu gelangen, musste enttäuscht werden. Denn bei ihrer eigenen Konzentration auf Fortschritte der Supramaximalversorgung und klinische oder naturwissenschaftliche Forschung erwartet die Universitätsmedizin auch von geisteswissenschaftlichen Fächern in der Medizin zumeist eher die Beschäftigung mit solchen Fragen medizinischer Spezialgebiete und Wissenschaft. Erfahrungsgemäß haben in den fakultären Auswahlprozessen dann auch bei den Geisteswissenschaften in der Medizin diejenigen Themen besonders hohe Erfolgchancen, die sich nicht an allgemeiner ärztlicher Tätigkeit, sondern an medizinischen Forschungsprioritäten orientieren, also z. B. Genetik, Zell- und Molekularbiologie, klinischen Studien.

Allerdings wäre es auch wiederum irreführend, hinter den Entscheidungsprozessen, welche Fächer und Fachvertreter für medizinische Fakultäten ausgewählt werden und welche nicht, konsistente und grundsatzorientierte Reflexionsprozesse der angesprochenen Art zu ver-

muten. Insbesondere seitdem inhaltliche politische Vorgaben aus den Landesministerien durch die gestiegene Hochschulautonomie weitgehend verschwunden sind, gibt es außerhalb sehr begrenzter Teile der Forschungsförderung für die Medizin kaum einen Ort für Entscheidungen aus gesellschaftsbezogenen Überlegungen. Dass die Ethnomedizin so schlechte Chancen hat, liegt also wohl weniger an inhaltlicher Ablehnung als am Verzicht auf inhaltliche Befassung in Entscheidungsgremien. Systemtheoretisch motivierter Glaube an die Selbstregulierung in der fortschreitenden funktionalen Differenzierung und neoliberal inspiriertes Wettbewerbsdenken gehen hier auch in Wissenschaft und Medizin eine bemerkenswerte Allianz ein: Sollen doch Drittmittelinwerbungen, Studierendenströme und Arbeitsmarkt darüber entscheiden, welche Disziplin welchen Einfluss gewinnt. Dass so die Bedarfe und Bedürfnisse derjenigen ohne Marktmacht, der Verlierer in den Aufmerksamkeitsökonomien, nicht erfüllt werden können, liegt auf der Hand. Das betrifft verschiedene Gruppen in Deutschland, aber eben auch den größten Teil der Menschheit, der ja außerhalb Europas lebt.

Institutionelle Schwierigkeiten: Approbationsordnungen, Studienreformen und ihre Auswirkungen

Die Schwierigkeiten der Ethnomedizin oder *Medical Anthropology*, sich an Medizinischen Fakultäten in Deutschland zu etablieren, hängen zu einem großen Teil mit der übermächtigen Steuerungsfunktion der Approbationsordnung als einer Bundesverordnung für die ärztliche Ausbildung zusammen. Fächer oder Lehrangebote, die in der Approbationsordnung eingeführt werden, erreichen zumeist über kurz oder lang entsprechende Institutionalisierungen, selbst wenn zu diesem Zeitpunkt in Bedarf, Forschungsaktivitäten oder akademischem Personal die entsprechenden Voraussetzungen auch nicht ansatzweise gegeben sind. So wurden und werden dann sehr schnell Professuren und Institute eingeführt, die schon allein durch ihre Bezeichnungen andere Entwicklungen benachbarter Gebiete abschneiden. Die für die Ethnomedizin besonders relevanten Beispiele betreffen die Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie in der

Approbationsordnung von 1970 (BUNDESGESETZBLATT I 1970: 1458–1478) und den Querschnittsbebereich Geschichte, Theorie, Ethik der Medizin in der von 2002 (BUNDESGESETZBLATT I 2002: 2405–2435). Zu den inhaltlichen Fragen all dieser fünf Fächer, die in studentischen Evaluationen häufig nicht die vordersten Plätze belegen, hätte die Ethnomedizin sehr viele besonders spannende und anschauliche Themen beizutragen, die im Rahmen von freiwilligen oder Wahlpflicht-Lehrveranstaltungen Spitzenbewertungen erfahren.

Aber für die Aufnahme in die Approbationsordnung bedarf es eines erheblichen politischen oder ärztlichen Drucks, wie ihn um 1968 Psychologie und Soziologie oder um 2000 Medizinethik und etwas später Palliativmedizin entfalten konnten. Und selbst dann kann die Institutionalisierung schwach bleiben. Die Medizinische Psychologie wurde oft der Psychiatrie zugeschlagen, was die Aufnahme transkultureller Themen keineswegs förderte. Medizinethik siedelte sich zumeist in der Medizingeschichte an oder übernahm sie sogar, was einen großen Einfluss stark universalistischer statt kulturrelativer Perspektiven bedeutete. Medizinische Soziologie und Sozialmedizin werden allzu häufig durch Lehrbeauftragte unterrichtet, von deren nebenberuflicher Tätigkeit man eine Einarbeitung auch in die anspruchsvolle kulturelle Dimension kaum erwarten kann. Nur klinische Fächer mit eigenen Betten, wie die Psychosomatik und die Palliativmedizin, haben größere Chancen auf echte Eigenständigkeit. *Medical Anthropology* oder Ethnomedizin hat in Deutschland keine entsprechende Lobby und sieht sich zudem der Konkurrenz mit den genannten bereits etablierten, zumindest anteilig geistes-, kultur- und sozialwissenschaftlichen Fächern ausgesetzt. Sie wird von diesen teilweise beherbergt, wie in Medizinsoziologie und Medizingeschichte, Public Health und Medizinethik, aber wohl nur so lange, wie sie dort nicht zu erfolgreich wird.

Außerdem kommt der Schwenk von der Fächerzur Methoden- und Gegenstandsorientierung in medizinischer Lehre und Forschung der Ausbildung eines eigenen ethnomedizinischen Profils nicht gerade entgegen. Mehr und mehr Medizinstudiengänge gehen seit der Reformklausel der Approbationsordnung von 2002 nach internationalem Vorbild dazu über, dass immer weniger in auf klassische Fächer begrenzten Lehrveranstal-

tungen gelehrt wird, sondern auf bestimmte Organsysteme oder klinische Problemstellungen bezogen die verschiedenen fachlichen Perspektiven integriert werden. Wenn man in mehreren Veranstaltungen von organ- oder problembezogenem Unterricht jeweils die ethnomedizinische Perspektive einbringt, was möglich ist und ebenso erfolgreich wie aufwändig sein kann, führt das nicht zu einer hohen Sichtbarkeit als eigenes Fach.

Das gilt nicht nur für die Lehre. Auch in der Forschung schwinden fachliche Domänen, hier eher aus methodischen Gründen. Molekulargenetische Studien finden schon längst nicht mehr nur in der Humangenetik statt, weil genetische Ursachen oder Dispositionen in fast allen klinischen Fächern eigenständig gesucht werden. Intrazelluläre Signalwege sind nicht mehr nur Anliegen der Pharmakologie, sondern werden als pathogenetische Mechanismen in vielen Disziplinen erforscht. Rezeptormodelle und Immunmechanismen haben längst die Grenzen von Endokrinologie und Immunologie überschritten. Stammzellforschung hat jenseits der Zellbiologie seit Jahrzehnten auch Neurowissenschaften und Kardiologie erreicht. Ähnlich wird qualitative Sozialforschung in Form von teilnehmender Beobachtung, Tiefeninterviews mit Schlüsselinformanten und *Focus Group Discussions*, die klassische Methoden der Ethnomedizin darstellen und größtenteils von ihr aus der Ethnologie eingebracht wurden, inzwischen auch von Medizinsoziologie und Versorgungsforschung, ja sogar Palliativ- und Allgemeinmedizin angewendet. Man kann dies als überzeugende Bestätigung des ethnomedizinischen Anliegens sehen, als langsame Durchsetzung sowohl eines theoretischen „Culture-in-all“- als auch eines praktischen „Ethnography-in-all“-Ansatzes in der Medizin, als etwas, auf das man eigentlich gehofft hatte. Aber die Lorbeeren in Form von Stellen und Impact-Faktoren tragen andere davon.

Eine solche Ambiguität gilt selbst dort, wo es der Kulturbegriff in die Bezeichnung eines Unterrichtsfachs in den Gesundheitsberufen geschafft hat. Denn soll man es als Erfolg von *Medical Anthropology* ansehen, dass inzwischen an fast allen Pflegeschulen Transkulturelle Pflege gelehrt wird? Diejenigen, die das dort unterrichten, dürften sich zu einem großen Teil ebenso wenig mit Ethnologie oder Kulturanthropologie beschäftigt

haben wie die meisten Mitglieder von Klinischen Ethikkomitees oder Ethikkommissionen mit philosophischer Ethik. Es scheint jeweils eher der Gegenstand als das akademische Fach, also die methodisch-reflektierte Antwort auf den Gegenstand, entsprechende institutionelle Berücksichtigung zu finden.

Die Fronten der Ethnomedizin: Extreme von Reduktionismus und Relativismus

Besonders häufig sind Initiativen zur Interdisziplinarität da, wo es um die Gefahr geht, die Vielfältigkeit des Menschen als eines biologischen, geistigen, kulturellen und sozialen Wesens einem einzelnen methodischen Reduktionismus zu unterwerfen. Die Psychoanalyse Freuds und die bereits angesprochene anthropologische Medizin Krehls und von Weizsäckers sind prominente, bis heute nachwirkende Auflehnungen gegen die Dominanz einer rein naturwissenschaftlichen Sicht des Menschen in der Medizin. Seit den 1970er Jahren kam die ethnologische – und in ihrem Gefolge auch weitere kulturwissenschaftliche – Kritik hinzu. Das ist auch deshalb bemerkenswert, weil die Tradition der europäischen Beschäftigung mit fremden Völkern seit dem späten 19. Jahrhundert durch die Fächertrias Urgeschichte, Anthropologie und Völkerkunde zu einer eher naturwissenschaftlichen Herangehensweise tendiert hatte. Doch nach ihrer Neuorientierung an Kulturbegriffen, die durch die erbbiologische Belastung der physischen Anthropologie vor 1945 befördert worden war, wurde die Ethnologie – neben Psychologie und Philosophie – zu einer weiteren Quelle akademischer Einwände gegen den naturwissenschaftlichen Reduktionismus in der Medizin.

Im Gegensatz zur psychologisch orientierten Psychoanalyse und zur philosophisch begründeten Medizinischen Anthropologie geschah dies jedoch nicht durch Introspektion in das gemeinsam Menschliche, sondern durch den Blick auf das Fremde in der Außenwelt, durch Ethnologie als „Wissenschaft vom kulturell Fremden“ (KOHL 1993). Obwohl in beiden Fragerichtungen, nachdem innerlichen Unbewussten wie dem äußerlichen Unbekannten, die Verständnisprobleme des Unverstandenen im Vordergrund stehen, war die Ausgangssituation dennoch gänzlich gegensätzlich: Im einen Fall ging es um das Innerste,

das auch recht fremde Anteile enthalten kann, im anderen um das Äußerste, um Menschen vom Rand der wahrgenommenen Welt. Und damit fiel der ohnehin schon gefährliche Einwand gegen naturwissenschaftlichen Reduktionismus im Fall der Ethnologie zusätzlich dem Ethnozentrismus aller gesellschaftlichen Institutionen zum Opfer.

Die Ethnomedizin hat jedoch auch versucht, zumindest teilweise vom universalistischen Anspruch in Philosophie und Psychoanalyse, der zwangsläufig durch Ausblendung kultureller Eigenheiten eigene Formen von Reduktionismus ausbildet, zu profitieren oder zumindest zu lernen. Mit ihren Bezügen zur Ethnopsychanalyse hat die Ethnomedizin sich am gewagten Versuch beteiligt, durch Nutzung der Konzepte von allgemein menschlichen psychischen Phänomenen das kulturell Fremde zu erklären. Dabei kamen durch Verweis auf die häufig als entwicklungs-geschichtlich interpretierten Unterschiede auch nicht unproblematische Wertungen ins Spiel. Die aus dem 19. Jahrhundert bekannte, mit den Namen Johann Gottfried Herder und Adolf Bastian verbundene Spannung zwischen radikaler Eigenheit von Völkern und psychischer Einheit des Menschengeschlechts wiederholte sich so in den Denkfikuren des 20. Jahrhunderts auch in der Ethnomedizin. Solche universalisierenden Tendenzen führen bei Ethnologie und anderen „reinen“ Kulturwissenschaften zu Skepsis gegenüber Ethnomedizin als doch „zu medizinisch“.

Ein Resultat aus der Erkenntnis von Unzulänglichkeiten eines allzu starken Universalismus wäre die Versuchung, sich aus einem solchen universalistischen Diskurs ganz zurückzuziehen. Das kann in einem wissenschaftlich reflektierten Relativismus verschiedener Grade geschehen, kann aber auch die Extremform der Absage an eine universale wissenschaftliche Rationalität überhaupt annehmen. Eine solche zeitweilige Tendenz der Ethnomedizin zur Esoterik, die dann zu Szeptionsprozessen verschiedener Gruppen führte, hat universitärer Etablierung sicher geschadet. Nachdem esoterische Ansätze, in Form von Spekulationen, der Suche nach verborgenen Wahrheiten und von nur Initiierten zugänglichen Erkenntnissen, in der Frühen Neuzeit wichtiger Motor naturkundlicher Entdeckungen in der Medizin gewesen waren, setzte diese seit dem 19. Jahrhundert zunehmend auf Transparenz, allgemei-

ne Nachvollziehbarkeit, öffentlich zugängliche Nachweise und statistische oder anders quantifizierende Beweise. Okkultes Wissen, auf das Heilkundige in allen Erdteilen häufig setzen, wurde diskreditiert. Wo es dann einzelnen Richtungen der Ethnomedizin darum ging, solches Wissen einschließlich des gelegentlichen Einsatzes von Halluzinogenen für sich und europäische Patienten zu nutzen, war der Konflikt mit universitärer Medizin vorprogrammiert. Die Bereitschaft, Meditation, Achtsamkeitsübungen oder andere außereuropäische Psychopraktiken statistisch und neurowissenschaftlich untersuchen zu lassen, hat für Teilgebiete des boomenden Esoterik-Marktes zu Annäherungen an die Biomedizin, ja sogar zu Übernahmen z. B. in die Suchttherapie geführt. Wer sich solchen Überprüfungen, die ja im Fall der Statistik keineswegs ein naturwissenschaftliches Weltbild voraussetzen, nicht stellt, wird dafür umso stärker ausgeschlossen.

Aber selbst wer diese Extremform esoterischer Abschottung gegenüber wissenschaftlicher Rationalität vermeidet, kann Gefahr laufen, die Zuständigkeit des eigenen Ansatzes zu überschätzen und damit seine Leistungsfähigkeit zu überdehnen. Wo Ethnomedizin wirklich inter- oder transdisziplinär war, hat sie sich auch einem kulturellen oder kulturwissenschaftlichen Reduktionismus widersetzt, der aus der erkenntnistheoretischen Binsenwahrheit, dass alle Wahrnehmungen und Vorstellungen immer nur kulturell sein können, in extremer kulturrelativistischer Manier alles am Menschen auf Kultur zurückführen will. Dadurch hat sie, mit anderen Ethno-Gebieten und Bereichsethnologien, auch der Ethnologie in ihren diversen kulturalistischen Versuchen einen großen Dienst erwiesen.

Teil der Medizin oder der Ethnologie?

Der wissenschaftliche und wissenschaftspolitische Nachteil eines so notwendigen anhaltenden interdisziplinären Schwebestands wie im Fall der Ethnomedizin sind Bedrohungen für die Professionalität, die sich entsprechend zeigten. Wenn man auf die Kritik fehlender wissenschaftlicher Standards einerseits gegenüber der Medizin argumentiert, man sei in ethnologischer Forschung nicht biomedizinischen Wirksamkeitsnachweisen und Wissensbeständen unterworfen,

und andererseits gegenüber der Ethnologie darauf verweist, dass man einen medizinischen Bedarf erfüllt, ist in solcher zweiseitiger Abschottung die wissenschaftliche Seriosität gefährdet. Aus ethnologischer Sicht fragwürdige Standards einschlägiger medizinischer Doktorarbeiten und aus ärztlicher Perspektive unhaltbare ethnologische Behauptungen über medizinische Sachverhalte waren die Folge und haben das Verhältnis nachhaltig belastet.

Es wurde das große Verdienst der Ethnomedizin, in ihren beiden Zeitschriften immer wieder deutlich sichtbar, dass sie sich trotz dieser Gefährdung der einseitigen Vereinnahmung durch eines der beiden etablierten Fachgebiete erfolgreich widersetzte. Weder eine Subdisziplin der Ethnologie, wie sie manche mit dem Begriff Medizinethnologie postulierten, noch eine völlige medizinische Verzweckung als hilfswissenschaftliche Deckung eines ärztlich formulierten Bedarfs, wie sie manche Vertreter einer *Clinical Medical Anthropology* akzeptierten, durften die inhaltsreiche Spannung dieses interdisziplinären Gebiets vorschnell auflösen. Es behielt seine prägende Kraft gerade durch die praktischen und intellektuellen Herausforderungen des jeweils anderen Gebiets.

Der hohe Professionalisierungsgrad der *US-Medical Anthropology* konnte in dieser Situation kein Vorbild sein. Denn selbst wenn man, wie Arthur Kleinman, zugleich Facharzt und promovierter Kultur- bzw. Sozialwissenschaftler war – was auch in Deutschland nicht so selten vorkam –, erlaubten die bundesdeutschen Strukturierungen der Universitäten keine ähnliche doppelte Beheimatung in den medizinischen und kulturwissenschaftlichen Teilen der Universität. Man musste sich entscheiden. Zugleich eigene ethnologische Doktoranden zu haben und ins Medizinstudium regulär eingebunden zu sein, gelang in Deutschland nicht.

So ist es nicht verwunderlich, dass der interprofessionelle Zusammenhalt der Gründungszeit auf die Dauer verloren ging. Ethnologen orientierten sich immer mehr an den strenger werdenden Standards ihres Fachs, stellten jeweils aktuelle Theoreme über praktische oder politische Fragen, zumindest an der Universität, nicht so als Gutachter, Berater und Evaluatoren in Gesundheitsprojekten und -programmen. Und der Zwang zur Quantifizierung durch die *Evidence-based Medi-*

ciné (EBM) führte gesundheitswissenschaftlich Interessierte weiter weg von qualitativen Methoden der Ethnographie.

Ein Ende dieser fortschreitenden funktionalen Differenzierung, um es systemtheoretisch auszudrücken, ist nicht in Sicht. Ganz im Gegenteil gewinnen die jeweiligen Binnenlogiken an Bedeutung und nehmen die Schließungs- bzw. Exklusionsprozesse erheblich zu. So ist nicht mehr nur der persönliche fachliche Horizont in Begutachtungsverfahren zwangsläufig begrenzt, sondern es verlangen inzwischen auch die fachspezifischen Begutachtungsformen für Projektvorschläge, Zeitschriftenpublikationen und akademische Qualifikationen und Ernennungen eine stets stärkere Orientierung an den jeweiligen, immer spezielleren theoretisch-methodischen Standards. Eine medizinethnologische Qualifizierungsarbeit muss einen entscheidenden Beitrag zu kultur- und sozialanthropologischem Wissen und Denken leisten. Eine medizinische Arbeit muss auch aus Sicht von Mediziner*innen, die sich nicht mit fremden Medizinformen beschäftigen, einen Wert besitzen.

Ein jüngster Versuch, Kultur und Medizin wieder stärker zusammenzubringen, ist die entsprechend *Lancet Commission* zu *Culture and Health* (NAPIER *et al.* 2014). Ihre Arbeit listet zahlreiche kultur- und sozialwissenschaftliche Studienergebnisse auf, die eine Relevanz entsprechender Forschung für wichtige Gesundheitsfragen belegen. Ganz abgesehen davon, dass das breite Spektrum dieser Studien weit über das hinausgeht, was die deutsche Ethnologie und Ethnomedizin an Themenfeldern bearbeitet, handelt es sich überwiegend um Forschungen über und zur Medizin, nicht gemeinsam mit ihr. Medizin ist zumeist Objekt, nicht gleichberechtigtes Subjekt in einem gemeinsamen, fachübergreifenden Bemühen um eine Verbesserung der Situation benachteiligter Populationen.

Ob Ethnomedizin bzw. *Clinical Anthropology* in der Medizin oder Medizinethnologie als Teilgebiet der Ethnologie führt also zwangsläufig zu sehr unterschiedlichen Erkenntnisinteressen, sollte aber mindestens im Dialog gegenseitige Bereicherung ermöglichen. Entsprechende fachpolitische Vereinnahmungsversuche und Grabenkämpfe haben nicht aufgehört, insbesondere in Zeiten neoliberal gewollter Konkurrenz um Forschungsgelder, Publikationen und Stellen sogar wieder zuge-

nommen. Als spätes Erbe wissenschaftssystematischer Versuche des 19. Jahrhunderts sollten sie jedoch solchen vergangenen autoritären Zeiten angehören, als Hierarchien wichtiger als Problemlösungen waren. Insofern ist es uneingeschränkt zu begrüßen, dass sich Ethnomedizin nie zum Fach verfestigt hat, sondern interdisziplinäres Gebiet zwischen Medizin und Ethnologie bzw. Kultur- und Sozialanthropologie, d. h. zwischen klinischen, psychologischen, gesundheits-, natur-, sozial- und kulturwissenschaftlichen Ansätzen geblieben ist. Hoffentlich lernt das gleich zu behandelnde Gebiet Global Health, bei dem sich derzeit als "Global Public Health" eine Tendenz zu universal vergleichender Epidemiologie als dominierendem Anspruch abzeichnet, von dieser Offenheit der deutlich kleineren Ethnomedizin.

Verpasste Chancen

„Verpasste Chancen“ als letzter Teil dieses insgesamt leicht resignativen Überblicks meint beide Seiten, nämlich dass die Ethnomedizin eventuelle Möglichkeiten ihrer stärkeren Berücksichtigung und Institutionalisierung nicht ergriffen hat und dass die entsprechenden Diskurse durch mangelnde Einbeziehung der Ethnomedizin wesentliche Möglichkeiten vergeben. Von der Öffnung der damaligen medizinischen Entwicklungshilfe über Tropenmedizin hinaus, an der in den 1970er Jahren Ekkehard Schröder in den Heidelberger Vorbereitungskursen maßgeblich beteiligt war, kann man sagen, dass sie von der Ethnomedizin wahrscheinlich bestmöglich, wenngleich vielleicht nicht zu ihrer vollen Befriedigung genutzt wurde. Hingegen muss das Urteil zur ethnomedizinischen Beschäftigung mit der zeitgleichen Arbeitsmigration nach Deutschland wohl weniger positiv ausfallen. Eine bemerkenswerte Aufwertung erfuhren diese beiden geographisch verschiedenen großen Themenfelder der Ethnomedizin, also vereinfachend gesagt außereuropäische Indigenen- und innereuropäische Migrant*innen-Gesundheit, an Medizinischen Fakultäten und darüber hinaus im Gesundheitsbereich durch zwei in Deutschland zeitlich koinzidierende Entwicklungen: Den Transfer der in den USA so starken Global Health-Bewegung in den deutschen Sprachraum seit etwa 2010 und der großen Zahlen von Geflüchteten in Europa seit 2014/15,

die diesmal beide nicht zu einem ähnlichen ethnomedizinischen Aufschwung wie in den 1970er Jahren führten. Alle diese drei nicht optimal genutzten und gewährten Chancen für die Ethnomedizin sollen die folgenden Abschnitte ansprechen.

Verpasste Chancen I: Arbeitsmigration und Patientenperspektiven

Die Gesundheitsversorgung von Migranten, damals vor allem von Arbeitsmigranten und ihren Familien, war schon seit den 1970er Jahren in verschiedenen Publikationen und Tagungen ein Thema der Ethnomedizin, als fast alle anderen Gebiete der Medizin hier noch allenfalls eine sprachliche Problematik sahen. Auch bei anderen Patientengruppen galten deren Krankheitsauffassungen als irrelevant für den Behandlungsprozess, lediglich einzelne Aspekte von Krankheitsverhalten wurden als Störung der Compliance wahrgenommen. Obwohl ethnomedizinische Lehrinhalte damals durch ihre Integration in die Entwicklungshelferausbildung und in einzelne medizinische Fakultäten und Gruppen die Gesundheitsberufe vereinzelt, aber zunehmend erreichen konnten, ist schwer zu sagen, inwieweit sie damit allgemeine Anstöße dazu gaben, die vom Arzt abweichende Patientenperspektive stärker zu berücksichtigen. Schließlich wiesen etwa zeitgleich auch medizinsoziologische und -psychologische, psychosomatische und -therapeutische Ansätze in dieselbe Richtung. Ethnomedizin war damit auf jeden Fall auch Teil einer Reformbewegung der medizinischen Versorgung und Ausbildung, die langfristig einflussreich wurde, aber die Arzt-Patient-Differenz selten als kulturelle thematisierte.

Selbst im Hinblick auf die Bevölkerungsteile, die von ihrer jüngeren Migrationsgeschichte erkennbar geprägt wurden, schaffte es die Ethnomedizin nicht, in einem breiten medizinischen Bewusstsein drängende Fragen fehlender oder falscher Inanspruchnahme von Gesundheitsdienstleistungen als solche von Kultur zu etablieren. Dabei war die Fremdheitserfahrung durchaus auf beiden Seiten gegeben und auch verbal präsent. Sie wurde aber angesichts geringer ökonomischer Verteilungskonflikte bei allgemein wachsendem Wohlstand vergleichsweise selten zum Ausgangspunkt schwerer Auseinandersetzungen. Vielleicht war auch in Medizin und Ge-

samtgesellschaft die latent rassistische Rede von der „Mentalität“ noch immer zu stark, als dass sich ein überwiegend auf Sozialisation oder Enkulturation abzielendes Verständnis von Verhaltens- und Kommunikationsunterschieden durchsetzen konnte. Schließlich hatten in jenen Jahren auch internationale bzw. international tätige Konzerne große Probleme, die nicht zu leugnenden Unterschiede der Umgangsformen und Arbeitsstile in ihren verschiedenen Ländern auf erlernte und damit bis zu einem gewissen Grade auch lehr- und lernbare Wahrnehmungs-, Empfindens-, Denk- und Verhaltensweisen zurückzuführen. Aber während hier insbesondere in den USA *Anthropologists* eine gewisse Deutungshoheit erlangten, fehlte in Deutschland außerhalb der Entwicklungshilfe eine solche praktische Rolle akademischer Ethnologie noch weitgehend. Im Gegensatz zu Nordamerika und den Kolonialnationen der letzten Stunde verstand sich Deutschland nicht als Einwanderungsland, so dass Fragen ethnischer oder kultureller Differenz keine gesamtgesellschaftliche Bedeutung beigemessen wurde. Nach dem Scheitern von Multikulti mit dem Entstehen von Parallelgesellschaften, religiös-fundamentalistischen und neonationalistischen Strömungen bedauern dies manche rückblickend, andere sehen sich bestätigt.

Verpasste Chancen II: Geflüchtete und Verknappung im Gesundheitswesen

Schon ein paar Jahrzehnte später änderte sich die Migration. Die Mehrheit kam nicht mehr als angeworbene Arbeitskräfte, sondern noch ohne deutschen Arbeitsplatz aufgrund ihrer als aussichtslos eingeschätzten Situation im Heimat- oder Herkunftsland. In den Zeiten verknappter Ressourcen nach dem Fall der Mauer und ökonomischer Globalisierung kam dadurch in einigen Bevölkerungskreisen zusätzlich zu kultureller Fremdheit das Gefühl von Konkurrenz oder sogar Benachteiligung. Damit verschoben sich auch die politisch gewünschten Fragestellungen für die Wissenschaft. Sozialwissenschaftliche Forschung muss im heutigen gesellschaftlichen Klima auch nachweisen, dass eine weitgehende Regelversorgung von Asylsuchenden die mittelfristig kostengünstigere Alternative darstellt (BOZORGHMER & RAZUM 2014) und dass die Berücksichtigung kultureller

Differenz nicht nur effektivere, sondern auch kosteneffizientere Behandlung ermöglicht.

So ist der ursprüngliche qualitative Forschungsansatz der Ethnomedizin von Vornher ein im Nachteil. Wenn es vorwiegend darum geht, welche Interventionen die effektivsten und effizientesten sind, besteht wenig Nachfrage nach zusätzlichen Perspektiven. In dieser Situation, in der verbesserte Versorgung per se kein genügendes Motiv für die Politik und damit für die öffentliche Förderung von Forschung mehr darstellt, bietet ein menschenrechtlicher Ansatz neue Orientierung. Wenn eine bestimmte diskriminierende Maßnahme, die zu gesundheitlicher Benachteiligung führt, eine Menschenrechtsverletzung darstellt, ist das eine ganz andere Argumentationsgrundlage als der bloße Hinweis auf ja fast überall gegebene Möglichkeiten der Verbesserung von Gesundheit. Insofern passt es in die Zeit, dass international im Jahr 2000 das schon lange verbürgte und völkerrechtlich vereinbarte Menschenrecht auf Gesundheit seine entscheidende Operationalisierung erfuhr. In diesem ebenfalls völkerrechtlichen Dokument, dem *General Comment* Nr. 14 von 2000, gehört zu den Bestimmungen, dass Gesundheitsversorgung nicht nur physisch erreichbar und finanziell erschwinglich, sondern auch kulturell akzeptabel sein müsse – respektvoll gegenüber der Kultur von Individuen, Minderheiten und Gruppen.

Mit der konkreten Ausgestaltung dieser Vorgaben tut man sich jedoch außerhalb von Pilotprojekten schwer. Es hat einige Einflussmöglichkeiten für ethnologisch Informierte und Ausgebildete gegeben, in der klinischen und Organisationsberatung im Krankenhaus, in einzelnen Veranstaltungen und Gremien der Aus-, Fort- und Weiterbildung von Gesundheitsberufen, in der Mitwirkung an allgemeinen Empfehlungen und haus- oder trägerinternen Leitlinien. Entsprechende überregionale Arbeitsgruppen und Initiativen fanden sich in so unterschiedlichen Gruppen wie gesundheitswissenschaftlichen Fakultäten, deutschem Ethikrat, vielen Landesärztekammern, medizinischen Fachgesellschaften und Gesundheitseinrichtungen, den Akademien der Wissenschaften (LEOPOLDINA *et al.* 2015), der Akademie für Ethik in der Medizin (GRÜTZMANN *et al.* 2014) oder der Gesellschaft für medizinische Ausbildung (MEWS *et al.* 2018). Aber ein Gesprächszusammenhang,

der auch nur entfernt der developmentpolitisch angeregten Gründungsphase von AGEM und ihren Zeitschriften *Ethnomedizin* und *Curare* entspräche, kam nicht mehr zustande. Der migrationspolitisch bedingte Diskurs zur Gesundheit ist hochgradig polyzentrisch, wo überhaupt vernetzt eher über Personen als über Strukturen und durch keine prominenten Knotenpunkte geprägt. Insofern wäre eine zusammenführende Zeitschrift wie damals *Curare* dringender denn je. Es ist jedoch zu bezweifeln, dass dies in der heutigen disziplinären Zersplitterung und Konkurrenz überhaupt möglich wäre.

Verpasste Chancen III: Global Health

Als sich in einem komplexen Wechselverhältnis mit der Politik nordamerikanische Universitäten dem neuen Konzept *Global Health* zu widmen begannen, war die *Medical Anthropology* ein wesentlicher Ausgangspunkt. Ganze Lehrbücher und grundständige Studiengänge entstanden durch *Medical Anthropologists*, darunter viele der führenden wie Arthur Kleinman, Paul Farmer und Mark Nichter. Es handelte sich dabei aber nicht nur um alten Wein, nämlich die bisherigen Themen, in neuen Schläuchen, sondern auch um eine neue Auseinandersetzung mit den veränderten Rahmenbedingungen, so nicht zuletzt den neuen globalen Gesundheitsprogrammen.

Auch in deutschen medizinischen Fakultäten wurde dieser Anstoß aus Nordamerika in der fakultativen studentischen Lehre aufgenommen. Einen gewissen Rückenwind erfährt dies durch die neue Aufmerksamkeit der deutschen Politik für dieses Themenfeld, wenngleich die eher idealistischen Motive der Medizinstudierenden und von ihnen begeisterten Lehrenden für globale *Health Equity* mit den realpolitischen Argumentationen zu Pandemiegefahren, Antibiotikaresistenzen und Fluchtursachenbekämpfung nur begrenzte Überschneidungen aufweisen. Allerdings erfolgt, trotz ihrer Erwähnung in den studentischen Forderungen zu den Unterrichtsinhalten, die Global Health-Lehre nur an wenigen Orten mit expliziter Nennung der „Ethnomedizin“ oder „Medical Anthropology“, sofern diese nämlich in Medizingeschichte oder -soziologie ihre bescheidene Verortung gefunden hat. Der (medizin-) ethnologische Fachdiskurs spielt sich weitgehend

unabhängig von diesen Entwicklungen innerhalb der Medizin ab.

Die deutschen Versuche der Etablierung von Global Health-Lehre in der Medizin zeigten außerdem noch einmal besonders deutlich die traditionelle Vernachlässigung interdisziplinärer Zusammenhänge. Zwischen den verschiedenen global oder auf den Globalen Süden ausgerichteten Gebieten, nämlich Tropenmedizin oder Infektiologie auf der einen und *Medical Anthropology* auf der anderen Seite, gab es kaum Arbeitsbeziehungen. Zu unterschiedlich waren die vorwiegend zell- und molekularbiologischen Methoden im Labor von den Erfahrungen „im Feld“ geworden. Nicht einmal mehr diese früheren Gemeinsamkeiten der längeren Arbeit unter den zugleich eingeschränkten und anregenden Bedingungen von Ländern des Globalen Südens teilen die verschiedenen Fachgebiete heute.

Schluss und Schlüsse

Kann es also noch Orte geben, wo die methodisch und inhaltlich sehr verschiedenen wissenschaftlichen Gebiete, die sich um die Verbesserung der Gesundheit global bemühen, zusammenkommen? Muss die Ethnomedizin der Gründerjahre für uns Heutige als ähnliches, nicht-wiederholbares Goldenes Zeitalter wirken, wie es der Schamanismus für manche derjenigen ist, die der verlorenen Einheit von Religion und Medizin in dieser zugleich vorzeitlichen als auch kulturell fernen Figur eines Heilers nachtrauern? Bleibt die zunehmende Entfernung zwischen den Fächern durch unaufhaltsame Spezialisierung der Preis der Moderne für gesteigerte Leistungen in Form von Lebenserhaltung oder theoretisch anspruchsvoller Selbstvergewisserung?

Ja und Nein. Die – im Sinne von breiter Rezeption und damit akademischem Einfluss – bedeutendsten Beiträge zu Medizin und Ethnologie werden Vertreter eines interdisziplinären Feldes kaum leisten. Schon die gewöhnliche akademische Karriere verlangt entsprechende Fokussierung. Deshalb kann es sehr wohl sein, dass die wahren Brückenbauer, die authentische Bürger beider Welten sind, nicht zu vollen universitären Würden gelangen. Das hat schon Joachim Sterly vorgelebt. Und damit sind wir auch wieder beim Lebenswerk von Ekkehard Schröder.

Denn bei dieser Frage nach Orten breiter Interdisziplinarität kommt man unweigerlich auf die *Curare*. Sie hat als einer von ganz wenigen Diskursorten die heute unter dem Schlagwort Global Health angesprochene thematische Breite aufrechterhalten. Neben stärker kulturwissenschaftlichen und ethnographischen Beiträgen hat es immer auch Perspektiven aus Public Health und klinischer Medizin gegeben, die sich den Herausforderungen von Nord-Süd-Differenzen stellten (FINGER 2017).

Vielleicht ist es also für die Überlebensfragen des Globalen Südens und die existenziellen Fragen kulturell Verunsicherter im Globalen Norden kein Nachteil, dass sich Ethnomedizin nicht mit den zwangsläufigen Einseitigkeiten professionalisierte, sondern Vielfalt bewahrte.

Literatur

- ADAMS V. (ed) 2016. *Metrics: What Counts in Global Health*. Durham/London: Duke University Press.
- BOZORGMETR K. & RAZUM O. 2015. Effect of Restricting Access to Health Care on Health Expenditures among Asylum-Seekers and Refugees: A Quasi-Experimental Study in Germany, 1994–2013. *PLoS ONE* 10, 7: e0131483.
- BRUCHHAUSEN W. 2010. *Abschied von Hippokrates? Historische Argumentationen in der bioethischen Kritik am ärztlichen Ethos*. In BRUCHHAUSEN W. & HOFER H. G. (Hg) 2010. *Ärztliches Ethos im Kontext. Historische, phänomenologische und didaktische Analysen*. Göttingen: V&R unipress: 75–98.
- 2011. Medical Humanities in Deutschland – komplementäre und kritische Beiträge zur Medizin. *Bioethica Forum. Schweizerische Zeitschrift für Biomedizinische Ethik* 4, 4: 135–142.
- BUNDESGESETZBLATT I 1970: *Approbationsordnung für Ärzte*. Bonn: Bundesanzeiger Verlag GmbH: 1458–1478.
- BUNDESGESETZBLATT I 2002: *Approbationsordnung für Ärzte*. Bonn: Bundesanzeiger Verlag GmbH: 2405–2435.
- FINGER R. 2017. Rückblick und neue Standortbestimmung der „Operativen Medizin“ in sogenannten Entwicklungsländern im Kontext der heutigen Global Health Care Agenda. *Curare* 40, 4: 322–328.
- GRÜTZMANN T., PETERS T., BRUCHHAUSEN W., COORS M., JACOBS F., KÄELIN L., KNIPPER M., KRESSING F. & NEITZKE G. 2014. Grundsätze zum Umgang mit Interkulturalität in Einrichtungen des Gesundheitswesens. *Ethik in der Medizin* 26, 1: 65–75.
- JANZEN J. 1978. *The Quest for Therapy in Lower Zaire*. (Comparative Studies in Health Systems and Medical Care 1). Berkeley, CA: University of California Press.
- KOHL K.-H. 1993. *Ethnologie – die Wissenschaft vom kulturell Fremden: eine Einführung*. München: Beck.

- LATOUR B. & WOOLGAR S. 1986. *Laboratory Life. The Construction of Scientific Facts*. Princeton, NJ: Princeton University Press.
- LEOPOLDINA, ACATECH, UNION DER AKADEMIEN DER WISSENSCHAFT 2015. Kurz-Stellungnahme, 15.10.2015, Zur Gesundheitsversorgung von Asylsuchenden. https://www.leopoldina.org/uploads/tx_leopublication/2015_Gesundheit_Asylsuchende_01.pdf
- LEVEN K. H. 2008. *Geschichte der Medizin: Von der Antike bis zur Gegenwart*. München: C. H. Beck.
- MEWS C. *et al.* 2018. Kulturelle Kompetenz und Global Health: Perspektiven für die medizinische Ausbildung – Positionspapier des GMA-Ausschusses Kulturelle Kompetenz und Global Health. *GMS Journal for Medical Education* 35, 3: Doc28. doi: 10.3205/zma001174.
- NAPIER *et al.* 2014. Culture and Health. *The Lancet*, 384, 9954: 1607–1639.
- WIELAND W. 2014. *Medizin als praktische Wissenschaft (Verunft und Normativität 9)*. Hildesheim: Olms.