

Zeitschrift für Medizinethnologie
Journal of Medical Anthropology

Curare

Curare 42(2019) 1+2

**Verwandtschaft, Sorge, Technologien.
Medikalisierte Beziehungen im Alltag**

**Kinship, Care, Technologies.
Medicalized Relationships in
Everyday Life**

WV



Impressum | Imprint

CURARE. ZEITSCHRIFT FÜR MEDIZINETHNOLOGIE 42 (2019) 1+2

Herausgegeben von der Arbeitsgemeinschaft Ethnologie und Medizin (AGEM)

ISSN 0344-8622 ISBN 978-3-86135-847-3

CURARE. JOURNAL OF MEDICAL ANTHROPOLOGY 42 (2019) 1+2

Edited by the Association for Anthropology and Medicine (AGEM)

ISSN 0344-8622 ISBN 978-3-86135-847-3

Herausgeber im Auftrag der AGEM e. V.

Editor-in-Chief on behalf of AGEM e. V.

Ehler Voss (V.i.S.d.P.), ehler.voss@uni-bremen.de

www.agem.de, curare@agem.de

Redaktion | Editorial Board

Janina Kehr (U Bern), Helmar Kurz (U Münster), Mirko Uhlig (U Mainz), Ehler Voss (U Bremen)

Postadresse | Postal Address

Redaktion *Curare*, Postfach 10 04 04, D-57004 Siegen

Wissenschaftlicher Beirat | Scientific Advisory Board

Karl Baier (U Wien), Josep M. Comelles (URV Tarragona), Claus Deimel (Hamburg), Alice Desclaux (U Montpellier), Katarina Greifeld (Frankfurt), Antonio Guerci (U Genova), Mihály Hoppál (Budapest), Sushrut Jadhav (UC London), Michi Knecht (U Bemen), Ruth Kutalek (MU Wien), Danuta Penkala-Gawęcka (U Poznań), Giovanni Pizza (U Perugia), Bernd Rieken (SFU Wien), William Sax (U Heidelberg), Hannes Stubbe (U Köln)

Ehrenbeirat | Honorary Board

Hans-Jochen Diesfeld, Horst H. Figge, Dieter H. Frießem, Wolfgang G. Jilek

Begründet von | Founding Editors

Beatrix Pfeleiderer (†), Gerhard Rudnitzki, Wulf Schiefenhövel, Ekkehard Schröder (Editor of *Curare* 2001–2017)

Verlag und Vertrieb | Publishing House

VWB – Verlag für Wissenschaft und Bildung, Amand Aglaster,

Postfach 11 03 68, D-10833 Berlin, Germany

Tel. +49-[0]30-251 04 15, Fax: +49-[0]30-251 11 36,

www.vwb-verlag.com, info@vwb-verlag.com

Bezug | Subscription

Der Bezug der *Curare* ist im Mitgliedsbeitrag der Arbeitsgemeinschaft Ethnologie und Medizin (AGEM) enthalten. Einzelne Ausgaben können über den Buchhandel oder direkt über den Verlag bezogen werden.

Subscription to *Curare* is included in the membership fee of the Association for Anthropology and Medicine (AGEM). Single copies can be purchased from booksellers or directly from the publisher.

Copyright

© 2020 Arbeitsgemeinschaft Ethnologie und Medizin (AGEM)

Layout und Typografie | Layout and Typography

Nicolai Schmitt, nicolai.schmitt@mailbox.org

Umschlaggestaltung | Cover Design

Tropo Design, www.troppodesign.de

Schriften | Fonts

Source Serif & Source Sans (Paul D. Hunt).

Begutachtungsverfahren | Peer Review Policy

Alle eingesandten Forschungsartikel werden nach einer positiven Evaluation durch die Redaktion einer Begutachtung im Doppelblindverfahren unterzogen. Jeder begutachtete Artikel enthält am Ende eine Information über das Datum des Eingangs und der Annahme des Manuskripts.

After a positive evaluation by the editorial board, all submitted research manuscripts will be reviewed in a double-blind procedure. Each peer-reviewed article contains information at the end about the date of receipt and acceptance of the manuscript.

Umschlagbild | Cover Picture

Verästelungen – Verflechtungen – Verwirrungen, aufgenommen von Janina Kehr in der Nähe von Straßburg im November 2019.

Ramifications—Entanglements—Confusions, picture taken by Janina Kehr near Strasbourg in November 2019.



ZEITSCHRIFT FÜR MEDIZINETHNOLOGIE JOURNAL OF MEDICAL ANTHROPOLOGY

hg. von der Arbeitsgemeinschaft Ethnologie und Medizin (AGEM)
ed. by the Association for Anthropology and Medicine (AGEM)

VOL. 42 (2019) 1+2

EDITORIAL

Editorial 5
DIE REDAKTION

SCHWERPUNKT THEMATIC FOCUS

Verwandtschaft, Sorge, Technologien
Medikalisierte Beziehungen im Alltag
HERAUSGEGEBEN VON ANNA PALM & SABINE WÖHLKE

Medizinanthropologische Annäherungen an 9
medikalisierte Beziehungen im Alltag | Einleitung
in den Themenschwerpunkt Verwandtschaft, Sorge,
Technologien
ANNA PALM & SABINE WÖHLKE

„Wenn er mich nicht mehr erkennt, was bringt 17
das?“ | Empirische Einblicke in die Potenziale und
Grenzen von Freundschaften zwischen Menschen mit
und ohne Demenz
NINA WOLF

Waldarbeit | Praxis der medizinischen Stammbaum- 31
Arbeit in der familiären Krebsberatung
MAREN HEIBGES

Das *Social Egg Freezing* als Technologie zur 49
Fruchtbarkeitserhaltung | Potentialanerkennung
und Fruchtbarkeitsvermessung in der biomedizini-
schen Praxis
ANTONIA MODELHART

ARTIKEL ARTICLES

Ethnisierte Gesundheitsversorgung und die „türki- 61
sierte“ Arzt-Patienten-Beziehung in Deutschland
LISA PEPPLER

**FORUM
FORUM**

Mit der Stimme eines Anderen Autorität und Medien im Alberto-Kult ULRICH VAN LOYEN	73
Psychedelic Platitudes Remembering an Anthropology of the Perennial NICOLAS LANGLITZ	87
Lieblingsmedien in der Lehre Favourite Media in Teaching	
Rayna Rapp's „Real-Time Fetus“ Aktuell gebliebene Denkanstöße eines feministisch-medizinanthropologischen Blicks auf Ultraschallbilder in der Pränataldiagnostik KATRIN AMELANG	91
Von balinesischen Heilern zu ART und „cyborgs“ Eine Einführung zur Bandbreite und Relevanz der Medizinethnologie VERENA KECK	94
Thinking-with favorite reads in the anthropology of global health and environmental health SUNG-JOON PARK	96
Von Ayahuasca bis <i>Critical Global Health</i> Wandel und Beständigkeit in der medizinethnologischen Lehre PETER VAN EEUWIJK	101
Food for (Students') Thought Graphic Novels in der medizinanthropologischen Lehre JULIA REHSMANN	106
Arthur E. Imhofs Arbeiten zur Historischen Demographie MICHAEL SIMON	109
<i>Todo sobre mi madre</i> Ein Filmtipp für medizinanthropologische und -ethische Lehre zum Thema Organtransplantation SABINE WÖHLKE	113

BERICHTE
REPORTS

Affective Arrangements in Mental Health Care Settings | Report on the International Conference organized by the Collaborative Research Center 1171 “Affective Societies”, Berlin, September 24–26, 2018
HELMAR KURZ 119

Mental Health in Developing Countries. The Past, the Present, the Future | Report on the 10th International Symposium “Global Mental Health—Mental Health in Developing Countries”, Munich, October 27, 2018
MAEVE COOK-DEEGAN & GABRIELE ESCHEU 122

Where is My Mind? Ecologies of Healing and Care in More-than-human worlds | Report on the Workshop “Exploring Ecologies of Mind in (Mental) Health: Eco Pathologies and Onto-Politics of Healing Economies” by the Working Group Medical Anthropology within the German Anthropological Association (DGSKA), FU Berlin, May 16–17, 2019
MAX SCHNEPF & KAROLINE BUCHNER 125

Aesthetics of Healing. Working with the Senses in Therapeutic Contexts | Bericht zur 32. jährlichen Fachtagung der Arbeitsgemeinschaft Ethnologie und Medizin (AGEM) e. V. an der Westfälischen Wilhelms-Universität Münster, 24.–26. Mai 2019
MARION NAUBER & HELMAR KURZ 132

Preparing for Physicians. The Ambivalences of Empowerment | Bericht zur gemeinsam ausgerichteten Tagung der Arbeitsgemeinschaft Ethnologie und Medizin (AGEM) und des Sonderforschungsbereichs Medien der Kooperation, Universität Siegen, 27.–28. Juni 2019
JULIAN HÖRNER 139

NACHRUF
OBITUARIES

Experte in zwei Welten | Der Arzt und Ethnomediziner Armin Prinz (1945–2018)
RUTH KUTALEK 145

Grenzgängerin aus Leidenschaft | Das Leben der Kulturanthropologin Ina Rösing (1942–2018)
REINHARDT RÜDEL 146

REZENSIONEN
BOOK REVIEWS

Kia L. Caldwell (2017) | Health Equity in Brazil. Intersections of Gender, Race, and Policy. Urbana
HELMAR KURZ 153

Omar Dewachi (2017) | Ungovernable Life. Mandatory Medicine and Statecraft in Iraq. Stanford
MARGRET JÄGER 154

Cristina Rocha (2017) | John of God. The Globalization of Brazilian Faith Healing. Oxford
HELMAR KURZ 156

Theresia Hofer (2018) | Medicine and Memory in Tibet. Amchi Physicians in an Age of Reform. Seattle
KATHARINA SABERNIG 159

Carolin Ruther (2018) | Alltag mit Prothese. Zum Leben mit moderner Medizintechnologie nach einer Beinamputation. Bielefeld
ANDREAS WAGENKNECHT 161

Ursula Wirtz (2018) | Stirb und werde. Die Wandlungskraft traumatischer Erfahrungen. Ostfildern
HELMAR KURZ 165

Eingesandte Bücher | Books received 169

ZUSAMMENFASSUNGEN
ABSTRACTS
RÉSUMÉS

Zusammenfassungen der Beiträge 173

Article abstracts 175

Résumés des articles 177

Aims & Scope 182

Editorial

DIE REDAKTION

Wir freuen uns, mit diesem Heft den von ANNA PALM und SABINE WÖHLKE herausgegebenen Schwerpunkt zu präsentieren, der auf einem Arbeitstreffen des „Netzwerk Gesundheit und Kultur in der volkskundlichen Forschung“ der Deutschen Gesellschaft für Volkskunde im Mai 2019 beruht. Er widmet sich dem Zusammenhang von „Verwandtschaft, Sorge und Technologien“. NINA WOLF, MAREN HEIBGES und ANTONIA MODELHARDT nehmen dabei ausgehend von eigenen ethnographischen Feldforschungen in Deutschland, Österreich und der Schweiz medikalisierte Beziehungen im Alltag in den Blick. NINA WOLF untersucht das Verhältnis von Freundschaft und Verwandtschaft in Bezug auf die Pflege von Menschen mit Demenz. Sie reflektiert anhand ihrer Forschungen mit Männern in der Schweiz sehr differenziert die Schwierigkeiten und vor allem auch die Potentiale freundschaftlicher Pflege, die zwischen Fragilität, Verantwortung und sozialpolitischer Rahmung realisiert wird. MAREN HEIBGES geht in ihrem Beitrag dem Umgang mit medizinischen Stammbäumen in der familiären Krebsberatung nach, die gegenwärtig bei der Thematisierung von Vererbung oder Familienkonstellationen in ganz unterschiedlichen medizinischen Settings eingesetzt werden. HEIBGES versteht die medizinischen Stammbäume als Grenzobjekte, welche die medizinischen Beratungssituationen ko-konstituieren und in der Lage sind, Verknüpfungen zwischen verschiedenen Wissensbeständen, -hierarchien und Kommunikationsarten herzustellen. Anhand ihrer ethnographischen Beobachtungen in zwei deutschen Krankenhäusern zeigt sie unter anderem, wie die medizinischen Stammbäume im Rahmen der familiären Krebsberatung den Einzug von Humor und Affekt ermöglichen und betont damit den Aushandlungscharakter situierter medizinischer Beratungssituationen. ANTONIA MODELHARDT betrachtet auf der Grundlage ihrer Forschungen in Österreich das Social Egg Freezing – eine Technologie des Einfrierens

von Eizellen, die Frauen verstärkte Unabhängigkeit vom biologischen Alter während der biographischen Lebensplanung verspricht. Sie zeichnet den Transformationsprozess der Kategorie Fruchtbarkeit in eine biomedizinisch relevante und stark gegenderte Kategorie nach und reflektiert ihre sozialen und biologischen Auswirkungen. Somit schließt sie den Schwerpunkt des Heftes ab, der in allen Beiträgen die Verflechtungen von Körpern, Technik und Wissen in medikalisierten Alltags aus verschiedenen Perspektiven verdeutlicht.

Darüber hinaus beinhaltet das Heft zwei unabhängige Forschungsartikel. LISA PEPPLER thematisiert einen kulturspezifischen Umgang mit der medizinischen Versorgungslandschaft in Deutschland. Auf der Grundlage einer qualitativ-empirischen Forschung konturiert sie eine „türkisierte“ Arzt-Patienten-Beziehung, die Aufschlüsse über eine mehr oder weniger bewusst „ethnisierete“ Medikalkultur in der Gegenwart gibt. ULRICH VAN LOYEN analysiert die Verschränkung von technischen und menschlichen Medien in dem seit 1957 in Süditalien bestehenden Kult um den bei einem Unfall getöteten Alberto Glorioso und dessen Verhältnis zu Modernisierungsprozessen sowie Einfluss auf andere charismatische Bewegungen.

Für unsere Rubrik „Forum“ fragten wir Medizinethnolog:innen nach Texten, Büchern, Filmen oder anderen Medien, die sie in der universitären Lehre immer wieder gerne einsetzen. Wir baten um Beiträge, die sich den Fragen widmen, warum sich der ausgewählte Text bzw. das Medium besonders gut für die Lehre eignet, was an ihm gut aufgezeigt oder diskutiert werden und zu welchen Einsichten dies bei Studierenden führen kann. Da wir mit diesem Anliegen auf eine sehr positive Resonanz gestoßen sind, planen wir, die „Lieblingstexte in der Lehre“ als lose Serie weiterzuführen, die Platz bietet für kurze essayistische Texte, theoretische Review-Artikel und persönliche Rückblicke auf langjährige Lehr-

fahrung. Wir hoffen, dass die Beiträge den Anfang eines längerfristigen Austausches und gegenseitiger Inspiration bezüglich medizinanthropologischer Lehre darstellen werden und laden zu weiteren Einsendungen in deutscher oder englischer Sprache ein.

Zudem möchten wir noch auf den Forumsbeitrag von NICOLAS LANGLITZ hinweisen, der sich

die Frage stellt, welchen Weg die Rezeption seines 2012 erschienenen Buches *Neuropsychedelia: The Revival of Hallucinogen Research since the Decade of the Brain* bei der Wahl eines anderen Titels genommen hätte.

Wir wünschen viel Spaß beim Lesen und freuen uns jederzeit über Rückmeldungen.

SCHWERPUNKT
THEMATIC FOCUS

Verwandtschaft, Sorge, Technologien
Medikalisierte Beziehungen im Alltag

EDITED BY
ANNA PALM & SABINE WÖHLKE

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 medikalisisieren. 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 Figuren 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. Fitte 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

„Wenn er mich nicht mehr erkennt, was bringt das?“

Empirische Einblicke in die Potenziale und Grenzen von Freundschaften zwischen Menschen mit und ohne Demenz

NINA WOLF

Abstract Freundschaft wird im sozialwissenschaftlichen Diskurs meist als freiwilliges, reziprokes Tauschverhältnis zwischen zwei Personen, die sich auf Augenhöhe begegnen, definiert. Unter einem solchen Blickwinkel erscheinen Freundschaften im Kontext von Demenz zunächst unvereinbar. Der Artikel wirft ein kritisches Licht auf normative Freundschaftsdefinitionen und zeigt anhand empirischer Beispiele Möglichkeiten und Grenzen von Freundschaften unter sich verändernden Bedingungen auf. Anhand der Narrative von drei Männern, die jeweils eine freundschaftliche Beziehung zu einem Menschen mit Demenz praktizieren, kann gezeigt werden, dass Freundschaften Asymmetrien und Ungleichgewichten durchaus standhalten. Freunde haben eine zentrale Integrationsfunktion für demenzbetroffene Personen, indem sie sicherstellen, dass diese weiterhin an gesellschaftlichen Teilbereichen mitwirken können. Zudem übernehmen sie in der interaktiven Herstellung und symbolischen Aufrechterhaltung der Beziehung eine aktive Rolle. Der Artikel zeigt auf, dass sich freundschaftliche Beziehungspraktiken im Kontext von Demenz nicht nur verändern, sondern dass aufgrund des besonderen Kontextes auch neue Freundschaften entstehen können. Jedoch sind die Beziehungen auf Dauer fragil und drohen, auseinanderzubrechen. Schreitet die demenzielle Erkrankung voran, fühlen sich Freunde in der Verantwortungsübernahme um das körperliche Wohl des anderen oder in der Kommunikation zuweilen unsicher und überfordert. Im Hinblick auf die sozialpolitische Rahmung von Freundinnen und Freunden als Unterstützungsressource für Menschen mit Demenz im Alltag, plädiert der Artikel für eine differenzierte Betrachtung der Beziehungsform.

Schlagwörter Demenz, Alzheimer, Freundschaft, soziale Beziehungen, Alter

Demenz als soziales Phänomen erforschen

Demenz¹ ist gemäß dem ICD-10 „ein Syndrom als Folge einer chronischen oder fortschreitenden Krankheit des Gehirns mit Störungen vieler höherer kortikaler Funktionen, einschliesslich Gedächtnis, Denken, Orientierung, Auffassung, Lernfähigkeit, Sprache und Urteilsvermögen“ (www.icd-code.de). Neben dieser medizinischen Definition hat Demenz aber auch eine soziale Realität. Der Gerontopsychiater TOM KITWOOD (2013) gilt als einer der bekanntesten Vertreter der These, dass Menschen mit Demenz nicht nur durch organische Erkrankungsprozesse, sondern auch durch ihre soziokulturelle Umwelt beeinträchtigt werden. Die Gesundheitsforscherin OLIVIA WADHAM (2016: 453) bringt den Kitwood'schen Gedanken pointiert zum Ausdruck, indem sie schreibt: „Changes are not experienced in isolati-

on: they reverberate through close relationships.“ Eine demenzielle Erkrankung, so die Annahme, wird erst in zwischenmenschlichen Interaktionen spür- und erfahrbar. Damit verbunden ist die Vorstellung, dass sich nicht nur die an Demenz erkrankten Menschen, sondern auch ihre *Beziehungen* verändern. In der sozialwissenschaftlichen Demenzforschung wurde bereits viel darüber geschrieben, wie sich eine demenzielle Erkrankung auf eine Partnerschaft oder auf eine Familie auswirkt. So illustrieren VICTORIA MOLYNEAUX *et al.* (2011) beispielsweise, wie sich Interaktionen und Handlungsmuster zwischen Ehepartnern wandeln, wenn eines der Beziehungsmitglieder zunehmend auf Hilfestellungen im Alltag angewiesen ist. ANDREA RADVANSZKY (2010) zeigt auf, wie die Erkrankung eines Familienmitgliedes das gesamte Beziehungsgefüge zwischen Eltern, Kindern und Enkelkindern ins

Wanken bringt. Über die Art und Weise, wie sich Demenz in *Freundschaften* manifestiert, besteht jedoch noch Forschungsbedarf. „Most empirical research on the social relationships of persons who have dementia focusses on families and paid caregivers“, konstatiert die in Toronto forschende Ethnologin JANELLE S. TAYLOR (2017: 128). Es sei deshalb höchste Zeit, „to consider the challenges dementia poses on friendships and community connections that have often been nurtured over the course of many decades“. Der vorliegende Artikel folgt der Forderung TAYLORS und leistet einen kulturwissenschaftlichen Beitrag zur Verkleinerung der Forschungslücke. So frage ich im Folgenden: Wie manifestiert sich eine Demenz in Freundschaften? Wie werden demenzielle Veränderungsprozesse von Freunden wahrgenommen und erlebt? Als Datengrundlage fungieren empirische Beispiele aus meinem Dissertationsprojekt über häusliche Unterstützungsnetzwerke für Menschen mit Demenz im Kanton Zürich.² Anhand von narrativen Interviews mit Betroffenen, Familienangehörigen, Freund*innen, Nachbar*innen und professionellen Beratungs-, Pflege- oder Betreuungsfachpersonen gibt das Projekt Einblicke in vielseitige Lebenswirklichkeiten und Möglichkeiten der Alltagsgestaltung mit Demenz. Während eines Feldaufenthalts von zwei Jahren habe ich insgesamt fünf Unterstützungsnetzwerke ethnografisch erkundet. Einen ersten Zugang zu den Netzwerken erhielt ich jeweils durch die Kontaktaufnahme mit „Hauptbezugspersonen“ (FREWER-GRAUMANN 2014: 1), die ich an Informationsveranstaltungen über Organisationen der Demenz-Hilfe oder Internetforen kennenlernte. Alle weiteren Interviews innerhalb der fünf Unterstützungsnetzwerke wurden entweder durch die Hauptbezugspersonen oder – wie ich später noch illustrieren werde – durch persönliche Begegnungen in die Wege geleitet. Im vorliegenden Artikel stelle ich drei Gespräche aus meinem Quellenkorpus vor. Es sind Interviews mit Personen, die eine freundschaftliche Beziehung zu einem Menschen mit Demenz pflegen. Da es sich dabei ausschließlich um Freundschaften zwischen Männern handelt, spreche ich im Folgenden von Freunden in der maskulinen Form.³

Empirisch-kulturwissenschaftlicher Zugang zu Freundschaften

Ehe die Beispiele vorgestellt werden, drängt sich die Frage nach dem empirischen Zugang zu Freundschaften auf. Während es auf einen ersten Blick nämlich so erscheint, als handle es sich bei Freundschaft um ein eindeutiges Phänomen der sozialen Wirklichkeit, zeigt sich auf einen zweiten Blick, dass Freunde, im Gegensatz zu Ehepartner*innen oder Familienmitgliedern, durch keine äußeren Kriterien bestimmt werden können. Ist in Forschungsarbeiten von Freundschaft die Rede, ist damit oft eine Restkategorie für freundliche Beziehungen jenseits familialer und partnerschaftlicher Bindungen gemeint (vgl. LEUSCHNER & SCHOBIN 2016: 56). Wann ist es also gerechtfertigt, eine Beziehung zwischen zwei Menschen unter dem Fokus Freundschaft zu betrachten? Als pragmatische Lösung bietet sich ein Ansatz des Soziologen GRAHAM ALLAN (1979: 73) an, der Freundschaft als relationales Label bzw. als Beziehungsbewertung bezeichnet. Dies meint, dass Freundschaft „aus der subjektiven Sicht der Beteiligten selbst definiert“ wird (ALLAN zit. nach LEUSCHNER & SCHOBIN 2016: 56). Die Männer, die im Folgenden zu Wort kommen, bezeichnen ihre Beziehung zu einem Menschen mit Demenz also selbst als Freundschaft oder erhalten durch diese das Prädikat Freund.

Wie VINCENZ LEUSCHNER und JANOSCH SCHOBIN (2016: 56) weiter erklären, gebe es zwei Möglichkeiten, Freundschaften empirisch zu beleuchten: Eine erste, emische Herangehensweise versuche, die Binnenperspektive nachzuvollziehen. „Mit dieser Positionierung“, so die Soziologen, erhoffen sich Forscher*innen „Erkenntnisse, die durch das Folgen bestimmter Definitionen nicht möglich ist“. Sie müssen jedoch „bereit sein, Vorannahmen und bestehende Thesen zu einem Thema“ – wie beispielsweise über die strukturelle Beschaffenheit von Freundschaft – „zugunsten lokaler Konzepte zu revidieren oder zu erweitern“. Eine zweite, etische Perspektive hingegen blicke von außen auf den Forschungsgegenstand. Hier spielen Vorannahmen eine wichtigere Rolle und werden auf das empirische Material angewendet.

Als Kulturwissenschaftlerin, die an „konkreten Erfahrungen, Intentionen und Reaktionen einzelner Menschen“ sowie ihren „Befindlichkeiten

und Möglichkeiten der Lebensgestaltung in vielfältigen Situationen und Umgebungen des Alltags“ (ZIMMERMANN 2018: 9) interessiert ist, verfolge ich einen am emischen Prinzip orientierten Ansatz. Denn, wie mein Fachkollege HEINRICH GREBE (2019: 46) in seiner Dissertation über „Demenz in Medien, Zivilgesellschaft und Familie“ festhält, handelt es sich bei der empirischen Kulturwissenschaft um eine „besonders *Agency*-nahe Wissenschaft“. Im Fokus stehe „das Verhältnis von sozialer Bestimmtheit und individueller bzw. kollektiver Selbstbestimmungsfähigkeit“. Kulturwissenschaftliche Studien beleuchten also nicht nur „vorstrukturiert-reproduktive“ Handlungsweisen, sondern auch „unbestimmt-schöpferische Aktivitäten“. In diesem Sinne ist es das Ziel des vorliegenden Artikels, Vorannahmen und Thesen über die Struktur von Freundschaften zugunsten von konkreten Erfahrungen zu revidieren oder zu erweitern.

Um dies zu tun, zeige ich zunächst skizzenhaft auf, welche Thesen über Freundschaft im sozialwissenschaftlichen Forschungsdiskurs prominent diskutiert werden.⁴ Durch die Fokussierung auf die Binnenperspektive möchte ich zeigen, wie das Phänomen Demenz nicht nur das Praktizieren von Beziehungen im Alltag, sondern auch normative Vorstellungen über Freundschaft in Frage stellen kann.

Gleichheit, Reziprozität und Freiwilligkeit: Freundschaft aus soziologischer Sicht

Wird im sozialwissenschaftlichen Diskurs versucht, der Restkategorie Freundschaft Profilschärfe zu verleihen, geschieht dies in der Regel unter drei Gesichtspunkten, die ich im Folgenden kurz skizziere. So wird erstens nach den Umständen gefragt, die sich in positiver Weise auf das Praktizieren der Beziehung auswirken. Im sozialpsychologischen Diskurs hat das von PAUL LAZARFELD und ROBERT MERTON (1954) entwickelte Konzept der Wert- und Statushomophilie eine besondere Bekanntheit erlangt. Die Autoren vertreten die These, dass Faktoren wie ähnliche Ansichten, eine ähnliche Herkunft, ein ähnlicher Bildungsstand oder ein ähnlicher sozialer Status die Entstehung einer Freundschaft zwischen zwei Personen begünstigen.⁵ Einen vergleichbaren Ansatz vertritt der Soziologe SCOTT FELD (1981). Er

argumentiert, dass sich Freundschaften stets um spezifische thematische „Foci“, verstanden als Interessen, Vorlieben oder Werte, zentrieren. Foci bilden aus der theoretischen Sicht FIELDS also die Substanz einer Bindung, um die herum Freunde ihre Aktivitäten organisieren. FIELDS These besagt, dass Freundschaften umso stärker seien, je mehr Foci der Beziehung zugrunde liegen und je besser die Foci der Beziehungspartner zueinander passen. Seine Überlegungen weisen gemeinsam mit der Theorie von LAZARFELD und MERTON auf ein Strukturmerkmal hin, welches im soziologischen Diskurs als konstitutives Element von Freundschaften diskutiert wird, nämlich das der Gleichheit.

Zweitens wird Freundschaft von unterschiedlichen Autor*innen unter einem funktionalen Gesichtspunkt betrachtet. Hier wird danach gefragt, warum Menschen freundschaftliche Beziehungen eingehen und welchen Nutzen sie daraus ziehen. Der auf Männerfreundschaften spezialisierte Soziologe STEVE STEIHLER (2019: 161f.) argumentiert mit Blick auf gesellschaftliche Modernisierungs- und Individualisierungsprozesse, dass Freundschaften andere Strukturen wie Partnerschaften und Nachbarschaften überdauern können und folglich eine Art „Kompensationsfunktion“ für den einzelnen übernehmen. Freunde, so das Argument, würden „mit ihren weitreichend vernetzenden, integrierenden, stabilisierenden und ausgleichenden Wirkungen (...) zur individuellen Einbindung von Menschen“ in verschiedene Gesellschaftsbereiche beitragen. Ergänzend zur Einbindungs- und Integrationsfunktion erkennt HEINZ BUDE (2017) in Freundschaften das Potenzial, als „Anker für die Biografie des Einzelnen“ und als „Archiv für lebenslanges Lernen“ zu fungieren. STEIHLER (2019: 162) führt den Gedanken weiter aus und erklärt: „Der Freund/die Freundin ist im Prinzip ein Fixpunkt, mit dem sich eine gemeinsame Geschichte verbindet, in deren Verlauf sie zu zweit viele Situationen durchlebt haben. Als Erinnerungsträger sedimentierter Selbstanteile verkörpern sie wichtige Episoden und Anteile vergangenen inneren Erlebens.“

Freunde dienen aber nicht nur dazu, Erlebtes zu *erinnern*, sondern helfen einander auch dabei, schwierige Situationen *durchzustehen*. So argumentiert zumindest der Soziologe KLAUS SCHROETER (2008: 357f.), der Freundschaft aus der Sicht

von sogenannten personality support-Ansätzen betrachtet. SCHROETER erklärt, dass Freunde ein „Mittel“ zur „Stabilisierung psychischer und physischer Gesundheit des einzelnen“ seien. Sie fungieren gewissermaßen als persönliches Unterstützungssystem, das Einsamkeit reduziere und die „eigen[e] Persönlichkeit“ bestätige. Dies funktioniere in der Praxis aber nur dann, wenn einer der Freunde die Hilfe des anderen nicht zu stark beansprucht. Freundschaft, so die von vielen Autor*innen vertretene These, beruhe nämlich auf einem ständigen Geben und Nehmen (vgl. NÖTZOLDT-LINDEN 1994: 163). Daraus leitet sich das Prinzip der *Reziprozität* als weiteres, für Freundschaften als zentral erachtetes Strukturmerkmal ab. Laut SCHROETER (2008: 358) werde mit dem Reziprozitätsgedanken oft die These verbunden, dass eine Freundschaft auf Dauer nur bestehen könne, wenn „die Kosten-Nutzen-Bilanzierung“ positiv ausfalle bzw. „wenn der einzelne durch die Freundschaftsbeziehung mehr Vorteile erzielt, als wenn er diese Beziehung nicht eingegangen wäre“. ALLAN (2008: 11) betont in Ergänzung zu SCHROETER, dass Menschen von ihren Freunden nicht nur profitieren wollen, sondern vielmehr um die Aufrechterhaltung eines Gleichgewichtes bemüht seien.

Die Soziologin URSULA NÖTZOLDT-LINDEN (1994: 167) macht im Anschluss an ein Verständnis von Freundschaft als Tauschbeziehung darauf aufmerksam, dass Reziprozität inhaltlich nur schwer fassbar sei und Freunde stets individuell aushandeln müssten, was innerhalb der Beziehung als legitimes Tauschmedium gelte und nach welchem Modus gegeben und genommen werde. Wichtig für eine positive Bewertung der Freundschaft sei, so hält die Autorin mit Blick auf unterschiedliche empirische Studien fest, „dass die Betroffenen die Beziehung gegenseitig anerkennen und glauben, in einen gleichwertigen Austausch involviert zu sein“.

Drittens legen diverse Autor*innen den Fokus auf die kulturellen und gesellschaftlichen Kontexte, in denen Freunde ihre Beziehung praktizieren. NÖTZOLDT-LINDEN (1994: 114) erklärt, dass für Freundschaften „zwar keine konkreten Handlungsvorgaben existieren, wohl aber ein verbreitetes kulturelles Wissen darüber, was idealerweise unter Freundschaft bzw. der Rolle des Freundes verstanden werden soll“. In ihrem „Freundschafts-

handeln“ würden sich Individuen meist intuitiv am dominierenden sozialen Konzept von Freundschaft orientieren. Im Hinblick auf kulturelle Normen, die das Handeln von Akteuren in sozialen Beziehungen prägen, ist insbesondere hervorzuheben, dass Freundschaften – im Gegensatz zu Verwandtschaftsbeziehungen – aus soziologischer Sicht als grundsätzlich *freiwillige* und jederzeit kündbare Beziehung gelten. „Freunde können wählen, *was sie wie* machen wollen; innerhalb der Familie ist man verpflichtet“ (NÖTZOLDT-LINDEN 1994: 162). Der Medienwissenschaftler WERNER FAULSTICH (2007: 61) argumentiert ergänzend, dass insbesondere dann, wenn das Tauschverhältnis in der Freundschaft nicht mehr als befriedigend empfunden wird, eine Kündigung der Beziehung gesellschaftlich akzeptiert sei und kaum sanktioniert werde. Freunde lebten stets in dem Bewusstsein, dass „ihre Beziehung zwanglos jederzeit beendet werden kann“.

Demenz und Freundschaft: Ein Widerspruch?

Vor dem Hintergrund der skizzierten Vorstellungen darüber, was zwei Freunde verbindet oder auseinandertreibt, werfe ich den Blick zurück auf das Thema Demenz. Gemäß einer medizinischen Definition des Phänomens als *gehirnorganische Erkrankung*, die betroffene Personen kognitiv einschränkt und Auffälligkeiten im Sozialverhalten hervorruft (vgl. KASTNER & LÖBACH: 2018), erscheinen Demenz und Freundschaft zunächst nur schwer vereinbar – insbesondere unter Berufung auf die Strukturmerkmale *Gleichheit*, *Reziprozität* und *Freiwilligkeit* als konstitutive Elemente der Beziehung.

Auch die aktuelle Forschungslage über Demenz und Freundschaft stimmt da wenig optimistisch.⁶ Die Soziologin PHYLLIS BRAUDY HARRIS (2011: 306) greift implizit den Faktor *Ungleichheit* auf, um zu erläutern, weshalb Freundschaften im Kontext von Demenz wenig Bestand hätten. Für HARRIS stellt insbesondere der progrediente Verlauf der Krankheit, bei dem die kognitiven Fähigkeiten der betroffenen Person kontinuierlich abnehmen, ein Grund für den Abbruch von Freundschaften dar. Aufgrund des demenziell bedingten Veränderungsprozesses, so HARRIS, seien zwei ehemals *gleiche* Freunde auf einmal *ungleich*. Auch ALLAN (1986: 6) argumentiert, dass sich Freundschaft-

ten im Kontext von Demenz wandeln und hebt in Ergänzung zu HARRIS hervor, dass Menschen mit Demenz zunehmend auf Hilfestellungen und Unterstützungsleistungen durch Freunde angewiesen seien. Dies würde sich, so der Soziologe, erschwerend auf die Herstellung eines angemessenen *reziproken* Tauschverhältnisses auswirken. So überrasche es nicht, dass sich viele Personen mit zunehmendem Krankheitsverlauf aus der Freundschaft zu einem Menschen mit Demenz zurückziehen, „adding to the diagnosed persons' feelings of depression, abandonment and ‚otherness“ (HARRIS 2011: 306).

Im Anschluss an die vorgestellten Studienergebnisse zeige ich auf, wie drei Interviewpartner ihre Freundschaftsbeziehungen zu einer demenzbetroffenen Person beschreiben, wie sie das Phänomen Demenz im Beziehungsgeschehen wahrnehmen und welche Bedeutung sie den Merkmalen *Gleichheit*, *Reziprozität* und *Freiwilligkeit* für die Aufrechterhaltung der Freundschaft beimessen.

Stefan und Hans: „Man muss schon aufpassen!“

Stefan Tanner⁷ ist 65 Jahre alt und erhielt 2015 die Diagnose Alzheimer. Kennengelernt habe ich den Interviewpartner und seine Frau Brigitte über eine Ratgeber-Internetplattform für Demenzbetroffene und ihre Angehörigen. Auf meine Anfrage, ob sich Stefan und Brigitte an meinem Forschungsprojekt beteiligen möchten, heißen mich die beiden in ihrem Zuhause willkommen. In einem ersten, informellen Gespräch berichtet Stefan, wie er unmittelbar nach der Diagnose frühpensioniert wurde.⁸ Man habe ihn schlicht „aussortiert“. Heute habe er viel freie Zeit, die er am liebsten seinen Leidenschaften, dem Reisen oder sportlichen Aktivitäten widmet. Wer Stefan begegnet, erlebt einen gut gelaunten, charmanteren und gesprächigen Mann. Erst nach einer längeren Unterhaltung mit ihm fällt auf, dass sich in seinem Erzählen Details wiederholen. Stefan ist ein engagiertes Mitglied im örtlichen Jodelverein. Zu einem der Männer pflege er auch außerhalb der Vereinsstrukturen einen regelmäßigen Kontakt: Mit Hans Müller fahre Stefan regelmäßig in die Berge – oder „auf die Alp“, wie er es nennt –,

um diesem bei den Arbeiten auf einem Hof auszuhalten.

Kurz nach unserem ersten Treffen darf ich Stefan zu einer Gesangsprobe des Jodelvereins begleiten, wo ich den erwähnten Hans Müller kennenlerne. Ich nutze die Gelegenheit, ihn als Interviewpartner zu gewinnen.⁹ Im Gespräch erfahre ich, dass sich Hans und Stefan seit über 15 Jahren kennen. Gemeinsam in die Berge fahren sie allerdings erst, seit Stefan frühpensioniert wurde. Hans erklärt: „Stefan kommt auch viel auf die Alp. Also, wir versorgen das Vieh auf der Alp. Jawohl, er kommt manchmal auch arbeiten, ein bisschen Unkraut mähen oder so. Das machen wir noch nicht so lange. Erst seit drei Jahren.“

Auf meine Frage, was ihn dazu bewegt habe, Stefan in die Tätigkeiten auf der Alp einzubinden, meint Hans: „Da oben, weißt du, du hast immer eine kleine Arbeit [zu vergeben, N.W.], eine leichte Arbeit, Holz hacken oder etwas... jaja. Es gibt immer ein wenig Arbeit, die einfach zu erledigen ist.“

Aus meinen Unterhaltungen mit Stefan Tanner weiß ich, dass ihm der frühzeitige Ausstieg aus dem Berufsleben zu schaffen macht. Dass er keine sinnvolle Aufgabe mehr hat, von der die Gesellschaft profitieren kann, stimme ihn traurig. Aus diesem Grund sei er dankbar um die Gelegenheit, auf der Alp seines Freundes auszuhalten zu können. Er hacke schließlich lieber Holz, als den ganzen Tag Sudoku zu spielen.

Unter funktionalen Gesichtspunkten illustriert die Beziehung zwischen Stefan und Hans, was STIEHLER (2019: 161) als „Integrationsfunktion“ von Freundschaften bezeichnet: Indem Hans seinen Freund in die Bewirtschaftung der Alp integriert, sorgt er dafür, dass dieser in den gesellschaftlichen Teilbereich der landwirtschaftlichen Arbeit eingegliedert wird und – genau wie Stefan es sich wünscht – anderen etwas zurückgeben kann. Es ist Hans allerdings wichtig zu betonen, dass nicht nur Stefan von der Freundschaft profitiert: „Ich meine, wenn er jetzt zum Beispiel zu uns auf die Alp hoch kommt, dann macht er mir ja sogar etwas! Klar, die Zeitersparnis ist für mich nicht so groß, aber das spielt ja keine Rolle.“ Das Beispiel von Hans und Stefan konterkariert die insbesondere im defizitorientierten Demenzdiskurs verankerte Annahme, Menschen mit Demenz könnten sich aufgrund kognitiver Defizite nicht mehr als gleichwertige Partner*innen

in Freundschaften einbringen. So scheint das gemeinsame Arbeiten auf der Alp mit FELD einen Focus darzustellen, in dessen Rahmen Stefan und Hans eine Freundschaft als Tauschverhältnis praktizieren können. Von beiden wird dies als angemessen bewertet.

Im weiteren Gesprächsverlauf erfährt das Potenzial des gemeinsamen Arbeitens als Beziehungskonstituierende Substanz allerdings eine Relativierung. So frage ich Hans, ob er während der gemeinsamen Zeit auf der Alp merke, dass Stefan eine Demenz hat. Der Interviewpartner erklärt, Stefan würde ihm mehrmals am Tag die gleichen Fragen stellen – er würde sich bei der dritten Antwort dann einfach nicht mehr so viel Mühe geben. Während ihm die Kommunikation mit seinem Freund keine Schwierigkeiten bereite, stelle die Zuweisung von Arbeitsaufgaben jedoch immer mehr eine Herausforderung dar: „Die Kettensäge gebe ich ihm nicht mehr in die Hände. Das wurde etwas gefährlich. Also ich finde, ich habe jetzt fast ein bisschen Angst mit der Kettensäge bei ihm. Er ist einfach so ein bisschen, so ein bisschen zu locker, weißt du.“

Das Zitat veranschaulicht, dass für Hans die demenzielle Erkrankung von Stefan besonders dann greifbar wird, wenn jener dessen lockeren Umgang mit Arbeitsgeräten beobachtet. Hans erlebt das Verhalten seines Freundes zunehmend als unachtsam und fahrlässig. Gleichzeitig beschreibt er es als seine Aufgabe, die fehlende Selbstverantwortung Stefans durch eine vorausschauende Haltung und ein wachsames Auge zu kompensieren, wie auch das folgende Zitat illustriert: „Das letzte Mal haben wir Felder eingezäunt und dann habe ich gesagt: ‚Du schau mal, ob die Pfähle halten!‘ Wir schauen immer, ob die Pfähle halten und die, die nicht halten, wechseln wir aus. Und ich sage jetzt, unser Hag ging da entlang [...] und dann war da noch ein Hag – aber wirklich, 90 Grad rein – und das war nicht meiner, sondern der vom Nachbarn. Und dann ist er an dem Hag weitergegangen und ich habe ihn lange Zeit nicht mehr gesehen. Man muss dann schon aufpassen, es kann dann schon sein, dass er sich dann plötzlich [verirrt]. Und irgendwann ist es dann halt fast so, dass er fast nicht mehr retour findet. Aber jetzt im Moment schon noch. Auf einmal kam er dann wieder“.

Die Freundschaft zu Hans stellt für Stefan also nicht nur einen sozialen Raum dar, in dem er ei-

ner, wie er es nennt, „sinnvollen Tätigkeit“ nachgehen kann. Vor dem Hintergrund demenzieller Veränderungsprozesse tritt Hans gleichsam als eine Art *Sicherheitssystem* für die „Stabilisierung“ der „physischen Gesundheit“ (SCHROETER 2008: 357f.) seines Freundes auf. Betrachtet man Freundschaft unter einer „Rational-Choice-Logik“ als „Mittel zur Erreichung individueller Ziele“ (ebd. 2008: 358) bedeutet dies für Hans jedoch, eine Negativbilanz in Kauf zu nehmen: Auf Dauer wird er sich mehr um das körperliche Wohl seines Freundes sorgen müssen, als dieser (Unterstützungs-)Leistungen zurückgeben kann. Die Freundschaft, so die soziologische These, wird aufgrund des Ungleichheitsverhältnisses im Geben und Nehmen zunehmend fragiler.

Das Narrativ von Hans deutet allerdings darauf hin, dass eine Freundschaft weit mehr beinhalten kann als das prozesshafte Ausbalancieren von subjektiven Kosten und Nutzen. So gibt Hans im weiteren Gespräch zu verstehen, dass die einseitige Verantwortungsübernahme um das Wohl seines Freundes keinen Grund darstelle, die Beziehung zu Stefan zu kündigen. „Man sollte ein bisschen schauen“, räumt Hans ein, fügt jedoch an, dass er die Ressourcen dazu habe, auf seinen Freund Acht zu geben: „Ich meine, ich habe ja dann Zeit dort oben, ich bin ja nicht im Gehetze dort oben.“ Auf meine Frage, ob er Stefan weiterhin auf die Alp mitnehmen werde, meint Hans: „Du, so lange es geht schon. Doch, doch. Ich denke schon. Ich denke, so viel sollte ich noch ertragen. [...] Klar, irgendwann geht es dann vielleicht nicht mehr. Aber im Moment schon!“

Als Faktor, der sich erschwerend auf das Praktizieren der Freundschaft zwischen Stefan und Hans auswirken *könnte*, nennt der Interviewpartner nicht ein asymmetrisches Tauschverhältnis. Vielmehr schwingt im Erzählen des Interviewpartners eine Unsicherheit darüber mit, ob er es auch in Zukunft vermag, die demenziellen Symptome seines Freundes zu kompensieren und auf der Alp weiterhin als Sicherheitssystem für ihn aufzutreten.

Helmut und Freddy: „Du kannst ja nicht einfach klappern?“

Helmut Steiner ist 80 Jahre alt und erhielt 2014 die Diagnose Alzheimer. Ich habe ihn und seine Frau, Trudi Steiner, dank der Vermittlung durch *Alzheimer Zürich* kennengelernt. Im Gegensatz zu Stefan ist die Krankheit bei Helmut bereits in einem fortgeschrittenen Stadium. Seit einigen Monaten wohnt er deshalb in einem Pflegezentrum. Als ich ihn dort gemeinsam mit Trudi besuche, treffen wir per Zufall auf seinen Freund, Freddy Borer. Spontan frage ich Freddy, ob er Lust hätte, sich an meinem Forschungsprojekt zu beteiligen.¹⁰ Im Interview erfahre ich, dass sich Helmut und Freddy seit ihrer Jugend kennen und früher viel gemeinsam unternommen haben. Einmal seien sie sogar mit dem Fahrrad nach Italien gefahren. Freddy berichtet lebhaft von den Abenteuern, die sie auf der Reise erlebt und den schönen Frauen, die sie kennengelernt hätten. Seit Helmut an Alzheimer erkrankt ist, sei der Kontakt zwischen ihnen allerdings weniger geworden. Freddy gehe Helmut nur ungern besuchen, meint er und fügt an: „Es ist schon nicht ermunternd, wenn du ihn besuchen gehst.“ Auf meine Frage, was ihm denn zu schaffen mache, erklärt er: „Ich habe [Helmut], vielleicht so vier bis sechs Wochen nicht mehr gesehen vorher. Und dann, je länger das Intervall ist, desto mehr merkst du, dass es bergab geht. Darum weiß ich nicht, wie lange es geht, bis er mich überhaupt nicht mehr erkennt, oder? Ich nehme an, die eigene Familie wird er noch erkennen, aber ob er mich dann noch erkennt... naja! Gut, du musst damit leben.“

Freddy beschreibt Helmut's Demenz als eine Krankheit, die sich wie ein Keil in die Beziehung schiebt und die beiden Freunde langsam voneinander zu entfremden droht:

„Die Situation wird jetzt natürlich auch nicht besser dadurch, dass er sich noch mehr abschottet. Oder dass er abgeschottet wird durch seinen Zustand. Irgendwann fragt man sich dann schon, ob der Mensch noch etwas davon hat, dass ich jetzt komme. Und nicht irgendeiner, den er hinten und vorne nicht kennt. Wenn er mich nicht mehr erkennt? Was bringt das? Spürt er jetzt trotzdem noch, dass das jetzt der *Alte* ist, der gekommen ist? Es ist noch nicht lange her, da hat er ein riesen Geschrei gemacht: ‚Ja, *der Alte* kommt, schau

mal! Der *Alte* ist gekommen!‘ Das ist jetzt das letzte Mal nicht der Fall gewesen.“

Um zu analysieren, was Freddy in der Begegnung mit seinem an Demenz erkrankten Freund Mühe bereitet, bietet sich eine theoretische Betrachtung von Freundschaft als Herstellungsleistung an. In Handlungs- und Praxistheorien wird Freundschaft als Prozess beschreiben, durch welchen sich zwei Personen kognitiv und emotional ‚näher‘ kommen, indem sie u.a. persönliche Informationen miteinander austauschen (vgl. SIMMEL 1968: 258) und durch gemeinsame Erlebnisse bzw. durch die „raum-zeitliche und symbolische Synchronisation von Handlungen“ eine gemeinsame „Freundschaftswelt“ konstruieren (NÖTZOLDT-LINDEN 1994: 157). Ähnlich wie es MAURICE HALBWACHS (1966: 209) für das Konzept des „Familiengedächtnisses“ andenkt, wird auch für die Beziehungsform der Freundschaft davon ausgegangen, dass Freunde „von [ihnen] allein zu bewahrend[e] Erinnerungen und Geheimnisse“ oder sogenannte „Eigengeschichten“, besitzen, die sie auf besondere, unersetzbare Weise miteinander verbinden (vgl. LENZ 2008: 20). Diese Eigengeschichten und das „angehäufte sedimentierte und erinnerte Wissen über die Beziehung und die Beziehungspartner“ (ebd.) spielen auf einer symbolischen Ebene für die fortlaufende Absicherung und Bestätigung der Freundschaft eine zentrale Rolle. Mit ihren Eigengeschichten bilden Freunde eine „zunehmend gefestigte Freundschaftsbasis“ aus, „die der Zerbrechlichkeit dieser Beziehungsform“ entgegenwirke (Stiehler 2019: 167). Gleichzeitig leitet sich daraus die der Freundschaft zugeschriebene *Funktion* ab, dass Freunde in der Biografie des Einzelnen als „Erinnerungsträger sedimentierter Selbstanteile“ (ebd.: 162) fungieren.

Wenn sich also Freddy in der Begegnung mit Helmut unsicher ist, ob dieser noch spüre, dass *der Alte* ihn besuchen komme, dann fragt er damit implizit, ob er noch als Erinnerungsträger für seinen Freund fungieren, ob er ihre Eigengeschichten weiterhin verkörpern und gemeinsame Erlebnisse „verlebendigen“ kann (NÖTZOLDT-LINDEN 1994: 203). Welche *Funktion* hat die Freundschaft für Helmut, wenn er sich nicht mehr an die gemeinsame Vergangenheit erinnert? Lange Zeit habe Freddy, wie er weiter erklärt, eine aktive Rolle in der symbolischen Absicherung und Be-

stätigung seiner Freundschaft zu Helmut einnehmen können, indem er ihn gezielt mit Episoden aus ihrem gemeinsamen Freundschaftsgedächtnis zu animieren versuchte. Heute, betont Freddy, sei die Situation anders: „Weil das letzte Mal, als wir da waren [...], da habe ich etwas von *Riva San Vitale* erzählt, wo wir ja mit dem Velo [Fahrrad] hingefahren sind, das ist bei ihm immer ein Gesprächsthema gewesen. Wir waren dort unten in den Ferien und haben gefischt, weil wir nichts mehr zum Essen hatten. Ich wollte ihn ‚ankicken‘ [anregen/ermuntern] mit *Riva San Vitale*, was ich alles anschauen ging, was er alles kannte, oder? Nein, er hat nicht mehr reagiert! Ich habe die *Bar Boma* speziell erwähnt, weil dort waren liebe Leute, die haben uns sehr wohl gemocht und wussten, dass wir pleite sind. Jaja, da war er durchaus immer voller Begeisterung für alles. Hat sich für vieles begeistert! [...] Aber zu meinem Entsetzen habe ich festgestellt, dass er... im Gegensatz zu vor ein paar Wochen gar nicht mehr reagiert hat auf das. Hat nicht mehr reagiert, null.“

Das gemeinsame Schwelgen in ihren Eigengeschichten stellte, wie aus dem Zitat von Freddy hervorgeht, lange Zeit einen Focus dar, um den Freddy und Helmut ihre Beziehung organisierten. Nun, da Helmut auf einmal nicht mehr am gemeinsamen Erinnern teilnimmt, scheint Freddy nicht mehr zu wissen, wie er die Freundschaftsbeziehung weiterhin aufrechterhalten kann. Er schildert die Situation als festgefahren: „Es ist eine scheiß Situation. Ich weiß halt auch wirklich keinen Rat, wie man umgeht mit solchen Leuten. Du kannst ein bisschen ‚quatschen‘ und versuchen, ihn ein bisschen zu erheitern und so, oder? Ich habe es versucht mit *Riva San Vitale* und du hast keine Reaktion. Ja gut, was machst du dann? Du kannst ja nicht einfach ‚plappern?‘“

Freddy wisse nicht, wie man „mit solchen Leuten“ umgeht und bringt dadurch eine subjektiv empfundene Distanz zwischen ihm und Helmut zum Ausdruck. Die Formulierung ‚solche Leute‘ kann als eine Diskursform gelesen werden, mit der „Menschen zu grundlegend anderen gemacht werden“ (LENZ 2010: 163). Aus der Sicht von Freddy, sind er und Helmut nicht mehr *gleich*. Vielmehr beschreibt der Interviewpartner seinen langjährigen Freund als einen Menschen, zu dem er keinen kommunikativen und emotionalen Zugang mehr findet. Die Freundschaft, so legt es zu-

mindest der soziologische Diskurs nahe, ist der Gefahr ausgesetzt, zu zerbrechen. Zum Abschluss des Interviews frage ich Freddy, ob er Helmut dennoch weiterhin besuchen gehe. Er meint: „Helmut ist ein Freund von mir seit Jugendzeiten! Entweder du hast Freunde oder du hast keine mehr. Also du kannst [ihn] jetzt nicht in den dreckigen Zeiten einfach abschieben, das ist nicht korrekt!“

Obwohl Freddy, wie er zu Beginn unseres Gesprächs bereits deutlich macht, die Treffen mit Helmut weder als ermunternd empfindet noch den Sinn seiner Besuche erkennt, stellt eine Kündigung der Freundschaft für ihn keine Option dar. Der Interviewpartner begründet seine Entscheidung durch den Verweis auf eine normative Vorstellung über *richtiges* und *gutes* freundschaftliches Handeln: Auch wenn die Freundschaft – verstanden als reziprokes Tauschverhältnis – nicht mehr als befriedigend bewertet und auch wenn das Gegenüber zunehmend als *anders* wahrgenommen wird, stünden, so die moralische Positionierung Freddys, langjährige Freunde in der Pflicht, die Beziehung zumindest über eine räumliche Ko-Präsenz aufrechtzuerhalten.

Helmut und Peter: „Ich kann ihm ja etwas geben!“

In einem Gespräch mit Trudi, der Ehefrau von Helmut Steiner, erfahre ich, wie sich eine Person aus ihrem Freundeskreis besonders stark um einen regelmäßigen Kontakt mit Helmut bemühe, ihn besuche oder Ausflüge mit ihm mache.¹¹ Ich frage Trudi, ob sie mir diesen Freund vorstellen kann, da ich ihn gerne interviewen würde. Als ich Peter Bosshard anrufe und ihm von meiner Forschung berichte, ist er sofort bereit, sich mit mir zu treffen.¹² Während einem gemeinsamen Mittagessen erfahre ich mit Erstaunen, dass Peter und Helmut vor wenigen Jahren noch gar nicht so gut befreundet waren. Erst in den letzten Jahren habe sich die Beziehung intensiviert. Peter erklärt mir, dass er Helmut in einer Wandergruppe, zu der auch ihre beiden Ehefrauen gehören, kennengelernt habe. Als Helmut wegen der Folgen seiner Demenz mit der Zeit immer weniger gut habe laufen können, habe sich seine Frau fast dazu entschlossen, nur noch allein an den Ausflügen teilzunehmen. Peter sei dann, wie er berichtet, helfend eingesprungen

und habe es Helmut ermöglicht, ein Teil der Wandergruppe zu bleiben:

„Eine Zeit lang ist Helmut mitgekommen auf den Berg, erzählt Peter Bosshard. Dann „sind die Frauen gewandert und ich bin mit Helmut einen Kaffee trinken gegangen und habe dort gewartet in der Zeit. Das war für mich eine Freude, das habe ich gerne gemacht!“ Während der Zeit im Café hätten Peter und Helmut viele Gespräche miteinander geführt. „Er hat gerne von früher erzählt. Dann gab es manchmal abrupte Themenwechsel, dass er plötzlich wieder in etwas hereinkam, was ihn sehr beschäftigte oder was ihn berührte. [...] Ich habe auch die Tendenz, gerade rein zu reden. Das sollte man nicht machen. Lieber das Thema fertig sprechen lassen. Sonst gibt es plötzlich ein Durcheinander!“

Peter erklärt, dass die Gespräche mit Helmut zuweilen nicht den normativen Regeln der Interaktion folgten, gibt allerdings zu verstehen, dass er versucht habe, sich den Umständen so gut wie möglich anzupassen. Aufgrund seines Wissens über Bedürfnisse von Menschen mit Demenz, habe sich Peter in den Gesprächen bewusst zurückgenommen, damit Helmut seine Sorgen und Ängste mitteilen konnte. Die Gesprächspraxis zwischen Peter und Helmut ist auf den ersten Blick eine soziale Situation, die durch eine starke Asymmetrie im Geben und Nehmen geprägt zu sein scheint, was Peter allerdings revidiert:

„[Helmut] ist einfach ein lieber Mensch. [Seine Frau] hat gejamert, eben, sie wäre froh, wenn sie jemanden hätte, und ich habe gesagt, wenn du etwas brauchst oder so, dann kannst du mich anrufen. [...] Aber sie nutzt [das Angebot] fast zu wenig aus. [Aber] das ist nicht ausnutzen für mich – im Gegenteil, ich finde das schön!“ Peter kann, wie sich im weiteren Gesprächsverlauf zeigt, nur mit Mühe in Worte fassen, was er durch die aktive Freundschaft zu Helmut zurückerhält und wie auch er von der Beziehung profitiert. Peter sagt, es würde sein „Lebens-Ding“ erweitern, er würde Erfahrungen sammeln. Es würde ihm Freude bereiten zu sehen, wenn Helmut glücklich sei.

Mit dem bemühten Narrativ illustriert Peter eine im Demenzdiskurs wenig beleuchtete Art und Weise, wie Freundschaften zu Demenzbetroffenen gerade *aufgrund* der besonderen Umstände und Herausforderungen in der Kommunikation als Chance für persönlichen Wachstum

oder „unforeseen forms of growth“ (TAYLOR 2017: 129) erfahren werden können. Wie sich im weiteren Gesprächsverlauf allerdings zeigt, empfindet Peter den Austausch mit Helmut nicht *nur* als bereichernd. Zu schaffen mache ihm besonders die Tatsache, dass er sich im Umgang mit den demenziellen Symptomen seines Freundes nicht sicher genug fühle. So wisse Peter beispielsweise manchmal nicht, wie er darauf reagieren solle, wenn Helmut etwas erzählt, was nicht der eigenen Wahrnehmung entspreche:

„Meine Partnerin sagt, ja, du darfst ihm nicht widersprechen oder so, du musst ihm immer Recht geben, oder. Aber ich frage mich manchmal, wenn es nicht richtig ist, soll ich dann da trotzdem widersprechen oder nicht widersprechen?“

Peter hat ein großes Interesse daran, zu lernen, wie man hinsichtlich aktueller Therapie-Standards und -Leitlinien am besten mit demenziell veränderten Menschen umzugehen habe. So wendet er sich in unserem Gespräch auch immer wieder fragend an mich. Es scheint, als suche Peter nach einer Bestätigung seines Handelns – eine Absicherung, die ich ihm in meiner Rolle als Forscherin nicht geben kann. „Eben ja, ich weiß nicht, ob man ihn schonen soll. Ob es Dinge gibt, die ich nicht sagen soll, oder so? Das weiß ich auch, dass man viele Sachen nicht erzählen darf, aber wenn ich manchmal sage – eben, es kommt viel vom Sohn, der gestorben ist, das berührt ihn, da kommt er in eine Melancholie, oder, das ist natürlich... eben dann denke ich, soll ich nachfragen? Und ich glaube, manchmal redet er gerne über das! [...] Aber eben, die Sicherheit fehlt mir. Dass ich sage, das, was ich jetzt sage, ist schon richtig.“

Aus Angst davor, seinem Freund zu nahe zu treten, bleibt Peter lieber still, wenn Helmut über Dinge berichtet, die ihn belasten. Die Zitate des Interviewpartners deuten zwar darauf hin, dass Faktoren wie *personal growth* oder *personal transformation* dazu beitragen können, dass asymmetrische Beziehungen als bereichernd und das Geben und Nehmen als angemessen erfahren werden. Gleichzeitig macht sein Beispiel aber auch deutlich, dass Freunde (genau wie Angehörige) zuweilen auf Unterstützung oder Bestätigung durch Dritte angewiesen sind, um die Herausforderungen einer Demenz bewältigen zu können.

Freundschaft und Demenz: Thesen revidieren und erweitern

Anhand einer vergleichenden Zusammenschau der drei vorgestellten Beispiele werde ich nun reflektieren, welche Rolle die Merkmale *Gleichheit*, *Reziprozität* und *Freiwilligkeit* für das Praktizieren einer Freundschaft im Kontext von Demenz spielen können.

Hinsichtlich des Kriteriums der *Gleichheit* zeigt sich am Beispiel von Stefan und Hans, dass nicht die Anzahl geteilter Foci oder übereinstimmende Werte darüber entscheiden, ob eine Freundschaft die Turbulenzen einer Demenz aushält. Vielmehr scheint der *Art* des Focus, um welchen die Freunde ihre Beziehung organisieren, eine zentrale Rolle zuzukommen. Gerade dann, wenn Demenzsymptome die normativen Regeln der Interaktion außer Kraft setzen, kann eine gemeinsame Aktivität wie das Arbeiten auf der Alp als zentraler Beziehungsträger fungieren – ungeachtet der Frage, wie *ähnlich* sich die Beziehungsmitglieder sind.

Darüber hinaus weisen die Beispiele darauf hin, dass Freundschaften Asymmetrien und Ungleichgewichten durchaus standhalten: Freunde können, wie Hans es vorlebt, die Verantwortung um das körperliche Wohl des anderen mittragen. Sie können auch den aktiven Part in Gesprächen übernehmen, geteilte Erinnerungen aufwecken oder die Beziehung symbolisch bestätigen – genauso, wie es Freddy in der Interaktion mit Helmut lange Zeit gelungen ist.

Für das Merkmal der *Reziprozität* zeigt sich anhand des empirischen Materials, dass Freundschaften im Kontext von Demenz nicht auf die prozesshafte Herstellung eines gleichwertigen Austausches angelegt sein müssen, um bestehen zu können. Die vorgestellten Freundschaftspraktiken folgen keiner Rational-Choice-Logik, sondern basieren auf der Entscheidung, *für* den anderen da zu sein, sich *für* ihn einzusetzen und sich *um* ihn zu sorgen.

Im Hinblick auf das Merkmal der *Freiwilligkeit* illustrieren die vorgestellten Beispiele, dass Freunde von Menschen mit Demenz ihr Freundschaftshandeln sowohl intrinsisch als auch über das Befolgen von sozialen Normen und Konventionen begründen. Das Beispiel von Freddy zeigt, wie subjektiv empfundene Gefühle der Verpflichtung gegenüber einem langjährigen Freund als

Grund dafür gelten, weshalb die Freundschaft trotz erschwelter Bedingungen nicht aufgekündigt wird. Gleichzeitig ermöglicht der Faktor Freiwilligkeit aber auch das Entstehen von neuen Freundschaftsbezügen oder die Intensivierung von Freundschaftspraktiken, wie dies im Fall von Peter und Helmut geschehen ist. Insbesondere wenn Menschen erkennen, dass der von Demenz betroffene Freund ihre Anwesenheit genießt und von ihrem Engagement profitiert, kann sich dies förderlich auf die Beziehungspflege auswirken.

Zu einem ähnlichen Ergebnis kommt auch TAYLOR (2017: 137): „The individuals I have interviewed [...] describe friendship after dementia as a relationship that is capable of changing, rather than simply enduring.“ **In Ergänzung zu ihrer Studie**, die Freundschaft im Kontext von Demenz als Chance für beide Beziehungspartner erscheinen lässt, weisen meine Interviews auch auf Herausforderungen und Grenzen der Beziehungsform hin. So schwebt einerseits der progrediente Verlauf einer Demenz wie ein Damoklesschwert über der Beziehungspraxis zwischen Hans und Stefan: Lässt Stefans Orientierung nach und bedarf er im Umgang mit Werkzeugen noch mehr Unterstützung, wird Hans ihn nicht mehr mit auf die Alp nehmen können. Andererseits zeigt das Beispiel von Freddy, welcher sich der Kommunikation mit seinem Freund nicht mehr gewachsen fühlt, vor welche Hürden Freunde gestellt werden, wenn die Kommunikation als beziehungskonstituierendes Element versagt. Auch Peter, der es als erfüllend empfindet, seinem demenzbetroffenen Freund zu helfen, fühlt sich im Umgang mit ihm manchmal derart verunsichert, dass er den Stellenwert seiner Besuche bei Helmut zuweilen hinterfragt.

Fazit und Plädoyer für eine weiterführende Forschung

Die im vorliegenden Artikel vorgestellten Beispiele geben nur einen kleinen Einblick in Beziehungspraktiken und -erfahrungen von Freunden im Kontext der Demenzerkrankung. Nichtsdestotrotz werfen sie die Frage auf, ob eine Freundschaft in diesem Zusammenhang, wie viele Autor*innen es prognostizieren, zum Scheitern verurteilt sein muss. Eine weiterführende Erforschung der Umstände, unter denen es Menschen gelingt, auch längerfristig *asymmetrische*

Beziehungen zu pflegen, erscheint nicht nur unabdingbar, da mit dem Wegfall von Freundschaften das Netz, welches demenzbetroffene Personen an sozialer Gemeinschaft teilhaben lässt, großmaschiger wird. Auch weil da Freund*innen in sozialpolitischen Debatten als hochrelevante Unterstützungsressourcen für Menschen mit Demenz diskutiert werden, ist eine differenzierte Betrachtung ihrer Unsicherheiten, Sorgen und Herausforderungen im Alltag begrüßenswert. So hält das Schweizer Bundesamt für Gesundheit in der Nationalen Demenzstrategie (2014–2019: 43) beispielsweise fest, dass Freund*innen „in einem nicht professionellen Rahmen regelmäßig Hilfsdienste, Begleitung/Betreuung und Pflege“ anbieten würden. Damit, so wird postuliert, „unterstützen sie die an Demenz erkrankte Person in der Bewältigung ihrer Alltagsschwierigkeiten und vermitteln ihr das Gefühl von Sicherheit“. Da meine Forschungsergebnisse nicht nur auf die Flexibilität von Freundschaften, sondern auch auf deren Fragilität hinweisen, plädiere ich dafür, die Unterstützung durch Freund*innen auch im sozialpolitischen Diskurs nicht als Selbstverständlichkeit zu erachten, sondern – mithilfe kulturwissenschaftlich-ethnografischer Methoden – genauer hinzuschauen. So argumentiere ich vor dem Hintergrund der dargestellten Beispiele weiter, dass es nicht ausreicht, den Abbruch von Freundschaften im Kontext von Demenz auf ein Ungleichgewicht im freundschaftlichen Geben und Nehmen zurückzuführen. Die von mir untersuchten Freundschaften werden nicht gekündigt, weil die Kosten-Nutzen-Bilanz der Tauschbeziehung negativ ausfällt. Die Beispiele deuten vielmehr an, dass sich Gefühle der Unsicherheit oder Überforderung hinderlich auf das Praktizieren der Beziehung auswirken: Wie lange können die wahrgenommenen Defizite des Gegenüber noch kompensiert werden? Wann werden gemeinsame Aktivitäten gefährlich? Wie kann die Freundschaft aufrechterhalten werden, wenn das Gegenüber nicht mehr an der gegenseitigen Interaktion teilnimmt? Welche Gestaltungsmöglichkeiten für Freundschaften bieten sich auch im fortgeschrittenen Krankheitsstadium an? Solche Fragen werden, wie meine Beispiele zeigen, für Freunde mindestens genauso wichtig wie die Frage, welche Vorteile sie für sich selbst aus der Beziehung ziehen.

Ich möchte meine Ausführungen mit einem Zitat von HARM-PEER ZIMMERMANN (2018: 13) abschließen, der schreibt: „Wir können Demenz als eine Herausforderung ansehen, die durchaus Positives bewirken kann, weil sie uns auf die Probe stellt. Demenz führt uns in eine Grenzsituation, in der wir über unser Zusammenleben nachdenken und uns öffnen können für neue Lösungen.“

Auch Freunde, so habe ich in diesem Beitrag gezeigt, werden durch die Demenz eines nahestehenden Menschen auf die Probe gestellt und sie sind gefordert, neue Lösungen für das Kommunizieren und die Beziehungspflege zu finden. In dieser Lösungsfindung, so mein Argument, dürfen Freunde aber nicht allein gelassen werden. Damit Demenz Positives bewirken kann, bedarf es einer weiterführenden wissenschaftlichen und sozialpolitischen Auseinandersetzung mit den Herausforderungen, aber auch den (ungeahnten) Potenzialen von Freundschaft im Kontext von Demenz.

Anmerkungen

1 Gemäß Angaben von *Alzheimer Schweiz* leben aktuell 154.700 Menschen mit Demenz in der Schweiz. Jährlich kommen 29.500 Personen dazu.

2 Das Forschungsprojekt trägt den Titel *Sorge-Figurationen bei demenziellen Erkrankungen in der Schweiz*. Es ist am Institut für Sozialanthropologie und Empirische Kulturwissenschaft der Universität Zürich angesiedelt und wird durch den Schweizerischen Nationalfonds gefördert. Nach einem Start im April 2016 kommt das Projekt im Frühjahr 2020 zum Abschluss. Weitere Informationen finden sich unter www.sorge.uzh.ch.

3 Dass ich ausschließlich Männerfreundschaften in die Analyse einbeziehen kann, ist dem Zufall bzw. meinem explorativen Forschungsvorgehen gemäß dem Schneeballprinzip geschuldet. Da es zuweilen schwierig sein kann, Angehörige und Freunde von Menschen mit Demenz für lange Interviews zu gewinnen, spielte das Kriterium Gender für die Auswahl von Forschungspartnerinnen und -partnern eine untergeordnete Rolle. Eine Reflexion genderbedingter Einflüsse auf das Praktizieren von Freundschaften findet im Folgenden nicht statt, da ich keine empirischen Vergleiche zwischen Männer- und Frauenfreundschaften ziehen kann.

4 Ich stütze mich dabei primär auf Beiträge aus Soziologie und Sozialpsychologie. In der empirischen Kulturwissenschaft besteht zum Thema Freundschaft noch Forschungsbedarf. Pionierarbeit leistete MARGRET HANSEN mit ihrer Studie über Frauenfreundschaften. Anhand von biografischen Interviews kann sie aufzeigen, wie das persönliche Erzählen über Freundschaften sowohl kreativ-eigensinnige Momente als auch „übergreifende Gemeinsamkeiten“ und typische „Denk-, Deutungs- und Rechtfertigungsmuster“ aufweist (HANSEN 2009: 327).

5 KNECHT und SCHOBIN (2016: 118) unterscheiden zwischen „harten“ und „weichen“ sozialen Eigenschaften, wobei harte Eigenschaften Kriterien wie das Geschlecht, die Klasse oder ethnische Herkunft meinen, während weiche Eigenschaften eher selbstgewählt seien und soziale Größen wie Konsumstile oder politische Einstellungen meinen.

6 Bisher beleuchten erst wenige empirische Studien die Freundschaftserfahrungen und -praktiken zwischen Menschen mit und ohne Demenz. Zu erwähnen ist an dieser Stelle das an der Universität Zürich angesiedelte Forschungsprojekt von VALERIE KELLER und HEINRICH GREBE mit dem Titel „Selbstsorge bei Demenz im Horizont von Spiritual Care und Kulturwissenschaft“ (Laufzeit von 2018 bis 2021). Das Team unter der Leitung von HARM-PEER ZIMMERMANN und SIMON PENG-KELLER forscht u.a. über Wünsche und Bedürfnisse von Menschen mit Demenz in Bezug auf Freundschaften und soziale Beziehungen.

7 Sämtliche Namen sind pseudonymisiert.

8 Das Gespräch mit Stefan Tanner fand am 16.3.2017 im Kanton Zürich statt. Es diente einem ersten, ungezwungenen Kennenlernen. Die Informationen habe ich in einem Gedächtnisprotokoll festgehalten

9 Das narrative Interview mit Hans Müller fand am 2.5.2017 im Kanton Zürich statt. Sämtliche Zitate des Interviewpartners stammen aus dem Transkript dieses Gesprächs.

10 Das narrative Interview mit Freddy Borer fand am 30.11.2017 im Kanton Zürich statt.

11 Da ich mit Helmut aufgrund seiner fortgeschrittenen Demenz keine offiziellen Interviews geführt habe, weiche ich zur Identifikation von Peter als Freund auf eine Beziehungsbewertung durch seine Frau aus.

12 Das narrative Interview mit Peter Bosshard fand am 26.8.2016 im Kanton Zürich statt.

Literatur

- ALLAN, GRAHAM 1986. Friendship and Care for Elderly People. *Ageing and Society* 6, 1–12.
- 2008. Flexibility, friendship and family. *Personal Relationships* 15: 1–16.
- 1979. *A sociology of friendship and kinship*. London: Gregor Allen & Unwin.
- BRAUDY HARRIS, PHYLLIS 2011. Maintaining Friendships in early stage dementia: Factors to consider. *Dementia* 3, 11: 305–314.
- Bude, Heinz 2017. Soziologie der Freundschaft. *Berliner Journal für Soziologie* 27, 3–4: 547–557.
- Bundesamt für Gesundheit (BAG) und Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK): *Nationale Demenzstrategie 2014–2019*. <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/strategie-und-politik/nationale-gesundheitsstrategien/nationale-demenzstrategie.html> [01.12.2019].
- FAULSTICH, WERNER 2007. Was heißt Freundschaft? Anatomie einer Beziehung aus kulturwissenschaftlicher Sicht. In FAULSTICH, WERNER (Hg). *Beziehungskulturen*. München: Wilhelm Fink Verlag: 58–70.
- FELD, SCOTT L. 1981. The Focused Organization of Social Ties. *American Journal of Sociology* 86, 5: 1015–1035.
- FEWER-GRAUMANN, SUSANNE 2014. *Zwischen Fremdfürsorge und Selbstfürsorge. Familiäre Unterstützungsarrangements von Menschen mit Demenz und ihren Angehörigen*. Wiesbaden: Springer.
- GREBE, HEINRICH 2019. *Demenz in Medien, Zivilgesellschaft und Familie. Deutungen und Behandlungsansätze*. Wiesbaden: Springer.
- HALBWACHS, MAURICE 1966: *Das Gedächtnis und seine sozialen Bedingungen*. Frankfurt/M.: Suhrkamp.
- HANSEN, MARGERT 2009. *Freundinnen. Freundschaftserfahrungen in weiblichen Biographien*. Münster: Waxmann.
- KASTNER, ULRICH & LÖBACH, RITA 2007. *Handbuch Demenz*. München, Jena: Urban & Fischer.
- KITWOOD, TOM 2013. *Demenz. Der person-zentrierte Ansatz im Umgang mit verwirrten Menschen*. Bern: Verlag Hans Huber.
- KNECHT, ANDREA & SCHOBIN, JANOSCH 2016. Die Homogenität von Freundschaft. In SCHOBIN, JANOSCH; LEUSCHNER; VINCENZ; FLICK, SABINE; ALLEWELDT, ERIKA; HEUSER, ERIC A. & BRANDT, AGNES (Hg). *Freundschaft heute. Eine Einführung in die Freundschaftssoziologie*. Bielefeld: transcript: 117–130.
- LAZARUSFELD, PAUL & MERTON, ROBERT 1954. *Friendship as Social Process. A Substantial and Methodological Analysis*. In BERGER, M; ABEL, TH & PAGE, CH. H. (Hg). *Freedom and Control in Modern Society*. Toronto: Van Nostrand: 18–66.
- LENZ, ILSE 2010. Intersektionalität: Zum Wechselverhältnis von Geschlecht und sozialer Ungleichheit. In BECKER, RUTH & KORTEHDIEK, BEATE (Hg). *Handbuch Frauen und Geschlechterforschung. Theorie, Methoden, Empirie*. 3., erweiterte und durchgesehene Auflage. *Geschlecht und Gesellschaft*. Band 35. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften: 154–165.
- LENZ, KARL 2008. Persönliche Beziehungen. In WILLEMS, HERBERT (Hg). *Lehr(er)buch Soziologie. Für die pädagogischen und soziologischen Studiengänge*. Band 2. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften: 681–703.
- LEUSCHNER, VINCENZ & SCHOBIN, JANOSCH 2016. Methoden der Freundschaftsforschung. In SCHOBIN, JANOSCH; LEUSCHNER; VINCENZ; FLICK, SABINE; ALLEWELDT, ERIKA; HEUSER, ERIC A. & BRANDT, AGNES (Hg). *Freundschaft heute. Eine Einführung in die Freundschaftssoziologie*. Bielefeld: transcript: 55–70.
- MOLYNEAUX, VICTORIA; BUTCHARD, SARAH; SIMPSON, JANE & MURRAY, CRAIG 2011. The co-construction of couplehood in dementia. *Dementia* 4, 11: 483–502.
- NÖTZOLDT-LINDEN, URSULA 1994. *Freundschaft: Zur Thematisierung einer vernachlässigten soziologischen Kategorie*. (Studien zur Sozialwissenschaft: Bd. 140). Opladen: Westdeutscher Verlag.
- RADVANSZKY, ANDREA 2010. Die Alzheimer Diagnose als soziologische Diagnose. *Jahrbuch für Kritische Medizin und Gesundheitswissenschaften* 46: 122–142.
- SCHROETER, KLAUS R. 2008. Sozialer Tausch. In WILLEMS, HERBERT (Hg). *Lehr(er)buch Soziologie. Für die pädagogischen und soziologischen Studiengänge*. Band 1. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften: 351–374.

- STIEHLER, STEVE 2019. Männerfreundschaften. In STIEHLER, STEVE (Hg) *Zur Zukunft der Freundschaft. Freundschaft zwischen Idealisierung und Auflösung*. Berlin: Frank & Timme GmbH: 159–176.
- TAYLOR, JANELLE S. 2017. Should Old Acquaintance Be Forgotten? In LAMB, SARAH (Hg). *Successful Aging as a Contemporary Obsession*. Brunswick: Rutgers: 126-138.
- WADHAM, OLIVIA; SIMPSON, JANE; RUST, JONATHAN & MURRAY, CRAIG 2016. Couples' shared experiences of dementia: a metasynthesis of the impact upon relationships and couplehood. *Aging & Mental Health* 20, 5: 463–473.
- ZIMMERMANN, HARM-PEER 2018. Kulturen der Sorge bei Demenz: Kulturwissenschaftliche Gesichtspunkte. In: ZIMMERMANN, HARM-PEER (Hg) *Kulturen der Sorge. Wie unsere Gesellschaft ein Leben mit Demenz ermöglichen kann*. Frankfurt am Main: Campus: 9–23.

Manuskript eingegangen am: 21.8.2019;
Manuskript akzeptiert am: 2.12.2019



NINA WOLF M.A. ist Doktorandin und Lehrbeauftragte am Institut für Sozialanthropologie und Empirische Kulturwissenschaft der Universität Zürich. Als Mitarbeiterin im Nationalfonds-Projekt „Sorge-Figurationen bei demenziellen Erkrankungen in der Schweiz“ hat sie narrative Interviews mit demenzbetroffenen Personen, ihren Familienangehörigen, Freundinnen und Freunden sowie Pflege-, Betreuungs-, und Beratungsfachpersonen geführt. Das Projekt gibt Einblicke in Chancen und Herausforderungen der Lebensgestaltung mit Demenz im häuslichen Kontext. Zu ihren weiteren Forschungsinteressen gehören demenzfreundliche Gemeinschaften sowie die kulturwissenschaftliche Alters-, Freundschafts- und Familienforschung.

ISEK – Institut für Sozialanthropologie und Empirische Kulturwissenschaft
Sozialanthropologie und Empirische Kulturwissenschaft
Populäre Kulturen Universität Zürich
Affolternstrasse 56 CH-8050 Zürich
e-mail: nina.wolf@uzh.ch
e-mail: ninabwolf@gmail.com

Waldarbeit

Praxis der medizinischen Stammbaum-Arbeit in der familiären Krebsberatung

MAREN HEIBGES

Abstract In der kultur- und sozialwissenschaftlichen Forschung hat der medizinische Stammbaum bisher wenig Aufmerksamkeit gefunden – obwohl er alltäglich in der westlich-medizinischen Praxis genutzt wird. Vermutlich ist diese geringe Beachtung darauf zurückzuführen, dass der medizinische Stammbaum, im Gegensatz zu neueren Gentests, eine konventionalisierte, wenig aufwendige Alltagstechnologie darstellt. In den wenigen existierenden Forschungen finden sich drei typische Konzeptualisierungen: der medizinische Stammbaum als *Boundary Object*, als Teil des kritisch diskutierten Risiko-Diskurses und als normativ ausschließendes Wissenschafts-Medium. Der Artikel diskutiert Resonanzen und Reibungen zwischen diesen Konzeptualisierungen und eigenen ethnografischen Beobachtungen der medizinischen Stammbaum-Arbeit im Rahmen der familiären Krebsberatung in zwei deutschen Krankenhäusern. Der medizinische Stammbaum wird als ‚Brückentechnologie‘ (und damit als eine bestimmte Form des *Boundary Objects*) pointiert, mit dem Potential, verschiedene Wissenshierarchien, Akteursgruppen und Gesprächsgenres zu verknüpfen. In den beobachteten Situationen unterstützte die Stammbaum-Arbeit eine Gesprächsstrukturierung und trug zum Aufbrechen einer distanzierten medizinischen Beratungssituation bei, in dem Raum für Affekt und Humor entstand.

Keywords Medizinischer Stammbaum, Grenzobjekt, medizinische Beratung, Risiko-Diskurs, Genetik

Der medizinische Stammbaum ist ein unspektakuläres Medium: Weder, zumindest auf den ersten Blick, so disruptiv wie ein Gentest, noch so bildlich avanciert wie mancher historische Stammbaum. Allerdings werden medizinische Stammbäume aktuell in allen medizinischen Settings benutzt, in denen Vererbung oder Familienkonstellationen relevant werden. Und sie – so die These dieses Artikels – ko-konstituieren medizinische Beratungssituationen. Sie tun dies, indem sie Verknüpfungen zwischen verschiedenen Wissensbeständen, Wissenshierarchien und Gesprächsgenres herstellen und indem sie eine situative Gesprächsstrukturierung wie den Einzug von Humor und Affekt in das medizinische Setting unterstützen.

Aufmerksamkeit erfahren hat der medizinische Stammbaum seitens der Medizinanthropologie und interdisziplinären Wissenschaftsforschung bisher kaum, vermutlich gerade durch seine unscheinbare Anmutung (NUKAGA & CAMBROSIO 1997: 32). Mein Beitrag nimmt nicht nur jene fehlende Aufmerksamkeit und das ethnogra-

fische Interesse an nur scheinbar „langweiligen“ Alltagspraktiken (STAR 2002: 108) als Ausgangspunkt für die Diskussion eigener Beobachtungen des Umgangs mit dem medizinischen Stammbaum in der Brustkrebsberatung. Auch fokussiere ich auf Resonanzen und Reibungen zwischen den wenigen bereits existierenden sozial- und kulturwissenschaftlichen Analysen medizinischer Stammbaum-Arbeit und eigenen ethnografischen Beobachtungen. Ich argumentiere, als Nuancierung des *Boundary Object*-Konzeptes (STAR & GRIESEMER 1989), dass der medizinische Stammbaum als eine „Brückentechnologie“ zu konzeptualisieren ist und er die Beratungssituation prägt, *ohne* dabei aber als normativ-ausschließendes Wissenschafts-Medium zu agieren oder alle Problematiken des medizinischen Risiko-Diskurses zu perpetuieren. Dafür diskutiere ich (1) den Stammbaum in der jüngeren Wissenschaftsgeschichte – inklusive meiner eigenen Perspektivierung des Stammbaums als Wissenschafts-Medium, skizziere dann (2) die kultur- und sozialwissenschaftlichen Analysen des medizinischen Stammbaums und er-

läutere (3) meine Methoden, inklusive des Erhebungshintergrunds sowie (4) der Feldforschung. Ich schließe (5) mit einer Diskussion der Resonanzen und Reibungen zwischen meinen empirischen Ergebnissen und den analysierten Literatursträngen.

Der Stammbaum als Wissenschafts-Medium

Medizinische Stammbäume sind einfache, konventionalisierte Darstellungen reproduktiver Zusammenhänge innerhalb westlich geprägter Medizinsysteme. Auftretende Krankheiten und oftmals auch das Sterbealter werden vermerkt, in jüngerer Geschichte auch die Ergebnisse etwaiger Gentests. Frauen werden konventionell durch einen Kreis dargestellt, Männer durch ein Viereck. Geschwisterbeziehungen werden durch eine horizontale Verbindungslinie über den Symbolen vermerkt, reproduktive Beziehungen durch eine horizontale Linie zwischen den Symbolen. Kinder werden mit einer diagonalen Linie mit Genetrix und Genitor verknüpft (siehe Abbildung einer Sprechstundezeichnung auf Seite 41).

Zum Einsatz kommen die Darstellungen in medizinischen Settings, in denen Vererbung und Familienkonstellationen relevant werden, beispielsweise in der genetischen Beratung, beim Verdacht auf die familiäre Häufung von Krebsfällen, in der Familienmedizin und sogar in der systemischen Familienarbeit (z.B. bei sogenannten Familienaufstellungen). Die so entstehende Datenlage bildet – dann in digitalisierter Form – auch die Grundlage für *high tech* Wissenschaftsbereiche wie die Genomik (RESTA 1993). Als Medium formatiert der medizinische Stammbaum also soziales Wissen (z.B. über Beziehungen und Sexualität) und biologisch-somatische Informationen (z.B. über Diagnosen oder Gentest-Ergebnisse, CASTAÑEDA 2002). Vermittelt werden diese Wissensbestände oftmals von den Betroffenen selbst, welche in Beratungssituationen auf ärztliche Befragungen antworten oder bereits angewiesen wurden, Fragebögen auszufüllen. Der medizinische Stammbaum ist also nicht nur inhaltlich sozial geprägt, sondern auch ganz direkt in seiner Vermittlungsform. Mit anderen Worten: Er ist zweifach sozial determiniert, während zum Beispiel Gentests zwar im weiteren theoretischen Sinne auch sozial geprägt sind (KONRAD 2005), aber nicht von der

unmittelbaren kommunikativen Vermittlung Betroffener abhängen.

Entwickelt hat sich der medizinische Stammbaum als westliches Wissenschafts-Medium an der Schnittstelle von Vererbungslehre, Evolutionstheorie und Eugenik-Bewegung im ausgehenden 19. Jahrhundert (RESTA 1993; BOUQUET 1995). Die inzwischen weitgehend standardisierte Notation für medizinische Stammbäume wurde ursprünglich aus der amerikanischen Tierzucht übernommen. Seine heutige Form nahm er erst mit dem beginnenden 20. Jahrhundert an, in dem die Darstellungsform von patrilinear zu bi-genetisch wechselte (CASTAÑEDA 2002: 60f). Wurden also früher, beispielsweise in den elaborierten Zeichnungen Europäischer königlicher Linien, Verwandtschaftsverhältnisse als männliche Erbfolge dargestellt, begannen medizinische Stammbäume nun die neuen autoritativen Wissensbestände aus der Biologie zu reflektieren, indem Genitor und Genetrix berücksichtigt wurden. Heute sind medizinische Stammbäume Teil des mit den 1980er Jahren dominant werdenden Risiko-Paradigmas im Gesundheitsbereich (zu letzterem ROSE 2007). Zunehmend werden medizinische Voraussagen auf der Grundlage probabilistischer statistischer Berechnungen getroffen. Medizinische Stammbäume dienen in aggregierter Form einerseits als Datengrundlage für solche Berechnungen, andererseits als Orientierungsrahmen für die Einordnung einzelner Betroffener in mögliche Risiko-Populationen.

Meine eigene Forschungsperspektive – und damit auch Konzeptualisierung des medizinischen Stammbaums – ist vorrangig durch Wissensanthropologie (BARTH 2002), *New Kinship Studies* (CARSTEN 2007; EDWARDS 2011) und die materiell-semiotische Wissenschafts- und Technikforschung (LATOURE 1999; STAR 2002) beeinflusst. Den medizinischen Stammbaum sehe ich in diesem Sinne nicht als neutralen Informationsspeicher, sondern als Wissenschafts-Medium, welches Konzeptualisierungen von Familie und Krankheit potentiell ko-konstituiert und in seiner materiell-semiotischen Präsenz Situationen mit-strukturiert. In welcher Form und welcher Robustheit dies allerdings geschieht, ist eine offene Frage.

Sozial- und kulturwissenschaftliche Analysen und Kritik am medizinischen Stammbaum

Kultur- und sozialwissenschaftliche sowie wissenschaftsgeschichtliche Analysen des medizinischen Stammbaums sind rar (RESTA 1993: 236; NUKAGA & CAMBROSIO 1997: 32). Ausnahmen bilden kulturgeschichtliche Publikationen, die aber eher auf die *Longue Durée* des Stammbaums in der christlich-europäischen Kulturgeschichte fokussieren (WEIGEL 2002) als auf die medizinische Komponente. Diese geringe Aufmerksamkeit ist möglicherweise als Symptom des unspektakulären Charakters medizinischer Stammbäume zu werten (NUKAGA & CAMBROSIO 1997: 32), im Kontrast beispielsweise zum Gentest. Letzterer ist wissenschaftsgeschichtlich neuer, technologisch aufwendiger und eingebettet in einen intensiveren – man könnte fast sagen: aufgeregteren – Diskurs um die sozialen und ethischen Folgen der Gentechnik (NELKIN & LINDEE 1995). Das ethnografische Interesse an „langweiligen Dingen“ (STAR 2002: 108), die aber Sozialität hochgradig strukturieren, wie zum Beispiel technische Infrastrukturen oder medizinische Dokumentationspraxen, hat sich also vermutlich durch den dominanten Diskurs rund um die Gefahren und Folgen der Gentechnik nicht auf den medizinischen Stammbaum übertragen. Ein Forschungsdesiderat ergibt sich dementsprechend *nicht nur* aus der Ubiquität des medizinischen Stammbaums in der medizinischen Praxis und fehlenden Analysen dieser, *sondern genauso* aus der ethnografischen Erkenntnis, dass es gerade die unreflektierten und damit unsichtbaren Aspekte von (medizinischer) Praxis sind, die zu erforschen sind, um soziale und organisationale Ordnungsprozesse zu verstehen (BERG 1996; LEVINSON 2010).

Die existierenden sozial- und kulturwissenschaftlichen Forschungen lassen sich inhaltlich zu drei Konzeptualisierungen des medizinischen Stammbaums kondensieren: 1. zum medizinischen Stammbaum als sogenanntem *Boundary Object*. 2. zum medizinischen Stammbaum als Teil des *dominanten westlichen Risiko-Diskurses*. Und 3. zum medizinischen Stammbaum als *normativ-ausschließendem Medium*.¹ Des Weiteren werden diese Perspektiven flankiert von den *breiteren* ethnologischen Auseinandersetzungen mit Verwandtschaft und Genetik, auf die hier nur punk-

tuell verwiesen werden kann (BECK *et al.* 2007; TIMM 2011; KLOTZ 2014). Denn während beispielsweise die sogenannten *New Kinship Studies* mit ihrem Forschungsfokus auf Reproduktionsmedizin und Genetik durchaus die ethnologische Expertise und Obsession mit Stammbäumen reflektieren, inklusive der weltweiten Diversität von Verwandtschaftsmodellen (FRANKLIN 1997), fokussieren kaum Publikationen auf den Einsatz von Stammbäumen in der medizinischen Praxis.

Die thematisch *erste* Konzeptualisierung des medizinischen Stammbaums in der für die Medizinethnologie besonders relevanten Literatur geht zurück auf STARS und GRIESEMERs (1989) einflussreiches Konzept des *Boundary Objects* oder Grenzobjektes. Die zwei Autor_innen aus der interdisziplinären Wissenschafts- und Kommunikationsforschung beschreiben so Konzepte, welche die Zusammenarbeit und Kombination verschiedener Wissensbestände, Expertisen und Professionen ermöglichen. Grenzobjekte weisen eine große, teilweise den verschiedenen Akteursgruppen unbewusste, interpretative Flexibilität auf. Und gleichzeitig gewährleisten sie genug Robustheit und Anpasstheit an lokale Informations-Infrastrukturen für eine kontinuierliche gemeinsame Wissensproduktion mehrerer sozialer Gruppen ohne klare interdisziplinäre Übereinstimmung (STAR 2010). Ein anschauliches und überzeugendes Beispiel eines solchen Grenzobjektes ist für mich immer das Gen gewesen, wie auch RHEINBERGER (2003) argumentiert: Was ein Gen genau ist und ob es überhaupt ‚Gene für‘ etwas gibt, ist enorm umstritten – und trotzdem findet mit dem Konzept eine hochgradig effektive Wissensproduktion statt (MOSS 2003).

In den wenigen medizinethnologischen Arbeiten zum medizinischen Stammbaum scheint Konsens darüber zu herrschen, dass der medizinische Stammbaum explizit (NUKAGA & CAMBROSIO 1997; ATKINSON *et al.* 2001) oder implizit (BOUQUET 1995; GIBBON 2002) als Grenzobjekt zu konzeptualisieren sei. NUKAGA und CAMBROSIO (1997: 30) argumentieren beispielsweise: „Medical pedigrees also operate as ‚boundary objects‘ [...] connecting both different professional practices as well as external and internal, collective and individual aspects of the body“. GIBBON (2002: 443) spricht von der „mediating role“ des medizinischen Stammbaums, welcher die aktive Wis-

sensarbeit Betroffener mit einbezieht und wiederum Aspekte einer „holistischeren“ (GIBBON 2002: 440f) medizinischen Sorge-Arbeit ermöglichte, indem sich die Mediziner der zweifachen sozialen Determiniertheit des Stammbaums stellen. BOUQUET (1995; 1996) betont wiederum die domänenübergreifende Resonanz des Stammbaums an der Schnittstelle von Kulturgeschichte, Wissenschaftsgeschichte und ethnologischer Fachgeschichte – dieses stellt allerdings methodologisch schon wieder einen Schritt weg von der konkreten ethnografischen Analyse medizinischer Stammbaum-Arbeit dar.

Der Umgang mit der sozialen Determiniertheit des Stammbaums wird im diskutierten Literaturstrang als eine Form des Übersetzungs- und Reinigungsprozesses beschrieben – durchaus im LATOURSchen Sinne (1999; 2017), der darauf fokussiert, wie wissenschaftliches Wissen von lokalen, kontextuellen und kulturellen Aspekten ‚bereinigt‘ wird. Inkrementell werden Wissensbestände entfernt und neue hinzugefügt, so dass sich Schnittstellen zur weiteren Wissensproduktion auftun. Die aktive Mitarbeit von Betroffenen an dieser Form von Wissensproduktion wird betont. Obwohl die performative Erschaffung eines biosozial, d.h. identitär auf biologische Aspekte fokussierten Familienkollektivs thematisiert wird (NUKAGA & CAMBROSIO 1997: 30; in Anlehnung an RABINOW 2004), wird nahegelegt, dass der medizinische Stammbaum weder Familien einer biologischen Deutungsweise einfach unterwerfe noch die ‚Reinigungsarbeit‘ jemals in dem Sinne abgeschlossen wäre, dass keine flexiblen, relationalen und situationsspezifischen Effekte der Stammbaum-Arbeit mehr vorhanden wären (GIBBON 2002: 453–455). Meine eigenen Beobachtungen lassen sich ähnlich konzeptualisieren, und ich komme unten auf den medizinischen Stammbaum als Grenzobjekt oder, wie ich ihn als Unterkategorie des Konzeptes nennen will, als ‚Brückentechnologie‘ zurück.

Der *zweite* Literaturstrang (in dem der medizinische Stammbaum als Teil des westlichen Risikodiskurses figuriert) ist in der Argumentation sehr viel kritischer, aber weniger kleinteilig mit einer Analyse des Stammbaum-Einsatzes verknüpft. Hier existieren einige Arbeiten, stark medizinethnologisch geprägt, die die zunehmende Dominanz von Risiko-Berechnungen im Gesundheitsbereich

analytisch in den Zusammenhang mit altertümlichen oder auch außereuropäischen Traditionen der Vorhersage bringen (LOCK 1998; KONRAD 2005; BOHOLM 2015 zu Risiko in der Ethnologie allgemein). Und es existieren Arbeiten, stärker interdisziplinär kulturwissenschaftlich geprägt, die das medizinische Risiko-Paradigma aus eher gesellschaftstheoretischer, oft foucaultscher Perspektive betrachten (SAMERSKI 2010; ZUR NIEDEN 2013). In diesem Literaturstrang gibt es auch einige wenige Arbeiten, die spezifischer den medizinischen Stammbaum innerhalb der Brustkrebsforschung in den Blick nehmen (PALFNER 2009; POLZER & ROBERTSON 2007).

Die *Kritik* am Risiko-Diskurs im Gesundheitsbereich konzentriert sich im diskutierten zweiten Konzeptualisierungsstrang auf folgende Themen: auf die Verwechslung von Diagnose und Risiko und damit einhergehende ausgeweitete Krankheitsidentitäten, auf die Unvereinbarkeit von medizinischen und persönlichen Fragestellungen, auf die Produktion von mehr Unwissenheit für Ratsuchende und auf die zunehmend individualisierenden Tendenzen zur ‚Eigenverantwortlichkeit‘ im Kontext von Krankheit. Für alle vier Kritikpunkte fungiert der medizinische Stammbaum allerdings in seiner eigenen Praxis und Materialität nur als Hilfsmittel zur statistischen Risikokalkulation und könnte tendenziell auch durch Fragebögen oder Gentests ersetzt werden.

Der erste Kritikpunkt (Verwechslung Diagnose und Risiko) bezieht sich auf die Problematik, dass statistische Aussagen im Kontext medizinischer Beratungen oft als individuelle Aussagen über den eigenen Körper missverstanden würden – und die Betroffenen begännen sich bereits als präsymptomatisch *krank* zu begreifen. Grundsätzlich sind die Probleme von statistischer Risiko-Kommunikation im Alltag auch in der psychologischen Literatur vielfach diskutiert – allerdings eher im Hinblick auf die kommunikative Verbesserung von populationsbezogenen Risiko-Informationen für Betroffene und weniger in gesellschaftskritischer Ausrichtung (FEUFEL 2016). Die sozial- und kulturwissenschaftliche Forschung betont in diesem Zusammenhang besonders, dass für Ratsuchende innerhalb der Beratungssitzung somatische, also auf ihren individuellen Körper bezogene Diagnose, und probabilistische Risiko-Aussage in eins gesetzt würden (SAMERSKI & HENKEL 2015): Die

„statistischen Eigenschaften fiktiver Patientenkohorten“ würden als Offenbarung über den *eigenen* Gesundheitsstatus verstanden (SAMERSKI 2010: 68). Solche Verwechslungen – aber auch die Neuheit der prädiktiven Genetik – führten zur Entstehung neuer Krankheitsidentitäten. Diese neuartigen präsymptomatischen Krankheitsidentitäten werden teilweise als sehr problematisch für Betroffene beschrieben und damit auch klar negativ konzeptualisiert (FINKLER 2001; SAMERSKI 2010: 76). Zugleich sehen andere Autor_innen sie eher als neues gesellschaftliches Phänomen, welches westliche Konstruktionen von *Personhood* grundlegend transformiert, aber nicht *eindeutig* negativ zu beschreiben ist (NOVAS & ROSE 2000; 2003).

Der zweite typische Kritikpunkt (Unvereinbarkeit persönlicher und medizinischer Fragestellungen) ist verwoben mit dem ersten: ein unlösbares Übersetzungsproblem zwischen statistischen, d.h. auf Epidemiologie und Wahrscheinlichkeitsrechnung beruhendem Wissen und dem Wissensbedarf einzelner Betroffener wird diskutiert. Mit anderen Worten: An welcher Stelle der Statistik sich die Ratsuchende oder die Patientin befindet, ob sie beispielsweise erkranken wird, ob sie überleben wird, könne durch statistische Gesundheitsinformationen nicht beantwortet werden. „How could something be at once so transparent (you will live or die) and so pig-headedly confusing (will you live or die)?“, fasst JAIN (2013: 27) in einer Auto-Ethnografie zum Umgang mit Krebs-Statistiken zusammen. Aus der Diskussion um diese Unvereinbarkeit erwächst der dritte Kritikpunkt: Das Argument ist, dass das ‚Mehr‘ an Wissen, an dessen Produktion der medizinische Stammbaum beteiligt ist, für die Betroffenen letztendlich auch mehr Unsicherheit produziere, da die eigentlich subjektiv zentralen Fragestellungen nicht beantwortet werden könnten (ROSE 2007: 52; SAMERSKI & HENKEL 2015). Gleichzeitig würden Betroffene, so der vierte Kritikpunkt, in Beratungssituationen, die auf genetischen Risikoberechnungen beruhen, unter der Fahne von ‚Eigenverantwortlichkeit‘ und ‚informierter Entscheidung‘ mit aus der Ökonomie entliehenen Kosten-Nutzen Abwägungen allein gelassen, die sich aber oftmals nicht oder nur im begrenzten Maße auf subjektive, sozial-eingebundene Krankheits- und Sorge-Situationen übertragen ließen (BOENINK & VAN DER BURG 2010). Letztlich offenbare sich in dieser „Mo-

bilisierung zu ‚Wissen‘, ‚Eigenverantwortung‘ und Selbstbestimmung“ nicht „emanzipatorischer Fortschritt“, sondern „neue Herrschaftsform“ im verinnerlichten, individualisierten foucaultschen Sinne (SAMERSKI 2010: 12; ähnlich argumentiert auch LEMKE 2000). Nicht alle vier Kritikpunkte sind so in meiner eigenen Empirie wiederzufinden, wie ich es unten detaillierter diskutieren werde. Zum Beispiel stellt sich das Zusammenspiel diagnostisch-somatischen Wissens und probabilistischen Wissens anders dar.

Die letzte typische Konzeptualisierung des medizinischen Stammbaums in der sozial- und kulturwissenschaftlichen Forschung analysiert und kritisiert diesen als *normativ-ausschließendes Medium* (POLZER & ROBERTSON 2007; PALFNER 2009). Dieser Literaturstrang ist weniger von medizinethnologischen Arbeiten geprägt (FINKLER *et al.* 2003) als von Arbeiten aus der interdisziplinäreren kritischen Gesundheits- und Wissenschaftsforschung (POLZER & ROBERTSON 2007; POLZER 2010). Kritisiert werden verschiedene, mit einander argumentativ verwobene *Ausschließungen*, welche der Stammbaum als Wissenschafts-Medium vornimmt: Und zwar würde die Mitarbeit der Betroffenen, Sozialität und Familie jenseits heterosexueller Reproduktionslinien *unsichtbar* gemacht. Mit anderen Worten: Familie würde unter anderem ‚biologisiert‘/‚genetisiert‘/‚medikalisiert‘ und damit einhergehend auch heteronormativ formatiert.

PALFNER (2009: 56) beispielsweise schreibt, es „kann festgehalten werden: Die familiäre Ordnung des Stammbaums war und ist eine pathologische Ordnung“. Sie betont den heterosexuellen Fokus des Stammbaums und kritisiert zumindest implizit, dass Familie im Stammbaum auf eine spezifisch ‚unsoziale‘ Art und Weise formatiert sei, wenn sie rhetorisch fragt: „Doch was ist auf der Grundlage eines in der Zeit eingefrorenen Bildes von auf Symbole reduzierten Menschen über diese Familie vorstellbar?“ (PALFNER 2009: 58). POLZER und ROBERTSON (2007: 48) stellen die medizinische Stammbaum-Arbeit sogar in einen neoliberalen Ausbeutungskontext, wenn sie sie als Arbeitsform darstellen, „that capitalizes on women’s desires to be active participants in their health [...], harnesses women’s labour in the production of scientific knowledge“ im Zuge einer „neoliberal strategy of genetic governance“,

die den Beitrag der Betroffenen weitgehend unsichtbar mache. SAMERSKI (2010: 71) merkt an, bei der Stammbaum-Arbeit bleibe den Mediziner_innen nichts anderes übrig – im Sinne eines professionellen, aber für die Ratsuchenden als problematisch diskutierten Verhaltens –, als aus „tragischen Geschichten von den Verwandten [...] bloße Klassifikationsmerkmal[e]“ zu machen. SAMERSKI (2010: 73) hält nach der Analyse einer Beratungssituation fest: „Alles, was Frau M. ausmacht, alles Konkrete, Einmalige, Leibhaftige ist aus dem Risikoprofil verschwunden“. Hier wird also, im Gegensatz zum ersten Literaturstrang (*Boundary Object*) davon ausgegangen (und implizit oder explizit kritisiert), dass die soziale Determiniertheit des Stammbaums gänzlich ‚bereinigt‘ würde und Aspekte situativer Sorge-Arbeit, die mit dem Stammbaum verbunden sind, nicht relevant seien.

Analog wird innerhalb dieser Debatten argumentiert, dass der Umgang mit dem medizinischen Stammbaum für betroffene Frauen und der assoziierte Diskurs um genetisches Risiko eine große Wirkmächtigkeit über die Beratungssituation hinaus entfalten, und so neue Familienidentitäten entstünden. Diese Familienidentitäten wären biologisch und nicht sozial orientiert (FINKLER *et al.* 2003; NELKIN & LINDEE 1995): „We have lost our right to exercise choice in selecting our relatives“ (FINKLER 2001: 249).

Zwischen der diskutierten Konzeptualisierung des medizinischen Stammbaums als ausschließendem Medium und meiner eigenen Empirie ergeben sich einige theoretische und empirische Widersprüche, die in Abschnitt fünf analysiert werden sollen. Beispielsweise sehe ich die Annahme eines formatierenden Charakters des medizinischen Stammbaums über die Beratungssituation hinaus (z.B. im Hinblick auf biologisierte Familien-Identitäten) in erster Linie als eine empirisch nicht beantwortete These und zusätzlich als eine theoretische Setzung, die zu wenig Platz für situative Effekte, für die Handlungsmacht Betroffener und für interpretative Flexibilität lässt.

Methodik und Erhebungshintergrund

Den Umgang mit dem medizinischen Stammbaum habe ich selbst im Rahmen der familiären Krebsberatung zweier deutscher Krankenhäu-

ser ethnografisch begleiteteten dürfen. Auch Ausbildungssituationen zur Erstellung und Nutzung medizinischer Stammbäume im Kontext der Krebsberatung konnte ich beobachten. Zeitlich entsprach das ungefähr sieben ganzen Hospitationstagen, allerdings verteilt und unterbrochen über zwei Monate, mit circa 35 Beratungssituationen, dem Besuch eines ärztlichen Fortbildungsgang und kontinuierlichen Gesprächen (*fact checking* und interpretative Rücksprachen) mit den beteiligten Mediziner_innen und einer Betroffenen-Gruppe. Die Datenerhebung fand im Kontext des Versorgungsforschungsprojektes *iKNOW* zur Entwicklung eines digitalen Beratungstools für Frauen mit familiärer Brust- und Eierstockkrebsbelastung statt.² Mein kontinuierlicher Kontakt mit den beteiligten Mediziner_innen und einer Betroffenen-Gruppe verlief im Rahmen dieser Projektzusammenarbeit und war dementsprechend niedrigschwellig und nicht ausschließlich bzw. nicht in erster Linie auf den medizinischen Stammbaum fokussiert.

Familiärer Brust- und Eierstockkrebs ist eine Sammelbezeichnung für Krebsvarianten, die auf vererbte Genmutationen zurückzuführen sind. Die bekanntesten und am besten erforschten Genmutationen heißen BRCA1 sowie BRCA2. Beide Mutationsvarianten sind durch einen Gentest nachweisbar. Sie erhöhen für Frauen die Wahrscheinlichkeit, an Brust- und Eierstockkrebs zu erkranken erheblich (für detaillierte Statistiken siehe KUCHENBAECKER *et al.* 2017, für die komplexe Risikowahrnehmung Betroffener aus medizinischer und psychologische Sicht siehe SPEISER *et al.* 2019). Vererbt werden die Mutationen von Männern und Frauen, und auch bei Männern steigert die Mutation die Wahrscheinlichkeit, an Krebs zu erkranken, allerdings in sehr viel geringerem Ausmaß. Durch die Vererbung der Mutation sind also im Normalfall ganze Familienkollektive betroffen, die oft bereits eine Auseinandersetzung mit frühen Todesfällen und dramatischen Krankengeschichten über mehrere Generationen hinweg hinter sich haben. Unter Betroffenen hat sich ein sehr aktiver Patient_innen-Aktivismus formiert.³ Die Aktivst_innen arbeiten auf semi-professioneller Ebene mit den Mediziner_innen zusammen, indem sie im regelmäßigen Gespräch stehen, Betroffenen-Beratungen im Nachgang der medizinischen Beratung anbieten

(dabei teilweise von den Kliniken angestellt sind) und als schnell erreichbare Fokus-Gruppen oder Studien-Teilnehmende fungieren. Ich fand diese aktive Betroffenen-Mitarbeit äußerst bemerkenswert, werde aber empirisch und analytisch unten nur kurz darauf zurückkommen, da die ‚Expertisierung‘ von Betroffenen einen eigenen komplexen Forschungsstrang darstellt (CALLON & RABEHARISOA 2008; POLAT 2012).

In den beobachteten Beratungssituationen fanden sich Ratsuchende, die aufgrund ihrer Familiengeschichte oder einer eigenen ungewöhnlich frühen Erkrankung im Verdacht standen eine genetische Belastung zu haben und die daher in Erwägung zogen, einen Gentest durchführen zu lassen. Außerdem fanden sich Ratsuchende, denen das Testergebnis mitgeteilt wurde, und Ratsuchende, die sich nach positivem Testergebnis über Folgemaßnahmen beraten lassen wollten. Die Konsultationen waren ungewöhnlich lang, zumindest im Vergleich zu Beratungssituationen bei niedergelassenen Ärzt_innen, und zwar zwischen 30 und 60 Minuten. Aus medizinischer Sicht können die betroffenen Frauen auf die genetische Krebsbelastung mit einer intensivierten Krebsvorsorge reagieren (z.B. regelmäßige MRTs in Anspruch nehmen) und prophylaktische Operationen durchführen lassen (z.B. die Entfernung von Brustdrüsengewebe oder der Eierstöcke). Welche Maßnahme für welche Frau passend ist, ist sowohl aus medizinischer als auch aus persönlicher Sicht sehr komplex – darauf wird an späterer Stelle dieses Artikels eingegangen. Auch hat es eine ökonomische Relevanz, ob die Frauen als genetisch belastet eingestuft werden (durch einen Gentest oder auch durch spezifische Familiengeschichten), da nur dann die weiteren medizinischen Kosten übernommen werden.

Medizinische Stammbäume wurden in den Beratungssituationen fast immer entweder neu erstellt oder als bereits vorliegende Zeichnungen konsultiert. Ich werde unten auf den situativen Einsatz der Stammbäume zurückkommen, aber grundsätzlich fungierten sie in der Situation als Medium zur Risikoeinschätzung und zur Kommunikation mit den Ratsuchenden: Tauchten beispielsweise viele jung erkrankte Verwandte in der entstehenden Zeichnung auf, sahen die Mediziner_innen dies als indikativ für eine mögliche Genmutation. Der Stammbaum wurde aber nicht

als *eindeutiges* Diagnose- und Ratschlags-Werkzeug genutzt (Genmutation: ja oder nein? Operation: ja oder nein?), sondern er war Teil eines komplexen Aushandlungsprozesses, wie Ratsuchende oder Patientin weiter mit dem Thema der familiären Krebsbelastung umgehen würden. Die Stammbäume erfüllten auch situative kommunikative Zwecke. Sie wurden von den Mediziner_innen per Hand gezeichnet (siehe Abbildung S. 41) und teilweise in oder nach der Beratungssituation noch einmal mithilfe einer Software zur statistischen Risikokalkulation digitalisiert.

Die Konsultationsräume, in denen ich Beratungssituationen beobachten durfte, waren oft klein, und ich verständigte mich mit den anwesenden Mediziner_innen im Vorfeld darüber, wo genau ich sitzen sollte. In den häufigsten Fällen saß ich im 90 Grad-Winkel zu der eigentlichen Beratungssituation, in der sich Ärztin oder Arzt und Ratsuchende durch einen kleinen Tisch getrennt voneinander gegenübermaßen. War der Raum besonders klein oder mehrere Mediziner_innen anwesend, saß ich weit hinten im Raum, im Rücken des medizinischen Personals. Ratsuchenden wurde ich als Forschende aus der Arbeitswissenschaft vorgestellt, welche Arbeitsabläufe in der Beratung beobachte. Es wurde von ärztlicher Seite explizit nachgefragt, ob ich bleiben dürfe. Auf Wunsch der Leitung trug ich einen weißen Kittel. Dieses führte sicherlich zu einer symbolischen Markierung meinerseits als ‚Nicht-Patientin‘ und legitime Anwesende. Da ich die Konsultation aber tatsächlich nur beobachtete und keine eigenen Fragen aufbrachte, blieb dieser potentielle Autoritäts-Effekt eher begrenzt.

Während meiner Beobachtungen fertigte ich handschriftliche Feldnotizen an. Aus den so entstandenen Kurz-Notizen erstellte ich zeitnah ausführlichere Beobachtungsprotokolle. Die Auswertung erfolgte durch ein zweistufiges Kodierungsverfahren, nämlich vom offenen zum fokussierten Kodieren (EMERSON *et al.* 1995) mit einem Programm zur qualitativen Datenanalyse. Analytisch fokussierte ich bei der Kodierung auf strukturierende Praxisformen. Namen aus dem Feldforschungskontext wurden pseudonymisiert. Ich spreche von Ratsuchenden, wenn die Personen, welche die Beratung in Anspruch nahmen, größtenteils Frauen waren, die nicht an Krebs erkrankt waren oder über deren Erkrankungsstatus

ich nichts wusste. Die in der kultur- und sozialwissenschaftlichen Literatur oftmals kritisierte Gleichsetzung von genetischem Risiko und Krankheit (SAMERSKI & HENKEL 2015) soll so vermieden werden. Ich spreche von Patientinnen, wo eine Krebserkrankung vorlag. Mit dieser Terminologie komme ich auch den Wünschen der Betroffenen im Forschungsfeld nach – und zwar nicht nur der Ratsuchenden und Patientinnen, sondern explizit auch denen der Mediziner_innen.

Die situative Rolle des medizinischen Stammbaums: Situationsbeschreibung und emblematische Verläufe

Meine Beobachtungsperspektive war zu Beginn der Forschung nicht spezifisch auf die medizinische Stammbaum-Arbeit fokussiert. Vielmehr begann ich die ethnografische Beobachtung mit dem allgemeineren Ziel, eine Prozessbeschreibung der typischen Beratungspraxis anzufertigen, um die Daten dann im Zuge des iKNOW-Versorgungsforschungsprojektes für die weitere Hypothesenentwicklung nutzen zu können. Die Signifikanz des medizinischen Stammbaums war allerdings vom ersten Beobachtungstag an auffällig, weil die Arbeit mit dem Stammbaum die Interaktionssituation augenfällig strukturierte. Im Verlauf der Beobachtungen fokussierte ich folglich auch stärker auf die Stammbaum-Praxis. In diesem Abschnitt diskutiere ich meine Empirie aus einer Erfahrungsverlaufsperspektive (von der allgemeineren Beschreibung der Beratungssituation hin zum Einsatz des medizinischen Stammbaums) unter Rückgriff auf ethnografische Situationsbeschreibungen und emblematische Interaktionsverläufe. Analytisch ordnend komme ich im nachfolgenden Abschnitt wieder auf die diskutierten Daten zurück.

Meine Beobachtungstage begannen typischerweise im offenen Wartebereich der klinischen Brustzentren. Hier herrschte eine gedämpfte, aber geschäftige Atmosphäre. Ratsuchende und Kranke, zumeist Frauen, manche deutlich von Krebs und Chemotherapie gezeichnet, sortierten mitgebrachte Unterlagen, hielten Rücksprache mit dem Empfangspersonal und führten leise persönliche Gespräche. Die diensthabenden Ärzt_innen holten mich dann aus dem Wartebereich in den Konsultationsraum, übergaben mir

einen weißen Kittel und besprachen kurz, welche Beratungssituationen angemeldet waren.

In fast allen Beratungssituationen kam der medizinische Stammbaum zum Einsatz. Typisch waren Konsultationsverläufe, in denen es erst um die gesundheitliche Situation der Ratsuchenden oder Angehörigen ging. Im Anschluss wurde der Gesprächskontext im Hinblick auf die familiäre Komponente der Erkrankung erweitert. Themen, die dann situativ variabel aufgenommen wurden, waren die medizinische Familiengeschichte der Ratsuchenden, die Geschichte der BRCA1/2-Forschung und deren wissenschaftlicher Hintergrund, der Gentest, die Vererbung der Mutation und Erkrankungsrisiken bzw. Heilungschancen (je nachdem, ob die Ratsuchende oder Patientin schon einmal erkrankt war oder nicht) im Verhältnis zu möglichen bildgebenden Früherkennungsmaßnahmen und prophylaktischen Operationen.

Bei der Diskussion von Früherkennungsmaßnahmen und Operationen stand die individuelle Beschaffenheit des Körpers der Ratsuchenden, Alter und Familienplanung sowie das jeweilige Verhältnis zum Medizinsystem im Vordergrund. Beispielsweise ging es immer darum, dass das Brustgewebe unterschiedlich gut darstellbar ist und daher auch bildgebende Früherkennungsmaßnahmen unterschiedlich präzise funktionieren können. Die Frage, ob Frauen planen, Kinder zu bekommen und zu stillen, wurde im Zusammenhang mit der potentiellen Entfernung des Brustdrüsengewebes und der Eierstöcke erörtert. Es wurde aber auch darüber reflektiert, wie die Ratsuchende ihre eigene emotionale Reaktion auf häufige Früherkennungs-Untersuchungen im Krankenhaus einschätzen würde. Nächste Schritte wurden im gemeinsam abwägenden Diskurs über Körper und Persönlichkeit der Betroffenen beschlossen, oftmals unter Positionierung der Ärzt_innen in Form eines Ratschlages – zum Beispiel ob nach ärztlicher Einschätzung als nächstes eine Bedenkzeit, ein Gentest, ein bildgebendes Verfahren, eine prophylaktische Operation bzw. Operationsberatung oder eine Krebsbehandlung im Vordergrund stünde. Durch die zeitlich relativ lange Konsultation, die Möglichkeit, Ärzt_innen per Email im Nachgang zu kontaktieren und die Möglichkeit, Anschluss-Termine zu vereinbaren – alles Resultate der hochgradigen Spezialisierung der zwei beforschten Krankenhaus-Abteilungen

–, waren diese Ratschläge immer stark eingebettet in komplexe Aushandlungsprozesse zwischen Mediziner_innen und Betroffenen.

Die Betroffenen prägten diesen Aushandlungsprozess wiederum aktiv: So beobachtete ich beispielsweise eine Beratungssituation, in der die Ratsuchende mehr aktive Positionierung der Ärztin einforderte, indem sie fragte: „Und wenn ich ihre Mutter wäre – was würden sie mir raten?“ Die Ärztin positionierte sich daraufhin eindeutiger:

„Ich würde ihr raten abzuwarten, wie gut ihre Brust untersuchbar ist im MRT, und dann erst entscheiden, wie es weitergeht. Aber ich würde ihr auch raten, sich die Eierstöcke wirklich sofort entfernen zu lassen: Eierstockkrebs ist sehr aggressiv und man kann praktisch keine Früherkennung machen. Wenn die Ärztin im Ultraschall was sieht, dann ist es meistens schon richtig schlimm. Und ohne ihnen jetzt zu nahe treten zu wollen, meine Mutter ist in einem Alter, in dem sie die Eierstöcke nicht mehr wirklich braucht.“

Erkrankte Patientinnen diskutierten besonders die klinische Krebs-Behandlung sehr detailliert und aktiv mit. Hier wurde nicht immer ein Konsens zwischen Patientin und beratender Ärztin oder Arzt gefunden – ohne dass es zu offenen Konflikten kam. Beispielsweise lehnte eine Patientin eine Chemotherapie ab, eine andere optierte für eine weniger umfassende Brust-Operation als empfohlen: „Sie wissen, dass ich da als Ärztin eine andere Meinung habe“, war die Reaktion einer Medizinerin in einer solchen Situation. „Ja, das müssen sie ja“, lautete die Antwort der Patientin.

Ein schwieriges Beratungsthema schien mir der Gentest zu sein, da hier starke Einschränkungen von außen gegeben waren: Durften die Mediziner_innen einerseits laut deutschem Gendiagnostik-Gesetz nicht direktiv in Richtung Testung beraten, so war andererseits klar, dass ein Einschluss in das spezifische Früherkennungsprogramm und eine Kostenübernahme nur mit einer Testung möglich waren. Auch bei einem negativen Testergebnis, aber einem auffälligen medizinischen Stammbaum wurden Betroffene in das Programm aufgenommen; aber nicht, wenn sie die Testung von vornherein ablehnten. Ärzt_innen schienen mir deshalb vorsichtig auf die Test-Möglichkeit hinzuweisen. „Sie haben natürlich ein

Recht auf Nicht-Wissen, aber wir können ihnen auch einen Gentest anbieten.“ Ich konnte eine Beratungssituationen beobachten, in der die Ratsuchende den Konflikt zwischen ihrem Recht auf Nicht-Wissen und ihrem Interesse, in das Früherkennungsprogramm aufgenommen zu werden, deutlich thematisierte. In den meisten anderen Fällen schien es den Ratsuchenden nicht aufzufallen, oder es wurde zumindest nicht angesprochen. Der beratende Mediziner sagte zu der nachfragenden Patientin und im Nachgang der Beratung noch mehrmals zu mir:

„Ich hoffe, da klagt bald mal jemand, bald eine Patientin. Ich meine, das ist doch völlig klar, das Recht auf Nicht-Wissen ist so total angegriffen. Das ist doch paradox!“

Die beratenden Mediziner_innen fertigten während des Gesprächsverlaufs eine medizinische Stammbaumzeichnung per Hand auf ein einfaches, weißes Stück Papier an. Oftmals wurde mit der Zeichnung schon begonnen, wenn es um die gesundheitliche Situation der Betroffenen ging, also bereits ein *Ego* vermerkt, und dann, auch bei sprunghaftem Gesprächsverlauf, Stück für Stück ein Stammbaum angefertigt. Im Normalfall umfasste ein Stammbaum vier Generationen (Großeltern, Eltern, Ego, Kinder) inklusive der bilateralen Verwandtschaftsebene (d.h. jeweilige Geschwister und, wenn bekannt, auch deren Nachkommen).

Das Stück Papier, auf dem die Mediziner_innen zeichneten, war so platziert, dass die Ratsuchenden gleichzeitig mit darauf schauen konnten. Praktisch führte dieses dazu, dass zusätzlich zur typischen, direkt zugewandten Beratungssituation mit Augenkontakt Interaktionssituationen entstanden, in denen Ratsuchende und Ärzt_in beide mit leicht gedrehtem Oberkörper auf die entstehende Zeichnung guckten. Oft tippten auch Ärzt_in oder Ratsuchende im Gesprächsverlauf auf die gezeichnete Repräsentation des Gesprächsinhalts, zum Beispiel auf symbolisierte Angehörige oder Reproduktionslinien. War eine solche Zeichnung bereits im Vorgespräch entstanden, wurde sie oftmals wieder konsultiert. Ich konnte auch zahlreiche Beratungssituationen beobachten, in denen ein Stammbaum erneut per Hand gezeichnet wurde, obwohl bereits einer in handschriftlicher oder digitalisierter Form vorlag. Der

Prozess des Zeichnens wurde also von den Mediziner_innen oftmals nicht eindeutig zweck- oder diagnosegerichtet eingesetzt, sondern eher gesprächsbegleitend und mit der komplexen Beratungs-Choreographie verwoben.

Typisch für den Stammbaum-Einsatz in der Sprechstunde war der folgende, in meinen Feldnotizen verzeichnete Ablauf:

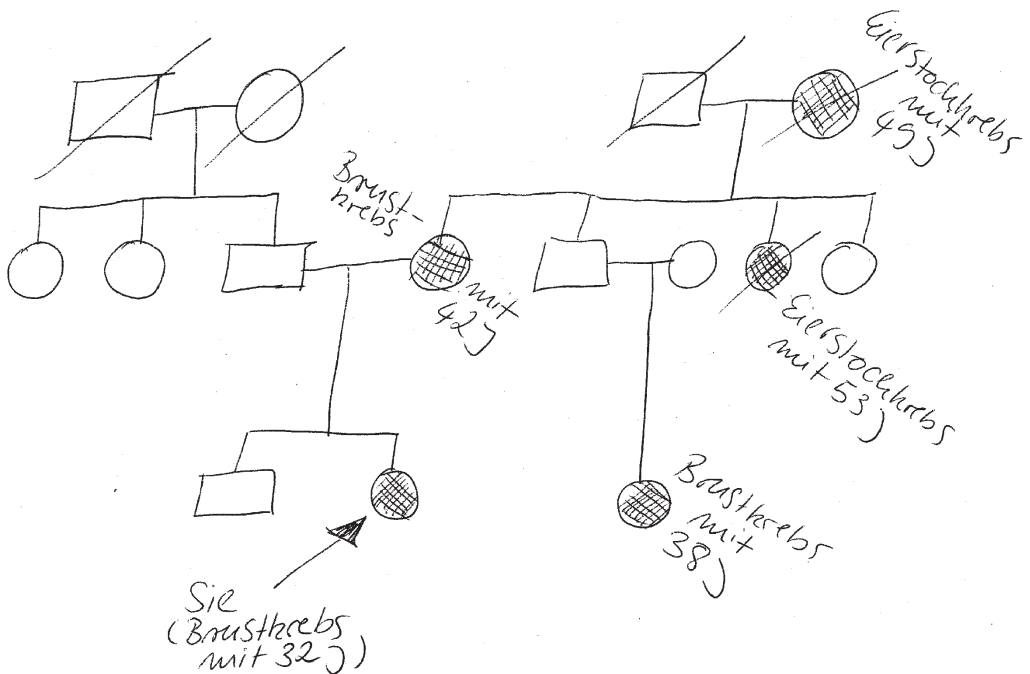
Die Ärztin beginnt konkret noch mal die Familiengeschichte durchzugehen und einen Stammbaum aus den ihr bereits zur Verfügung stehenden Dokumenten zu malen, gleichzeitig bespricht sie das, was sie malt, mit der Patientin. Sie fragt nach der Mutter und diskutiert deren frühen Brustkrebs-Tod. Dann wird die Tanten-Generation besprochen und gleichzeitig eingezeichnet. Hier ist der Darmkrebs-Tod der einen ein Thema. Die Stimmung wird gleichzeitig mit dem Aufrufen der verschiedenen Verwandten immer gelöster und herzlicher. Die Ärztin gratuliert der Ratsuchenden zum hohen Alter ihrer väterlichen Großmutter. Es wird gelächelt. Die Ärztin schließt die Stammbaum-Diskussion damit ab, nachzufragen ob es noch andere Verwandte mit Krebs-Diagnose gäbe. Die Patientin verneint.

Zusätzlich zu den handschriftlichen medizinischen Stammbäumen kamen manchmal zwei verschiedene Softwareprogramme zur Berechnung des statistischen Erkrankungsrisikos der Betroffenen zum Einsatz, welche auf einem komplexen epidemiologischen Datensatz beruhen. Da keine Schnittstelle zur Digitalisierung der handschriftlichen Stammbäume existierte, wurden die Stammbäume für das Programm dann ein zweites Mal während der Beratungssituation von den Mediziner_innen am Computer nachgezeichnet oder von Medizinisch Technischen Assistent_innen außerhalb der eigentlichen Beratungssituation digitalisiert. Nach den Interaktionen mit Ratsuchenden wurden wiederum etwaige Gentestergebnisse und digitalisierte Stammbaum-Daten in eine zentrale deutsche Datenbank eingespeist, welche wiederum als Grundlage für die deutschlandweite Brustkrebsforschung dient. Zu meiner Überraschung spielten aber die *digitalisierten* Stammbaum-Daten in der Beratungssituation selbst kaum eine Rolle. Zu langsam und fehleranfällig waren die genutzten Software-Programme, zu komplex die rechtliche Lage für ihre Nutzung und zu schwer

verständlich der wenig aufbereitete statistische Output.⁴ Die geringe Rolle personalisierter statistischer Stammbaum-Daten innerhalb der Beratungssituationen war eine erste ethnografische Überraschung, hatten doch die Statistik-Programme in den Vorgesprächen mit Ärzt_innen stark im Mittelpunkt gestanden, während das Stammbaum-Zeichnen kaum erwähnt wurde. Auf meine Einschätzung hin, dass der Stammbaum eine konstitutive Rolle für die Beratungssituation spiele, reagierten die Mediziner_innen in Folgegesprächen verblüfft, aber zustimmend.

Statt der Statistik-Programme stand das vorhandene – oder nicht vorhandene – Wissen der Ratsuchenden über ihre Familie stark im Mittelpunkt; ebenso die Fähigkeit der Ratsuchenden, dieses Wissen in der Beratungssituation und auch, je nach Klinik-Unterlagen, vorher in standardisierten Fragebögen für die Ärzt_innen verständlich kommunizieren zu können. Oben habe ich bereits angedeutet, dass diese zweifache soziale Determinierung des medizinischen Stammbaums ein Charakteristikum des Wissenschafts-Mediums ist: Nicht nur der abgebildete Inhalt ist geprägt von sozialen Dynamiken und Konventionen, sondern auch die Vermittlung. Teilweise wurden Ratsuchende sehr aktiv und brachten Notizen über ihren Familienstammbaum mit in die Sprechstunde, einmal wurde sogar ein bereits selbst gezeichneter medizinischer Stammbaum präsentiert:

Die Ratsuchende bringt einen bunten medizinischen Stammbaum mit, auf A3 handgezeichnet und mehrfarbig beschriftet. „Den hat meine Tochter gezeichnet.“ Die Ärztin lobt: „Toll, der ist ja umfangreich! Schauen sie mal, der Stammbaum, den meine Kollegen schon mal für ihre Familie erstellt haben, ist viel kürzer. Ich vermute übrigens nicht, dass sie Mutationsträgerin sind, anhand des Stammbaums.“ „Auch nicht bei all den erkrankten Großtanten hier?“ Die Ratsuchende zeigt auf die Tanten-Symbole, neben denen Erkrankungen verzeichnet sind. „Nein, das sind andere Krebsarten. Obwohl es eben merkwürdig ist, dass ihre Tochter so jung an Brustkrebs erkrankt ist. Hat sie den Stammbaum gezeichnet?“ „Nein, ihre Schwester.“ Ob die Tochter Ärztin sei? „Weil, das ist so ein komplexer Stammbaum, das wirkt so, als ob sie sich auskennt.“ Die Mutter lächelt stolz: „Die unterrichtet Bio und Chemie am Gymnasium.“



Ich erlebte Familien, die gemeinsam in die Beratung kamen und aus der Beratung mit dem Mobiltelefon versuchten, weitere Informationen von Verwandten abzufragen. (Die beratende Ärztin schien davon eher genervt.) Und grundsätzlich wurden situativ immer wieder familiäre Wissenspolitiken deutlich, wenn Familienkonflikte thematisiert wurden. (Beispiel: „Zu denen gibt es seit zehn Jahren keinen Kontakt mehr, aber ich habe von der Kusine gehört, eine Tochter wäre auch erkrankt.“) Themen wie Homosexualität oder Adoption wurden in den von mir beobachteten Konsultationen nicht besprochen. Vielfach wurden aber Informationsbrüche, die ggf. mit diesen und ähnlichen Themen in Zusammenhang stehen könnten, von Ratsuchenden selbstbewusst thematisiert: „Der Vater meiner Tochter ist nicht mein Partner, und über seine Familie ist mir auch nichts bekannt.“ Emblematisch waren Beratungssituationen, in denen die Ratsuchenden versuchten, Wissenslücken und konfligierende Informationen in der Sprechstunde situativ zu klären, wie die folgenden Feldnotiz illustriert:

Die Ärztin fragt die jeweilige Krankengeschichte ab und beginnt mit dem Stammbaum für die

beiden Schwestern. Sie fängt mit der jüngeren Schwester an. Die Medizinerin schaut die Unterlagen durch und zeichnet. Die Familie ist sehr kinderreich und die Krankheitsfälle sind komplex. Immer wieder korrigieren sich die Schwestern in ihrem Wissen gegenseitig und einigen sich auf eine gemeinsame Rekonstruktion: „Nein, hier, die Linda, die hatte nicht Lungenkrebs, das war auch Brustkrebs.“ „Ach so, dann hab ich Linda und Berta verwechselt...“ Die Ärztin fragt immer weiter und verwendet dabei die Vornamen der Personen. „So, und dann haben wir hier den Heinrich...“ Ich habe den Eindruck, dass sie die Komik, die daraus entsteht, bewusst einsetzt. Grundsätzlich finde ich, dass hier diese gelöst-persönliche Stimmung sehr deutlich zutage tritt. (Das fällt mir aber eigentlich immer beim Stammbaum-Zeichnen auf.) Die Schwestern sagen, dass sie nicht noch mehr Informationen hätten. Die Ärztin sagt schmunzelnd: „Es reicht ja, mir gehen schon die Symbole aus.“ Der Stammbaum ist tatsächlich unübersichtlich voll geworden.

Die Choreografie aus entspannt und wenig abfragend wirkendem Gesprächsfluss zwischen Ärzt_in und Ratsuchenden und dem simultanen Zeichnen eines Stammbaums war auffällig in ihrer Komplexität. Es war klar, dass dieses von ärztli-

cher Seite eine über Jahre erlernte Praxis darstellte – die nun aber wiederum oft unreflektiert ablief. Ein Vertretungsarzt sagte mir einmal: „Puh, ich war nicht ganz sicher, ob ich das mit dem Zeichnen noch hinkriege – aber hat ja gut geklappt.“ Ratsuchende schienen in der Mehrzahl spontan in der Lage zu sein, die Stammbaum-Notation zu lesen, weil sie in der Aktion mit den Ärzt_innen oftmals selbst die Symbole für bestimmte Angehörige antippten oder neue Informationen anfügten. Mir selbst fiel in der Beobachtungssituation immer wieder die Konvergenz zwischen Ethnologie und Medizin auf, da ich auch als Verwandtschaftsethnologin eine große Vertrautheit mit der Stammbaum-Notation hatte und an die Praxis erinnert wurde, eine Ethnografie mit der Kartierung der Verwandtschaftsverhältnisse zu beginnen.

Ein typischer situativer Effekt des Stammbaums in den Beratungssituationen war, für mich überraschenderweise, das Aufkommen von Humor. Grundsätzlich war die Brustkrebsprechstunde gewiss von hochgradig affektiven Inhalten geprägt, oftmals dramatisch-negativ: von sichtbarem körperlichen Leid der Erkrankten, scheinbarem Erschrecken über Test-Ergebnisse, Diagnosen oder neue vermittelte Informationen und Sorge um Angehörige. Frauen, bei denen eine Genmutation durch den Gentest nachgewiesen wurde, sorgten sich beispielsweise um ihre Töchter. Frauen, die erkrankt waren, sorgten sich darum, wie ihre Kinder mit ihrer Erkrankung, ja vielleicht mit ihrem Tod, zurecht kommen würden. Mehr als einmal musste ich in der Beobachtung die eigene aufkommende Bewegtheit wieder herunter kämpfen. Die Ärztin stöhnte manchmal mitgenommen zwischen den Beratungssituationen. Gelacht und gescherzt wurde in der Sprechstunde aber eben auch vielfach.

Ein weiterer charakteristischer Effekt der Stammbaum-Praxis, der oftmals, aber nicht immer, mit dem Aufkommen von Humor verknüpft war, war eine Gesprächsstrukturierung und Gesprächsentspannung. Das folgende Beispiel aus den Feldnotizen ist hierfür typisch:

Die Patientin erzählt, der Chefarzt hätte sie wegen ihres jungen Erkrankungsalters in die Sprechstunde geschickt. Dann fängt sie an, unverständlich und durcheinander über ihre Familie zu sprechen. Die Ärztin stoppt sie und sagt: „Wir

machen jetzt erst mal eins nach dem anderen.“ Sie guckt die mitgebrachten Unterlagen an und beginnt, mit Nachfragen den Stammbaum aufzumalen. Das Blatt Papier liegt schräg vor ihr, die Ratsuchende schaut während des Gesprächs auf die wachsenden Linien. Das Gespräch wird langsamer und strukturierter, teilweise auch humorvoll. Zum Beispiel sagt die Ratsuchende etwas über den Opa, der nicht die falschen Gene gehabt hätte, sondern zu viel getrunken und geraucht. Wenn die Krankengeschichte einzelner Familienmitglieder thematisiert wird, tippt die Ärztin mit dem Stift auf die jeweilige Person.

Oftmals erschien es mir in diesem Zusammenhang, als würde nicht nur die konventionalisierte, strukturierte Form des medizinischen Stammbaums beziehungsweise die Erstellungsweise die Beratungssituationen fokussieren. Auch die konkrete Praxis des Zeichnens und der gemeinsamen Beobachtung einer wachsenden grafischen Repräsentation – statt der klassischen zugewandten medizinischen Konsultationssituation – schuf eine konzentrierte und entschleunigte Interaktionssituation.

Der praktische Umgang mit dem medizinischen Stammbaum prägte die Beratungssituation in der Sprechstunde zu familiärem Brustkrebs erheblich; und zwar nicht nur inhaltlich, sondern auch im Hinblick auf die situationsstrukturierenden Praxis- und Gesprächsmuster. Der Stammbaum fungierte dabei nicht in erster Linie als ein Werkzeug, mit dem eindeutige und autoritative Ratschläge generiert wurden, sondern als ein strukturierendes Interaktionselement innerhalb der komplexen Konsultations-Choreografie. Geprägt war die medizinische Stammbaum-Arbeit des Weiteren von der zweifachen sozialen Determinierung des Stammbaums, wobei der Informationsfokus immer auf biologisch-reproduktive Verhältnisse gerichtet war. Bemerkenswert war in diesem Zusammenhang die aktive Mitarbeit (z.B. durch Telefonate, dem Mitbringen eines Stammbaums, durch Diskussionen und auf einer anderen Ebene auch durch den Betroffenen-Aktivismus) der Ratsuchenden und Patient_innen am Informationsfluss. Statistische und digitalisierte Informationen spielten in der Beratungssituation eine relativ geringe Rolle und wurden immer auch von klinisch-somatischen Fragestellungen begleitet (z.B. nach der Darstellbarkeit des

Brustgewebes). Allerdings waren digitale und populationsgenetisch basierte Daten im *Hinterland* der Beratungspraxis insofern relevant als dass Stammbäume und Testergebnisse im Nachgang mit etwas Verzögerung digitalisiert wurden und so als laufende Forschung das Potential hatten, als Evidenz auf die folgende Beratungspraxis wieder zurückzuwirken. Des Weiteren war die genetische Testung zentral im Ein- oder Ausschlussprozess von weiteren Behandlungsangeboten. Als Situations-Effekte der medizinischen Stammbaum-Arbeit waren eine Gesprächsfokussierung (im Sinne eines konzentrierteren, ruhigeren Miteinander-Sprechens) zu beobachten, genauso wie das Auftreten von Humor und Affekt und einem Aufbrechen der räumlich wie habituellen klassischen Ärzt_innen-Patient_innen-Interaktion (z.B. frontal zugewandt, distanziert, formell).

Diskussion: Resonanzen und Reibungen

Welche Resonanzen und Reibungen ergeben sich nun zwischen der Empirie und den dargestellten Konzeptualisierungen des medizinischen Stammbaums als Grenzobjekt, als Bestandteil des Risiko-Diskurses und als normativ-ausschließendem Medium, wie in der kultur- und sozialwissenschaftlichen Literatur diskutiert? Auch in meiner Empirie stellt sich der medizinische Stammbaum als ein relationierendes Wissenschafts-Medium dar, also als eine Art Grenzobjekt im Sinne von STAR (2002), welches die Zusammenarbeit und Kombination verschiedener Wissensbestände und Professionen ermöglicht. Ergebnis der durch die Stammbaum-Arbeit stattfindenden ‚Vermittlungen‘ ist nicht nur, die Übersetzung von familiärem Wissen in medizinisches Wissen, sondern auch der situative Effekt, Verbindungen zwischen verschiedenen Themen und im weiteren Sinne auch zwischen Ratsuchenden und Mediziner_innen herzustellen. Das zeigt sich in meiner Empirie, aber stark konvergent auch in der Debatte über den medizinischen Stammbaum als *Boundary Object* (besonders ausgeprägt bei GIBBON 2002).

Ich möchte den medizinischen Stammbaum vor dem Hintergrund meiner Empirie als eine bestimmte Art von Grenzobjekt pointieren, und zwar als *Brückentechnologie*. Als solche ermöglicht er nicht nur die Verbindung verschiedener Wissensbestände, sondern auch die Verbindung

verschiedener *Wissenshierarchien* und Gesprächsgenres. Mit dem Begriff der Brückentechnologie möchte ich eine Nuancierung des *Boundary Object*-Konzeptes vornehmen und im Kontext der familiären Stammbaum-Arbeit besonders auf die Überbrückung nicht nur von Gruppen-Grenzen sondern auch Hierarchien verweisen und ebenso die situativen Effekte dieser Relationierung unterstreichen.

Solche hierarchie- und grenzüberwindenden Effekte und auch der situative Fokus stehen beim Oberbegriff des Grenzobjektes auch im Vordergrund – aber weniger ausgeprägt. Zentraler sind beim Oberbegriff stattdessen die interpretative Flexibilität und die Möglichkeiten der effektiven Wissensproduktion zwischen Communities ohne interdisziplinären Konsens (STAR 2002: 604f). Bei *Boundary Objects*, welche als Brückentechnologie fungieren, sind, so mein Vorschlag, Relationierungs- und Überbrückungseffekte dagegen besonders konstitutiv, während aber *auch* die Funktion für die Wissensproduktion verschiedener Communities zentral bleibt. Fragen interpretativer Flexibilität und (fehlender) Konsens-Bildung sind kaum impliziert. Beim familiären Stammbaum zeigt sich dieses, indem familiäres Wissen, unter aktiver Mitarbeit der Betroffenen, mit autoritativem medizinischem Wissen verknüpft wird. Die Grenze zwischen Betroffenen und Expert_innen verschwimmt. Diese Entwicklung findet ihre Fortsetzung im weiteren Sinne in der zunehmenden Beteiligung von Betroffenen-Organisationen an medizinischer Forschung und medizinischem Alltag, welche im Bereich familiären Brustkrebs bereits deutlich fortgeschritten ist (weiterführend siehe EPSTEIN 1995; CALLON & RABEHARISOA 2008; POLAT 2012).

Situativ verknüpft die medizinische Stammbaum-Arbeit in meinem empirischen Material Mediziner_in und Ratsuchende im Sinne einer verkörperten Kommunikationssituation mit dem Effekt einer gemeinsamen Gesprächsfokussierung. Der Stammbaum wird zusammen in den Blick genommen. Die Kommunikationssituation wird weniger frontal und die schrittweise erstellten Inhalte strukturieren wie entschleunigen das Gespräch. Ein zweiter situativer Effekt entsteht durch die Verknüpfung verschiedener Gesprächsgenres: Das kommunikative Aufrufen von Verwandten, das ‚Erzählen von Familie‘ ermöglicht

Humor und Affekt in der Beratungssituation und bricht damit eine distanzierte Ärzt_innen-Patient_innen-Situation auf. Die Beschreibung dieser zentralen Funktionen der medizinischen Stammbaum-Arbeit stellen meines Wissens ein Novum für die medizinische Literatur dar, und wird ebenfalls in der Medizinethnologie kaum berücksichtigt (als Ausnahme sehe ich nur GIBBON 2002).

Auch in meiner Feldforschung trat der medizinische Stammbaum als Teil des medizinischen Risiko-Diskurses auf, und ich war, durch meine Assoziierung mit dem *iKNOW*-Projekt zur Verbesserung von Risikokommunikation, auch bereits tendenziell in die Perpetuierung dieses Diskurses involviert. Allerdings fand sich der Kritikpunkt einer Verwechslung von Diagnose und Risiko-Kalkulation und auch das als situativ unangemessen beschriebene Pochen auf Eigenverantwortlichkeit in meinen Beobachtungen *nicht* in der im zweiten Abschnitt dieses Beitrags diskutierten Eindeutigkeit wieder. Fragen von Präventionsmaßnahmen und statistischen Risiken wurden immer verwoben mit somatisch-klinischen und persönlichen Fragen diskutiert: Wie untersuchbar war die Brust der Frau? Wie sah ihre Lebensplanung aus? Ein Allein-Lassen der Betroffenen mit abstrakten populationsgenetischen Informationen war nicht zu beobachten. Dieses mag u.a. am Beobachtungsetting in klinischen Brustzentren liegen, da viele der besonders kritischen Diskussionen risikoorientierter Beratungssituationen allgemeinerer humangenetische Beratungen oder schwangerschaftsorientierte Beratungen in den Blick nehmen (SAMERSKI 2003; 2010). Klinische Fragen stehen in der Humangenetik nicht im Vordergrund, wie auch manche der von mir begleiteten Gynäkolog_innen durchaus kritisch anmerkten.

Ich kann nur vermuten, dass die Aktualisierung der Ratsuchenden und Patient_innen innerhalb eines reproduktiv gedachten ‚Familienkörpers‘ (wie es die medizinische Stammbaum-Arbeit situativ tut) auch dazu führt, dass sich Familien- und Krankheitsidentitäten neu konfigurieren. Meine Vermutung ist aber auch, dass dieses für die Betroffenen aus mehreren Gründen nicht überbewertet werden sollte: Es mag zwar, erstens, sein, dass sich im Zusammenhang mit der medizinischen Stammbaum-Arbeit Biosozialitäten (RABINOW 2004) stärker ausbilden, aber die geteilten, narrativierten Krankheitserfahrungen sogenann-

ter ‚Krebs-Familien‘ sind in ihrer *Longue Durée* für Familien- und Krankheitsidentitäten jenseits des aktuellen medizinischen Fortschritts auch nicht zu unterschätzen (FEATHERSTONE 2006). Mit anderen Worten: In den betroffenen Familien existieren bereits somatisierte Sozialitäten, über Generationen aus kollektiven Krankheitserfahrungen entstanden. Letztere mögen sich zwar von den durch Genetik, Risiko-Diskurs und medizinische Stammbaum-Arbeit angestoßenen, potentiell ‚biologisierten‘ oder ‚medikalisierten‘ Familien- und Krankheitsidentitäten unterscheiden. Das Verkörperte, Kollektive und biologisch Orientierte ist aber auch aus ihnen nicht wegzudenken. Zudem halte ich auch den diskursiv-heteronormativen Charakter des medizinischen Stammbaums für diskutierbar – er ist in erster Linie ‚repronormativ‘ und damit im Zeitalter der Reproduktionsmedizin von Sexualität durchaus trennbar (MAMO 2005). Etwas ‚Zwanghaftes‘ hat der medizinische Stammbaum allerdings, weil er – und der Gestest – im Bereich der familiären Brustkrebsforschung für Betroffene als obligatorischer Passage-Punkt für die Aufnahme in die kostspieligen klinischen Früherkennungs- und Behandlungsprogramme fungiert.

Und, im Sinne einer weiteren Auseinandersetzung mit der Konzeptualisierung des Stammbaums als ausschließend-normatives Medium, zweifle ich auch aus theoretischer Perspektive am stark formatierenden Charakter des medizinischen Stammbaums über die Beratungssituation hinaus: Ich verstehe Wissenschaftskommunikation als einen ko-konstitutiven Aushandlungsprozess und vermute, dass Betroffene dem medizinischen Beratungsprozess, inklusive der medizinischen Stammbaum-Arbeit, weniger stark unterworfen sind, als dieses in den oben diskutierten Literatursträngen anklingt (GIBBON 2002; KLOTZ 2016). In diesem Sinne konzeptualisiere ich ebenso die ‚Reinigungsprozesse‘ rund um den medizinischen Stammbaum (also die situative Nutzung und Abspaltung von Informations-Elementen) nicht als Abwertung des Sozialen oder als Ausbeutung betroffener Familien, sondern in erste Linie als typischen Teil der Wissenschaftskommunikation (LATOUR 1999). Der veränderliche Konstruktionscharakter wissenschaftlicher Wissensproduktion wurde von den Mediziner_innen nicht versteckt und die Betroffenen inter-

agierten aktiv und manchmal selbstbewusst widerspenstig.

Grundsätzlich tut sich in diesen Reibungen aber auch eine methodologische Differenz und ein Forschungsdesiderat auf: Die Arbeiten, die eher die Relationalität der medizinischen Stammbaum-Arbeit betonen, inklusive meiner, sind zu meist ethnografisch angelegt (NUKAGA & CAMBROSIO 1997; ATKINSON *et al.* 2001; GIBBON 2002), während etliche der Arbeiten, die stärker den problematischen Charakter (d.h. den ausschließenden, ‚zurichtenden‘ oder ausbeutenden Charakter) des Stammbaums feststellen, interviewbasiert oder diskursanalytisch arbeiten (POLZNER & ROBERTSON 2007; PALFNER 2009). Fragen nach den situationsübergreifenden *und* relationalen Effekten der ‚Waldarbeit‘ bzw. des medizinischen Stammbaums wären also durchaus über einen längeren Zeitraum hinweg (KNECHT *et al.* 2011) im Methoden-Mix und in verschiedenen medizinischen Domänen zu vertiefen.

Danksagung

Ich danke den Ratsuchenden, Patientinnen, Medizinerinnen und Medizinern, die mir erlaubt haben, an Beratungssituationen teilzunehmen, und die meine Beobachtungen mit mir diskutiert haben. Mein Dank gilt auch dem Team des iKNOW-Versorgungsforschungsprojektes, u.a. Dorothee Speiser, Friederike Kendel, Gudrun Rauwolf, Caren Hilger und Laura Besch. Danke auch an Frauke Mörike für ihr Feedback zu einer Vortragsversion dieses Textes und Sabine Woelke und Anna Palm als Organisatorinnen des Netzwerktreffens „Gesundheit und Krankheit in der volkskundlichen Forschung“ und Gastherausgeberinnen dieser *Special Issue*, an die *Curare*-Redaktion (insbesondere Mirko Uhlig) und an die konstruktiven anonymen Gutachter_innen. Ich danke des Weiteren Markus Feufel besonders herzlich für seine hilfreiche Kritik an diesem Artikel und auch für die weitere inhaltliche wie konzeptionelle Unterstützung: zum Beispiel die umfangreiche ethnografische Begleitung des iKNOW-Projektes zu ermöglichen und zu ermutigen.

Anmerkungen

- 1 Die Trennung in drei Konzeptualisierungs- und Diskussionsstränge ist selbstverständlich als Heuristik zu verstehen. In den Werken einzelner Autor_innen finden sich teilweise Überlappungen oder argumentative Ähnlichkeiten zwischen den drei Konzeptualisierungen.
- 2 Das Projekt „iKNOW: Entwicklung und Evaluation eines online-gestützten Beratungstools für BRCA1/2 – Mutationsträgerinnen“ wird vom Innovationsfonds des gemeinsamen Bundesausschuss gefördert. Es ist eine Kooperation der Klinik für Gynäkologie mit Brustzentrum der Charité, der medizinischen Psychologie an der Charité und des Fachgebiets Arbeitswissenschaft an der TU Berlin, unter der Leitung von Dorothee Speiser, Friederike Kendel und Markus Feufel. Die Projektlaufzeit beträgt drei Jahre (2018 bis 2021). Das Projekt verfolgt das angewandte Ziel, die Beratungssituation von Frauen durch digitale Unterstützung zu verbessern – zum Beispiel durch evidenzbasierte grafische Inhalte, die die komplexen statistischen Inhalte verständlicher wiedergeben. Ich selbst bin keine Mitarbeiterin im Kernprojekt, aber assoziiertes Mitglied für Prozessbeobachtungen und für Aspekte der Projekt-Moderation.
- 3 www.brca-netzwerk.de.
- 4 Dieses Ergebnis zu Schwierigkeiten digitaler *Interfaces* eingehender zu verfolgen, würde den Rahmen des Artikels sprengen. Grundsätzlich verweist das Ergebnis aber auf die Problematiken der Digitalisierung in der Medizin und stellt eine ‚Spur‘ für zukünftige Forschungen dar.

Literatur

- ATKINSON, PAUL, PARSONS, EVELYN & FEATHERSTONE, KATIE 2001. Professional Constructions of Family and Kinship in Medical Genetics. *New Genetics and Society* 20,1: 5–24.
- BARTH, FREDRIK. 2002. An Anthropology of Knowledge. *Current Anthropology* 43: 1–18.
- BECK, STEFAN; ÇIL, NEVİM; HESS, SABINE; KLOTZ, MAREN, & KNECHT, MICHİ (eds) 2007. *Verwandtschaft machen. Reproduktionsmedizin und Adoption in Deutschland und der Türkei* (Berliner Blätter. Ethnographische und Ethnologische Beiträge Bd. 42). Berlin: LIT.
- BERG, MARC 1996. Practices of Reading and Writing: The Constitutive Role of the Patient Record in Medical Work. *Sociology of Health & Illness* 18, 4: 499–524.
- BOENINK, MARIANNE & VAN DER BURG, SIMONE 2010. Informed Decision Making about Predictive DNA Tests: Arguments for More Public Visibility of Personal Deliberations about the Good Life. *Medicine, Health Care and Philosophy* 13, 2: 127–128.
- BOHOLM, ASA 2015. *Anthropology and Risk*. London: Routledge.
- BOUQUET, MARY 1995. Exhibiting Knowledge: The Trees of Du Bois, Haeckel, Jesse and Rivers at the Pithecanthropus Centennial Exhibition. In STRATHERN, MARILYN (ed). *Shifting Contexts. Transformations in Anthropological Knowledge*. London & New York: Routledge: 31–56.
- 1996. Family Trees and their Affinities: The Visual Imperative of the Genealogical Diagram. *The Journal of the Royal Anthropological Institute* 2, 1: 43–66.

- CALLON, MICHEL & RABEHARISOA, VOLOLONA 2008. The Growing Engagement of Emergent Concerned Groups in Political and Economic Life: Lessons from the French Association of Neuromuscular Disease Patients. *Science, Technology, Human Values* 33: 230–261.
- CARSTEN, JANET 2007. Constitutive Knowledge: Tracing Trajectories of Information in New Contexts of Relatedness. *Anthropological Quarterly* 80: 403–426.
- CASTAÑEDA, CLAUDIA 2002. Der Stammbaum. Zeit, Raum und Alltagstechnologie in den Vererbungswissenschaften. In WEIGEL, SIGRID (ed). *Genealogie und Genetik. Schnittstellen zwischen Biologie und Kulturgeschichte*. Berlin, Boston: De Gruyter: 45–56.
- EDWARDS, JEANETTE 2011. The Ancestor in the Machine. *CRESC Working Paper Series* 71: 2–21.
- EMERSON, ROBERT M. & FRETZ, RACHEL I. & SHAW, LINDA L. 1995. *Writing Ethnographic Fieldnotes*. Chicago: University of Chicago Press.
- EPSTEIN, STEVEN 1995. The Construction of Lay Expertise: AIDS Activism and the Forging of Credibility in the Reform of Clinical Trials. *Science, Technology & Human Values* 20: 408–437.
- FEATHERSTONE, KATIE 2006. *Risky Relations: Family, Kinship and the New Genetics*. Oxford: Berg.
- FEUFEL, MARKUS A. 2016. Statistische Risiken und Unsicherheit in PatientInneninformationen. In LESCH, WIEBKE & SCHÜTT, ANTIJE (eds). *Gesundheitsinformationen kommunizieren, Stakeholder Engagement gestalten*. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft: 125–136.
- FINKLER, KAJA 2001. The Kin in the Gene. The Medicalization of Family and Kinship in American Society. *Current Anthropology* 42: 235–263.
- FINKLER, KAJA & SKRZYŃCIA, CECILE & EVANS, JAMES P. 2003. The New Genetics and its Consequences for Family, Kinship, Medicine and Medical Genetics. *Social Science & Medicine* 57: 403–412.
- FRANKLIN, SARAH 1997. Conception among the Anthropologists. In *Embodied Progress: A Cultural Account of Assisted Conception*. London: Routledge: 17–73.
- GIBBON, SARAH 2002. Re-Examining Geneticization: Family Trees in Breast Cancer Genetics. *Science as Culture* 11: 429–457.
- JAIN, S. LOCHLANN 2013. *Malignant: How Cancer Becomes Us*. Berkeley: University of California Press.
- KLOTZ, MAREN 2016. Wayward Relations: Novel Searches of the Donor-Conceived for Genetic Kinship. *Medical Anthropology. Cross-Cultural Studies in Health and Illness* 35, 1: 45–57.
- 2014. (K)Information. *Gamete Donation and Kinship Knowledge in Germany and Britain*. Frankfurt: Campus.
- KNECHT, MICHI; KLOTZ, MAREN; POLAT, NURHAK & BECK, STEFAN 2011. Erweiterte Fallstudien zu Verwandtschaft und Reproduktionstechnologien: Potentiale einer Ethnographie von Normalisierungsprozessen. *Zeitschrift für Volkskunde* 107: 21–48.
- KONRAD, MONICA 2003. Predictive Genetic Testing and the Making of the Pre-Symptomatic Person: Prognostic Moralities amongst Huntington's-Affected Families. *Anthropology & Medicine* 10, 1: 23–49.
- 2005. *Narrating the New Predictive Genetics: Ethics, Ethnography, and Science*. Cambridge, UK; New York: Cambridge University Press.
- KUCHENBAECKER, KAROLINE B. & HOPPER, JOHN L. & BARNES, DANIEL R. & PHILLIPS, KELLY-ANNE & MOOIJ, THEA M. & ROOS-BLOM, MARIE-JOSÉ & JERVIS, SARAH & VAN LEEUWEN, FLORA E. & MILNE, ROGER L. & ANDRIEU, NADINE & GOLDGAR, DAVID E. TERRY, MARY BETH & ROOKUS, MATTI A. & EASTON, DOUGLAS F. & ANTONIOU, ANTONIS C. & BRCA1 AND BRCA2 COHORT CONSORTIUM 2017. Risks of Breast, Ovarian, and Contralateral Breast Cancer for BRCA1 and BRCA2 Mutation Carriers. *JAMA* 317, 23: 2402–2416.
- LATOUR, BRUNO 1999. *Pandora's Hope*. Cambridge, Massachusetts: Harvard University Press.
- LEVINSON, JACK 2010. *Making Life Work. Freedom and Disability in a Community Group Home*. Minneapolis: University of Minnesota Press.
- LEMKE, THOMAS 2000. Die Regierung der Risiken. Von der Eugenik zur genetischen Gouvernementalität. In BRÖCKLING, ULRICH; KRASMANN, SUSANNE & LEMKE, THOMAS (eds). *Gouvernementalität der Gegenwart: Studien zur Ökonomisierung des Sozialen*. Frankfurt am Main: Suhrkamp: 227–264.
- LOCK, MARGARET 1998. Breast Cancer: Reading the Omens. *Anthropology Today* 14, 4: 7–16.
- MAMO, LAURA 2005. Biomedicalizing Kinship. Sperm Banks and the Creation of Affinity-Ties. *Science as Culture* 14: 237–264.
- MOSS, LENNY 2003. *What Genes Can't Do*. Cambridge, Massachusetts: MIT Press.
- NELKIN, DOROTHY & LINDEE, SUSAN 1995. *The DNA Mystique*. New York: Freeman.
- NOVAS, CARLOS & ROSE, NIKOLAS 2000. Genetic Risk and the Birth of the Somatic Individual. *Economy and Society* 29: 485–513.
- NUKAGA, YOSHIO & CAMBROSIO, ALBERTO 1997. Medical Pedigrees and the Visual Production of Family Disease in Canadian and Japanese Genetic Counselling Practice. *Sociology of Health & Illness* 19, 19B: 29–55.
- PALFNER, SONJA 2009. *Gen-Passagen. Molekularbiologische und medizinische Praktiken im Umgang mit Brustkrebs-Genen*. Bielefeld: Transcript.
- POLAT, NURHAK 2012. Concerned Groups in the Field of Reproductive Technologies: A Turkish Case Study. In KNECHT, MICHI; KLOTZ, MAREN & BECK, STEFAN (eds). *Reproductive Technologies as Global Form. Ethnographies of Knowledge, Practices, and Transnational Encounters*. Frankfurt: Campus: 197–228.
- POLZER, JESSICA. 2010. Caring for the Self, Caring for Others: The Politics and Ethics of Generic Risk for Breast Cancer. *Canadian Woman Studies* 28, 2, 3: 71–76.
- POLZER, JESSICA & ROBERTSON, ANNE 2007. From Familial Disease to "Genetic Risk": Harnessing Women's Labour in the c(o)Production of Scientific Knowledge about Breast Cancer. In HANNAH-MOFFAT, KELLY & O'MALLY, PAT (eds). *Gendered Risks*. New York: Routledge-Cavendish: 32–52.
- RABINOW, PAUL 2004. Artificialität und Aufklärung. Von der Soziobiologie zur Biosozialität. In *Anthropologie der Vernunft: Studien zu Wissenschaft und Lebensführung*. Frankfurt am Main: Suhrkamp: 123–53.

- RESTA, ROBERT G. 1993. The Crane's Foot: The Rise of the Pedigree in Human Genetics. *Journal of Genetic Counseling* 2, 4: 235–260.
- RHEINBERGER, HANS-JÖRG 2003. Gene Concepts. Fragments from the Perspective of Molecular Biology. In BEURTON, PETER; FALK, RAPHAEL & RHEINBERGER, HANS-JÖRG (eds). *The Concept of the Gene in Development and Evolution. Historical and Epistemological Perspectives*. Cambridge, UK: Cambridge University Press: 219–239.
- ROSE, NIKOLAS 2007. *Politics of Life Itself. Biomedicine, Power and Subjectivity in the Twenty-First Century*. Princeton: Princeton University Press.
- SAMERSKI, SILJA 2003. Die Freisetzung Genetischer Begrifflichkeiten, oder: Wie die Genetische Beratung zum Risikomanagement verpflichtet. In BECK, STEFAN & KNECHT, MICHI (eds). *Körperpolitik – Biopolitik*. (Berliner Blätter. Ethnographische und Ethnologische Beiträge Bd. 29). Berlin: LIT: 15–23.
- 2010. *Die Entscheidungsfalle: Wie genetische Aufklärung die Gesellschaft entmündigt*. Darmstadt: Wissenschaftliche Buchgesellschaft.
- Samerski, Silja & Henkel, Anna 2015. Responsibilisierende Entscheidungen. Strategien und Paradoxien des sozialen Umgangs mit probabilistischen Risiken am Beispiel der Medizin. *Berliner Journal für Soziologie* 25: 83–110.
- SPEISER, DOROTHEE; REBITSCHKE, FELIX G.; FEUFEL, MARKUS A.; BRAND, HANNAH; BESCH, LAURA & KENDEL, FRIEDRIKE 2019. Accuracy in Risk Understanding Among BRCA1/2-Mutation Carriers. *Patient Education and Counseling* 102, 10: 1925–1931.
- STAR, SUSAN LEIGH 2010. This is not a Boundary Object: Reflections on the Origin of a Concept. *Science, Technology, & Human Values* 35, 5: 601–617.
- 2002. Infrastructure and Ethnographic Practice. Working on the Fringes. *Scandinavian Journal of Information Systems* 14: 107–122.
- STAR, SUSAN LEIGH & GRIESEMER, JAMES R. 1989. Institutional Ecology, 'Translations' and Boundary Objects: Amateurs and Professionals in Berkeley's Museum of Vertebrate Zoology, 1907–39'. *Social Studies of Science* 19, 3: 387–420.
- TIMM, ELISABETH 2011. Genealogie ohne Generationen. Verwandtschaft in der populären Forschung. In MOHRMANN, RUTH-E. (ed). *Generationenbeziehungen in Familie und Gesellschaft*. Münster: Waxman: 147–79.
- WEIGEL, SIGRID (ed) 2002. *Genealogie und Genetik: Schnittstellen zwischen Biologie und Kulturgeschichte*. Berlin: De Gruyter.
- ZUR NIEDEN, ANDREA 2013. *Zum Subjekt der Gene werden: Subjektivierungsweisen im Zeichen der Genetisierung von Brustkrebs*. Bielefeld: Transcript.

Manuskript eingegangen am: 22.8.2019

Manuskript akzeptiert am: 3.11.2019



MAREN HEIBGES (geb. KLOTZ) Dr. phil. arbeitet als festangestellter Senior Fellow (Forschung & Strategisches Management) im Fachgebiet Arbeitswissenschaft der Technischen Universität Berlin. Die dortige Arbeitsgruppe erforscht Arbeitssysteme aus theoretischen wie angewandten Blickwinkeln. Heibges hat Europäische Ethnologie an der Humboldt Universität zu Berlin studiert und dort auch als wissenschaftliche Mitarbeiterin (Prä- und Postdoc) gearbeitet. Ihre Promotion ist eine sogenannte Co-Tutelle Promotion zwischen der britischen University of Exeter und der Humboldt Universität, und eine Kombination aus Science and Technology Studies (STS) und Ethnologie/Anthropologie. Auch ihren Master of Science (STS) mit dem Schwerpunkt Genetik & Gesellschaft) hat sie an der University of Exeter absolviert. In ihrer Forschung kombiniert Maren Heibges oft Zugänge aus STS, Medizinethnologie und sogenannter relationaler Anthropologie. Sie interessiert sich besonders für Solidarität und Sozialität in einer fortschreitend technisierten und verwissenschaftlichen Welt. In ihrer Promotion hat sie zu diesem Thema am Beispiel der Reproduktionsmedizin geforscht. Eine Postdoc-Forschung konzentrierte sich auf Fragen digitaler Teilhabe und Netzpolitik am Beispiel des politischen Transparenz-Aktivismus. Aktuell forscht sie zu familiärem Brustkrebs und publiziert auch zu Fragen qualitativer Forschungsethik.

Fachgebiet Arbeitswissenschaft
 Institut für Psychologie und Arbeitswissenschaft,
 Technische Universität Berlin
 Marchstr. 23, MAR 3-2, D-10587 Berlin
 e-mail: heibges@tu-berlin.de

Das Social Egg Freezing als Technologie zur weiblichen Fruchtbarkeitserhaltung

Potentialanerkennung und Fruchtbarkeitsvermessung in der biomedizinischen Praxis

ANTONIA MODELHART

Abstract Unter dem Begriff *Social Egg Freezing* (SEF) wird die Reproduktionstechnologie des Einfrierens von Eizellen seit einigen Jahren vermehrt im Kontext der biographischen Lebensplanung diskutiert. Die Möglichkeit des SEF soll das Alter des „Kinderkriegen-Könnens“ als biologische Tatsache an das Alter des „Kinderkriegen-Wollens“ als soziale Tatsache (aufgrund von Faktoren wie Beruf, Partnerschaft oder ökonomischem Druck) heranführen und die „tickende biologische Uhr“ der Frau anhalten. Ausgehend von der Technologie des SEF, eingebettet in den spezifisch österreichischen Kontext, untersuche ich im vorliegenden Artikel die weibliche (Un-)Fruchtbarkeit als Aushandlungsfeld von Technologie, Körper und Gesellschaft. Beim SEF wird der weibliche, fruchtbare Körper zum Ort gesellschaftlicher Dynamiken und biologischer Fakten, die miteinander in Einklang gebracht werden wollen. Als Ausdruck einer Biomedikalisierung transformieren das SEF und die damit korrespondierende Technologie der Fruchtbarkeitsvermessung die weibliche Fruchtbarkeit in ein biomedizinisches Problem. Als biomedizinisches Problem anerkannt, legt es technologische Interventionen nahe und legitimiert deren Einsatz in den Momenten, in denen die sozialen Beweggründe kontrovers bleiben.

Keywords Social Egg Freezing (SEF), Reproduktionstechnologie, weibliche (Un-)Fruchtbarkeit, Biomedikalisierung

Das SEF als Forschungsfeld in Österreich

Die reproduktionsmedizinische Methode der Kryokonservierung von Eizellen¹ findet seit dem medienwirksamen Vorstoß von Apple und Facebook im Jahr 2014 unter dem Namen *Social Egg Freezing* (SEF) vermehrt Eingang in Debatten zu assistierten Reproduktionstechnologien (ART)². Das SEF wird terminologisch vom *Medical Egg Freezing* (MEF) abgegrenzt (PETROPANAGOS 2010: 223), wobei das MEF schon länger als Option zur Fruchtbarkeitserhaltung von Krebspatientinnen Thema ist. Die namentlich eingeschriebene Differenzierung stellt zwei unterschiedliche Beweggründe für dieselbe Prozedur ins Zentrum: Während das MEF eine *medizinische* Behandlungsbedürftigkeit impliziert, bezieht sich das SEF auf *soziale* Beweggründe. In beiden Fällen steht die biologisch begrenzte Fruchtbarkeit als körperliche Tatsache im Raum, die beim MEF eine medizinische Basis hat, weil die Fruchtbarkeit im Rahmen einer Krankheit gefährdet ist. Beim SEF

hingegen begründen biografische Aspekte wie Beruf, (fehlende) Partnerschaft oder ökonomische Überlegungen, die den Zeitpunkt des Kinderkriegens bestimmen können, die Inanspruchnahme der Technologie. Diese Differenzierung ist im österreichischen Kontext, der Gegenstand der vorliegenden Untersuchung ist, für die Praxis wesentlich, da hier das SEF im Gegensatz zum MEF gesetzlich nicht erlaubt ist. Mit der Analyse von SEF in terminologischer Abgrenzung zu MEF und den damit verbundenen Aushandlungsprozessen zwischen künstlich und natürlich, medizinischer Notwendigkeit versus „Lifestylemedizin“, Gesundheit und Krankheit sowie Fruchtbarkeit und Unfruchtbarkeit, soll der vorliegende Artikel mithilfe empirischer Befunde einen Beitrag leisten. Nach einer Vorstellung der zentralen Fragestellungen und der verwendeten Methodik folgt eine theoretische Annäherung an ART im Allgemeinen und das SEF im Besonderen. Die Fragestellungen und Theorien werden schließlich in den empirischen Beispielen zusammengeführt und konkretisiert.

Forschungsfrage und theoretischer Rahmen

Im Zentrum der Untersuchung steht die Frage, wie der weibliche, (un)fruchtbare Körper beim und durch das SEF ausgehandelt wird und welche gesellschaftlichen Vorstellungen und Bedeutungen darin eingeschrieben sind. Ausgehend von TAUSSIG *et al.* (2013) und LEES (2013) Verwendung des Begriffs *Potential*, analysiere ich die Bedeutungsherstellung, welche die Eizelle als Aushandlungsfeld für gesellschaftliche Vorstellungen zum weiblichen, fruchtbaren Körper durch diverse Akteur_innen erfährt. Darüber hinaus soll anhand einer neuartigen Form der Fruchtbarkeitsvermessung ein konkreter Ausdruck einer Potentialanerkennung der Eizelle thematisiert werden. Diese zwei korrespondierenden Praktiken verweisen im Feld des SEF in Österreich auf die (Neu-)Konfiguration und die Biomedikalisierung von (Un-)Fruchtbarkeit.

Das Konzept der *Biomedikalisierung* nach CLARKE *et al.* (2003) stellt eine Adaptierung der Medikalisierungsthese an das gegenwärtige *biomedizinische* System dar und ist für die Argumentation der hier herausgearbeiteten Konfiguration von (Un-)Fruchtbarkeit beim SEF wesentlich. CLARKE *et al.* (2003) erkennen im rezenten biomedizinischen System einen kulturellen Ausdruck, indem sich das Denken über das Leben an sich durch hochtechnisierte Praktiken und technische Innovationen fundamental transformiert hat. Ein Merkmal biomedikalisierten Prozesse beinhaltet, körperinterne Prozesse zu kontrollieren und zu manipulieren und an der Veränderung des Lebens prinzipiell anzusetzen (ebd.: 164). In Anlehnung an MICHEL FOUCAULT (1988) und NIKOLAS ROSE (1996) beziehen sich die Autorinnen auf Technologien des Selbst, die immer mehr alltägliche Praktiken durchdringen und eine Verschiebung der wahrgenommenen Kontrollinstanzen weg von Institutionen und Expert_innen hin zu individueller Verantwortung bedeuten (CLARKE *et al.* 2003: 165). Die Technologien des Selbst schaffen biologische Subjekte und Identitäten, wobei der individuelle Bezugsrahmen ein körperlich-biologischer ist, der bestimmt, wer und was wir sind und wie erfolgreich wir darin sind (ebd.).

Methoden

Die Beantwortung der Forschungsfrage erfolgte mittels Situationsanalyse (CLARKE *et al.* 2015) des SEF in Österreich. Dabei wurde der Fokus auf Expert_innen (Reproduktionsmediziner_innen) und institutionalisierte Akteur_innen (beispielsweise ein Mitglied der Bioethikkommission des Bundeskanzleramtes) gelegt. Mithilfe einer Situationsanalyse sollten unterschiedliche *social worlds*³ und deren Diskurspositionen in Bezug auf das SEF analysiert werden. Der Untersuchungszeitraum erstreckte sich von Oktober 2015 bis Februar 2018; es wurden zwölf Expert_inneninterviews mit Vertreter_innen unterschiedlicher Institutionen durchgeführt und analysiert⁴. Daneben wurden relevante Gesetzesentwürfe und -texte, Stellungnahmen und öffentliche Repräsentationen der Institutionen in die Analyse mit einbezogen.

Rechtliche Lage von SEF in Österreich

Die Anwendung von ART ist in Österreich durch das 1992 in Kraft getretene Fortpflanzungsmedizinengesetz (FMedG 1992)⁵ geregelt. Im Jahr 2015 (FMedRÄG 2015)⁶ erfuhr es zuletzt einige substanzielle Änderungen, die grundsätzlich als Liberalisierung bewertet wurden (WENDEHORST 2015). Für das Verbot des SEF in Österreich ist die Aufrechterhaltung des sogenannten Ultima-ratio- oder Subsidiaritätsprinzips relevant. Dieses besagt, dass in Österreich ART nur aufgrund einer medizinischen Indikation herangezogen werden darf, wenn „nach dem Stand der Wissenschaft und Erfahrung alle anderen möglichen und den Ehegatten oder Lebensgefährten zumutbaren Behandlungen zur Herbeiführung einer Schwangerschaft durch Geschlechtsverkehr erfolglos gewesen oder aussichtslos sind“ (FMedRÄG 2015 §2(1)) – oder die durch Geschlechtsverkehr herbeigeführte Schwangerschaft eine akute Gefahr bedeuten würde. Das Prinzip der medizinischen Indikation greift ebenso in puncto Zellentnahme und -aufbewahrung: Eizellen, aber auch Spermazellen⁷, dürfen nur bei „körperlichen Leiden“ oder wenn die Behandlung des körperlichen Leidens eine Gefahr für das Erlangen einer Schwangerschaft durch Geschlechtsverkehr darstellt, entnommen und aufbewahrt werden (FMedRÄG 2015 §2b). Als präventive Maßnahme, bei der die sozialen Grün-

de als vordergründig gerahmt werden und keine medizinische Notwendigkeit besteht, bleibt das SEF daher in Österreich verboten. Allerdings zeigt meine Forschung, dass das SEF in Österreich in Prozesse eingebunden ist, in denen die Deutungs- und Legitimation der medizinischen Legitimation auf die sozialen Beweggründe übertragen wird. Dabei wird die Fruchtbarkeit an sich als in Gefahr stehend konzipiert und damit zum medizinischen Problem, das eine Intervention nahelegt.

Forschungsstand

Prozesse der biologischen Reproduktion und die zunehmenden Möglichkeiten der technischen Intervention werden in der Medizinanthropologie seit nunmehr drei Jahrzehnten intensiv bearbeitet. Mit der Routinisierung der In-vitro-Fertilisation (IVF) in der Praxis etablierte sich zu Beginn der 1990er Jahre die ethnographische Analyse (KNECHT 2005: 424). Ebenso von Bedeutung für die Gegenstandsformierung war die Herausbildung des (weiblichen) Körpers als Analyseeinheit, maßgeblich vorangetrieben durch die Etablierung der Gender Studies und die Etablierung von Frauen als Wissenschaftlerinnen in der männlich dominierten Wissenschaftscommunity (KNECHT 2005, GINSBURG & RAPP 1991). Pionierinnen auf dem Gebiet der *New Kinship Studies* wie SARAH FRANKLIN (1997) oder MARILYN STRATHERN (1992) führen mit ihren Arbeiten zu ART und Verwandtschaft, Familie, Konzepten von künstlich vs. natürlich oder der Analyse von biomedizinischen Wissensformen die Relevanz einer ethnologischen Auseinandersetzung mit ART und ihren gesellschaftlichen Implikationen vor. Gemein ist ihren Ansätzen, dass scheinbar natürliche Prozesse, Entwicklungen und Wissensformationen infrage gestellt werden. Weder Reproduktion an sich noch die biologischen Fakten von Verwandtschaft und Familie können demnach als stabile, objektive Kategorien behandelt werden. Biologisches und medizinisches Wissen, so zeigt es etwa FRANKLIN (1997) in ihren Arbeiten auf, ist ebenso wenig rein objektives Wissen, wie die daraus resultierenden Technologien keine bedeutungsleeren und kulturlosen Instrumente sind.

Die ethnologischen Beiträge zur Diskussion um ART sind reich an empirischen Beispielen und auch das SEF reiht sich hier ein: Vor allem

seit 2013 verstärkt beforscht, bietet es eine Fülle an Analysemöglichkeiten und -richtungen. Bestehende Diskussionen um die Kommodifizierung und Kommerzialisierung von Körperteilen (HADOLT 2017) werden etwa von CATHERINE WALDBY in ihren Arbeiten zur „tissue economy“, insbesondere in der Publikation „The Oocyte Economy“ (2019), auf die Eizelle übertragen. Die Konsequenzen der biomedizinischen und technischen Nutzbarmachung von biologischem Material wie der Eizelle sind für unterschiedliche Akteur_innen weitreichend und verlangen nach einer fundierten Analyse der involvierten sozialen Prozesse, Dynamiken und Wertvorstellungen, auch um die Ungleichheiten in den machtvollen sozialen Beziehungen benennen zu können. Ebenso bilden Diskussionen um die Medikalisierung und Technisierung des weiblichen Körpers bzw. der Unfruchtbarkeit einen festen Bestandteil des feministischen und ethnologischen Diskurses rund um ART (vgl. LOCK & NGUYEN 2010; INHORN & VAN BALEN 2002), und sind auch in Bezug auf das SEF weiterhin aktuell (MARTIN 2010).

MARCIA INHORN (2017: 4) analysiert das SEF in Hinblick auf die Kategorien „gender, race and class“ und begründet die Relevanz des SEF für die USA mit einem demografischen Ungleichgewicht: Zu viele gebildete Frauen träfen auf zu wenige Männer des gleichen Bildungsniveaus (ebd.: 6f). Anstatt das medial verbreitete Bild der Karrierefrau zu untermauern, welches individualistische Gründe in den Vordergrund rückt, sieht INHORN ein gesellschaftliches Ungleichgewicht in Bezug auf Bildung und Geschlecht und eine für Frauen ungleich schwierigere Partnerfindung. Unter diesem Aspekt könne das SEF für Frauen den Druck der „biologischen“ Uhr abfedern und die Partnerfindung aus biologischen Gründen weniger dringlich machen. Gleichwohl weist INHORN auf das darin eingeschriebene Bild des Suchens und Findens des perfekten Partners hin, welches die Vorstellungen zum Kinderkriegen nach wie vor ebenso prägt wie die heteronormativen Vorstellungen der Kernfamilie (ebd.: 8).

Explizit mit der Perspektive von SEF-Nutzerinnen, ihren Erfahrungen und Motivationen setzt sich die Soziologin KYLIE BALDWIN (2017; 2018) auseinander. In ihrer Analyse ist das SEF maßgeblich geprägt von heteronormativen, vergeschlechtlichten Vorstellungen zu Partner- und

Elternschaft ebenso wie von neoliberalen Rationalisierungsbestrebungen (BALDWIN 2018: 11).

Von soziologischer Seite ist LAUREN JADE MARTINS (2015) Beitrag zu *anticipated infertility* zu erwähnen, in welchem sie das Spezifische der Technologie diskutiert und die Unfruchtbarkeit beim SEF als einen in die Zukunft projizierten Zustand erörtert, der mit dem Bewusstsein der Behandlungsoption bereits antizipiert wird. Wohingegen sich MARTIN mit der Repräsentation des Phänomens und dem *framing* von Egg Freezing-Kandidatinnen im wissenschaftlichen Diskurs, in den Medien und im Verkauf der Dienstleistung beschäftigt, übertrage ich die antizipierte Unfruchtbarkeit in die Momente der sozialen Aushandlung des SEF. Der Fokus liegt demnach in den konkreten Bedeutungsherstellungen, wie sie etwa in den Potenzialzuschreibungen der Eizelle beim SEF zutage treten. In meiner Forschung zum SEF rückte die (Un-)Fruchtbarkeit als zentrale Kategorie in den Mittelpunkt. Dies kann im Sinne von CLARKE *et al.* (2003) als rezentes Charakteristikum einer Biomedikalisierung gelesen werden, in welcher der medizinische Imperativ den gesunden Körper anstelle des bereits kranken Körpers fokussiert.

Im Folgenden werde ich SEF unter den Aspekten der Konfiguration von (Un-)Fruchtbarkeit anhand des empirischen Materials meiner Forschung herausarbeiten. Die Schreibweise (Un-)Fruchtbarkeit erklärt sich aus dem meines Erachtens für das SEF charakteristischen Oszillieren zwischen diesen zwei Kategorisierungen des weiblichen Körpers: In der Antizipation der *Unfruchtbarkeit* als ein in die Zukunft projizierter Zustand erhält die *Fruchtbarkeit* als endlicher körperlicher Prozess eine neuartige Relevanz; das SEF stellt dabei die biomedizinisch-technologische Anerkennung dieser Bedeutung der weiblichen Fruchtbarkeit dar.

Die Konfiguration von (Un-)Fruchtbarkeit in der Praxis

Die Eizellen und SEF

Eine Frau wird mit einer feststehenden Anzahl zwischen 1 bis 2 Millionen Eizellen geboren (MOHAPATRA 2014: 704). Zu Beginn der Pubertät hat sich diese Zahl bereits auf etwa 200.000 bis 500.000 reduziert und während des Zyklus wer-

den monatlich Eizellen aus der Eizellreserve mobilisiert, bis am Anfang der Wechseljahre noch etwa 1.000 übrig sind. Im Alter von 30 Jahren sind 88% der ovariellen Reserven bereits aufgebraucht (ebd.).

Lange Zeit galt die Eizelle im Gegensatz zum Sperma aufgrund ihrer Position im Körper und ihrer Nicht-Produzierbarkeit für die Forschung als wenig ergiebig (BERNARD 2014: 382). Die Forschungen zur extrakorporalen Befruchtung beim Menschen, also der Zusammenführung von Eizelle und Sperma außerhalb des Körpers, war jedoch in hohem Maße davon abhängig, die Eizelle zu einem „herstellbaren Objekt“ zu transformieren (ebd.: 397). Durch die Übertragung der Laparoskopie in den reproduktionsmedizinischen Kontext und die Möglichkeit, mithilfe hormoneller Stimulation die Heranreifung mehrerer Follikel pro Zyklus zu generieren, wurde die Eizelle entscheidend erreichbarer. Ihre Herstellbarkeit bleibt aber eine Illusion, insofern ihre Anzahl im weiblichen Körper mit der Geburt festgelegt ist und im Laufe des Lebens abnimmt. Genau um diese biologische Tatsache bildet sich die Technologie des SEF: Im Zentrum steht die Konservierung der nicht-herstellbaren Eizellen, die gerade aufgrund dieser Tatsache zu einem kostbaren biologischen Material werden. Die Eizelle wird im Rahmen des SEF aus dem Körper entfernt und an einen Ort überführt, der sie von der Zeitlichkeit des biologischen Körpers entbinden soll, um ihre Verwertung, ihre Nützlichkeit und ihre Qualität zu sichern (INHORN 2017; MARTIN 2010; MOHAPATRA 2014). Die Eizelle bildet somit beim SEF den Ausgangspunkt für diverse Aushandlungen zu ihren Potentialen, Wissensaneignung, Kontrolle, Management und Risikoeindämmung in Bezug auf den weiblichen, (un-)fruchtbaren Körper, die ich in diesem Kapitel anhand von Interviews mit biomedizinischen Akteur_innen herausarbeite.

Biologische *Potentiale* der Eizelle aus Sicht biomedizinischer Akteur_innen

Der Begriff *Potential* verweist im biomedizinischen Kontext auf vorhandene Qualitäten, die mittels Technologien aus dem verborgenen Körper-Inneren hervorgeholt und freigesetzt werden sollen (LEE 2013: 78). Biologisches Potential wird als etwas natürlich Vorhandenes gerahmt, das

durch spezifische Wissensformen entdeckt und damit auch anerkannt werden kann. TAUSSIG *et al.* (2013) verstehen Potentialzuschreibungen ebenso als politischen Prozess, in welchem Körper-teile als potentialvoll gerahmt werden und diese Potentiale als präsoziale Tatsachen naturalisiert werden. Durch technologische Errungenschaften kann Potential entdeckt, hervorgeholt und genutzt werden (ebd.: 7). Gleichzeitig tauchen durch die Potentialzuschreibungen Handlungsoptionen, wie das SEF eine darstellt, auf. Als analytische Kategorie dienen mir die Potentialzuschreibungen zum Aufzeigen inhärenter Argumentations- und Bewertungsmodi, die schlussendlich im SEF und der korrespondierenden Technologie der Fruchtbarkeitsvermessung handlungsweisende Konsequenzen finden.

Ausgangspunkt aller Potentiale der Eizelle ist ihre zugrundeliegende Eigenschaft, für menschliches Leben sorgen zu können. Dementsprechend bildet die Eizelle auch den Gradmesser für die weibliche Fruchtbarkeit und ihre schwindende Anzahl signalisiert die Transition zur Unfruchtbarkeit. Allerdings, so konstatieren durchweg alle Interviewpartner_innen (auch außerhalb der reproduktionsmedizinischen Praxis), gebe es wenig Bewusstsein für die weibliche Fruchtbarkeit, die involvierten körperlichen Prozesse und damit auch für die *Potentiale* der Eizelle. Dr. Lindner, ein Kinderwunschmediziner, erklärt etwa das Funkzionieren des weiblichen Zyklus anhand ökonomischen Vokabulars und einer Metapher in Form eines Sparbuches, einem Konto mit Abbuchungen und verbildlicht damit auf den besonderen Wert von Eizellen:

„Also ständig werden Eizellen aus diesem Konto abgebucht, das können sie auch nicht aufhalten. Was sich dann verändert, ist, wenn der Kontostand bei ungefähr 50.000 Eizellen ist, beginnt der Eierstock ein Sparprogramm, um die Anzahl der losgeschickten Eizellen auf 1.000 zurückzunehmen, dann kommen aber nach drei Monaten nicht mehr 20 bis 30 an, sondern nur mehr zwölf. Dann geht das Sparprogramm weiter, am Schluss werden es noch weniger.“ (Dr. Lindner, Goldenes Kreuz Wien)

Mit dem Bild eines individuellen „Kontos“ im Eierstock erfährt die weibliche Fruchtbarkeit mit der Währung „Eizellen“ ihre Endlichkeit: So wird

jede Frau bereits mit einer begrenzten Anzahl an Eizellen geboren (Guthaben), die mit fortwährendem Alter weniger werden, was mein Interviewpartner als „Abbuchung“ beschreibt. Die biologische Zeitlichkeit der Fruchtbarkeit und somit die Beschränkung des für Leben schaffenden Potentials der Eizellen verdeutlicht er durch das Bild „Sparprogramm“. Demzufolge ist die Fruchtbarkeit in Form der Eizelle auch „ein Gut, das sie verwalten müssen, und zwar bewusst und schlau“. Im Umschreiben der reproduktiven Vorgänge mit ökonomischem Vokabular – die Eizelle als *Gut*, der Eierstock als *Konto* von dem *abgebucht* wird und ins *Sparprogramm* wechselt – erfährt die Eizelle eine deutliche kulturelle Überhöhung, was im Vergleich zum Spermium besonders deutlich wird.

Ihre Nicht-Produzierbarkeit und Involviertheit in die soeben dargestellten komplexen Prozesse werden zu Charakteristika von Weiblichkeit, die einen deutlichen Gegensatz zur Männlichkeit darstellen, wie ein weiterer Interviewpartner, Dr. Wolfmayr, wie folgt beschrieben hat:

„Die Samenzelle ist nur zu einem Prozess da: Die Genetik, den haploiden Chromosomensatz in die Eizelle zu schaffen, zu nichts weiter. Die Eizelle dagegen ist eine Maschinerie von verschiedensten Sachen, unglaublich. [...] Einen Mann wirst du viel eher ersetzen können als die Frau, eine Eizelle nachzubauen, halleluja, wer das schafft. Eine Samenzelle nachzubauen, geht jetzt schon. Eine Eizelle zu kreieren, geht nicht.“

Während die Samenzelle technisch reproduzierbar sei, spricht Dr. Wolfmayr bei der Eizelle aufgrund ihrer komplexen Eigenschaften von Kreation. Die Rolle der Frau im Fortpflanzungsprozess ist damit auf ihre natürlich vorhandene Ressource der Eizelle festgelegt, die sich im Gegensatz zum Spermium einer technischen Herstellbarkeit entzieht.

Die Qualität der Eizellen bildet einen weiteren Aspekt des biologischen Potentials, die gewissermaßen externe Einflüsse innerhalb des Körpers in Form der Eizelle materialisiert. So findet eine weitere Dimension der Abgrenzung zum Spermium über die Bewertung der (epi-)genetischen Informationen, die der Eizelle eingeschrieben sind, statt. Die Eizelle trage zum einen mehr genetische Information für ein zukünftiges Leben in sich als

die Samenzelle, wie mir eine auf Endokrinologie spezialisierte Gynäkologin erzählt (vgl. Dr. Wallner, Gynäkologin). Zum anderen wird auch der epigenetische Aspekt deutlich formuliert:

„Ich bin mir sicher, dass die Eizelle ein ganz sensibles Organ ist für Raucherschäden, da bin ich mir zu 100% sicher, das sagen ganz viele. Und all die jungen Frauen, die mit 14, 15 zu Rauchen anfangen, schädigen bereits ihr zukünftiges Kind. Das muss man sich auf der Zunge zergehen lassen, das ist eigentlich schwer fahrlässig. Wie kommt der zukünftige Vater dazu, der gesund gelebt hat und eine 10-Jahre Raucherin als Freundin hat, mit der soll er jetzt ein Kind haben, na gute Nacht. Es werden genetische Fehler einprogrammiert in die Eizelle, die Mutter macht wissenschaftlich etwas, was dem Kind schadet, heftig.“ (Dr. Wallner, Gynäkologin)

Ein Gynäkologe visualisiert die Eizellen von rauchenden Frauen als „fahl und ledrig“. Die Eizelle fungiert somit auch als innerer Spiegel für lebensstiltechnische Entscheidungen der Frau:

„Sie kennen das vielleicht, wenn Frauen viel rauchen und ihre Haut so fahl und ledrig wird. Genau so schaut eine Eizelle dann auch aus, fahl und ledrig. Das Äußere spiegelt sich wirklich in der Eizelle.“ (Aussage eines Gynäkologen, Feldnotizen 23.3.2017)

Die Bewunderung für die Eizelle ist groß, impliziert aber auch eine Verantwortung. Die von Dr. Lindner beschriebene Ökonomie der Eizelle verlangt nach einem Lebensstil, der den verantwortungsvollen, bewussten Umgang mit der Komplexität und Besonderheit der Eizelle berücksichtigt und sich in spezifischen Formen der (Selbst-)Fürsorge äußert (z.B. nicht zu rauchen). Das SEF stellt nun eine Anerkennung dieser Potentiale der Eizelle dar und auch eine Form der (Selbst-)Fürsorge: Die Eizellen sollen im Rahmen der Anwendung zu einem möglichst frühen Zeitpunkt mitsamt ihrer eingeschriebenen Qualitäten an einen neutralen Ort außerhalb des Körpers transferiert werden, um eine Aufrechterhaltung der Potentiale zu sichern und somit schließlich die Fruchtbarkeit zu wahren. Neben der Erhaltung der Fruchtbarkeit an sich sind aber auch individualistisch-moralisierende Dimensionen von der Art und Qualität der Fruchtbarkeit eingeschrieben: Die Verwertungszusammenhänge für die eigene Fruchtbarkeit im-

pliziert eine (epi-)genetische Verantwortung. In diesem Anspruch treten die „biomedicalized subjectivities“ (CLARKE *et al.* 2003: 165) hervor: Die Intervention wird nicht mehr nur durch medizinische Expert_innen geleitet, sondern setzt an der Bearbeitung des eigenen Körpers durch Technologien des Selbst an (ebd.). Fruchtbarkeit als Kategorie der Gesundheit wird zu einem Projekt, das durch Wissensaneignung und Praktiken des körperlichen Erlebens und Kennenlernens erarbeitet wird (ebd.: 172).

Weitere Potential-Anerkennungen

Abseits einer Verwendung für die eigene Fruchtbarkeitserhaltung ist die Eizelle darüber hinaus in weitere Verwertungszusammenhänge eingebunden, die das SEF zukünftig prägen können. So stehen die gelagerten Eizellen für die Weitergabe und Potentialentfaltung in anderen Kontexten, etwa der Stammzellenforschung oder im Rahmen einer Eizellspende, prinzipiell zur Verfügung. Sie sind damit eingebunden in Prozesse der Kommodifizierung und Kommerzialisierung und als Teil einer Körperökonomie aufgrund ihrer Potentiale mit hohem Warenwert ausgestattet (HADOLT 2017; WALDBY 2019).

Zusammengefasst birgt die eingefrorene Eizelle die Möglichkeit zur Schwangerschaft, die Offenheit, befruchtet zu werden und schließlich in andere, ökonomisierte Kontexte weitergegeben zu werden. Durch die Potentialzuschreibungen wird die Eizelle mit Bedeutungen aufgeladen, die ein spezifisches, der biomedizinischen Logik entsprechendes Verständnis von Körperteilen modellieren. Biologisches Potential wird dabei als etwas Fragiles und Vergängliches ausgehandelt, das nach Expertise und Körperwissen verlangt und durch technische Intervention freigesetzt werden kann (LEE 2013: 78). Beim SEF geschieht das über die Entnahme und Kryokonservierung der Eizelle, während es gleichzeitig Diskurse um das Wissen der Potentiale der Eizelle eröffnet. Diese bleiben nicht folgenlos: durch die Möglichkeit des Einfrierens wird die Eizelle beim SEF zum zentralen Element eines verantwortungsbewussten, vorsorglichen Umgangs mit der eigenen Fruchtbarkeit. Die Potentialzuschreibungen dienen dabei durchaus als moralische Orientierung, wenn etwa auf die epigenetische Verantwortung hingewiesen und

daraus in Form des SEF eine individuelle Handlungsoption abgeleitet wird.

Die Möglichkeit des Handelns in Bezug auf die eigene Fruchtbarkeit korrespondiert beim SEF mit der neuartigen Option zur Fruchtbarkeitsvermessung: Diese Praxis stellt eine weitere Form der Potentialerkennung der Eizelle dar und bildet gewissermaßen die selbsttechnologisierte Vorarbeit zum SEF, wie im nächsten Abschnitt näher ausgeführt wird.

Die Vermessung der weiblichen (Un-)Fruchtbarkeit

Eine wesentliche Praxis der Potentialanerkennung der Eizelle stellt die Möglichkeit zur Fruchtbarkeitsvermessung in Form des *Ivory-Tools*⁸ dar.

Bedeutsam hierfür ist ein spezifisches Hormon, das Anti-Müller-Hormon (AMH), welches in den letzten Jahren zunehmend wissenschaftliche Relevanz erlangt hat (BROEKMANS *et al.* 2007; GROSSMAN *et al.* 2017). In der biomedizinischen Praxis wird das AMH als Bindeglied zwischen der Eizellenreserve und dem Zustand der Fruchtbarkeit gehandelt und ist damit für das Verständnis von Fruchtbarkeit beim SEF wesentlich. Dieses Verständnis ist in der biomedizinischen Praxis geprägt von einer biologischen Vergänglichkeit:

„Auf die Fruchtbarkeit muss man aufpassen als Frau. Die Tendenz, es aufgrund von Beruf hinauszuschieben, ist da, die Natur spielt aber nicht immer mit, das ist das Problem [...]. Und natürlich sollte man als Frau sein ‚window of opportunity‘ auch für die Fruchtbarkeit nützen.“ (Dr. Wallner, Gynäkologin)

Diese Vergänglichkeit kann man sich als Frau mithilfe einer Bestimmung des AMH-Wertes gegenwärtigen, um Wissen über den Fruchtbarkeitsstatus herzustellen. Dieses Wissen wiederum kann unterschiedliche Handlungsoptionen, wie etwa das SEF, anleiten.

In der Praxis wird in unterschiedlichem Ausmaß auf den AMH-Wert Bezug genommen. Dr. Faber sieht darin eine Möglichkeit, die Treffsicherheit des SEF zu erhöhen:

„Die Kunst wäre zu sagen, welche Frauen davon profitieren. Eine Möglichkeit ist die Eierstockreserve, gemessen mit dem AMH-Wert.“ (Dr. Faber)

Das Hormon als Wert für die Fruchtbarkeit könne eine Orientierung bieten, für wen und inwiefern das SEF überhaupt sinnvoll ist:

„Das andere ist das AMH, das ja auch sehr an Bedeutung gewonnen hat in den letzten 5-7 Jahren, das man ja an jedem Zyklustag abnehmen kann und das den Medizinern und den Patientinnen einen guten Wert präsentiert, wie freudig der Eierstock noch ist, um Eizellen zu produzieren bzw. wie fertil man noch ist.“ (Dr. Brauner)

In einer anderen Klinik, so Dr. Lindner, sei die Messung des AMH „hundertprozentig“ ein Tool, um Fruchtbarkeit anzuzeigen. Mit dem AMH lasse sich bestimmen, wo sich eine Frau auf der „Reise“ befinde, denn es gebe unterschiedliche Geschwindigkeiten, „manche erleben das [die Abnahme der Fruchtbarkeit, A.M.] früher, manche später“ und das wolle man wissen als Reproduktionsmediziner_in (Dr. Lindner). Für die Gynäkologin Dr. Wallner stelle das AMH „eine Krücke für Patientinnen“ dar, es sei „nicht schlecht als präventiver Wert“ zur Orientierung, wie es um die eigene Fruchtbarkeit stehe.

Ivory bietet mit seinem Produkt die materialisierte Korrelation zwischen AMH, dem Alter der Frau und Lebensstilfaktoren an: Jede Frau kann sich im Internet einen Test bestellen und sich ein Bild der eigenen Fruchtbarkeitschronik machen. Für ca. 100€ bekommt man ein Test-Kit zugesandt, beantwortet online Fragen zum Gesundheitszustand und zum Lebensstil, nimmt sich selber etwas Blut ab und schickt dieses zur Laboranalyse zurück. In einem Labor wird aus den Daten und dem AMH-Wert eine Fertilitätskurve berechnet. Nach der Bearbeitung bekommen die Frauen einen Ergebnisbericht zugesandt, in dem nach einer kurzen allgemeinen Einführung zum diagnostischen Wert des AMH eine Interpretation der Ergebnisse folgt, wobei zwei Darstellungen interpretiert werden. Zum einen der aktuelle Stand der ovariellen Reserve: Darin wird der eigene Wert entlang einer allgemeinen Verteilung der Werte eingeordnet, um zu zeigen, ob man sich als Frau im Durchschnitt befindet und wie viel Prozent der Frauen höhere oder niedrigere Werte haben. Zum anderen gibt es die Fruchtbarkeitskurve, die abbildet, in welcher Phase der Fruchtbarkeit man sich befindet, wie sich die Eizellenreserve zum Alter

verhält und wann mit dem Einsetzen der Menopause zu rechnen ist.

Die Interpretationen der Ergebnisse führen über zum letzten Teil der Empfehlungen, wo dann etwa darauf hingewiesen wird, dass Rauchen die Fruchtbarkeit einschränken kann, hormonelle Verhütung den AMH-Wert beeinflusst und bei zusätzlichem Interesse ein Termin vereinbart werden kann. Darüber hinaus wird die wissenschaftliche Basis des AMH anhand von Literatur behandelt.

Ivary soll Frauen auf unkomplizierte Art und Weise Auskunft über ihre Eizellenreserve und damit ihren Fruchtbarkeitsstatus liefern. Mit der Zusammenführung verschiedener Parameter holt die Fruchtbarkeitskurve den Status der eigenen Fruchtbarkeit aus dem Körper-Inneren hervor, schafft Wissen und damit die Möglichkeit zu einem vorsorglichen Handeln in Form des SEF. Dies ist in Österreich umso brisanter, da das SEF im Gegensatz zum MEF verboten ist. Selbsterklärtes Ziel von *Ivary* ist es nun, mithilfe des Fruchtbarkeitsvermessung das SEF ins MEF zu überführen, das heißt Fruchtbarkeit als prinzipiell gefährdeten Zustand anzuerkennen und daraus medizinische Indikationen ableiten zu können:

„Unser Test gibt ihnen [den Frauen] einen Grund, warum sie das tun sollen, weil dann ist es ja kein SEF mehr. Sie [die Frauen] machen es, weil Ihre Eizellenreserve schwindet.“ (Dr. Wolfmayr, *Ivary*)

Die gesundheitspolitische Idee der Vorsorge soll mit dem Test auf die Fruchtbarkeit übertragen werden, auch um das SEF als präventive Maßnahme medizinisch zu legitimieren:

„Die jungen Frauen ab 25 können das ja auch machen. Die haben logischerweise, die sagen, Kinder kriegen kann ich in zehn Jahren. Aber trotzdem könnte man sagen, naja, die gehen ja ab einem gewissen Alter zum Gynäkologen und machen z.B. die HPV-Impfung. Das heißt, unsere Aufgabe wird höchstwahrscheinlich neben dem Marketing sein, dass man den Leuten zeigt, schaut, es gibt da einen anderen Vorsorgeweg, wir werden niemanden zwingen, aber wir wollen es als Vorsorgeprojekt etablieren.“ (Dr. Wolfmayr, *Ivary*)

Der Fruchtbarkeitsdetektor von *Ivary* zeigt Frauen in Form der Eizellenreserve die verlorene, aber auch die verbleibende Zeit der eigenen

Fruchtbarkeitschronik. Das dadurch geschaffene Körperwissen soll Frauen zum einen in der biografischen Lebensplanung ermächtigen, zum anderen zum aktiven Ausschöpfen vorhandenen Potentials anregen. Im Sinne einer Biomedikalisierung treten „biomedicalized subjectivities“ (CLARKE *et al.* 2003: 165) hervor, weil Fruchtbarkeit als Kategorie der Vorsorge und Gesundheit zu einem individuellen Projekt modelliert wird, das nach Wissensaneignung und Intervention verlangt. Das SEF stellt hier die biomedizinisch-technische Handlungsoption dar, in der sich diese Ansprüche bündeln.

Fazit

Die Eizelle im Kontext des SEF verweist auf eine Verortung des weiblichen Körpers als einen fruchtbaren und potential- wie wertvollen, aber auch als einen potentiell unfruchtbaren, der im SEF und der Fruchtbarkeitsvermessung einen verantwortungsbewussten Umgang findet. Meine Analyse des SEF in Österreich zeichnet diesen Transformationsprozess der Kategorie Fruchtbarkeit in eine biomedizinisch relevante Kategorie nach. Dieser Prozess setzt sich zusammen aus den multiplen Potentialzuschreibungen der Eizelle, den daraus abgeleiteten Wissens- und Handlungsoptionen und schließlich deren weiterer Materialisierung in der Technologie der Fruchtbarkeitsvermessung. Dabei besitzt das SEF seinerseits wiederum das Potential, die biomedizinische Kategorie der Fruchtbarkeit in eine gesellschaftlich anerkannte zu überführen, weil es das Wissen um die eigene Fruchtbarkeit und die Potentiale der Eizelle als immanente Voraussetzung in sich trägt. Ein verantwortungsbewusster Umgang mit der eigenen Fruchtbarkeit bedeutet im Kontext des SEF, den biologischen Körper mitsamt seiner Grenzen zu kennen und mit ihm zu arbeiten.

In seinen wesentlichen Zügen kann das SEF als Ausdruck einer Biomedikalisierung der Fruchtbarkeit bewertet werden, die in einem modifizierten Verständnis von Körper, Medizin, Gesellschaft und Technologie zum Ausdruck kommt: Im Rahmen des SEF wird der weibliche fruchtbare Körper zum Aushandlungsfeld gesellschaftlicher Entwicklungen und *biologischer Fakten*, die miteinander in Einklang gebracht werden müssen. Dies geschieht über eine Anerkennung der Fruchtbar-

keit als eine medizinische Kategorie, die über die Eizellen technologische Interventionen nahelegt. In der Herstellung von Risikofaktoren und -gruppen, etwa in Bezug auf Lebensstilfragen, wird der bisher als gesund geltende Körper zu etwas Fragilem erklärt, dessen Aufrechterhaltung durch gewisse Praktiken und Technologien des Selbst dem Individuum übertragen wird. Der gesunde Körper selbst wird zum Ort biomedizinischer Intervention, getragen von einer individualisierten, moralischen Verantwortung zur Gesundheit (CLARKE *et al.* 2003: 171).

Darüber hinaus zeigt sich auch, welche weniger expliziten normativen Ansprüche und Wertvorstellungen im SEF, den Potentialzuschreibungen der Eizelle sowie der Fruchtbarkeitsvermessung eingeschrieben sind: Gänzlich unhinterfragt bleibt etwa, dass das SEF als Technologie die Option zu genetisch verwandten Kindern aufrechterhalten soll. MARTIN (2010: 533) stellt in diesem Zusammenhang fest, dass der englische Begriff *fertility preservation* irreführend ist, weil eine Frau, die später ihre eigenen eingefrorenen Eizellen verwendet, ebenso unfruchtbar ist wie eine Frau mit Spenderinneneizellen. Was richtigerweise aufrechterhalten werde, sei demnach nicht die Fruchtbarkeit, sondern die genetische Verwandtschaft mit dem Kind. In der Bedeutung des SEF und des MEF verortet MARTIN neben dem *reproductive imperative* einen *genetic imperative*, der letztendlich auch ein Verständnis von Fruchtbarkeit konstituiert, dem die genetische Verbindung als „gold standard of motherhood“ zugrunde liegt (ebd.: 540).

Es bleibt vor allem im österreichischen Kontext zu beobachten, ob und inwieweit das SEF in den kommenden Jahren aufgrund biomedikalisierender Prozesse die Fruchtbarkeit betreffend als gesellschaftlich legitime und vor allem rechtlich zulässige Option gerahmt werden kann.

Anmerkungen

1 Unter Kryokonservierung von Eizellen versteht man den Vorgang des Einfrierens von weiblichen Eizellen, die dann anschließend bei 168° Celsius unter Null in einem Gefrierbehältnis konserviert werden. Im Rahmen einer In-vitro-Fertilisation zur Erzielung einer Schwangerschaft können diese Eizellen dann aufgetaut, befruchtet und in den weiblichen Körper zurücktransferiert werden (MOHAPATRA 2014: 705f.).

2 Ich verwende den Begriff ART, wie ihn GOGGIN *et al.* (2004: 3) definieren: „Assisted reproductive technologies are defined as those techniques where egg and sperm are not brought together (or an embryo is not created) through sexual intercourse, but rather through medical intervention“.

3 „Social worlds“ werden in der Situationsanalyse angelehnt an Strauss als „universes of discourse“ verstanden (Strauss 1978, zit. n. CLARKE *et al.* 2015: 14).

4 Die Expert_innen kamen aus der reproduktionsmedizinischen bzw. gynäkologischen Praxis, der Bioethikkommission beim Bundeskanzleramt, dem Verein Aktion Leben (einer Lebensrechtsorganisation), der Liga für Kinder- und Jugendgesundheit, dem Institut für medizinische Anthropologie und Bioethik (IMABE), dem Start-up des Fruchtbarkeitstools Ivary und FEMM (Fertility Education and Medical Management), einem Gesundheitsprogramm für Frauen. Die vorkommenden Namen der Expert_innen im Laufe des Artikels sind Pseudonyme.

5 BGBl 1992/275, FMedG.

6 BGBl 2015/35, FMedRÄG.

7 Interessanterweise ist dieser gesetzliche Status von Eizellen viel besser bekannt als der von Samenzellen. Einige Interviewpartner_innen, die als Reproduktionsmediziner_innen arbeiten, waren der Überzeugung, dass das Einfrieren von Samenzellen als vorsorgliche Maßnahme ohne medizinische Indikation sehr wohl erlaubt sei (z.B. Interview Dr. Brauner, Interview Dr. Obereder).

8 Zum Zeitpunkt des Interviews mit dem damaligen Geschäftsführer im Februar 2018 war Ivary ein junges Unternehmen aus Österreich. Im Mai 2018 wurde es von der Schweizer Egg Freezing Firma Flowerkid gekauft (vgl. www.trendingtopics.at).

Literatur

- AMERICAN SOCIETY OF REPRODUCTIVE MEDICINE (ASRM) & SOCIETY FOR ASSISTED REPRODUCTIVE TECHNOLOGY. 2013. Mature Oocyte Cryopreservation: A Guideline. *Fertility and Sterility*, 99, 1: 37–43.
- BALDWIN, KYLIE. 2018. Conceptualising women's motivations for social egg freezing and experience of reproductive delay. *Sociology of health & illness* 40, 5: 859–873.
- BALDWIN, KYLIE. 2017. "I Suppose I Think to Myself, That's the Best Way to Be a Mother": How Ideologies of Parenthood Shape Women's Use of Social Egg Freezing Technology. *Sociological Research Online* 22, 2: 1–15.
- BALEN, FRANK VAN & INHORN, MARCIA CLAIRE. 2002. *Infertility Around the Globe: New Thinking on Childlessness, Gender and Reproductive Technologies*. Berkeley: University of California Press.
- BERNARD, ANDREAS. 2014. *Kinder machen: Neue Reproduktionstechnologien und die Ordnung der Familie*. Samenspender Leihmütter Künstliche Befruchtung. Frankfurt am Main: Fischer Taschenbuch.
- BROEKMANS, FRANK J., *et al.* 2007. *Female Reproductive Ageing: Current Knowledge and Future Trends*. *Trends in Endocrinology & Metabolism* 18, 2: 58–65.

- CLARKE, ADELE E., *et al.* 2003. Biomedicalization: Technoscientific Transformations of Health, Illness, and U.S. Biomedicine. *American Sociological Review* 68, 2: 161–194.
- CLARKE, ADELE E., *et al.* 2015. *Situational Analysis in Practice. Mapping Research with Grounded Theory*. Walnut Creek, California: Left Coast Press.
- FOUCAULT, MICHEL. 1988. Technologies of the Self. In Martin, Gutman, and Hutton (Hg.) *Amherst, Technologies of the Self: A Seminar with Michel Foucault*. University of Massachusetts Press.
- FRANKLIN, SARAH. 1997. Embodied Progress: A Cultural Account of Assisted Conception. London, New York: Routledge.
- GINSBURG, FAYE, & RAPP, RAYNA. 1991. The Politics of Reproduction. *Annual Review of Anthropology* 201, 1: 311–343.
- GOGGING, MALCOM, ET AL. 2004. The Comparative Policy Design Perspective. In I. Bleiklie (Hg.), *Comparative Biomedical Policy: Governing Assisted Reproductive Technologies*. New York and London: Routledge: 1–20.
- GRASEL, SARA. 2018. Geheimer Exit: Schweizer Egg-Freezing-Firma Flowerkid kauft Wiener Fruchtbarkeits-Startup Ivary. Online: <https://www.trendingtopics.at/schweizer-egg-freezing-firma-flowerkid-kauft-wiener-fruchtbarkeits-startup-ivary/> [18.08.2019].
- GROSSMAN, LISA C., *et al.* 2017. Utility of Ovarian Reserve Screening with Anti-Müllerian Hormone for Reproductive Age Women Deferring Pregnancy. *Journal of Women's Health*, 26, 4: 345–351.
- HADOLT, BERNHARD. 2017. Körperteile mit Wert. Die Kommodifizierung des Körpers in der globalen Bioökonomie. In SEISER, G. (Hg.) *Ökonomische Anthropologie. Einführung und Fallbeispiele*. Wien: Facultas: 343–363.
- Inhorn, Marcia. 2017. The Egg Freezing Revolution? Gender, Technology, and Fertility Preservation in the Twenty-First Century. In *Emerging Trends in the Social and Behavioral Sciences: An Interdisciplinary, Searchable, and Linkable Resource*, 1–14.
- KNECHT, MICHI. 2005. Ethnografische Wissensproduktion und der Körper als ethnografisches Objekt im Feld moderner Reproduktionsmedizin. In B. Binder (Hg.) *Ort. Arbeit. Körper: Ethnografie Europäischer Modernen*. Münster: Waxmann.
- LEE, SANDRA. 2013. American DNA. The Politics of Potentiality in a Genomic Age. *Current Anthropology* 54, 7: 77–86.
- LOCK, MARGARET, & NGUYEN, VINH-KIM. 2010. *An Anthropology of Biomedicine*. Chichester: Wiley Blackwell.
- MOHAPATRA, SEEMA. 2014. Using Egg Freezing to Extend the Biological Clock. Fertility Insurance or False Hope? *Harvard Law & Policy Review* 382: 1–32.
- PETROPANAGOS, ANGEL. 2010. Reproductive 'Choice' and Egg Freezing. *Cancer Treatment and Research* 156: 223–235.
- ROSE, NIKOLAS. 1996. The death of the social? Re-figuring the territory of government, *Economy and Society*, 25, 3: 327–356.
- STRATHERN, MARILYN. 1992. *Reproducing the Future. Essays on Anthropology, Kinship and the New Reproductive Technologies*. Manchester: Manchester University Press.
- TAUSSIG, KAREN-SUE, HOEYER, KLAUS & HELMREICH, STEFAN. 2013. The Anthropology of Potentiality in Biomedicine. An Introduction to Supplement 7. *Current Anthropology* 54, 7: 3–14.
- WALDBY, CATHERINE. 2019. *The Oocyte Economy. The Changing Meaning of Human Eggs*. Durham: Duke University Press.
- WENDEHORST, CHRISTIANE. 2015. Neuerungen im österreichischen Fortpflanzungsmedizinrecht durch das FMedRÄG 2015. Anpassung an europaweite Entwicklungen. *Interdisziplinäre Zeitschrift für Familienrecht*, 10: 4–8.

Interviews

- Dr. Faber, AKH Linz, 15.2.2016
 Dr. Obererder, Kinderwunschklinik Wels, 8.12.2015
 Dr. Lindner, Goldenes Kreuz Wien, 10.3.2016
 Dr. Wallner, Gynäkologin Wien, 3.1.2018
 Dr. Wolfmayr, Ivary, 20.2.2018

Manuskript eingegangen am: 23.8.2019
 Manuskript akzeptiert am: 17.1.2020



ANTONIA MODELHART M.A. ist seit November 2018 Wissenschaftliche Mitarbeiterin der Professur für Wissenschafts- und Technikkulturen an der HCU. Sie studierte in Wien Kultur- und Sozialanthropologie mit Schwerpunkt auf Medizin- und Technikanthropologie. Ihre wissenschaftlichen Schwerpunkte sind Reproduktionstechnologien, Global Health, Anthropology of Antibiotic Resistance und Science and Technology Studies.

HCU Hamburg
 Wissenschafts- und Technikkulturen
 Überseeallee 16, 20457 Hamburg
 e-mail: antonia.modelhart@hcu-hamburg.de

ARTIKEL
ARTICLES

Ethnisierte Gesundheitsversorgung und die „türkisierte“ Arzt-Patienten-Beziehung in Deutschland

LISA PEPPLER

Zusammenfassung Während in der derzeitigen Diskussion um Medizin und Migration die Herausforderungen der interkulturellen Gesundheitsversorgung im Mittelpunkt stehen, wie etwa Sprachbarrieren und medizinkulturelle Unterschiede, steht hier die intrakulturelle Arzt-Patienten-Beziehung im Zentrum des Erkenntnisinteresses. Am Beispiel von niedergelassenen Ärzt/innen türkischer und Patient/innen der gleichen Herkunft wird herausgearbeitet, wodurch diese sich konstituiert. Die Erkenntnisse basieren auf leitfadengestützten Interviews mit 29 (post-)migrantisches Ärzt/innen sowie drei Experteninterviews mit Vorsitzenden deutsch-türkischer Ärzteorganisationen.

Das Verhältnis der Ärzt/innen zu ihren Patient/innen ist durch eine Ambivalenz charakterisiert, die sich aus ethnizierender Vergemeinschaftung und professioneller Distanzierung ergibt: Die Patient/innen suchen die Ärzt/innen aufgrund ihrer türkischen Herkunft auf, weil sie sich durch deren Kenntnisse der türkischen Sprache und Kultur eine vereinfachte Behandlung erhoffen. Aufgrund dessen haben die Ärzt/innen im Praxisalltag eine überaus stabile Patientenbasis und dementsprechend einen Wettbewerbsvorteil. Sie nehmen eine Mittlerfunktion zwischen der Bevölkerung türkischer Herkunft und dem Gesundheitssystem ein. Als Mitglieder der medizinischen Profession, die dem Gemeinwohl verpflichtet ist, sowie als Angehörige einer ethnisierten Minderheit argumentieren sie, dass die Bevölkerung türkischer Herkunft dem durch sie garantierten Zugang zu medizinischer Versorgung bedarf. Andererseits sehen sie sich mit einer hohen Erwartungshaltung seitens der Patient/innen konfrontiert, deren ethnizierende Vergemeinschaftung sich auch in eindringlichen Forderungen ausdrücken kann – die die Ärzt/innen jedoch zurückweisen, sobald ihr professionelles Selbstverständnis infrage gestellt wird. Letztlich resultiert das „türkisierte“ Arzt-Patienten-Verhältnis aus vielschichtigen Ethnisierungsprozessen, die durch die Bedingungen des deutschen Gesundheitssystems gerahmt sind – wie beispielsweise die freie Arztwahl oder das Zusammenspiel von Gemeinwohlorientierung und Wettbewerb. Vor diesem Hintergrund findet gewissermaßen eine Sortierung „von unten“ statt, die in ethnisierten Versorgungsstrukturen resultiert.

Keywords Migration, medizinische Profession, Ethnizität, türkische Herkunft, Arzt-Patienten-Verhältnis

Die Diskussion um Medizin und Migration hat sich in den letzten Jahren intensiviert, insbesondere hinsichtlich der interkulturellen Gesundheitsversorgung (ROBERT KOCH-INSTITUT 2008, DEUTSCHER ETHIKRAT 2010). Im Mittelpunkt stehen sowohl die gesundheitliche Versorgung der Bevölkerung mit Migrationshintergrund (OLBERMANN 2015, SCHENK 2016, BOZORGMERH *et al.* 2017, JANSKY & NAUCK 2017) als auch die Immigration von Ärzt/innen im stationären Sektor vor dem Hintergrund des aktuellen Fachkräftemangels (SCHNEPF 2013, KLEIN 2016). Darüber hinaus gibt es bildungspolitische Bestrebungen, die Vermittlung interkultureller Kompetenzen in das Medizinstudium zu integrieren (KRESSING 2016). Im Vordergrund dieser Debatten stehen Herausforderungen der *interkulturellen Gesundheitsversor-*

gung, wodurch zugleich kulturelle Unterschiede (re-)produziert werden. Problematisiert werden hierbei primär Sprachbarrieren und medizinkulturelle Unterschiede (DEUTSCHER ETHIKRAT 2016) sowie daraus resultierende ökonomische, rechtliche und ethische Konsequenzen (FALGE & ZIMMERMANN 2014).

Trotz zunehmender Forschungen wird weitestgehend übersehen, dass sich im ambulanten Sektor bereits seit Ende der 1970er Jahre ethnisierte Versorgungsstrukturen herausbildeten, die heute Alltag in der medizinischen Versorgung sind (PEPPLER 2016, 2017). Sie basieren auf einer gewissermaßen *intrakulturellen* Arzt-Patienten-Beziehung, die durch die (Re-)Produktion kultureller Gemeinsamkeiten charakterisiert ist. Am Beispiel von niedergelassenen Ärzt/innen türki-

scher Herkunft in Deutschland wird im Folgenden herausgearbeitet, wodurch sich solche Arzt-Patienten-Beziehungen konstituieren: Welche Fremdzuschreibungen und Selbstpositionierungen werden wirksam, und bedeuten diese für die ärztliche Tätigkeit im ambulanten Sektor und inwiefern manifestieren sich diese Prozesse in den Versorgungsstrukturen?

Die Ausführungen basieren auf den Ergebnissen meiner Dissertation über die türkisch-deutsche Medizinermigration und die Positionierungsprozesse von Ärzt/innen türkischer Herkunft in (West-)Deutschland seit den 1960er Jahren (PEPPLER 2016). Im Rahmen dieser qualitativen Studie führte ich anonymisierte leitfadengestützte Interviews mit 29 Ärzt/innen türkischer Herkunft sowie drei nicht-anonymisierte Experteninterviews mit Vorsitzenden deutsch-türkischer Ärzteorganisationen. Mit 29 Ärzt/innen führte ich die Interviews in der Bundesrepublik zwischen 2007 und 2011; mit drei weiteren Befragten sprach ich im Rahmen einer Multi-sited Ethnography (MARCUS 1995) während eines dreimonatigen Forschungsaufenthaltes in Istanbul im Sommer 2011. Die Transkripte wurden MaxQDA-gestützt codiert, wobei zunächst die Einzelfälle rekonstruiert und diese anschließend komparativ analysiert wurden.

Das Sample der Studie ist überaus heterogen: Befragt wurden acht Frauen und 24 Männer. Sie waren zum Zeitpunkt der Interviews zwischen 30 und 80 Jahre alt, die Migrationsjahre umfassen die Zeit von 1961 bis 2012. 14 Ärzt/innen absolvierten ihr Medizinstudium und ggf. ihre Promotion in der Türkei (Dr.^T) und migrierten im Erwachsenenalter; sie stammen zumeist aus den gehobenen städtischen Mittelschichten. 15 Ärzt/innen wurden in Deutschland geboren oder kamen im Kindesalter in die Bundesrepublik. Sie studierten und promovierten an deutschen Universitäten (Dr.). Sieben von ihnen stammen aus migrierten Arztfamilien; acht aus Familien, die zumeist infolge des Anwerbevertrags von 1961 nach Westdeutschland kamen. Alle Befragten sind oder waren beruflich als Ärzt/innen in der Bundesrepublik tätig und nahezu alle Interviewpartner/innen besitzen die deutsche Staatsbürgerschaft.

Über die Gesamtzahl der Ärzt/innen türkischer Herkunft in Deutschland existieren keine Daten, da die jährliche Ärztestatistik der Bundesärztekammer die Mediziner/innen nach Staatsbür-

gerschaft klassifiziert. Somit lässt sich zwar sagen, dass die Zahl der Ärzt/innen mit türkischer Staatsbürgerschaft 2018 im Vergleich zum Vorjahr um 13,9 Prozent auf 1.049 gestiegen ist (BUNDES-ÄRZTEKAMMER 2019). Realiter dürfte die Anzahl von Ärzt/innen türkischer Herkunft jedoch sehr viel höher liegen, da die Approbation bis 2012 direkt an die deutsche Staatsbürgerschaft bzw. die Staatsangehörigkeit eines Mitgliedstaates der Europäischen Union gebunden war. Aufgrund historischer Entwicklungen in der türkisch-deutschen Medizinermigration sind zahlreiche eingebürgerte Ärzt/innen türkischer Herkunft in der Bundesrepublik tätig, die statistisch als Deutsche erfasst werden (PEPPLER 2016: 11).

Während die türkische Herkunft der Ärzt/innen in den offiziellen Statistiken gewissermaßen verschwindet, spielt sie im ärztlichen Alltag eine umso größere Rolle, wie zu zeigen sein wird. Um die Frage nach Fremdzuschreibungen und Selbstpositionierungen in der intrakulturellen Gesundheitsversorgung zu beantworten, wird zunächst das Verhältnis der niedergelassenen Ärzt/innen zu ihren Patient/innen in den Mittelpunkt gestellt. Daran anschließend wird dargestellt, wie dieses Verhältnis von den Ärzt/innen zwischen Wettbewerb und professioneller Gemeinwohrrhetorik ausgestaltet wird und sich schließlich in ethniserten Versorgungsstrukturen manifestiert.

Ethnisierende Vergemeinschaftung und professionelle Distanzierung

Für die selbständige Tätigkeit im ambulanten Sektor ist der Patientenstamm zentral, weil eine Arztpraxis nur dann bestehen kann, wenn dort ausreichend Patient/innen versorgt werden. Da gesetzlich Versicherte ihre behandelnden Ärzt/innen aufgrund der freien Arztwahl selbst auswählen dürfen, wird das medizinische Angebot auch durch die entsprechende Nachfrage von Patientenseite reguliert – verstärkt durch gesundheitspolitische Entwicklungen wie zunehmende Wettbewerbselemente seit dem Gesundheitsstrukturgesetz (GSG) von 1993 und der Stärkung der Patientenrechte seit dem Patientenrechtegesetz (2013).

Die niedergelassenen Ärzt/innen meines Samples berichten davon, dass Patient/innen türkischer Herkunft mit bis zu 90 Prozent den Groß-

teil ihrer Klientel ausmachen (PEPPLER 2016: 409). Manche Befragte bezeichnen ihre eigene Praxis deshalb als „Ethnopraxis“⁴¹ (Levent) oder „Türkenpraxis“ (Pala a). Andere sprechen über „Kopftuchpraxen [...], wo praktisch nur Türken reingehen und türkisch begrüßt werden, [...] wo sich die türkische Gemeinde im Vorzimmer trifft“ (Baydar). Bereits diese kurzen Interviewzitate deuten Ethnisierungsprozesse in den intrakulturellen Arzt-Patienten-Beziehungen an, die im Folgenden vertiefend dargestellt werden. Dabei werden die ethnisierenden Fremdzuschreibungen und Selbstpositionierungen aus der Perspektive der befragten Ärzt/innen rekonstruiert. Den Ausführungen liegt ein konstruktivistisches Verständnis von Ethnizität und ethnischen Gruppen zugrunde, bei dem die Prozesshaftigkeit und die dynamischen Aushandlungsprozesse ethnischer Zugehörigkeiten im Mittelpunkt stehen (BARTH 1998, SCHMIDT-LAUBER 2007: 15, HESS 2010: 15).

In Studien zur interkulturellen Gesundheitsversorgung gelten Sprachbarrieren als wesentliches Hindernis beim Zugang zu medizinischer Versorgung. Auch Patient/innen türkischer Herkunft können sich in einer ärztlichen Behandlung nicht immer ausreichend auf Deutsch verständigen. Dass dies „immer noch ein Problempunkt“ (Yüksel) ist, wird auf den Familiennachzug aus der Türkei zurückgeführt (Pala b; Merkezi). Demgegenüber stellen die befragten Ärzt/innen ihre Türkischkenntnisse als einen wesentlichen Grund heraus, warum ihre Patient/innen sie konsultieren – selbst dann, wenn sie keinen türkischen Nachnamen haben, wie Dr.^T Schmidt bemerkt: „[D]ie wissen, dass ich die Sprache kann und dann kommen sie.“ Darüber hinaus erzählt Dr. Levent, er gelte als „Ansprechpartner“, weil er „die gleiche Sprache“ spreche.

Die gemeinsame Sprache ist in den intrakulturellen Arzt-Patienten-Beziehungen ein zentrales Moment, das mit Ethnisierungsprozessen verbunden ist. Dr. Bilgen betont beispielsweise die weiten Strecken, die seine Patient/innen fahren und erklärt: „Die kommen dann schon extra, weil ich Türke bin, weil sie sich bei mir besser äußern können.“ Er nimmt offenbar ethnisierende Zuschreibungen von Seiten der Patient/innen wahr, die ihn aufgrund seiner Türkischkenntnisse als Türken identifizieren. Die Fremdethnisierung von Sei-

ten der Patient/innen geht wiederum mit seiner Selbstethnisierung als Türke einher.

Die türkische Sprache der Ärzt/innen stellt in ihrem beruflichen Alltag eine Ressource dar, mit der sie türkischsprachigen Patient/innen eine Behandlung in deren Muttersprache anbieten können. In diesem Rahmen erfahren die türkischen Sprachkompetenzen eine Neu-Bewertung als kulturelles Kapital: Ihr Wert wird innerhalb der Arztpraxis nicht von der Mehrheitsgesellschaft bestimmt, sondern von den Patient/innen (HENKELMANN 2007: 138). Durch ihre Nachfrage werden die Türkischkenntnisse zu einer informellen Zusatzqualifikation und bekommen darüber hinaus durch die freie Arztwahl der Patient/innen eine besondere Wirkmächtigkeit.

Die gemeinsame Sprache ist einer der wesentlichen Faktoren, mittels derer sich ethnische Gruppen konstituieren. Die Sprache steht dabei nicht nur für sich selbst, sondern für kulturelle Gemeinsamkeiten und die Erfahrung einer – vermeintlich gemeinsamen – Migrationsgeschichte. Vor diesem Hintergrund ist auch die Argumentation der Gynäkologin Dr. Yüksel zu verstehen, die erzählt, warum auch diejenigen Patientinnen sie aufsuchen, die über gute Deutschkenntnisse verfügen:

Ich höre immer wieder von meinen Patientinnen: „Einen guten deutschen Doktor hab ich auch um die Ecke, aber bei Ihnen kann ich reden, ich kann Sie verstehen.“ Wo ich dann sage, das ist richtig. Genau das ist der Punkt. Die können reden. Ohne dass sie einen Vermittler brauchen zwischen uns beiden. [Pause] Ist halt so. Selbst wenn die auch relativ einigermaßen gut Deutsch können, gibt es immer wieder noch Frauen, die sagen: „Ich komme lieber hierher, weil ich mit Ihnen in meiner Muttersprache reden kann. Weil ich mich da einfach sicherer fühle.“

In einer sensiblen Situation wie einem Arzt-Patienten-Gespräch, wo heikle und mit Scham besetzte Themen angesprochen werden, bietet die Kommunikation in der Muttersprache ein sicheres Fundament und ein Gefühl von Geborgenheit (KLUGE 2011: 146). Dies kann wiederum dazu führen, dass Patient/innen aktiver bei der Behandlung mitwirken (MORINA 2010: 105). Außerdem vermitteln sich durch die türkische Sprache auch Themen, die über die medizinische Behandlung

hinausgehen. Frau Deniz, die ihre Türkischkenntnisse als „Service“ bezeichnet, betont: „Es ist ja nicht nur so, dass man nur die Sprache versteht, sondern dass man auch [den] kulturellen Hintergrund versteht.“ Auch Dr. Lale hebt dies hervor und nennt als Beispiel familiäre Hintergründe. Sie könne nachvollziehen, wenn jemand „aus einer hierarchischen Familie kommt oder [...] zu Hause misshandelt wird oder eine Aggression erlebt“ und die Familie trotzdem nicht verlässt. In ihrer Praxis könnten die betreffenden Patient/innen „in ihrer eigenen Sprache“ davon erzählen. Dr. Lale argumentiert mit gegenseitigem Verstehen und Verstandenwerden, was sie auf geteilte kulturelle Erfahrungen zwischen ihr als Ärztin und den Patient/innen zurückführt. Sie bezieht sich darauf, dass migrierte Familien häufig durch Stabilität und hierarchische Ordnung geprägt sind, was allerdings als ein „Produkt der Migrationssituation“ (BECK-GERNSHEIM 2007: 39) anzusehen ist, also als Reaktion auf das Leben in einer anderen Gesellschaft. Insgesamt ergibt sich also vermittelt durch die türkische Sprache eine ethnische Vergemeinschaftung im Arzt-Patienten-Verhältnis. Sie ist das verbindende Element zwischen den Beteiligten, dessen Wirkmächtigkeit durch den Migrationshintergrund und die Zugehörigkeit zur selben ethnisierten Gruppe entsteht.

Neben der Sprache zählt auch die Religion zu den konstituierenden Elementen ethnischer Gruppen. Inwiefern dies in der Gesundheitsversorgung zum Tragen kommt, veranschaulichen die folgenden zwei Beispiele. Der Zahnarzt Dr. Toklucu vermutet, dass seine Patient/innen ihn konsultieren, weil sie sich bei ihm wohlfühlen; auch dann, „wenn jetzt jemand verschleiert kommt oder sonst was.“ Indem er das Beispiel des Kopftuchs anführt, benutzt er ein Symbol, das im öffentlichen Diskurs in besonderem Maße Fremdheit repräsentiert und Ablehnung gegenüber der Trägerin erzeugt (BECK-GERNSHEIM 2007: 63). In seiner Praxis – so das Argument – wird niemand aufgrund seiner türkischen Herkunft oder muslimischen Religion diskriminiert, weil er einen geschützten Raum bietet. Wie er persönlich zum Thema Verschleierung steht, dazu äußert sich Dr. Toklucu nicht weiter. Ihm geht es an dieser Stelle darum, dass seine Patient/innen in seiner Praxis akzeptiert und nicht verurteilt werden, wie es häufig im öffentlichen Raum geschieht. Besonde-

re Relevanz erhält der religiöse Hintergrund außerdem im Kontext des muslimischen Beschneidungsrituals, wie im Falle des Urologen Dr.^T Erten: Weil er selbst muslimischen Glaubens ist, wird er häufig für rituelle Beschneidungen aufgesucht. Da diese in Deutschland als medizinisch nicht notwendig gelten, erstatten Krankenkassen die Kosten von etwa 300 Euro nicht, so dass die Familien den Betrag direkt an den Arzt bezahlen. Deshalb, so Dr.^T Erten, verdiene er mit den Eingriffen gutes Geld.

Ein weiterer Aspekt, der im Zusammenhang mit interkultureller Gesundheitsversorgung stets thematisiert wird, ist der kulturelle Unterschied im Umgang mit Schmerzen. Dabei wird erklärt, dass deutliche Schmerzäußerungen in einigen Gesellschaften eher negativ als Jammern bewertet, in anderen jedoch positiv angesehen und gewissermaßen auch erwartet werden (ZIMMERMANN 2000: 162). Dr. Levent beschreibt die Krankheitsäußerungen von „Türken“ als „sehr *emotional*.“ Er betont, diese hätten auch eine „andere *Streitkultur*“ und eine „andere Ebene der *Sachlichkeit*.“ Deshalb müsse er „ganz anders mit den Menschen umgehen, auch in der Behandlung.“ Der Zahnarzt formuliert deutliche Unterschiede zwischen seinen Patient/innen türkischer und – dies geht aus dem Kontext des Zitates hervor – deutscher Herkunft. Indem er *das Andere* wiederholt betont, differenziert er die beiden Patientengruppen umso deutlicher voneinander. Den Referenzrahmen seiner Erzählung bildet das vermeintlich rationale Denken und Handeln von Patient/innen deutscher Herkunft, vor dessen Hintergrund das emotionale Verhalten der Patient/innen türkischer Herkunft als abweichend wahrgenommen wird. Dr. Levents Erklärung liegt die gängige Auffassung der Mehrheitsgesellschaft zugrunde – was dadurch verstärkt wird, dass er mich als Interviewerin ohne Migrationshintergrund und damit als Angehörige dieser Mehrheitsgesellschaft identifiziert (PEPPLER 2016: 93). Mir gegenüber macht er deutlich, dass er aufgrund seiner eigenen türkischen Herkunft über das spezifische medizin-kulturelle Wissen verfüge, seine Patient/innen adäquat kultursensibel zu behandeln.

Solche kultursensiblen Kompetenzen werden bei Mediziner/innen mit Migrationshintergrund häufig vorausgesetzt (WEISSKÖPPEL & FALGE 2012: 189). Jedoch müssen sich insbesondere die-

jenigen Ärzt/innen, die als Kinder in die Bundesrepublik kamen oder hier geboren wurden, die benötigten Kenntnisse und Fähigkeiten erst aneignen, weil beispielsweise ihre Sprachkompetenzen für eine Anamnese nicht ausreichen (ROBERT KOCH-INSTITUT 2008: 112). Dies betrifft insbesondere diejenigen aus migrierten Arztfamilien, die aufgrund ihrer familialen Herkunft aus den gehobenen türkischen Gesellschaftsschichten eher wenig Bezug zu den Lebenswelten ihrer Patient/innen aus niedrigeren sozialen Schichten haben (PEPPLER 2016). Das Beispiel von Familie Pala zeigt dies sehr eindrücklich: Dr. Pala ist der einzige Türkisch sprechende Allgemeinmediziner in einer Mittelstadt und wird von großen Teilen der dortigen Wohnbevölkerung türkischer Herkunft konsultiert. Dr. Pala sieht seinen Sohn als Nachfolger in seiner Praxis, der dann bereits als dritte familiäre Generation in Folge ärztlich in Deutschland tätig sein würde. Dr. Pala (b) nennt jedoch eine Bedingung: „Er muss halt schon nicht nur ein guter Arzt sein, sondern er muss auch Türkisch können, weil ich viele Patienten der ersten Generation versorge.“ Da sein Sohn jedoch kein Türkisch spreche, müsse er zunächst ein Auslandssemester in der Türkei absolvieren, um die Sprache der Patient/innen zu lernen. Dr. Palas Erwartungshaltung gegenüber seinem Sohn als Nachfolger impliziert also Re-Ethnisierungsprozesse, die über transnationale Bewegungen unterstützt werden (PEPPLER 2013, 2016).

Ein weiteres Beispiel ist Dr. Levent, der den medizinkulturellen Hintergrund der Patient/innen türkischer Herkunft erst verstehen lernen musste. Aufgewachsen in Deutschland als Sohn einer westorientierten Arztfamilie aus der gehobenen Istanbuler Mittelschicht, begann Dr. Levent seine berufliche Laufbahn nach dem Studium in der Praxis eines älteren Arztes aus der Türkei, der zahlreiche Patient/innen türkischer Herkunft versorgte. Er erzählt: „[Ich] habe dann sozusagen mit meiner Bevölkerung, mit der ich überhaupt nicht groß geworden bin, erstmalig Kontakt gehabt.“ Damals sei er erstmals Menschen aus „ganz solide[n] einfache[n] Strukturen“ begegnet, wie er sagt. In seiner retrospektiven Erzählung vermischen sich verschiedene biografische Erfahrungen: Zum einen nimmt er die Bevölkerung türkischer Herkunft in Deutschland wahr und identifiziert sich mit dieser ethnisierten Gruppe; zum anderen be-

tont er deren soziostrukturelle Differenzierung, wobei er sich von den unteren sozialen Schichten distanziert, aus denen seine Patient/innen kommen. Dr. Levent schildert weiterhin, wie er von dem älteren Arzt gelernt habe, die Schmerzäußerungen der Patient/innen türkischer Herkunft zu verstehen:

Da hab ich meinen Chef gefragt: „Was heißt denn das?“ Sagt der: „Ja, das ist der Schmerz.“ Sag ich: „Ja, das hab ich ihn gefragt, der hat das verneint, der Zahn tut nicht weh.“ Da hat der zu mir gesagt: „Das stimmt auch, wenn man deutsch denkt, ist das nicht richtig. Du musst auch beachten, dass wir Türken sehr empfindlich sind. [...] Für Schmerz haben wir wahrscheinlich zehn Begriffe, wo die Deutschen vielleicht nur zwei Begriffe haben.“ [...] Ich will damit sagen, dass ich eben so Vieles dann über meine türkische Kultur gelernt habe, die gar nicht so einheitlich ist.

Ob dies tatsächlich die genauen Worte des Dialogs waren, lässt sich zwar nicht feststellen. In Dr. Levents Erinnerung unterscheidet der Erzähler jedoch zwischen *uns Türken* sowie *den Deutschen* und erklärt ihm die jeweils kulturspezifischen Zusammenhänge zwischen Schmerz- und Sprachausdruck. In diesem Interviewzitat changiert Dr. Levent zwischen vielschichtigen Selbst- und Fremdzuschreibungen. Das Missverständnis zu Beginn, ob der Zahn des Patienten schmerze oder nicht, wird im Verlauf mit Dr. Levents deutscher Denkweise erklärt. Die Erklärung beinhaltet den Hinweis „wir Türken“ und impliziert den Chef, die Patient/innen und auch Dr. Levent selbst. Der ältere Arzt führt ihn gewissenmaßen in die türkische Kultur der Patient/innen ein. Dieser kannte bisher lediglich die akademische, städtische türkische Kultur. Durch die langjährige Behandlung seiner Patient/innen identifiziert er sich zunehmend mit der ethnischen Gruppe – eine Identifizierung, die nach BERKING (2010: 300) erst erlernt und schließlich institutionell verstetigt wird. Durch jahrelange wechselseitige Fremd- und Selbstzuschreibungen im Berufsalltag reproduzierten und verfestigten sich Ethnisierungsprozesse, die vordergründig die intrakulturellen Differenzierungen verschleiern.

Die Erzählungen der Ärzt/innen verdeutlichen, dass sie von ihren Patient/innen häufig aufgrund der türkischen Herkunft aufgesucht werden. Da-

mit gehen wechselseitige ethnisierende Zuschreibungen einher, die in eine Art Ethnisierungskreislauf münden: Die Patient/innen suchen die Ärzt/innen auf, weil sie aufgrund der gemeinsamen türkischen Herkunft Türkischkenntnisse und kulturspezifisches Wissen voraussetzen und sich deshalb eine angemessenere Behandlung erhoffen. Die Ärzt/innen machen sich diese Erwartungen wiederum zu eigen und stellen ihre Kenntnisse der türkischen Sprach- und Medizinkultur positiv heraus. Es findet also ein ethnisierender Vergemeinschaftungsprozess statt, der vor dem Hintergrund der freien Arztwahl von Seiten der Patient/innen initiiert und von den Ärzt/innen reproduziert wird – ggf. auch dadurch, dass sie sich das vorausgesetzte Wissen erst aneignen müssen. Diese Ethnisierungsprozesse lassen sich auch als „Türkisierungsprozesse“ spezifizieren, da sie sich ausschließlich auf diese ethnisierte Gruppe beziehen. Patient/innen nicht-türkischer Herkunft werden in den dargestellten Erzählungen nicht einbezogen. Die Ärzteschaft türkischer Herkunft nimmt deshalb seit etwa Ende der 1970er Jahre eine Mittlerfunktion zwischen der Wohnbevölkerung türkischer Herkunft und dem deutschen Gesundheitssystem ein. Dass solche „türkisierten“ Versorgungsstrukturen heute Normalität im deutschen Gesundheitswesen sind, geht auf Entwicklungen der türkisch-deutschen Medizinermigration und die „Entdeckung des türkischen Patienten“ im Zuge der Arbeitsmigration aus der Türkei seit den 1960er Jahren zurück (PEPLER 2016, 2017).

Das ROBERT KOCH-INSTITUT (2008: 112) konstatiert allerdings, es könne nicht davon ausgegangen werden, dass Ärzt/innen mit Migrationshintergrund sich als Kulturvermittler/innen verstehen wollen. Wenngleich die Ärzt/innen die gemeinsame türkische Herkunft nicht negieren, sprechen sie vereinzelt über erhöhte Anspruchshaltungen der Patient/innen ihnen gegenüber. Ein Interviewpartner schildert, dass einst ein Patient ohne Überweisungsschein in seine Praxis gekommen sei und sich zudem geweigert habe, die damalige Praxisgebühr von zehn Euro zu zahlen. Mein Interviewpartner habe dann erklärt, dass das Geld nicht für ihn selbst, sondern für die Krankenkasse sei. Der Patient aber sei laut geworden und habe geschimpft. Er sei in die Praxis gekommen, weil der Arzt auch „Türke“ sei, und habe anschließend gedroht, die Praxis nicht wie-

der aufzusuchen. Solche Fälle seien häufiger vorgekommen, so der Arzt. Dieser habe den Patienten aufgefordert, entweder seine Arbeit als Arzt zu respektieren oder der Praxis in Zukunft fernzubleiben. Der Patient erhoffte sich offensichtlich Vorteile von der gemeinsamen türkischen Herkunft. Der Arzt jedoch berief sich auf seinen professionellen Status und distanzierte sich von den Ansprüchen des Patienten. Damit wies er dessen ethnisierende Vergemeinschaftungsbestrebungen aufgrund seines professionellen Selbstverständnisses zurück (PEPLER 2016: 420). Ähnliches erzählt auch der Zahnarzt Dr. Lema: „Und dann kommen die, stehen dann hier so vor der Tür: ‚Ja, wir haben gehört, dass du Türke bist, ich habe Zahnschmerzen.‘ Ja, okay, aber ich hab meine *bestellten* Patienten.“ Dr. Lema erklärt, er trenne sich unter Umständen von Patient/innen, die seine Leistung als Arzt nicht zu würdigen wissen. Er wolle, dass „Leute kommen, die mich als guten Zahnarzt kennen und schätzen und [meine] Leistungen dann in Anspruch nehmen wollen.“

Die angeführten Konfliktsituationen entstehen, weil die Beteiligten auf zwei unterschiedlichen Ebenen argumentieren. Die Patient/innen identifizieren die Ärzt/innen primär als Mitglieder ihrer ethnisierten Gruppe. Damit zusammenhängend gehen sie nach BARTH (1998: 15) davon aus, dass sie die gleichen „criteria for evaluation and judgement“ teilen und nehmen an, „that the two are fundamentally ,playing the same game“. Insofern erwarten die Patient/innen von den Ärzt/innen, dass diese ihnen auch Sonderbehandlungen einräumen. Die Ärzt/innen empfinden die an sie gestellten Ansprüche allerdings als unpassend. Auch wenn sie ihre gemeinsame türkische Herkunft mit den Patient/innen anerkennen, so distanzieren sie sich von der ethnisierenden Vergemeinschaftung, sobald ihr professionelles Selbstverständnis infrage gestellt wird.

Die „türkisierte“ Arzt-Patienten-Beziehung zwischen Wettbewerb und Gemeinwohl

Da die Wohnbevölkerung türkischer Herkunft für niedergelassene Ärzt/innen der gleichen Herkunft eine überaus stabile Klientelbasis darstellt, berichten einige Befragte von teils erheblichen Wettbewerbsvorteilen gegenüber niedergelassenen Kolleg/innen ohne Migrationshintergrund.

Zwar merkt Dr. Levent an, dass die Patient/innen zumeist nicht privat versichert seien und ihre Behandlung deshalb keinen zusätzlichen finanziellen Verdienst bedeute, jedoch geht mit der zuverlässigen Auslastung seiner Praxis eine solide Verdienstbasis einher: „Also, ich werd nie Millionär werden mit meinen Landsleuten, aber ich kann auch nicht *arm* werden mit meinen Landsleuten, also ich hab genug zu tun.“ Auch Dr. Pala (a) erzählt von den Vorteilen, die er durch die Wohnbevölkerung türkischer Herkunft im Stadtteil seiner Praxis hatte, als er diese übernahm.

Das bedeutet normalerweise den *Ruin* einer neuen Praxis, wenn man eine übernimmt, und es kommen nur fünf Patienten. Aber ich hatte auf Anhieb trotzdem im ersten Quartal 700 Patienten, weil halt alle Türken zu mir gekommen sind. War ja klar, war der erste und bin immer noch der einzige türkischsprachige Hausarzt hier in [der] Stadt. Und dann sind die *geströmt*.

Dr. Palas Erzählung klingt übermütig, was auch auf seine vorherigen Erfahrungen zurückzuführen ist. Seine erste Arztpraxis eröffnete er in einer Kleinstadt, wo es keine Wohnbevölkerung türkischer Herkunft gab und wo er als neuer Arzt von Kolleg/innen und Patient/innen nur sehr langsam akzeptiert wurde (Peppler 2016: 426). Nach diesem Erlebnis empfindet er die Entwicklung der darauffolgenden Praxis als umso beschleunigter. Er selbst führt dies wie selbstverständlich auf seine türkische Herkunft zurück. Ähnlich argumentiert auch Dr. Lale, die betont, dass deutsche Kolleg/innen „*größere* Anstrengungen“ unternehmen oder „mehr Lobbyarbeit“ leisten müssten.

Ein großer Bonus [...], wenn man gut im Fach ist, braucht man sich wirklich nicht so viel *anzustrengen* wie ein deutscher Kollege, der sich irgendwo niederlässt – bis er seine Patientenzahlen akquiriert hat.

Wenngleich es sich hierbei um statistisch nicht belegtes Erfahrungswissen handelt, beziehen auch Nachwuchsmediziner/innen solche Überlegungen in ihre Karriereplanung ein. In einem informellen Gespräch erzählte ein Medizinstudent von seinen ursprünglichen Plänen, nach seinem Studium in die Türkei zurückzukehren. Allerdings würde er es mittlerweile für erfolgversprechender halten, sich als Arzt in Deutschland niederzu-

lassen. Dadurch erhofft er sich größere Vorteile als türkischer Arzt für die türkische Wohnbevölkerung, statt in der Türkei ein Arzt unter vielen zu sein. Er sieht also einen „Seltenheitswert“ (BOURDIEU 1983: 187), der sich aus der Zugehörigkeit zu einer ethnisierten Gruppe in einer postmigrantisches Gesellschaft ergibt (PEPPLER 2016: 417). In einem Gesundheitssystem, das zunehmend auf Wettbewerb setzt, ist die „türkisierte“ medizinische Expertise mit dem Zugang zu Ressourcen verbunden – insbesondere vor dem Hintergrund der aktuellen Diskussion darüber, wie sich die gesundheitliche Versorgung von Menschen mit Migrationshintergrund verbessern ließe. Die Wettbewerbselemente im deutschen Gesundheitswesen führen also dazu, dass Ethnisierungsprozesse – und damit eben auch die Selbstethnisierung – direkt mit der Etablierung einer Praxis und dem Verdienst der Ärzt/innen verknüpft sind.

Neben den zunehmenden Wettbewerbselementen des deutschen Gesundheitssystems sind Ärzt/innen als Mitglieder der medizinischen Profession dem Gemeinwohl verpflichtet. Dies ist das höchste symbolische Gut und ein wesentliches Element des professionellen Expertentums. Insofern sind sie bestrebt, ihre Leistung als Dienst an der Gesellschaft zu betonen und glaubhaft geltend zu machen (PFADENHAUER 2010: 104). Dies äußert sich insbesondere bei Befragten aus Arztfamilien in einer Art Fürsorgepflicht: „Das ist ja quasi eine gewisse Aufgabe, die ich empfinde,“ so Dr. Levent über die Behandlung seiner Patient/innen türkischer Herkunft. Darüber hinaus spricht Dr. Pala, der seine Praxis in einem „typische[n] Türkenviertel“ (b) eröffnet hat, explizit die Türkisch sprechende Wohnbevölkerung an. Seine Motivation erklärt er damit, seinen Patient/innen ein „Zuhause“ (b) geben zu wollen.

Also, ich bin der Meinung, dass die nächsten Generationen sich des Deutschen annehmen müssten und dieses Heimatlandes annehmen müssten. Aber wir müssen trotzdem für die Menschen der ersten Generation, die hier hart gearbeitet haben, und die jetzt hier leben, [...] auch bis zu deren Ableben Möglichkeiten schaffen, dass die auch ordentlich versorgt sind.

Dr. Palas Argumentation ist an die Vorstellung von einer zunehmenden Integration im generationellen Verlauf angelehnt, die in der Bundes-

republik insbesondere im Rahmen des Familiennachzugs der Arbeitnehmer/innen aus den ehemaligen Anwerbeländern aufgekommen ist. Wenngleich die Generationenzählung ab dem Einwanderungszeitpunkt im wissenschaftlichen Diskurs weitgehend als überholt gilt, besitzen die Bezeichnungen „erste“ und „zweite Generation“ im gesellschaftlichen Diskurs nach wie vor eine starke „Typisierungskraft“ (HAMBURGER 2011: 89). Mit diesem Generationenkonzept im Migrationskontext sind allerdings Ethnisierungsprozesse verknüpft, die permanent reproduziert werden (PARNES *et al.* 2008: 270). Insbesondere durch die Bezeichnung „erste Generation“, mit der er die in den 1960er und 1970er Jahren aus der Türkei eingewanderten Arbeitnehmer/innen bezeichnet, konstruiert Dr. Pala eine spezifische Gruppe, die besonderer gesundheitlicher Unterstützung im Alter bedarf. Seine Argumentation bezieht sich insofern auf das Gemeinwohl, als dass es ihm um die sozialgerechte Versorgung dieser spezifischen Patientengruppe geht. Er selbst sieht sich in seiner Funktion als Arzt auf der Seite der Verantwortlichen, die er als „wir“ bezeichnet.

Während es in der kurativen Medizin primär die Patient/innen sind, welche die Ärzt/innen aufgrund ihrer türkischen Herkunft aufsuchen, verhält es sich bei Präventionsangeboten anders herum: Hier sind es insbesondere die deutsch-türkischen Ärzteverbände, die sich mit gesundheitsbezogenen Informationsveranstaltungen an die Wohnbevölkerung türkischer Herkunft wenden (PEPPLER 2016, 2017). Ein besonders prägnantes Beispiel für ethnisierte Präventionsmaßnahmen stellen die Aufklärungs- und Screeningkampagnen zu Hepatitis B in Moscheen dar, die die Deutsch-Türkische Medizinergesellschaft (DTM) durchführte: In Deutschland stammt die größte Gruppe derjenigen, die an der Virusinfektion erkrankt sind (25 Prozent), aus der Türkei (BRODZINSKI & BÖMMEL 2010). Hepatolog/innen konstatieren, dass die Präventionsarbeit durch Sprachbarrieren erschwert werde (LÜTGEHETMANN *et al.* 2010) und sprechen sich für Aufklärung und Screeningkampagnen in verschiedenen Sprachen aus, die von geschulten Personen mit dem gleichen kulturellen Hintergrund durchgeführt werden sollten (BRODZINSKI & BÖMMEL 2010).

Prof. Dr. Yücel, der langjährige Vorstandsvorsitzende der DTM, betont, dass die Infektionen in der Türkei aufgrund der „aktive[n] Arbeit“ der türkischen Hepatologie-Gesellschaft mittlerweile rückläufig sei. Nach dem Vortrag eines türkischen Hepatologen im Rahmen einer Tagung in Deutschland begann die DTM mit Präventionsmaßnahmen, die direkt in der Lebenswelt der Bevölkerung türkischer Herkunft durchgeführt wurden. In Zusammenarbeit mit Imamen vor Ort organisierten die Ärzt/innen Aufklärungs- und Screeningkampagnen direkt nach dem Freitagsgebet in den Moscheen. Letztlich führte also transnationaler Wissenstransfer dazu, dass erfolgreiche Maßnahmen der Gesundheitsversorgung für die Mehrheitsgesellschaft im Herkunftsland Türkei transformiert wurden, um sie auf die Lebenswirklichkeiten der ethnisierten Gruppe in Deutschland anzuwenden. Herr Yücel erzählt:

Das hat so gut funktioniert, das hat eingeschlagen! Und das war die Lösung. Aber das macht nur so ein Verein. Wenn Sie von [einer Krankenkasse] das machen wollen, haben Sie nicht die Kontaktstelle. Und deshalb – dieser Verein ist ein[...] kleine[r], aber wichtige[r] Schlüssel. Und diese[n] Schlüssel sollte man wahrscheinlich ausbauen.

Durch die Zusammenarbeit von medizinischen und religiösen Autoritäten und das Aufsuchen der betreffenden Bevölkerungsgruppe in ihrer alltäglichen Umgebung konnte eine positive Wirkung der Präventionsmaßnahmen erreicht werden. Hier bezieht sich die Ethnisierung primär auf gemeinsame religiöse Praktiken einer muslimischen Gruppe, zu der die Ärzt/innen deshalb Zugang erhalten, weil sie selbst als Mitglieder dieser Gruppe angesehen werden. Deshalb können sie „sehr einfach in die Migrantenhäuser gehen, kontrollieren, helfen“, wie Prof. Yücel erklärt – anders als die von ihm genannten Krankenkassen, die diesen Zugang nicht bekämen.

Durch solche Maßnahmen hätten die Fälle von Hepatitis unter der Wohnbevölkerung türkischer Herkunft um etwa 25 Prozent abgenommen, wie Yücel betont, während sie unter anderen Einwanderungsgruppen zugenommen hätten. Dieser Vergleich mit anderen Gruppen soll den Erfolg hervorheben, betont aber zugleich die Grenze zu anderen ethnischen Gruppen, die nicht von den Maßnahmen profitierten. Somit kann man auch

hier von „türkisierten“ Präventionsmaßnahmen sprechen. Diese Bevölkerungsgruppe sei für die staatliche Gesundheitspolitik nur schwer erreichbar, wenn Ärzt/innen türkischer Herkunft nicht als Vermittler fungierten, so das Argument des Interviewpartners.

Abschließende Bemerkungen

Die „türkisierte“ Arzt-Patienten-Beziehung resultiert aus Ethnisierungsprozessen in unserer postmigrantischen Gesellschaft, die durch die spezifischen Bedingungen des deutschen Gesundheitssystems gerahmt sind. Vor diesem Hintergrund findet im ambulanten Sektor gewissermaßen eine Sortierung „von unten“ statt, die in ethnisierten Versorgungsstrukturen resultiert.

Die befragten Ärzt/innen befinden sich im Spannungsfeld zwischen Ethnizität und Profession. Ihre medizinische Expertise wird von ihren Patient/innen vor dem Hintergrund ihrer türkischen Herkunft wahrgenommen, weshalb zumeist neben den Sprachkenntnissen auch ein spezifisches medizinkulturelles Wissen vorausgesetzt wird. Wie gezeigt, sind solche Kenntnisse aber insbesondere bei Ärzt/innen, die in Deutschland aufgewachsen sind, nicht immer vorauszusetzen. Da von Seiten der Patient/innen jedoch eine große Nachfrage nach medizinischen Behandlungen in ihrer Muttersprache zu verzeichnen ist und damit entsprechende Ressourcen verbunden sind, eignen sich manche Ärzt/innen die gefragten Kenntnisse (erneut) an. Damit gehen wiederum Re-Ethnisierungsprozesse einher, die durch die Funktionsweise des deutschen Gesundheitswesens unterstützt werden – insbesondere durch die freie Arztwahl, einen zunehmenden Wettbewerb und die Gemeinwohrrhetorik der ärztlichen Profession. Die wechselseitigen Fremd- und Selbstzuschreibungen führen in einigen Arztpraxen zu einem Ethnisierungskreislauf zwischen Ärzt/in und Patient/innen, und zwar auch über den Wechsel von Praxisinhaber/innen hinweg und durch transnationalen Wissenstransfer unterstützt.

In der kurativen Medizin geht die Vergemeinschaftung primär von den Patient/innen aus, die die niedergelassenen Ärzt/innen überaus häufig aufgrund ihrer türkischen Herkunft konsultieren. Diese vereinfachen für sie den Zugang zu

gesundheitlicher Versorgung in einem überaus komplexen Gesundheitssystem. Hinsichtlich der Prävention sind es vor allem die Ärzt/innen, die die Bevölkerung türkischer Herkunft aufsuchen, um präventive Gesundheitsmaßnahmen durchzuführen. Ruft man sich nochmal in Erinnerung, wie heterogen das Sample der Studie ist und dass die niedergelassenen Ärzt/innen durchgängig die deutsche Staatsbürgerschaft besitzen, werden die geschilderten Zusammenhänge noch deutlicher: Die Voraussetzung (und zugleich das Resultat) der geschilderten Mechanismen ist die permanente Reproduktion von „türkischen Patient/innen“, die wiederum der Legitimierung der ethnisierten Expertise dient. Darauf basiert die Mittlerfunktion der Ärzt/innen, die sie zwischen der ethnisierten Gruppe und dem deutschen Gesundheitssystem einnehmen.

Ähnliche ethnisierte Versorgungsstrukturen lassen sich auch für andere Gruppen feststellen – exemplarisch anhand von ambulanten „türkischen“ und „russischen“ Pflegediensten (SCHENK *et al.* 2011: 238, KROBISCH *et al.* 2016: 295). Die dargestellten Zusammenhänge sind allerdings spezifisch für den ambulanten Sektor, da ethnisierende Sortierungsprozesse sich im stationären Kontext grundlegend anders gestalten (PEPPLER 2016).

Die Beziehungen der niedergelassenen Ärzt/innen zu ihren Patient/innen sind von einer Ambivalenz geprägt, die sich aus ethnisierender Vergemeinschaftung und professioneller Distanzierung ergibt. Dieses Spannungsfeld hat vielfältige Auswirkungen auf den Arbeitsalltag in einer Praxis. Einerseits bedeuten die erleichterte Kommunikation und das medizinkulturelle Wissen eine Entlastung, weil sich die häufig postulierten interkulturellen und sprachlichen Missverständnisse minimieren. Andererseits kommt es zu Spannungen und Konflikten, wenn Patient/innen aufgrund der gemeinsamen Herkunft bestimmte Erwartungen an die Ärzt/innen stellen, die diese nicht erfüllen können bzw. wollen.

Ökonomisch betrachtet, bedeuten die Patient/innen türkischer Herkunft allerdings eine zuverlässige Auslastung der Praxis; im Falle einer Neueröffnung auch deren zügige Etablierung. Wie man an sogenannten Migrantenambulanzen oder Medizinischen Versorgungszentren erkennt, die explizit eine Klientel türkischer Herkunft ansprechen, werden diese ethnisierten Versorgungs-

strukturen auch zunehmend institutionell verstetigt. Denn die medizinische Behandlung durch ein Gesundheitspersonal der selben Herkunft wird prinzipiell befürwortet und als Lösung für die Herausforderung einer interkulturellen Gesundheitsversorgung herausgestellt (BUNDESWEITER ARBEITSKREIS MIGRATION UND ÖFFENTLICHE GESUNDHEIT 2012, BUNDESÄRZTEKAMMER 2013). Nach den geschilderten Erkenntnissen ist allerdings festzuhalten, dass keineswegs davon ausgegangen werden kann, dass die *interkulturelle* Arzt-Patienten-Beziehung der Forschung bedürfe, die *intra*kulturelle Arzt-Patienten-Beziehung jedoch selbsterklärend sei.

Anmerkungen

1 Erklärungen zum Zitationsstil: [...] oder [den] = Auslassung oder Einfügung von Wörtern durch Autorin zur besseren Lesbarkeit; *kursiv* = Betonung durch Erzähler/in; ...: = Wiedergabe von wörtlicher Rede Dritter durch Erzähler/in; [Pause] = nonverbale Informationen zur Erzählung.

Literatur

- BARTH F. 1998. Introduction. In BARTH F. (ed). *Ethnic Groups and Boundaries. The Social Organization of Culture Difference*. Long Grove, Ill.: Waveland Press: 9–38.
- BECK-GERNSHEIM E. 2007. *Wir und die Anderen. Kopftuch, Zwangsheirat und andere Mißverständnisse*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- BERKING H. 2010. Der Migrant. In MOEBIUS S. & SCHROER M. (ed). *Diven, Hacker, Spekulant: Sozialfiguren der Gegenwart*. Berlin: Suhrkamp: 291–302.
- BOURDIEU P. 1983. Ökonomisches Kapital, kulturelles Kapital, soziales Kapital. In KRECKEL R. (ed). *Soziale Ungleichheiten*. Göttingen: Schwartz: 183–198.
- BOZORGMEHR K., WENNER J. & RAZUM O. 2017. Restricted Access to Health Care for Asylum-seekers. Applying a Human Rights Lens to the Argument of Resource Constraints. *European Journal of Public Health* 27, 4: 592–593.
- BRODZINSKI A. & BÖMMEL F.v. 2010. Chronische Hepatitis B-Infektion bei Migranten. *Hepatitis&more* 2: 26–28.
- BUNDESÄRZTEKAMMER 2013. *Stellungnahme der Bundesärztekammer zu dem Positionspapier des Bundesweiten Arbeitskreises Migration und Öffentliche Gesundheit*. Berlin.
- BUNDESÄRZTEKAMMER 2019. *Montgomery: Es ist höchste Zeit, den Ärztemangel ernsthaft zu bekämpfen. Ergebnisse der Ärztestatistik zum 31. Dezember 2018*. Berlin.
- BUNDESWEITER ARBEITSKREIS MIGRATION UND ÖFFENTLICHE GESUNDHEIT 2012. *Positionspapier*. Berlin.
- DEUTSCHER ETHIKRAT (ed) 2010. *Migration und Gesundheit. Kulturelle Vielfalt als Herausforderung für die medizinische Versorgung. Vorträge der Jahrestagung des Deutschen Ethikrates* 2010. Berlin.
- DEUTSCHER ETHIKRAT 2016. *Patientenwohl als ethischer Maßstab für das Krankenhaus. Stellungnahme*. Berlin.
- FALGE C. & ZIMMERMANN G. 2014. Interkulturelle Öffnung im Gesundheitswesen. In MAYER C.-H. & VANDERHEIDEN E. (ed). *Handbuch Interkulturelle Öffnung. Grundlagen, Best Practice, Tools*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht: 325–370.
- HAMBURGER F. 2011. Die Zweite Generation. In ECKERT T. & TIPPELT R. (ed). *Bildung der Generationen*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften: 89–98.
- HENKELMANN Y. 2007. *Ärzte in der Fremde. Karrieren und Sprachkenntnisse von eingewanderten Medizinern in Deutschland und Kanada*. Berlin: Logos Verlag.
- HESS S. 2010. Aus der Perspektive der Migration forschen. Eine Standortbestimmung kulturwissenschaftlicher Migrationsforschung. In HESS S (ed). *München migrantisch – migrantisches München. Ethnographische Erkundungen in globalisierten Lebenswelten*. München: Utz: 9–25.
- JANSKY M. & NAUCK F. 2017. *Palliativ- und Hospizversorgung von Menschen mit Migrationshintergrund. Aktueller Stand und Handlungsempfehlungen für Hospiz- und Palliativversorger*. Göttingen; http://www.palliativmedizin.med.uni-goettingen.de/de/media/Palliativ-_und_Hospizversorgung_von_Menschen_mit_Migrationshintergrund.pdf.
- KLEIN J. 2016. *Transferring Professional Knowledge and Skills. The Case of Central and Eastern European Migrant Physicians in German Hospitals*. Leverkusen: Budrich UniPress Ltd.
- KLUGE U. 2011. Sprach- und Kulturmittler im interkulturellen psychotherapeutischen Setting. In MACHLEIDT W. & HEINZ A. (ed). *Praxis der interkulturellen Psychiatrie und Psychotherapie: Migration und psychische Gesundheit*. München: Elsevier: 145–154.
- KRESSING F. 2016. Migration and Health in Medical Education. A Work in Progress Report from Central Europe. *Journal of Health & Culture* 1, 1: 36–42.
- KROBISCH V., SONNTAG P.-T., GÜL K., ARONSON P. & SCHENK L. 2016. Der Migrationshintergrund in multikulturellen Pflegearrangements. Ergebnisse einer qualitativen und quantitativen Befragung älterer Türkeistämmiger. *Pflege* 29, 6: 289–300.
- LÜTGEHETMANN M., MEYER F., VOLZ T., LOHSE A. W., FISCHER C., DANDRI-PETERSEN M. & PETERSEN J. 2010. Wissensstand, Präventionsverhalten und Therapieadhärenz von Patienten mit chronischer Hepatitis B in einem großen tertiären Zentrum in Deutschland. *Zeitschrift für Gastroenterologie* 48, 9: 1126–1132.
- MARCUS G. E. 1995. Ethnography in/of the World System. The Emergence of Multi-Sited Ethnography. *Annual Review of Anthropology* 24: 95–117.
- MORINA N., MAIER T. & SCHMIDT MAST M. 2010. Lost in Translation? – Psychotherapie unter Einsatz von Dolmetschern. *Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie* 60: 104–110.
- OLBERMANN E. 2015. Verbesserung der Prävention bei älteren Menschen mit Migrationshintergrund durch lebensweltorientierte Gestaltung von Zugangswegen. *Das Gesundheitswesen* 77, 1: 39–40.

- PEPPLER L. 2013. Transnationale Arztfamilien. Reproduktionsstrategien zwischen Erinnerungen und Erwartungen. In GERLAND K., MÖCKEL B. & RISTAU D. (ed). *Generation und Erwartung. Konstruktionen zwischen Vergangenheit und Zukunft*. Göttingen: Wallstein: 56–72.
- PEPPLER L. 2016. *Medizin und Migration. Deutsche Ärztinnen und Ärzte türkischer Herkunft – eine soziokulturelle Mikroskopie*. Göttingen: Wallstein.
- PEPPLER L. 2017. Die Ärzteschaft türkischer Herkunft und die „Entdeckung des türkischen Patienten“ – zur Ethnisierung der Gesundheitsversorgung in (West-)Deutschland. In DILGER H., MATTES D. & KNIPPER M. (ed). *Medizinethnologie. Körper, Gesundheit und Heilung in einer globalisierten Welt*; <http://www.medizinethnologie.net/ethnisierung-der-gesundheitsversorgung>.
- PFADENHAUER M. 2010. Der Experte. In MOEBIUS S. & SCHROER M. (ed). *Diven, Hacker, Spekulanten. Sozialfiguren der Gegenwart*. Berlin: Suhrkamp: 98–107.
- ROBERT KOCH-INSTITUT 2008. *Migration und Gesundheit. Schwerpunktbericht der Gesundheitsberichterstattung des Bundes*. Berlin.
- SCHENK L., MEYER R., MAIER A.-S., ARONSON P. & GÜL K. 2011. *Rekonstruktion der Vorstellungen vom Altern und von Einstellungen zur (stationären) Pflege bei Personen mit Migrationshintergrund. Bericht für das Zentrum für Qualität in der Pflege*. Berlin.
- SCHENK L. 2016. *Migrationssensible Gesundheitsforschung. Theoretische und empirische Forschungsergebnisse*. Berlin; <https://d-nb.info/1121588042/34>.
- SCHMIDT-LAUBER B. 2007. Ethnizität und Migration als ethnologische Forschungs- und Praxisfelder. Eine Einführung. In SCHMIDT-LAUBER B. (Hg), *Ethnizität und Migration. Einführung in Wissenschaft und Arbeitsfelder*. Berlin: Reimer: 7–27.
- SCHNEPFT T. 2013. *Hilfe, die ausländischen Ärzte kommen?! Eine ethnologische Untersuchung der Vorbereitung zugewandter Ärzte auf den Arbeitsalltag in deutschen Kliniken*. Magisterarbeit. Tübingen.
- WEISSKÖPPEL C. & FALGE C. 2012. Ethnologen im Diversity Management von öffentlichen Institutionen. Resümee nach zwei Workshops zur Dialogförderung zwischen Wissenschaft und Praxis. *EthnoScripts* 14, 1: 187–196.
- ZIMMERMANN E. 2000. *Kulturelle Mißverständnisse in der Medizin. Ausländische Patienten besser versorgen*. Bern, Göttingen, Toronto: Verlag Hans Huber.

Interviews

- Herr Dr. Baydar, geführt am 28.10.2010.
 Herr Dr. Bilgen, geführt am 02.04.2008.
 Frau Deniz, geführt am 08.03.2011.
 Herr Dr. Erten, geführt am 25.08.2010.
 Frau Dr. Lale und Herr Zeyrek, geführt am 30.06.2010.
 Herr Dr. Lema, geführt am 23.04.2008.
 Herr Dr. Levent, geführt am 05.12.2007.
 Herr Dr. Merkezi, geführt am 15.09.2010.
 Herr Dr. Pala, geführt am 23.10.2007 (a) und 26.05.2010 (b).
 Frau Dr. Schmidt, geführt am 22.06.2011.
 Herr Dr. Toklucu, geführt am 19.02.2008.
 Herr Prof. Dr. Yücel, geführt am 10.08.2011.
 Frau Dr. Yüksel, geführt am 30.03.2011.

Manuskript eingereicht: 2.3.2018
 Manuskript akzeptiert: 3.7.2019



LISA PEPPLER Dr. phil. ist seit 2018 wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Medizinische Soziologie und Rehabilitationswissenschaft der Charité Universitätsmedizin Berlin. Sie arbeitet dort im Projekt „Teilhabe durch soziokulturelle Öffnung? (Post-) migrantische Fachkräfte und Patient*innen im institutionellen Wandel am Beispiel von Medizin und Pflege (ToP)“. Darüber hinaus ist sie stellvertretende Sprecherin der AG „Migration und Gesundheit“ der Deutschen Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention (DGSMPP). Ihre Dissertation – eine qualitative Interviewstudie über „Deutsche Ärztinnen und Ärzte türkischer Herkunft“ – verfasste sie im Fach Kulturanthropologie an der Universität Göttingen. Ihre Forschungsinteressen umfassen die Migration von Mediziner*innen und Pflegekräften, Ethnisierungs- und Professionalisierungsprozesse sowie kulturelle Aspekte gesundheitlicher Versorgung.

Institut für Medizinische Soziologie und Rehabilitationswissenschaft
 der Charité Universitätsmedizin Berlin
 Charitéplatz 1, 10117 Berlin
 e-mail: lisa.peppler@charite.de

Mit der Stimme eines Anderen

Autorität und Medien im Alberto-Kult

ULRICH VAN LOYEN

Zusammenfassung Der Aufsatz versucht den mit Unterbrechungen seit 1957 in Süditalien virulierenden Kult um den bei einem Unfall getöteten „Alberto Glorioso“ vor dem Hintergrund mehrfach verschränkter Medialität zu analysieren: das personale Medium Albertos, seine Tante, das Medium seines Todes, einen Lastwagen, und die um den Kult geschaffenen Filme, die in ihrer Hochzeit für eine Multiplikation der an Heiler und Heilige gebundenen Medialisierung gesorgt haben. Dabei argumentiert der Aufsatz dafür, in dieser Verschränkung anstatt ein Symptom der sozialen und epistemologischen Rückständigkeit des Mezzogiorno vielmehr einen eigenwilligen Beitrag für dessen Modernisierung zu sehen - sprich, einen Weg für die Aneignung spezifisch moderner Ansprüche an Individualität und Subjektivität. Ein Ausblick auf die gegenwärtige Rolle des Kultes für die Etablierung neuer charismatischer Gemeinschaften beschließt die Analyse.

Schlagwörter Trancemediumismus, mediterrane Volksfrömmigkeit, Medienanthropologie, Albertokult, Luigi di Gianni

1

Dies ist der Versuch, einen Kult zu verstehen durch die Bilder, die von ihm handeln; zugleich ein Versuch, diese Bilder zu verstehen durch den Kult, der sie provoziert hat und sich in ihnen auslegt. Gegenstand ist auf den ersten Blick Campagna, eine mittelgroße, im November 1980 vom Erdbeben stark beschädigte Stadt in den Bergen hinter Salerno, die einer Reihe kleinerer Ortschaften vorsitzt. Wer in Campagna wohnt, betreibt, anders, als es der Name des Ortes erwarten lässt, keine Landwirtschaft, sondern ist Lehrerin oder bescheidener Staatsdiener und hat im besten Fall noch ein paar Ländereien, mit denen er in der Regel nicht viel anzufangen weiß. Die es besser wissen leben hinter einem mächtigen Berg und sind verwaltungstechnisch mit Campagna assoziiert, aber erst seitdem eine Autostraße gebaut wurde, braucht es weniger als eine halbe Tagesreise dorthin. Diese Landwirte haben lange auf den Besitztümern der Leute in Campagna gearbeitet, bevor sie selbständig wurden. „Heute sind die anderen vermögender als wir“, sagen einem die Campagnesi, die ihre Kinder an die Provinzuniversität nach Fisciano senden und am Kulturleben in Salerno, Neapel oder vielleicht sogar in Rom teilneh-

men. Sie glauben, die Bauern hätten nichts, wofür sie Ausgaben machen müssen, in mehr als einem Sinn sei bei ihnen das Geld für nichts gut.

Zeugnisse der höheren Kultur haben sich im Hauptort erhalten. Da gibt es zahlreiche Kirchen mit Priestern, die seit jeher speziellen Interessen nachgehen: einer schreibt Bücher über Fegefeuer und Engel,¹ während ein anderer den geomagnetischen Zusammenhang zwischen der Heiligkeit und den die Altstadt umschließenden Felsbächen untersucht. Don Carlo heißt dieser Priester, ein ehemaliger Kernphysiker, der ein Projekt am Centro Nazionale di Ricerca (CNR) beantragen durfte, über das er geheimnisvolle Andeutungen macht. Er steht der Kirche vor, die die sogenannte *colonna degli indemoniati* beherbergt, eine antike Säule, an die man Besessene band um sie zu exorzieren. Dieser Brauch ist mit dem heiligen Mönch Sant'Antonino (gestorben 625 n.Chr.) verbunden, der als Eremit in den umliegenden Bergen lebte, sich mehrfach mit der Orthodoxie anlegte und schließlich in der Stadtmauer von Sorrent begraben wurde: sprichwörtlich ein liminaler Heiliger. Er ist der Schutzpatron von Campagna, vor seiner mächtigen Statue muss vorbei, wer sich der *colonna degli indemoniati* nähern will. Don Carlo will nicht in den Verdacht geraten, alte oder als un-

wissenschaftlich ausgesonderte Rituale zu pflegen. Seine exorzierenden Gebete spricht er für die nicht mehr sehr zahlreichen Menschen, die oft über Verwandte von der Existenz der Besessenheitssäule erfahren haben und aus fernen Provinzen anreisen, um in der gebirgigen Abgeschiedenheit Frieden mit sich und der Welt oder, wenn sie aus dem Süden stammen, mit ihrer Herkunft zu schließen.²

2

In einem jener Weiler, die lange das ökonomische Rückgrat Campagnas bildeten, hat sich ein anderer Kult um einen allerdings nicht von der Amtskirche autorisierten Heiligen erhalten. Im Straßendorf Serradarce, um einen Felsen, ein paar Olivenhaine und eine platanengesäumte Chaussee von Campagna entfernt, gibt es zwei Bars, mehrere abgeschlossene Höfe, kaum Geschäfte, aber dafür Don Silvio von der charismatischen Gemeinschaft der Diener des Lebendigen Christus („*Servi di Cristo Vivo*“). „Verstocket“ erscheinen ihm die Leute hier, dabei bedürften sie dringend einer Evangelisierung. In acht Jahren habe er kaum Fortschritte erzielt, stattdessen viel Misstrauen erfahren, zumal seine Gemeinschaft das Zungenreden und die körperlich erfahrbare Niederkunft des Heiligen Geistes praktiziere. Das hatten sie sich einfacher vorgestellt.

Don Silvios Kirche ist der umgewandelte Bau einer Kultstätte, deren Seitentrakt die Wohnung eines gewissen Alberto beherbergte, der 1957 von einem Lastwagen getötet wurde. Das „*corpus delicti*“ hatte man danach jahrzehntelang ausgestellt. Ein massiver roter Ziegelbau mit kleinen bemalten Fenstern ist darum entstanden, eine Art Wehrkirche im Dorf. Zwischen dem unteren und dem oberen Bereich des Gebäudes verlief eine Treppe, im Volksmund die *Scala Santa*, auf der eine Frau regelmäßig in Trance geriet und von dem Getöteten besessen wurde, der seinen Hinterbliebenen durch diese Inkarnation das Heil bringen wollte. An den Kult erinnert eine Tafel, an seine Unangemessenheit und potenzielle Gefährlichkeit gemahnen die Gitter und Absperungen, die misstrauischen Blicke der umliegend Wohnenden, und nicht zuletzt Don Silvio selbst, der darauf angesprochen sagt, er ziehe es vor darüber zu schweigen. In diesen Ortschaften sei es

ratsam, eine alte Grundregel seiner neapolitanischen Jugendzeit zu beherzigen: „Sei mit jedem befreundet, aber vertraue niemandem.“

Dass ein Mindestmaß an Vertrauen unerlässlich ist, beweist hingegen ein dokumentarischer Kurzfilm des mehrfach ausgezeichneten LUIGI DI GIANNI (1926-2019), *Nascita di un culto* (1968).³ Dieser hat zur Protagonistin eben diese trancebegabte Frau in ihren späten Sechzigern. Giuseppina heißt sie und wird jeden Morgen vom Geist ihres getöteten Neffen in Besitz genommen. Begleitet von Gefolge und Getreuen sieht man sie im Film zu dessen Haus gehen, die Treppen in sein Zimmer hinaufsteigen und den in der „Welt des Elends Verbliebenen“ seine Botschaften verkünden. Eindrücklich in dem gut siebzehnminütigen Streifen sind vor allem jene Momente, in denen sich Giuseppinas Übergang von der einen in die andere Person vollzieht, sichtbar an den heftigen Schluckbewegungen, dem Wegtreten der Augen und deren anschließendem Aufleuchten. Das geschieht auf der *scala santa*. Der Zuschauer wird Zeuge einer Trance, die die Besessenheit, die *possessione*, vorbereitet, und er wird damit für wenige Sekunden zum Zeugen einer leeren Fläche, spricht: einer Vielzahl von Seinsmöglichkeiten, wie sie in der Großaufnahme des ergriffenen Gesichts miteinander ringen, um dann in ein jähes Leuchten überzugehen. Die Trance nimmt ihren Anfang in einer Krise, einer schmerzhaften Erinnerung, und wird durch eine Besessenheit gelöst.⁴ Unweigerlich versteht man: Auf diesem Gesicht wird Besessenheit zu einer Möglicheit eine Identität zu haben. Dies gilt mehr noch angesichts des Heers gleichermaßen verhärmteter Landfrauen, die an der Kamera vorbeidefilieren. Sie werden die Stille in sich saugen und sie werden schreien. In Anbetracht der Interaktionen von Tante und Gefolge könnte man überlegen, ob der ganze Vorgang nicht politischer Natur sei, indem er Führer und Untergebene schafft, Menschen, die danach streben, sich zu unterwerfen, sich zu verausgaben. Gründet nicht jede neue politische Formation auf dem Spektakel der Besessenheit? Zu dieser Frage kann das expressionistische Kino, die „brennende Leinwand“ (Lotte Eisner), anregen.⁵ Luigi di Gianni fühlt sich dieser Tradition verpflichtet; entsprechend sucht er seine Stoffe für die Bilder, die er schon lange in sich trägt. (Vgl. DI GIANNI & LAVAGNINI 2012: 28ff).

Der Geist, der hier allmorgendlich um acht Uhr sechsunddreißig zur „persona“ der Tante wird, ist heute (2017) in Süditalien in jenes produktive Halbvergessen abgetaucht, aus dem sich ein Großteil der religiösen Energie speist. Er heißt Alberto Gonnella oder eben schlicht: Alberto Glorioso („siegreicher Alberto“). In Serradarce errichtete man in kurzer Zeit den „Tempio di Beato Alberto“ („Tempel des seligen Alberto“), in dem bzw. vor dem einst der Lastwagen stand, mit dem zur genannten Uhrzeit am 26. Oktober 1957 der Onkel den Kopf des jungen Seminaristen einklemmte und ihn zu Tode schleifte. Er habe nichts von dem Unfall gesehen noch etwas gehört, gab der Onkel der Polizei zu Protokoll. Das Tötungswerkzeug steht wie das Kreuz bei Jesus Christus ikonographisch im Zentrum des Kultes (und am Schluss von di Gianni erstem Kurzfilm zum Thema). Es ist das Mittel für den Übergang von Leben zu Tod, der notwendigen Voraussetzung für die Umkehrung desselben Wegs. Zugleich ist es ein Gegenstand der Kontemplation, und man kann wohl davon ausgehen, dass, wem Alberto Glorioso erscheint, auch der Lastwagen erscheint. Wie in westafrikanischen Schreinen der Geist durch seine Paraphernalien aufbewahrt wird, wenn er sich gerade nicht inkarniert, ist er hier in die materielle Bedingung seiner Möglichkeit gebannt.⁶ Die Grausamkeit des menschengemachten Todes wird mit der Grausamkeit eines entmenschten, dem menschlichen Maß entrückten, zufällig wirkenden Todes parallelisiert. Zugleich liegt in der der Maschine eigentümlichen Blindheit ein Moment, das diese für Reversibilität und damit für das Versprechen der Erlösungsreligionen prädestiniert: Was in die eine Richtung läuft, kann genauso gut in eine andere laufen.⁷ Und schließlich gibt es eine auch von Luigi di Gianni in seinem Film aufgemachte Parallele zwischen dem Lastwagen, der Leben und Tod bindet, Leben an Tod bindet und Tod an Leben, mit der *colonna degli indemoniati*, jener Säule der Dämonenbesessenen mit ihren Schnüren und Fesseln in der Basilika des Ortes, wo Sant'Antonino von „fattare“ und anderen Besessenheiten heilen soll.⁸ Dieser ältere Kult um einen thaumaturgischen Heiligen – die Mehrzahl der meridionalen Heiligen sind Wundertäter (Vgl. GALASSO 1982) – wird, in Zeiten seines Rückgangs, wie di Gianni im Film insinuiert, durch den um Alberto Glorioso ersetzt. Aber nicht

nur diese historische Sukzession drängt sich dem unparteiischen Betrachter auf: Der Kult um Alberto ist wie der um den in Italien äußerst populär gebliebenen Padre Pio da Pietralcina zuvörderst der um einen *alter Christus*, dessen Auftreten und Ansprüche seitens der offiziellen Kirche anzuerkennen und gleichzeitig einzuhegen sind. (MANCINI 2008) Wo die Besessenen einst an die Säule des Sant'Antonino gebunden wurden, um exorziert zu werden, ist Alberto in den Lastwagen als den Ausdruck der schlechthinnigen Besessenheit durch eine unkontrollierbare Macht geklemmt worden, um nun jedwede Form der Besessenheit als Fremdbestimmung durch seinen Tod und seine Wiederkehr auszumerzen.

3

Es soll nunmehr sehr skizzenhaft versucht werden aufzuzeigen, wie die Mobilisierung eines „anderen Christus“ durch die mediale Ausweitung von klassischen Trancetechniken und klassischem Mediumismus eine Veränderung der grundlegenden sozialen und religiösen Annahmen in einer süditalienischen Gesellschaft bewirken konnte. Das heißt, es steht die Frage im Raum, ob hier anstatt der oft zitierten „arretratezza“ (Rückständigkeit) des Mezzogiorno nicht ein eigenständiger Beitrag zur Modernisierung erkennbar wird, der ausreichend Anschlussmöglichkeiten an das enthält, was wir gemeinhin als unsere Moderne und Postmoderne identifizieren. Mithin an ihre Bilder, Medientechniken, populäre Kultur und Politik.

Serradarce ist in der Nachkriegszeit ein agrarisches Zentrum hinter Campagna bzw. hinter Eboli. Dort, so heißt es in dem berühmten, während der faschistischen Verbannung entstandenen Buch von Carlo Levi, hört die zivilisierte, die christianisierte Gesellschaft auf. (LEVI 1946: 5) Die Menschen wohnen noch zwanzig Jahre nach diesem Buch in „borghi“, festungsartig zusammengeschlossenen, geduckten Häusern, also nicht dort, wo sie arbeiten, wodurch seit langem eine stärkere Arbeitsteilung unter den Geschlechtern begünstigt wurde. Die Männer arbeiten draußen, sie bringen täglich weite Wege hinter sich, während die Frauen im Inneren wirken oder den Verkauf der Produkte auf dem Markt übernehmen. (Vgl. FELICE 2013: 112ff) Jeder wird hier durch einen anderen autorisiert: die Frau durch den

Mann, der Mann als Pächter oder im ungünstigeren Fall als „bracciante“, als Tagelöhner durch den Patron. Patrone mobilisieren ihre Leute auch zu Zwecken der Selbstdarstellung, die sich jedoch immer *für* jemanden vollzieht – „ich kann so und so viele Männer stellen“, etwa für die Wahl eines Politikers oder für ein Kirchen-, ein Patronatsfest. Im Endeffekt ist niemand dem anderen vollkommen ausgeliefert, Ehre erscheint transitiv als Ehrbezeugung, und ist der zentrale Wert, auf dessen Grundlage die anderen gesellschaftlichen Werte verstanden werden müssen. (Vgl. PITT-RIVERS 1966) Soweit entspricht alles den Positionen der klassischen Sozialanthropologie Südeuropas. Auf der anderen Seite schreiben wir auch in Serradarce bald das Jahr 1968. Die europaweite Infragestellung nicht nur der Legitimität von Autorität, sondern von Autorität und Autorisierung überhaupt, kommt weiter als bis nach Eboli. Die klassische Postroute mag hier enden, aber nicht der motorisierte Individualverkehr und schon gar nicht das Fernsehen. Natürlich gibt es keine Studentenunruhen, es gibt auch keine Arbeiterversammlungen, aber es gibt die Kommunistische Partei, und es gibt von Anfang an Personen, auch Geistliche, die das Momentum zu ergreifen suchen.⁹ Aus Sicht dieser Geistlichen besteht das Momentum in einer Zusammenführung politischer Gehalte, einer Hebung des sozialen Bewusstseins der Landbevölkerung mit und durch eine entsprechende religiöse Form, die ihre Begründung zuletzt im Zweiten Vatikanischen Konzil (1959-1965) erfahren hat. Obgleich das neapolitanische Hinterland genau wie der gesamte Süden Italiens zu dieser Zeit ausnahmslos katholisch ist, ist selbst bei den Bischofskongregationen jener Jahre von einem „Missionsland“ die Rede (vgl. URSI 1975: 136). Missionierung bezieht sich aber nunmehr nicht einfach auf die Ersetzung alter Frömmigkeitsinhalte durch neue, sondern sie hat zum Gegenstand ihrer Sorge die jahrhundertelange Methode dieser Ersetzung selbst. Die Bischöfe betrachten ihren Katholizismus im heidnischen Gewand und erschrecken darüber. Sie suchen die expressiven Frömmigkeitsformen in Bahnen zu lenken, die Zahl der Prozessionen zurückzufahren, die Patronate lokaler Heiligenverehrung durch gerechte Verfahren transparent zu halten (ebd.: 140f.). Sie erblicken die Exzesse ihres jahrhundertlang ausgeübten Missionswerks und merken, dass anstatt

Macht über die Seelen der Gläubigen zu erhalten, ihnen diese – oft zugunsten von Sehern oder auch Mafiosi – lange schon entglitten sind. Bischöfe wie der neapolitanische Kardinal Ursi haben Sympathisanten im linken Lager der Christdemokraten, die zwar auch klientelistische Politik betreiben, aber offen für soziale Durchlässigkeit werben und den Bürgerstaat über die feudale Treue stellen. Auch die Region Kampanien will Teil sein der modernen Welt. In Serradarce hingegen wird der mögliche Konflikt von altem Klerus und neuen Geistlichen, von „großen Männern“ und Kollektiven dadurch modelliert, dass ein Geist in eine Frau einfährt.

Die Familie von Donna Giuseppina ist nach allgemeinem Wissen nicht arm gewesen. Im Großen und Ganzen leben die Gonnellas mit der Welt vor 1968 im Einklang. Dass einer aus ihrer Mitte Priester werden soll, hebt ihr Ansehen. Dessen bedürfen sie, denn ihr Leumund scheint nicht der beste zu sein.¹⁰ Man hält den Onkel für habgierig, die Absichten der Gonnellas, was die Verteilung frei werdender landwirtschaftlicher Nutzflächen angeht, für undurchschaubar. In diese Lage tritt der Tod Albertos und die wundersame Ergreifung (und Verdrängung) Giuseppinas. Damit bleibt das Außergewöhnliche in den Händen der Familie, in der die eine leidet und ein anderer agiert –wenn gleich aus dem Jenseits. Die Tante kann abwechselnd als aktive – als „Alberto“ – oder als agierte Person – als „Giuseppina“ – interpretiert werden, in beiden Fällen ist ihre Position legitim, legitimiert nicht zuletzt durch den Schmerz um den Verlust ihres Neffen, der ihre gesamte Familie auf die Probe stellt, ja nach dem, was man hört, in einen Bruderkrieg zu reißen droht. Giuseppina wohnte damals in Campagna, dem Hauptort. Im Viertel San Bartolomeo hat sie einen kleinen Laden, wo gelegentlich die Pilger für Sant'Antonino vorbeikommen.¹¹ Bewohner erinnern sich, sie als „fattucchiera“ als Beschwörerin und „Entzaubereerin“ kennengelernt zu haben.

Wie sich ihr Weg zum Alberto-Medium modelliert hat, bleibt in nahezu sämtlichen Überlieferungen strittig: sie selbst hat die Verwandlung wohl als plötzliches Erlebnis ausgegeben, andere haben eine Methode der Gewinnsteigerung darin gesehen, wiederum andere haben ihre Besessenheit als Opfer interpretiert, das die außerhalb Serrardarces Lebende für ihre Familie, für den

Frieden zwischen ihren Brüdern gebracht habe. (Vgl. ROSSI 1986: 54) In diesem Sinn würde es sich um einen Familienkult handeln, aber ohne dass nahe Angehörige darin entscheidende Positionen einnehmen, wie es sonst häufig zu beobachten ist.¹² Giuseppinas Mann, ihre Kinder, auch ihre Schwester, scheinen keine Bedeutung zu haben für die Organisation. Es gibt ein paar Getreue, die sie morgens im Auto von ihrem Haus zu dem ihres Neffen fahren, aber dann gibt es vor allem ein Heer von Freiwilligen, das die Reden Albertos aus dem Mund Giuseppinas aufnimmt, Schallplatten pressen lässt, Kreuze druckt und so fort. Diese Prozesse scheinen sich Giuseppina entzogen und bald ein Eigenleben geführt zu haben – sie landen bei jenen, die aus ganz unterschiedlichen Motiven sehen, dass der „alte“ Kult um die Säule der *indemoniati*, der Dämonenbesessenen, erneuert worden ist. Hier können sich durchaus lokale Politiker anschließen und die Gunst des Mediums in ihrem Sinn zu nutzen versuchen. (APOLITO 2006)

Giuseppina selbst findet man an einer Kreuzung der Vermittelnden, die die Botschaften des Neffen an die Gemeinschaft überbringt, und einer Heilenden, deren Autorität durch Alberto gestärkt worden ist. Die heilenden Fähigkeiten sollen zwar erst nach dessen Tod zutage treten, doch ist es gut vorstellbar, dass Giuseppina bereits zuvor das „malocchio“ (den Bösen Blick) oder die „fattura“ (die explizite Verzauberung) behandelt hat, wie so viele Landfrauen. Die Spitzfindigkeiten der Priester sowie der semi-professionellen Magier, die zwischen der Versuchung (dem im „malocchio“ konzentrierten Neid) und der aktiven Evokation des Bösen, der schwarzen Magie der „fattura“ unterscheiden wollen, werden an ihr Ohr gedrunken sein – wer Macht ausüben will, muss Unterschiede machen. Die somatisierten psychischen und sozialen Leiden ihrer Klientel scheint sie jedenfalls genauso rasch identifiziert zu haben wie eine klassische „guaritrice“, eine Heilerin, und wie dies der Anspruch der katechetisch zuverlässigeren „veggenti“ (Seherinnen) bis heute ist (vgl. VAN LOYEN 2018: 94ff.). Es ist gut möglich, entzieht sich aber näherer Kenntnis, dass Giuseppinas Besessenheit subjektiv vielleicht der Notwendigkeit geschuldet war, ihrem Erfolg als Heilerin im Weg stehende Hindernisse zu beseitigen, und dass sich ihr Mediumismus anschließend unkontrollierbar ausgebreitet hat, begierig aufgenom-

men und weitergetragen wurde. Das wäre die Geschichte vom „Medium as Message“ (MCLUHAN) oder vom Medium, das sich seinen Toten schafft. Einiges scheint dafür zu sprechen. Dann wiederum erstaunt die Vehemenz, mit der sich der Kult von einem um Giuseppina/ Alberto zentrierten zu einem Versprechen auf Teilhabe für alle entwickelt hat – bis dahin, dass nahe und ferne Kultadepten ihre Ansprüche auf Alberto formulierten.

Wenn die Mutmaßungen über Giuseppinas Motive zutreffen, hätte sie sich verkalkuliert, denn die Hindernisse wären nur gewachsen: jeden Morgen wäre Giuseppina angetreten, um sich wegtreten zu lassen. Und dazu wäre die radikale Subjektivität des Zugangs zum Verstorbenen anstatt ein exklusives Proprium der besessenen Giuseppina darzustellen, alsbald als genereller Anspruch auf eines jeden Subjektivität aufgefasst worden. Als ob sie sich für alle „reiten“ lassen musste, wie es im Voodoo heißt. Vielleicht fühlten viele sich ein wenig ver-rückt, ent-rückt oder entsetzt, ausgesetzt im gesellschaftlichen Wandel, den sie sich aneignen und den sie zugleich abwehren mussten und fanden dafür in der Beziehung zu Alberto, der in seiner „Niederlassung“ in der Tante das Negative dieses Wandels überwindet, das entsprechende Symbol. Darin könnte die politische Wirkmacht eines um gewöhnliche oder auch unbekanntere Verstorbene zentrierten Totenkultes bestehen, der wie andere Totenkulte im Umland Neapels die Fragen von Zugehörigkeit oder den legitimen Wechsel innerhalb von Klientel-Patron-Beziehungen moderiert, schließlich aber eigene Ansprüche als solche vorzubringen hilft (gleichsam das Fahrzeug einer Emanzipation, das ein Unfall aktiviert hat). Im Falle von Giuseppina ist es dann zuvörderst die Medialisierung des Mediums – durch Schallplatten, Bilder, durch den Abgleich mit anderen personalen Medien, die zum Anfang des Fernsehzeitalters in Italien zirkuliert werden – die den Anspruch auf Allgemeinheit und Exklusivität prägen wird.

Eine Frau spricht und wird gehört, weil durch sie jemand spricht, der über jeden Zweifel erhaben ist.

Er ist über jeden Zweifel erhaben, weil er in dieser Frau spricht.

So wird es '68 in Campagna/ Kampanien. Sant'Antonino kann mit seiner Säule im Hauptort bleiben, auf der frisch asphaltierten Landstraße

wird die Landbevölkerung ihm nicht mehr entgegenlaufen müssen, sie haben jetzt ihren eigenen Heiler, und Land, das haben sie auch.

4

Dies alles gilt unter der Prämisse, dass die Reichweite und Möglichkeit von „Personsein“ sich vor einem Handlungshorizont abzeichnet, der durch das Jenseits als Ort der Toten und allem Realisierbaren repräsentiert wird. Das Jenseits ist in dem Fall der Ort, aus dem man kommt und in den man geht (in der populären Kultur des auf die agrarischen Rhythmen verwiesenen Süditaliens deutlich signifiziert durch „il presepio“, die Weihnachtsskulptur mit ihrem Jenseitsfluss). Dieses Reich der Fülle – und auch der Furcht – wird vermittelt durch die Ahnen im Haus, die im antiken Rom die erste Maske der „persona“ formten. (Vgl. MAUSS 1989: 223-252) Die so vermittelte Nähe zum Ursprung der „Lebenskraft“ (A.M. Hocart) – über Heilige und ausgezeichnete Tote – schützt die Person und hält sie zugleich in Abhängigkeit. Ganze Person würde man, indem man das Jenseits als den Raum der Lebenskraft selbst beträte bzw. durch seine Avatare auslotete. Weder in der Antike noch im Christentum mangelt es an Geschichten, die vor der Realisierung dieses Wunsches warnen. Doch dieser Wunsch ist bei aller Treue zu den Heiligen, bei aller Bereitschaft, sich in ihren Dienste zu stellen, unleugbar; er führt zu jener Heuchelei den Heiligen gegenüber, die man auch in den Gianni Filmen, besonders im *Male di San Donato* (1965) beobachten kann. Die Heiligen müssen verehrt, beschenkt und unverwandelt werden, soll der Wunsch Wirklichkeit werden, dass sie als Avatare (d.h. als Verlängerungen der Person, die sich über den nach strikten Reziprozitätsregeln erfolgenden Tausch von Gefälligkeiten steuern lassen) *nichts anderes* sind als Tote, um den Lebenden in seiner Individualität im Jenseits zu repräsentieren. Mit überbestimmten Heiligen, an denen viele teilhaben, die mit aller Welt Wünsche behandeln werden und zwischen Lebenden wie Toten umhergehen, als gäbe es keine Grenze, lässt sich dieser Weg der Emanzipation aber nicht gut beschreiten. Je kleiner und unbekannter sie sind, desto besser.

So wird also weniger der *besondere* Tote als vielmehr der *reine* Tote geschaffen (der Ahne, mit

dem bald geregelte, nicht ambivalente Beziehungen möglich sind; der Heilige, für den man etwas tun kann, damit er einem ebenfalls einen Wunsch erfüllt). Die Folkloristik scheint zwar das Gegenteil zu sagen, allein die Vielzahl der Erzählungen um besondere Tote ist nur Bedingung für deren Reinigung zu reinen Toten.¹³ In gewisser Hinsicht besteht darin die Aufgabe von Kultur und die Arbeit an der Institution. Die Reinheit des Totseins garantiert in Folge auch die Übernahme eines Totenkultes in andere.

Man könnte nun einwenden, dass die Spaltung Person/ Avatar gar nicht notwendig sei, sobald man aufhört, das Reich des Todes und das der Fülle miteinander zu identifizieren. Dann reichten ein gehobenes Bewusstsein, Personenrecht, Rechtsstaatlichkeit aus. Kann nicht jeder Mensch prinzipiell alles sein, wenn er nur die Hindernisse benennt und aus dem Weg räumt? Warum sollte er erst durch die Maske des Toten (und in gewisser Hinsicht: des Todes) zu sich selbst finden? Ein Teil der Antwort lautet, dass man dort, wo man nicht an den Institutionen arbeiten kann oder die Arbeit an den Institutionen eine Arbeit an einer von einem selbst entfernten, unvermittelbaren Macht ist, in der man sich sinnlos verausgabt, die Arbeit an den Toten immerhin die Möglichkeit echter Einwirkung bereithält: die Arbeit an den Toten, am Schmerz, an der Angst vor dem Tod, in der eine wechselseitige Erziehung stattfindet. Und selbstredend lässt sich ein menschliches Leben vorgängig zur Verwandtschaft, vorgängig zu den Institutionen, die es anerkennen oder vermerken, dass es keiner Anerkennung bedürfe, nicht einmal erfinden. Es gibt kein menschliches Leben ohne Prozeduren der Zuordnung, der Zurechnung, der Zuschreibung. Und in diesem Sinne keines ohne Besetzung. Vom jeweiligen menschlichen Leben aus gesehen lautet der Ausdruck dafür „Besessenheit“: sie ist ein legitimer Weg zur Subjektivität der Person, zu ihrer Vollständigkeit und *agency*; sie formuliert die Aufgabe und ist schon Teil der Lösung.

Der andere Teil der Antwort lautet, dass das Reich der Fülle niemals hier ist, sondern stets in der Fremde und Außerhalb. Exotik oder Außerweltlichkeit sind nicht per se Mangelerscheinungen oder entspringen kolonialen Phantasien, stattdessen sind sie Signaturen eines Mehr, ohne das es kein Hier gibt.¹⁴

Idealtypisch mag es erscheinen, als kenne eine Kultur, in der die „Besessenheit“ eine kritische Präsenz erreicht hat, nur das Entweder-Oder sowie das Prinzip der numerischen Identität, während Kulturen des Traums die innere Verschiedenartigkeit der „persona“ zuließen. Wer seinen Traum erzählt, rekonstruiert seine multiplen Ichs, wogegen man eine Besessenheit nicht erzählen kann, sondern zur Darstellung bringen muss (vgl. MARC AUGÉ 1997: 20). Die theatralische Seite der Besessenheitskultur verhindert dann gewissermaßen die erzählerische Reflexivität. Im Fall des Alberto-Kultes ebenso wie bei zahlreichen anderen rund um den Katholizismus angesiedelten Kulturen ist dies nur die halbe Wahrheit: zum einen wird das reflexive Moment ja über die Angliederung an die hegemoniale Erzählung (das Christentum) unterstrichen, zum anderen über die Visionen, die dem Besessenen zufließen bzw. über die Urszene der „Besitzergreifung“ selbst. Freilich bleibt das theatralische Element auch darin vorherrschend, oder besser, gibt es keine Erzählung (multiple gleichzeitige Ichs) ohne „Szene“. Dasein ist Gesehenwerden, In-Erscheinung-Treten, und fordert zum Zweck der Sichtbarkeit die Maskierung.

Dass im Falle von Giuseppina die Stimme, die sich als Stimme Albertos ausgibt, und zumindest ihrer Besitzerin fremd wird, Trägerin dieser Besessenheit ist, kann damit erklärt werden, dass die Stimme schon von sich her die Ambiguität des Inneren und des Äußeren aufweist. Sie wird in der Besessenheit als konstitutiv „äußerlich“ modelliert, damit sie nach „innen“ zurückkehren kann. Durch die Entäußerung wird eine Präsenz geschaffen, die zwanghaft auf eine Abwesenheit deutet, und die sich deshalb so vergemeinschaften lassen kann, dass jeder Teilnehmer dieses morgendlichen Rituals in Serradace darin sein eigenes Anrufungserlebnis entdecken will (Turners „The Centre Out There“). Fast so ähnlich wie in der „urban legend“ vom deutschen Radioappell.¹⁵ Die Probe auf die Wahrheit der Stimme.

5

Im Sommer 1972 ist der Spuk vorbei. Giuseppina wird von Francesco, einem enttäuschten Anhänger, erschossen. Er arbeitet als Busfahrer für weitere Impresarios des Mediums, die die Reisen zu

Giuseppina organisieren. Gewissermaßen bringt er das Werk eines anderen Lastwagenfahrers zu Ende. Francesco hat Spielschulden und wurde gelegentlich unter Albertos Anhängern gesichtet, am Tag der tödlichen Schüsse hat auch er sich maskiert. Später heißt es, er habe wegen der falschen Versprechungen seines Opfers abgedrückt, als sollte der „Enttarnung“ durch das fruchtlose Lottospiel nun die Enttarnung durch die eigene Sterblichkeit folgen. Wieder andere behaupten, die Heiler der Region hätten den Mordplan ausgeheckt und Francesco gedungen. Offensichtlich wollen einige die Welt vor 1968 zurück, die einen aus Geschäftssinn, die anderen aus Verzweiflung. Aber sie haben ihre Rechnung ohne den Heiligen gemacht: nach Giuseppinas Tod entwickelt sich zwar keine herausgehobene Nachfolge, doch Alberto bleibt weiterhin präsent. Längst wird er absorbiert in geläufigere Frömmigkeitsformen, aus der Besessenheit Giuseppinas werden die latenten Unruheherde privater Offenbarungen. Alberto erscheint seinen Anhängern in Träumen oder im hundert Kilometer entfernten Neapel auf Hauswänden. Bereitet er somit seine erneute Ankunft vor oder ist nach den exzentrischen Jahren mit Giuseppina nun die Periode der Ethisierung seines Kultes angebrochen?

In Neapel habe ich während meiner 2013/2014 im Viertel Sanità durchgeführten Feldforschung zu Totenkulten und Lokalpolitik eher zufällig das Nachleben von Alberto Glorioso entdeckt. (VAN LOYEN 2018) Allmählich entfaltete es sich unter meinen Füßen: mein Vermieter war über viele Jahre nach dem Tod Giuseppinas nach Serradace gepilgert, wo er auf Albertos Lastwagen eine Zigarette liegen ließ, um sich das Rauchen abzugewöhnen; er selbst war Lastwagenfahrer und dieser Kult erschien ihm so natürlich, dass er sagen konnte, „das haben wir – das Volk – gemacht“; eine andere ältere Dame hatte den Tod ihres untreuen Ehemanns durch Alberto ersucht und erhalten, sie hatte ihm eine Kapelle neben der Wohnungstür gestiftet und vom Leuchten des Bildes berichtet, sobald Kritik daran aufkam; Alberto hütete in seinen zahlreichen Abbildungen auch den Schlaf von Nunzia, der Frau eines verstorbenen Heilers auf meiner Straße, so wie es sonst Padre Pio tat; und schließlich fand ich das Porträtbild des Seminaristen in der mehr oder weniger touristisch aufbereiteten Musterkirche des neapoli-

tanischen Kultes um die „anime sante del purgatorio“ auf der Via dei Tribunali. Diejenigen, die mit der Rekonstruktion des Ortes betraut gewesen waren, hatten es angeblich nicht identifiziert, es hatte aber dort über Jahrzehnte gelegen und wurde nun neben die zu verehrenden Schädel gestellt.

Albertos Wirkungsbereich ist mithin nicht auf den ländlichen Raum seines Ursprungs beschränkt geblieben. Der spektakuläre Mediumismus seiner Ersterscheinung für Zia Giuseppina ist in den moderateren Mediumismus der Neapolitaner übergegangen, denen die Toten im Traum zu erscheinen pflegen. Dort ist er auch kein „Alter Christus“ mehr, sondern im Pantheon der Heiligen, der hilfebringenden Ärzte, der Advokaten, der wundertätigen Brautleute, der heilkräftigen toten Kinder zuhause. Ein Toter unter anderen, ein Vorfahre unter Vorfahren, bleibt er für die Pädagogen des guten Geschmacks und der kirchlichen Hierarchie unsichtbar und wird fast immer mit „irgendeinem“ verwechselt.

In Serradarce hingegen steht sein „tempio“ nunmehr unter der Kuratel einer charismatischen Erneuerungsbewegung, die noch immer nicht recht weiß, ob die vor zwanzig Jahren vom Vatikan zugewiesene Stätte einen Segen oder eher einen Fluch bedeutet. Padre Silvio und Padre Michele, der Generalobere, müssen sich die Schlüsselgewalt schließlich mit einem Gonnella-Nachfahren teilen, der als Sakristan immer wieder Wege findet, altgewordene Alberto-Anhänger über die *Scala Santa* zur ehemaligen Wirkungsstätte von Giuseppina zu schleusen. Unterhalb der Kirche betreiben die Gonnellas zudem eine Bar, in deren Nähe derzeit eine Garage so hergerichtet wird, dass sie den bei einem anderen Verwandten untergestellten todbringenden Lastwagen wieder aufnehmen könnte. Das fürchtet zumindest Padre Silvio. Und warum das Ganze? Weil die Gonnellas ihre Einnahmequelle nicht kampfflos preisgeben, selbst wenn der Rest von Serradarce dem nichts abgewinnt. Und weil sie den Charismatikern ihre Rechnung präsentieren wollen. Ob „Alberto Glorioso“ dann eines Tages wirklich „Beato Alberto“ wird?

Charismatische Bewegungen sind in Süditalien seit mehr als zwanzig Jahren extrem erfolgreich, die Grenzen zwischen katholischen und evangelischen Bewegungen sind inzwischen durchlässiger, und es hat den Anschein, als sei jene Form des

kontrollierten Unerwarteten – des Unerwarteten in den Versammlungen, die für die Glossolie, für die Herabkunft des Heiligen Geistes geführt werden – die Methode, auf die/mit der sich die „Missionierung“ nach 1968 legitimieren konnte, die in jeder ihrer Weisen einen Klassenkampf zwischen Laien und Priestern darstellte. Dieser Klassenkampf wird womöglich von den charismatischen Bewegungen nur verschattet, in denen die priesterliche Vermittlungstätigkeit sich zugunsten einer von jedem zu erlebenden Präsenz des Göttlichen sowie der Aufdeckung der verschiedenen Charismen unter den Laien zurückhalten soll. Der von der offiziellen Kirche nie kanonisierte „Alberto Glorioso“ als Seminarist und die von ihm „aufgesuchte“ Tante stehen dabei genau an jener Kreuzungsstelle von Priester- und Laiencharisma, von „doni“ (spirituelle Gaben), die sich nicht mehr einfach durch zertifizierte Autorität, sondern durch Einbindung in die Tradition, den Nutzen, den sie für die Gemeinschaft haben, legitimieren lassen müssen – nicht anders als wie sich in der Unmittelbarkeit der „Besessenheit“ das Ergreifen durch Gott (oder den Heiligen Geist) ankündigt, das für die Konzeptualisierung von Person, von religiösen sowie zivilen Werten eine große Rolle spielt und die charismatischen Bewegungen als aktuell wichtigste Vermittler in einem wenn nicht erodierten, so doch krisengeprüften klientelistischen System auszeichnet.

Die Aufnahme Albertos in den inoffiziellen Pantheon der charismatischen Gemeinde – in diesem Fall der 2015 nach dreißig Jahren vom Papst vollumfänglich anerkannten „Servi di Cristo Vivo“ – ist eine Chance für beide Parteien: die Alberto-Anhänger bekommen einen offiziellen Anstrich, die Charismatiker können neben einem „Evidenzphänomen“, dessen Interpretation sie nachzureichen versprechen, an eine lokale Erregungsader anschließen und sich narrativ verorten. Zu viele Zugeständnisse darf man aber nicht machen, sonst wird ein Kuhhandel daraus: Deshalb erklärt Padre Silvio, dass die von seiner Gemeinschaft zelebrierte Messe für Alberto Anfang November eine des allgemeinen Totengedenkens sei, wie zu Allerseelen üblich. Passenderweise war Alberto Gonnella, Jahrgang 1937, am 25.10.1957 gestorben.

Aber natürlich verlangt jedwede kanonische „Aufnahme“ (*assunzione*) Albertos, dass er eben



Abb. 1 „Beato Alberto wendet sich durch Giuseppina Gonnella an seine Gläubigen.“ (Aus: Luigi di Gianni, *Nascita di un culto*)

nicht mehr „aufgenommen“ wird. Wenn Besessenheit die Verdrängung einer ursprünglichen Person durch eine andere ist, im Gegensatz zum Traum oder zur Vision, in der die Identität der Person gewahrt bleiben, und wenn Giuseppina sich nur indirekt an das erinnerte, was sie als Alberto gesagt haben soll, dafür der Erinnerungen anderer, ihrer Bilder und Tonmitschnitte bedurfte, so einerseits, weil sie nicht in Verdacht geraten wollte, mit einem Geist zu paktieren, Manipulation zu betreiben, also schuldig zu werden, sondern weil ihre Reinheit und die Reinheit dessen, der sie in Besitz nahm, nur im gegenseitigen Ausschluss gewahrt werden konnten. Reinheit der Person bei Vermischung der Körper ist ebenso sehr ein katholisches wie ein globales Motiv um 1968. Es gehört zur Frage nach der göttlichen Natur, zum Verspeisen der geweihten Hostie, in der Christus anwesend ist, und es gehört zum richtigen Leben im falschen. Und ist ein Versprechen geblieben, dass der Katholizismus aufgreifen könnte, wenn ihm nur diese mediterrane Hippiewelt nicht zu suspekt wäre, sodass er ständig daran erinnert, einen Geist für alle Körper und nicht einen Geist für jeden zu propagieren.

Schließlich: Der Alberto-Kult ist ohne die um ihn zirkulierenden Bilder undenkbar. Sie beglaubigen ihn, indem sie ihn zum einen mit den Bildern anderer Kulte verschränken, die von ihm hervorgebrachten Bilder kontextualisieren, zum anderen das Unassimilierbare des Kultes hervorheben, seine Wahrheit. Diese Wahrheit hat mit Giuseppinas Körper zu tun, insofern er Dinge tut, die mit seiner Rolle als Körper Giuseppinas

schwer in Einklang zu bringen sind. Neben Luigi di Gianni Dokumentationen erscheint 1971 in der Reihe „Popular Photography Italiana“ ein Album von Ferdinando Scianna, dem ersten italienischen Fotografen in der Agentur „Magnum“. Auch er zeigt in einer mehrseitigen Sequenz die Trance Giuseppinas, ihren kurzen Schlaf, die Unterwerfung ihres Körpers unter die Heiligenbilder, sein Wiederaufleben als anderer Körper bzw. als Körper eines anderen, gebrochen von der elektrisierten Erwartung und dem Schreckmoment der versammelten Menge im *tempio*, dem Heiligtum. In der Kontrastposition von verhärmtten Bauerngesichtern auf der einen, dem von einer abwesenden Macht bewegten, von seinem „weggetretenen“ Blick aufgegebenen Körper auf der anderen Seite, eingerahmt von Heiligenbildern und Blumengebinden, macht sich die vereinigende Kraft einer Abwesenheit geltend, die gegenseitige Stütze durch den Schmerz. Es ist das leere Zentrum, das diesen Bildzusammenhang allererst generiert, und entsprechend die Verzweiflung, die das prekäre Leben anstachelt, es in irgendeiner Form gegenwärtig zu halten, ihm einen Raum zu schaffen, in dem es sich niederlassen soll. Bild und Text deuten auf dieses leere Zentrum, aber ihrer eigenen Natur gemäß – ihrer eigenen natürlichen Konvention zufolge, derenthalben sich ihre Konstitution dem leeren Zentrum verdankt¹⁶ – deuten sie es nicht aus. Stattdessen schaffen sie Serien und häufen Worte.

Inwiefern die Charismatiker, ganz gleich ob freiwillig oder nicht, dem Kult in der Zeit seines Nachlebens mehr Kraft zuführen können als dies durch Ferdinando Scianna oder die zwei Filme LUIGI DI GIANNIS (*Nascita di un culto*, 1986; *La possessione*, 1972) geschah, sei dahingestellt. Vor Ort und in Neapel fiel allerdings auf, dass zumindest der frühere Kurzfilm, die „Geburt eines Kultes“, mit den individuellen und auch kollektiven Bildern verschaltet war – das galt für mehrere Haushaltsgemeinschaften. Der Film beschreibt den Alberto-Kult als Antwort auf den schwächer werdenden Kult um Sant’Antonino und als Ereignis der besessenen Tante Giuseppina. Die Forschung vor Ort hat dieses Narrativ als die zeitliche Sequenzierung einer geographischen Entzerrung zu lesen gelernt, aber dann durchaus einen Funktionszusammenhang erkannt, der mit dem ökonomischen Abstieg Campagnas und wenn schon

nicht mit einem ökonomischen Aufstieg Serrardarces, so doch mit dem der Familien aus Serrardarce einhergeht. Dabei leistete Luigi di Gianni selbst einen Beitrag zur „Nascita“, indem er das Phänomen medial verbreitete, es durch seine Montage, durch den von ihm in Auftrag gegebenen Sound interpretierte.¹⁷ Der Umstand, dass in der Mehrzahl seiner Kurzfilme die Tonspur neben der Filmspur läuft und man insbesondere in „Nascita di un culto“ eine leichte Zeitversetzung beobachten kann, trägt zu einem Verfremdungseffekt bei, in dem das „Manu-factum“ des Films das des Kultes überblendet. Zugleich partizipiert der Film dadurch an der Trance, die sein Gegenstand ist, indem er die dargestellte Geschichte zu seinem Bauprinzip macht: das Auseinandertreten zweier Ordnungen, in einem Moment (im Kino), in dem die „Verteidigung der Ich-Instanzen“ (C. Metz) ohnehin herabgesetzt ist.

Giuseppina hat di Giannis Nachstellungen durchaus akzeptiert, weil er sie in ihren verschiedenen sozialen Zusammenhängen zeigt, ohne sie zu denunzieren und weil er in gewisser Hinsicht von einem ähnlichen Interesse geleitet war. Sie dankte es ihm mit wiederholten Einladungen, und als Francesco sie erschoss, fuhr di Gianni sofort nach Serrardarce um den Tag danach zu dokumentieren. Der Polizist, der ihn begleiten sollte, floh einige hundert Meter vor der Ortschaft aus dem Auto: die Situation war ihm zu heiß geworden. In einem doppelten Sinn gilt also, dass, wer die Ordnung schützen will, sie auflösen muss.

Anmerkungen

1 Don Marcello Stanzione, der Gründer der „Milizia di San Michele Arcangelo“, gilt als Experte für „Angelologia“. Sein Buch *I Papi e gli angeli* (2017) ist eine Verteidigung der Engel gegen ihre psychologische Explikation und ihr allmähliches Verschwinden aus der Kirche seit dem 2. Vatikanischen Konzil.

2 Zahlreiche Pfarrer dieser Gemeinde haben Aufgaben als Exorzisten übernommen und sich dabei immer wieder auf die Säule des Hl. Antonino und ihr zugeschriebene Heilungen berufen. Vgl. (Scafoglio & de 2004)

3 Der Film ist online abrufbar unter: <https://www.youtube.com/watch?v=OYOxNOe-SA>. Zudem hat die Cineteca di Bologna 2015 eine DVD-Kollektion mit di Giannis wichtigsten dokumentarischen Kurzfilmen unter dem Titel „Uomini e spiriti“ (Menschen und Geister) publiziert, die ihn ebenfalls enthält. Um nur die Verwandlungsszene zu sehen: <https://www.youtube.com/watch?v=tSRlgzjRGyo>.

4 Für die Unterscheidung zwischen Trance und Besessenheit (vgl. de Heusch 1981)

5 Der Zusammenhang von Cine-Trance und der Gründungsmomente von „imagined communities“, Nationen, politischen Bewegungen etc. kann an dieser Stelle nicht verhandelt werden, kanonisch – nicht nur für die deutsche Geschichte (Kracauer 1958).

6 Die Strukturähnlichkeit mit afrikanischen Geisterkulten erhellt aus: (Behrend 2005).

7 Der Zusammenhang von Religion und Moderne hat sich mehrfach im Motiv des gleichsam animistisch aufgeladenen Lastwagens gezeigt, dessen Verlebendigung darüber hinaus die Macht des Mediums Film vor Augen führt (in „Wage of Fear“, ähnliches gilt bereits für die „Einfahrt des Zuges“ im frühen Film). vgl. (Taussig: 2013). Und natürlich sorgt ein um den todbringenden Lastwagen zentrierter Kult auch dafür, sich dessen zerstörerisches Potenzial – und damit die Moderne und ihren Warenfetisch – anzueignen.

8 „Fatture“ sind durch einen Bund mit einem Dämon zustandegekommene Schädigungen einer Person, während das „Malocchio“ (Effekt des „Bösen Blicks“) durchaus unabhängig von der Intention des Verursachenden sein kann. Die Kirche klassifiziert ersteres als Schwarze Magie, zweiteres als Folklore.

9 Immerhin war in Süd- und Mittelitalien der Bauernstand so zahlreich, dass seine Umwandlung in eine angeblich klassenbewusstere Arbeiterschaft nicht zur Debatte stand und Alternativen zur marxistischen Teleologie gefunden werden mussten, die solchen Praktiken Aufmerksamkeit schenken, wie sie sich in der ebenfalls nicht übermäßig industrialisierten postkolonialen Welt zeigten. Damit ermöglichte die süditalienische agrarische Bedingung dem italienischen Kommunismus eine größere Welthaltigkeit, auf der anderen Seite zwang sie ihn zur Provinzialisierung Italiens und Europas.

10 Zur Familie Gonnella vgl. Apolito 2006.

11 Für diese und die folgenden Hinweise danke ich Stefano de Matteis und der Familie von Irene Walker.

12 Vgl. den Kult um die Seherin Mamma Caterina (van Loyen 2018).

13 Zu süditalienischen Totenkulten vgl. Satriani 1996.

14 Auch dazu hat Fritz Kramer in seinen Notizen zur Ethnologie der Passiones Wichtiges dargelegt (Kramer 2005: 145-168). Individuelles und soziales Leben bleiben gleichermaßen angewiesen auf Ressourcen aus der Liminalität, aus diesem Grund verwandelt man sich in Wildgeister oder schmückt mit ihnen besonders heilige Orte. Selbstgenügsamkeit als ethisches Ziel gehört zu modernen Gesellschaften, während frühere Gesellschaften hungrig waren nach der fremden Welt. Das gilt für die gesamte Geschichte des Luxus – und natürlich auch der Religion.

15 Die Radiostimme ist stets die Stimme eines Geistes. Das verhilft nicht zu weniger, sondern mehr Autorität, und darum gehört die Radiomacht zu den wichtigsten Machtquellen eines Staates.

16 Im Hinblick auf die arbiträre Beziehung von Signifikant und Signifikat in der Sprache versteht sich diese „Leere“ von selbst; sie tut sich zugleich auf beim s/w Foto, selbst wo es als Dokument eines einmal Anwesenden vorgestellt wird, oder noch stärker beim Film, der ja gerade

das Ablaufen des Ereignisses in die Vergangenheit vorstellt, so dass also kein Gegenstand beglaubigt, vielmehr der Zuschauer in den Umkreis des Dargestellten selbst hineingezogen wird. Vgl. dazu Berger 2010.

17 Dieses Fortleben von Devotionen und Kulturen durch ästhetische Dokumentation, der stets eine „invention of tradition“ (Hobsbawm) inneohnt, ist ein Beitrag der von Ernesto de Martino initiierten Erforschung der süditalienischen Religiosität im Moment ihres angeblichen Verschwindens. Ein wirkmächtiges Beispiel ist der salentinische Tarantismus in seinem Bezug auf de Martinos Studie *Terra di rimorso* (1961) und die filmische Darstellung in Gianfranco Mingozzis *La taranta* (1962).

Literatur

- APOLITO, PAOLO 2006. *Con la voce di un altro. Storia di sessione, di parole e di violenza*. Neapel: L'ancora Del Mediterraneo.
- AUGÉ, MARC 1997. *La guerre des rêves. Exercices d'ethno-fiction*. Paris: Éd. du Seuil.
- BEHREND, HEIKE 2005. Die Kraft der Verwandlung. Geistmedien und Medien der Geister in Afrika. In BASSLER, MORITZ; GRUBER, BETTINA & WAGNER-EGELHAAF, MARTINA (eds). *Gespenster. Erscheinungen, Medien, Theorien*. Würzburg: Königshausen & Neumann: 201-214.
- BERGER, JOHN 2010. *Presentarsi all'appuntamento. Narrare le immagini*. Milano: 24 ORE Cultura.
- DE HEUSCH, LUC 1981. *Why marry her? Society and symbolic structures*. London: Cambridge University Press.
- DE MARTINO, ERNESTO 2015. *Terra di rimorso. Contributo a una storia religiosa del Sud*. Bologna: Il Saggiatore. [orig. 1961]
- DI GIANNI, LUIGI & LAVAGNINI, ENZO 2012. *Rapporto Confidenziale: Cinema e vita*. Rom: Edizioni Nuova Cultura.
- FELICE, EMANUELE 2013. *Perché il Sud è rimasto indietro*. Bologna: Il Mulino.
- GALASSO, GIUSEPPE 1982. *L'altra Europa. Per una antropologia storica del meridione*. Mailand: A. Mondadori.
- HOBBSBAWM, ERIC & RANGER, TERENCE 1999. *The invention of tradition in colonial Africa, The invention of tradition*. Cambridge: Cambridge Univ. Press.
- KRACAUER, SIEGFRIED 1958. *Von Caligari zu Hitler. Eine psychologische Geschichte des deutschen Films*. Hamburg: Rowohlt.
- KRAMER, FRITZ 2005. Notizen zur Ethnologie der Passiones. In KRAMER, FRITZ & REES, TOBIAS (eds.) *Schriften zur Ethnologie*. Frankfurt am Main: Suhrkamp: 145-168.
- LEVI, CARLO 1946. *Cristo si è fermato a Eboli*. Turin: Einaudi.
- MANCINI, SILVIA 2008. Salvation Goods and the Canonization Logic. On two popular cults of Southern Italy. In STOLZ, JÖRG (ed). *Salvation Goods and Religious Markets*. Bern: Peter Lang Verlag AG: 127-148.
- MAUSS, MARCEL 1989. Eine Kategorie des Menschlichen Geistes. Der Begriff der Person und des Ich. In MAUSS, MARCEL (ed). *Soziologie und Anthropologie, Bd. 2: Gabentausch. Soziologie und Psychologie. Todesvorstellungen. Körpertechniken. Begriff der Person*. Frankfurt a.M.: Fischer Taschenbuch Verlag: 223-252.
- PITT-RIVERS, JULIAN 1966. Honor and Social Status. In PITT-RIVERS, JULIAN & PERISTIANY, JEAN G. (eds). *Honour and Shame: The Values of Mediterranean Society*. Chicago: Univ. of Chicago Press: 19-78.
- ROSSI, ANNABELLA 1986. *La festa dei poveri*. Palermo:
- SATRIANI, LOMBARDI & MELIGRANA, MARIANO 1996. *Il ponte di San Giacomo*. Palermo: Sellerio Editore.
- SCAFOGLIO, DOMENICO & DE LUNA, SIMONA 2004. Anime perse e corpi posseduti. Gli indemoniati di Sant'Antonino. In LOMBARDI SATRIANI, LUIGI M. (ed). *Santità e tradizione. Itinerari antropologico-religiosi in Campania*. Neapel: Meltemi. 173-190.
- STANZIONE, DON MARCELLO 2010. *I Papi e gli angeli*. Mailand: Gribaudi.
- Taussig, Michael 2013. Animism and the Philosophy of Everyday Life. In FRANKE, ANSLEM (ed). *Animism Volume 1*. Berlin: Sternberg Press: 199-203.
- TURNER, VICTOR 1973. The center out there. Pilgrim's Goals. *History of Religions* 12, 3: 191-230.
- URSI, CORRADO 1975. *Lettere pastorali. 1966-1974*. Torre del Greco: Tipografia A.C.M.
- VAN LOYEN, ULRICH 2018. *Neapels Unterwelt. Über die Möglichkeit einer Stadt: Eine Ethnographie*. Berlin: Matthes & Seitz.

Filme

- DI GIANNI, LUIGI 1968. *Nascita di un Culto*. Italia. In MENEGHELLI, ANDREA 2015. *Uomini e spiriti. I documenti di Luigi Di Gianni*. DVD. Bologna: Cineteca di Bologna. Ebenfalls abrufbar unter: https://www.youtube.com/watch?v=YOxNOe_-SA.
- DI GIANNI, LUIGI 1972. *La possessione*. Italia.
- MINGOZZIS, GIANFRANCO 1962. *La taranta*. Italia.

Manuskript eingereicht: 22.03.19

Manuskript akzeptiert: 11.12.19



ULRICH VAN LOYEN DDr., geboren 1978 in Dresden, arbeitet nach Stationen in München, Köln, Urbino und L'Aquila als Wissenschaftlicher Mitarbeiter am Lehrstuhl für Medientheorie der Universität Siegen. Buchveröffentlichungen u.a.: *Exil und Verwandlung*. Franz Baermann Steiner. Zur Biografie eines deutschen Dichters und jüdischen Ethnologen, Bielefeld 2010; *Strände der Vernunft*. Norbert Elias im inneren Afrika, Berlin 2012; *Neapels Unterwelt. Über die Möglichkeit einer Stadt*, Berlin 2018.

Universität Siegen, Medienwissenschaftliches Seminar
Herrengarten 3, 57072 Siegen
e-mail: Ulrich.vLoyen@uni-siegen.de

FORUM
FORUM

Psychedelic Platitudes. Remembering an Anthropology of the Perennial

NICOLAS LANGLITZ

Psychedelic drugs have returned to psychopharmacology laboratories. Since my book *Neuropsychchedelia: The Revival of Hallucinogen Research since the Decade of the Brain* came out in 2012, the psychedelic renaissance has only gained steam and quite a few anthropologists and historians have followed suit (LANGLITZ 2012). Many readers have taken their cues from the subtitle and read the book as an ethnographic chronicle of an event in the history of European and American psychopharmacology and drug culture. A different subtitle might have encouraged a different reception: “Remembering an Anthropology of the Perennial” would have directed the reader’s attention toward a less timely but ultimately more important contribution of the book to anthropology at large. *Neuropsychchedelia* raises the question of how to deal with eternal truths which appear so worn and frayed that they have lost all power to move us. This question touches at the heart of anthropology as a social science.

The German social theorist Niklas LUHMANN (1989) pointed out that the mystery of God has given way to the mysterious intentions of other people. If they haven’t taken a structuralist or poststructuralist turn away from interpreting their subjects’ intentions, critical social scientists seek to discern hidden interests behind seemingly innocuous discourses, including religious and spiritual ones. Cosmological secrets are for the credulous. And yet even the sociologically enlightened ponder and endlessly divine a new mystery of the world, which appears as obscure to them as the will of God does to the faithful. In late modern cosmology, the future has taken the place of an occasionally radiant but at present mostly dark otherness. Anthropologists observing and participating in the contemporary world have responded to this by shifting their research focus from other cultures and their beliefs in otherworldly things to their own culture’s construction of emergent phe-

nomena such as the psychedelic experience in the age of cognitive neuroscience. What is still emerging does not fully exist yet. Even the near future remains unobservable. What the anthropologist can do is chronicle the changing imagination and the making of an unknowable future.

While I wrote *Neuropsychchedelia* as such an anthropology of the emergent, the book ends by opening up an alternative approach. As an anthropology of the perennial, it turns to an entirely different mystery. People resurface from psychedelic journeys—but also from other life-shaking experiences—with insights that sound utterly banal: “The ground of all existence is love.” “Everything is connected.” “All is one.” The underground chemist Alexander SHULGIN who had synthesized more than 200 novel psychedelic compounds put this very well after ingesting 500 mg of mescaline, a substance that Native Americans had probably used for more than five thousand years: “Funny, I’d forgotten that what comes to you when you take a psychedelic is not always a revelation of something new and startling; you’re more liable to find yourself reminded of simple things you know and forgot you knew—seeing them freshly—old, basic truths that long ago became clichés, so you stopped paying attention to them.” (SHULGIN & SHULGIN 1991: 262) Those of us who have neither had experiences of this sort nor crossed over into the New Age tend to dismiss such truths as esoteric. But what if platitudes were eternal verities divested of lived experience and emotion? What would an anthropology look like that explored the secret of these truths hidden in plain sight?

When I wrote *Neuropsychchedelia* fresh out of medical school, my focus was on the integration of mystical experiences and a materialist conception of the human mind in the knowledge culture of psychopharmacology. Today, I might shift the focus of my attention from the construction of the

psychedelic experience in neurochemical terms and in laboratory settings to a different aspect of this culture, which I touched upon, but did not elaborate. The neo-Platonic experience of *anamnesis* described by SHULGIN points to remnants of a culture of revealed knowledge, which persist in a modern epistemic landscape dominated by empiricist and constructivist tropes (cf. GUMBRECHT 2012: 126).

Laboratory work has become the paradigm example of scientific research and has trained the disciplinary eye of anthropologists of knowledge. They observe how scientists understand and bring about the world by synthesizing proteins in a test tube or by guiding their human subjects's psychedelic experiences in PET scanners. Laboratory researchers learn about nature through artifice and, having followed them for long enough, laboratory ethnographers have come to see the construction of real phenomena everywhere, even in the field sciences. "What do the people who have created this phenomenon intend?" ask the ethnographers. "What interests do they pursue? What biases color their projections of the world?"

But remember the by now almost mythical scene of Albert HOFMANN's discovery of LSD. In 1938, he synthesized and tested a series of ergotamine derivatives to develop a new circulatory and respiratory stimulant for the pharmaceutical company Sandoz. The twenty-fifth substance in this series was lysergic acid diethylamide, which was shelved after showing no promise in animal experiments. As a rule, Sandoz eliminated experimental substances from its research program if they were of no pharmacological interest. Nevertheless, in 1943, HOFMANN (1983: 14) followed a "peculiar presentiment," a mere hunch that this substance could possess properties other than those originally established, and repeated the synthesis of LSD. In the process, he accidentally contaminated himself and discovered its psychotropic effects. This led Hofmann to believe that he did not find LSD but that it was LSD that found him.

The reception—and probably already HOFMANN's telling—of this tired anecdote has been colored by the experience of a drug widely understood to open up insights into the burning brightness of unmitigated reality by temporarily dissolving the ego. The idea that human beings

have to let go for truth to show itself is a remnant of a pre- or nonmodern culture of revealed knowledge. Can we imagine a culture in which human agency was not key to the "production" of knowledge? In which the subject of knowledge had to step aside, maybe even eliminate itself?

Attending to the perennial philosophy, which continues to inform many protagonists of the psychedelic renaissance, opens up a new line of research in anthropology. In the last three or four decades, much work in cultural and medical anthropology has been informed by Michel FOUCAULT. In his lectures on *The Hermeneutics of the Subject*, FOUCAULT (2005: 460) distinguished three modes of relating subject and truth in the history of Western thought: memory, meditation, and method. Anthropologists have mostly been interested in meditation as an alternative to method (e.g. RABINOW 2003). Whereas method separates the truth from the subject of knowledge—if they follow a given research protocol, anyone should arrive at the same findings—meditation presupposes that the truth is only accessible to people who have conducted a certain work on themselves. Even in the modern sciences, researchers still have to fashion themselves as scientific personae, exercising particular epistemic virtues to see the world as they should (DASTON & SIBUM 2003). Foucault's third mode of reflexivity in which the subject cultivates a relationship to truth through memory has been largely ignored. But the *philosophia perennis* of the psychedelic renaissance has given rise to such neo-Platonic technologies of the self, which do not aim at grasping the truth of the soul as an object of knowledge but the truth the soul knew in its original state. The Socratic mastery of memory complements the knowledge that we don't know with the discovery that the knowledge we lack is to be found quite simply in memory itself: we didn't know that we knew. Thus, the sense of coming home induced by psychedelic ego dissolution, which has become a recurrent trope in trip reports, would amount to a recollection of what it was like before the subject was constituted as a subject.

In a research environment that is obsessed with the new, shifting the focus on practices of memory that reveal what we have supposedly always known but forgot we knew might not be as attractive as chronicling the latest scientific re-

volution. But reconstructing the lived experience that forcefully animates psychedelic and other platitudes might remind cultural anthropologists that there are aspects of human life that are neither culturally nor historically contingent, that others have stumbled upon before us, and yet coming to understand for ourselves what they actually mean can be mind-blowing. *Neuropsychedelica* was also an attempt to pave the way for such an anthropology of the perennial that traces singular rearticulations of everlasting truths and fills these eternal verities with life again. But such an anthropology appears to have fallen out of time. Its future remains a mystery.

References

- DASTON, LORRAINE, & H. OTTO SIBUM 2003. 'Introduction: Scientific Personae and Their Histories'. *Science in Context* 16, 1–2: 1–8.
- FOUCAULT, MICHEL 2005. *The Hermeneutics of the Subject. Lectures at the Collège de France, 1981–1982*. New York: Palgrave Macmillan.
- GUMBRECHT, HANS ULRICH 2012. *Präsenz*. Berlin: Suhrkamp.
- HOFMANN, ALBERT 1983. *LSD: My Problem Child. Reflections on Sacred Drugs, Mysticism, and Science*. Boston: J. P. Tarcher.
- LANGLITZ, NICOLAS 2012. *Neuropsychedelica. The Revival of Hallucinogen Research since the Decade of the Brain*. Berkeley: University of California Press.
- LUHMANN, NIKLAS 1989. 'Geheimnis, Zeit und Ewigkeit'. In *Reden und Schweigen*, edited by Niklas Luhmann and Peter Fuchs. Frankfurt am Main: Suhrkamp, 101–37.
- RABINOW, PAUL 2003. *Anthropos Today. Reflections on Modern Equipment*. Princeton: Princeton University Press.
- SHULGIN, ALEXANDER, & ANN SHULGIN 1991. *PIHKAL. A Chemical Love Story*. Berkeley: Transform Press.



NICOLAS LANGLITZ is Associate Professor and Chair of the Department of Anthropology at The New School for Social Research in New York. He is the author of three books: *Chimpanzee Culture Wars: Rethinking Human Nature alongside Japanese, European, and American Cultural Primatologists* (Princeton University Press, forthcoming); *Neuropsychedelica: The Revival of Hallucinogen Research since the Decade of the Brain* (University of California Press, 2012), and *Die Zeit der Psychoanalyse: Lacan und das Problem der Sitzungsdauer* (Suhrkamp, 2005). At present, he studies the sciences of moral behavior and works on a more philosophical book on psychedelics.

Department of Anthropology
The New School for Social Research
6 East 16th Street, New York, NY 10003
e-mail: langlitz@newschool.edu

Lieblingsmedien in der Lehre

Wir fragten Medizinethnolog*innen nach Texten, Büchern, Filmen oder anderen Medien, die sie in der medizinanthropologischen Lehre immer wieder gerne einsetzen. Uns interessiert: Warum eignet sich der Text bzw. das Medium besonders gut für die medizinanthropologische Lehre? Was kann an ihm gut aufgezeigt oder diskutiert werden? Zu welchen Einsichten führt dies bei Studierenden? Und inwiefern lässt sich mit den diskutierten Texten bzw. Medien gut weiterdenken?

Wir freuen uns, dass wir mit diesem Anliegen auf so positive Resonanz gestoßen sind und präsentieren hier den ersten Teil einer als lose Folge geplanten Serie, der kurze essayistische Texte, theoretische Review-Artikel und persönliche Rückblicke auf langjährige Lehrerfahrung einschließt. Wir hoffen, dass die Beiträge den Anfang eines längerfristigen Austausches und gegenseitiger Inspiration bezüglich medizinanthropologischer Lehre darstellen werden. Wer Interesse hat, für eines der folgenden Curare-Hefte einen Text auf Deutsch oder Englisch zu schreiben, ist herzlich eingeladen, sich bei der Redaktion zu melden: curare@agem.de

Favourite Media in Teaching

We asked medical anthropologists about the texts, books, films or other media that they like to use in teaching. We were interested in the following questions: Why is a specific text or medium especially suitable for teaching medical anthropology? What can be demonstrated or discussed particularly well using the text or medium in question?

We are pleased to have received such positive responses and present here the first part of a series, which includes short essayistic texts, theoretical review articles and personal reviews of many years of teaching experience. We hope that the contributions will be the beginning of long-term exchange and mutual inspiration regarding medical anthropology teaching. Anyone interested in writing a text in German or English for a forthcoming Curare issue is welcome to contact the editorial board at curare@agem.de

Rayna Rapp's „Real-Time Fetus“

Aktuell gebliebene Denkanstöße eines feministisch-medizinanthropologischen Blicks auf Ultraschallbilder in der Pränataldiagnostik

KATRIN AMELANG

Die Frage nach Lieblingstexten für die medizinanthropologische Lehre mochte ich sofort. Sie spitzt jedoch auf besondere Weise zu, was wohl fast jede Seminarkonzeption prägt: die Qual der (Aus-)Wahl. Angesichts der Bandbreite medizinanthropologischer Forschung verlangt die Frage nach einer Positionierung. Welches der vielfältigen lokalen und historischen Beispiele auswählen, um Studierenden Medizinanthropologie näher zu bringen und zu verdeutlichen, inwiefern Medizin, gerade auch Biomedizin, kulturell verstanden werden muss? Mit dem Aufsatz „Real-Time Fetus: The Role of the Sonogram in the Age of Monitored Reproduction“ der US-amerikanischen Anthropologin Rayna Rapp (1997) stelle ich einen Lieblingstext vor, den ich auch deshalb gern mit Studierenden diskutiere, weil er mich selbst vor fast zwanzig Jahren als Studentin begeisterte und zu den Texten (und Autorinnen) gehört, die mein Interesse an medizinanthropologischer Forschung, genauer an der Schnittstelle von Medizinanthropologie, *Science and Technology Studies* und feministischer Anthropologie, erst geweckt haben.

Ein generelles Ziel medizinanthropologischer Seminare sehe ich darin, Studierende dazu anzuregen, über Themen wie Gesundheit, Krankheit und Heilung, medizinisches Wissen und medizinische Praktiken sowie (globale) Gesundheitsversorgung nachzudenken. Es gilt dabei mit ihnen zu klären, warum sich die Kultur- und Sozialanthropologie überhaupt für Medizin interessiert und zu ihrem Verständnis etwas beitragen kann. Dafür nutze ich altes ethnografisches Material zu kulturspezifischen Phänomenen wie „Voodoo Death“ (CANNON: 1942) genauso wie gegenwärtige gesellschaftliche Debatten. Bestens eignen sich für den deutschen Kontext derzeit die Kontroversen zur Masen-Impfpflicht, zur Neuregelung der Organspende oder zur Kostenübernahme vorge-

burtlicher Bluttests zur Identifizierung von Trisomie 21 (Down-Syndrom) durch Krankenkassen. Gerade die zuletzt genannte Debatte gibt Rapps Aufsatz zur ‚Rolle von Ultraschallbildern im Zeitalter überwachter Reproduktion‘ eine aktuelle Relevanz.

Rapp forschte zwischen 1983 und 1994 zu den sozialen Auswirkungen der Fruchtwasseruntersuchung (Amniozentese) in den USA; das Ergebnis ist ihre mehrfach ausgezeichnete Ethnografie „Testing Women, Testing the Fetus“ (1999). Sie beobachtete genetische Beratungsgespräche in drei New Yorker Krankenhäusern mit unterschiedlichem sozialstrukturellen Klientel, absolvierte ein Praktikum in einem Labor für Chromosomenanalyse und nahm an Veranstaltungen von Selbsthilfegruppen von Eltern mit Kindern mit Trisomie 21 teil. Vor allem aber begleitete sie Frauen (und manchmal deren Partner) diverser soziokultureller Herkunft während ihrer Entscheidungsprozesse in der Nutzung von Pränatal-Diagnostik. Ihr Aufsatz „Real-Time Fetus“ basiert auf Teilen dieses Materials, insbesondere den Beobachtungen und Interviews mit Schwangeren zur Nutzung von Ultraschall im Vorfeld einer Fruchtwasserentnahme am Anfang des zweiten Schwangerschaftsdrittels. Rapp bezieht sich somit auf die spezifischen Effekte von bildgebenden Verfahren als Teil von Pränatal-Diagnostik, deren Verfahren sich bis heute weiter ausdifferenziert haben¹.

Rapps kurzer historischer Abriss der Entwicklung pränatal-diagnostischer Technologien zu Beginn des Aufsatzes verweist auf die vielfältigen – medizinischen, rechtlichen und sozialen, politischen und ökonomischen – Dimensionen dieser Technologien. Dies verschafft Studierenden sowohl einen guten Überblick als auch erste Aha-Erlebnisse dahingehend, dass Technik nicht neutral ist und pränatale Diagnostik Frauen und ihre Schwangerschaften nicht nur individuell betrifft.

Wie andere feministische Analysen weist Rapp darauf hin, dass die mit Hilfe von Ultraschall in Echtzeit erzeugten Bilder des Fötus Ärzt*innen erlauben, sich ‚ein Bild zu machen‘, ohne sich dabei auf die Berichte und Selbstbeobachtungen von Schwangeren verlassen zu müssen. Durch diese Autoritätsverschiebung greifen sie massiv in die Ärzt*innen-Patient*innen-Beziehung ein. Durch Interviewzitate zeigt Rapp, wie Schwangerschaft für werdende Eltern durch diese Einblicke ins Körperinnere „real“, sichtbar und bewusst wird (S. 38), lange bevor fetale Bewegungen spürbar sind. Der Fokus auf die visuelle Darstellung des Fötus unterstützt und beschleunigt Prozesse der Personifizierung des Fötus – besonders deutlich bei der Geschlechtsbestimmung. Rapp erinnert daran, dass Ultraschall-Bilder zwar eine intime Verbindung zum Fötus schaffen, zugleich aber eine öffentliche Dimension besitzen und sich von der Repräsentation und kulturellen Verhandlung von Schwangeren und Föten nicht trennen lassen. Die verschwommenen, technisch vermittelten sowie interpretationsbedürftigen ‚Babybilder‘ schaffen in und jenseits der medizinischen Situation eine machtvolle visuelle Repräsentation des Fötus – als unabhängiges Subjekt. Hierzu wird seitens Studierender gern diskutiert und dabei durchaus die eigene Wahrnehmung dieser Bilder im öffentlichen Diskurs thematisiert.

In Rapps Studie verursachen Ultraschall-Untersuchungen nicht nur Freude und elterliche Gefühle, sondern sind dezidiert ein Resultat der von Frauen/Paaren getroffenen Entscheidung für eine auf Fruchtwasserentnahme basierende Chromosomenanalyse fetaler Zellen. Die anvisierte Kategorisierung der ‚Normalität‘ des Fötus ist daher auch mit Ängsten und Sorgen verbunden. Rapp zufolge werden so vielschichtige Vorstellungen und Befürchtungen über Behinderungen, wie zum Beispiel das Leben mit einem Kind mit Trisomie 21, aber auch gesellschaftliche Schuldzuschreibungen an Schwangere oder Verhandlungen von Abtreibung aufgerufen. Durch die Fruchtwasseruntersuchung wird nicht nur der Fötus medizinisch beurteilt, vielmehr wird die Schwangerschaft potenziell infrage gestellt. Was Klarheit schaffen soll, kann zu neuen schwierigen Entscheidungszwängen führen, nämlich für oder gegen den Fötus. Rapp bezeichnet Spätabtreibung

deshalb als „hidden or overt interlocutor of all amniocentesis and ultrasound stories“ (1997: 46).

Spätestens an dieser Stelle wird die gesellschaftliche Debatte zu den sozialen, politischen und moralisch-ethischen Herausforderungen pränatal-diagnostischer Technologien direkt im Seminar geführt. ‚Zurück zum Text‘ lässt sich dann verdeutlichen, dass Rapp mit ihrer Studie einen dezidiert anthropologischen wie feministischen Beitrag leistet. Sie lässt die Technik-Nutzer*innen mit ihren Erfahrungen zu Wort kommen (etwas, das zum Beispiel in der heutigen Diskussion nichtinvasiver Pränataltests eher zu kurz kommt). Durch die Interviewzitate werden lokale Perspektiven auf und Interpretationen von Ultraschall- und Fruchtwasseruntersuchung von sozial unterschiedlich positionierten Frauen aufgeführt. Und genau hierin liegt die Stärke dieses Aufsatzes: die Heterogenität der Positionierungen von Frauen als Schwangeren wird aufgefächert. Mit Rapp lässt sich deshalb eine (zu) einfache (feministische) Kritik der Medikalisierung von Schwangerschaft zurückweisen und stattdessen die kulturalanalytische Bedeutung der feministisch-anthropologischen Untersuchungsperspektive auf ‚stratified reproduction‘ hervorheben. Darüber hinaus werden Studierende mit einer typischen kulturalanthropologischen Einsicht konfrontiert: Der Blick auf die Gemengelage ‚wirklichen Lebens‘ macht zwar eindeutige Positionierungen komplizierter, lädt aber gerade deshalb zum Weiterdenken ein.

Lohnend ist Rapps Text für die medizinanthropologische Lehre aufgrund des Blicks, den er auf biomedizinische Technologien und Praktiken eröffnet. Im Detail hilft der Text dabei: 1) diagnostische Techniken wie Ultraschalluntersuchungen als kulturalanthropologischen Forschungsgegenstand zu erschließen; 2) die Selbstverständlichkeit und Neutralität medizinischer/pränatal-diagnostischer Routineverfahren zu befragen; 3) die Einbettung individueller Positionen und Entscheidungen in soziale Beziehungen und kollektive Zusammenhänge zu betonen; 4) die lokal spezifische Aneignung und Verhandlung von technisch vermittelten Schwangerschaften und Fötus-Bildern aufzuzeigen, inklusive der Verflechtung von Technikentwicklung und -nutzung mit historischen und gegenwärtigen Politiken, sozialen Ungleich-

heiten und kulturellen Normen; 5) die Potenzielle ethnografischer Forschung zu demonstrieren.

Kurz, Rapps Text liefert einen sehr guten Ausgangspunkt, um zentrale medizin- und kulturalanthropologische Perspektiven und Fragestellungen zu entdecken und zu erörtern. Spaß macht die Seminardiskussion von ‚Real-Time Fetus‘ besonders deshalb, weil der ethnografisch und analytisch reichhaltige Text vielfältige Einblicke und Denkanstöße bietet und einer heterogenen Studierendenschaft ganz unterschiedliche Anknüpfungspunkte und Identifikationsmöglichkeiten erlaubt. Was heute oft nonchalant als Babyfernsehen bezeichnet wird, basiert auf einem Technikeinsatz mit Tragweite – individuell, kollektiv und medizin-/kulturalanthropologisch. Warum? Lesen Sie den Text und diskutieren Sie in Kleingruppen!

Anmerkung

1 Zum aktuellen Stand siehe den Überblick der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BzgA): <https://www.familienplanung.de/schwangerschaft/praenataldiagnostik/was-ist-praenataldiagnostik/> und <https://www.familienplanung.de/schwangerschaft/schwangerschaftsvorsorge/ultraschall/>

Literatur

- CANNON, WALTHER B 1942. Voodoo death. *American Anthropologist* 44, 2: 169-181.
- RAPP, RAYNA 1999. *Testing Women, Testing the Fetus. The Social Impact of Amniocentesis in America*. New York: Routledge.
- RAPP, RAYNA 1997. Real-time fetus: the role of the sonogram in the age of monitored reproduction. In DOWNEY, GARY L. & DUMIT, JOSEPH (eds). *Cyborgs & Citadels. Anthropological Interventions in Emerging Sciences and Technologies*. Santa Fe: School of American Research Press: 31-48.



KATRIN AMELANG Dr. ist wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Ethnologie und Kulturwissenschaft der Universität Bremen und Mitorganisatorin des Bremen NatureCultures Lab. Sie studierte Kulturalanthropologie & Europäische Ethnologie sowie Politikwissenschaften in Frankfurt am Main und promovierte an der HU Berlin mit einer ethnografischen Studie zur Produktion von Alltag und Normalität nach Organtransplantation. Sie interessiert sich für Mensch-Technik-Beziehungen und arbeitet an der Schnittstelle von Kulturalanthropologie und (feministischer) Wissenschafts- und Technikforschung, häufig im Bereich Medizin, Körper und Gesundheit. Aktuell beschäftigt sie sich mit der kulturellen Dimension von Algorithmen und Software und forscht zu Prozessen der Datafizierung im/von Alltag.

Universität Bremen
 Institut für Ethnologie und Kulturwissenschaft
 Enrique-Schmidt-Str. 7, 28359 Bremen
 e-mail: amelang@uni-bremen.de

Von balinesischen Heilern zu ART und „cyborgs“

Eine Einführung zur Bandbreite und Relevanz der Medizinethnologie

VERENA KECK

Seit mehreren Jahren biete ich am Institut für Ethnologie der Goethe Universität Frankfurt in jedem Sommersemester ein Proseminar „Einführung in die Medizinethnologie“ an, das sich an Studierende des 2. und 3. Semesters richtet. In einer der ersten Seminarsitzungen zeige ich den 30-minütigen Film *The Medium is the Masseuse: A Balinese Massage* der Filmemacher LINDA CONNOR, PATSY ASCH & TIMOTHY ASCH (1983). Im Film wird gezeigt, wie Jero Tapakan, eine rituelle Heilerin und ein spirituelles Medium, in ihrem Gehöft den Patienten Ida Bagus wegen seiner wiederholt auftretenden Anfälle und seiner vermuteten Unfruchtbarkeit behandelt. Ihre Behandlung umfasst vorbereitende religiöse Opfergaben, eine Massage und die Herstellung von traditioneller Medizin wie Augentropfen und einer speziellen Paste. Während dieser Behandlung findet ein Gespräch zwischen der Filmemacherin Linda Connor und der Heilerin über ihr Körperkonzept und die entsprechenden Heilungs- und Massagemethoden statt. Am Ende des Films führt die Filmemacherin ein Interview mit dem Patienten Ida Bagus und seiner Frau, in dessen Verlauf das Paar von den verschiedenen angenommenen Ursachen der Anfälle und der Kinderlosigkeit sowie der unterschiedlichen Diagnosen diverser Heiler und eines biomedizinischen Arztes berichten.

Wie kaum ein anderer mir bekannter Film sensibilisiert *The Medium is the Masseuse* gerade Studienanfänger ohne medizinethnologisches Wissen für eine von der Biomedizin sehr unterschiedliche Interpretation von Krankheit und Therapie. Verschiedene Themen, die im Laufe des Semesters vertieft werden, sind der medizinische Pluralismus, das „healer shopping“ und die von einem biomedizinischen Modell abweichenden Körperkonzepte. Den Studierenden unbekannte Erklärungsmodelle und Therapieformen können nach der Betrachtung dieses Filmes auch ohne vertief-

te Kenntnis balinesischer Kultur diskutiert werden. Im Gespräch zwischen Heilerin und Patient über die bisher nicht erfolgte Reinkarnation eines Ahnen aufgrund eines ausstehenden Rituals werden auch das balinesische Personenkonzept und die spirituelle Komponente der Behandlung, ein oft zentraler Teil traditionellen Heilens, angesprochen.

Ebenfalls zu Beginn des Proseminars diskutieren die Studierenden in Gruppenarbeit den kurzen Artikel von CECIL G. HELMAN *Why Medical Anthropology matters* (2006), der viele aktuelle Themen und Tätigkeitsbereiche der Medizinethnologie nennt. Ich stelle zu diesem Artikel sieben Fragen, die in Gruppen diskutiert werden; in der zweiten Hälfte der Seminarsitzung präsentieren die Gruppen ihre Ergebnisse, deren Hauptpunkte ich in einer vorbereiteten Präsentation aufgreife und vertiefe, und mit denen wir dann in den folgenden Seminarsitzungen weiterdenken.

Die Fragen an den Text lauten zum Beispiel: Welche neueren globalen Phänomene haben zum Erfolg der Medizinethnologie beigetragen? Antworten, die in Helmans Text von den Studierenden herausgearbeitet werden können, sind in Stichworten hierzu: Die sprachliche Vielfalt der Migranten und Flüchtlinge entspricht der Vielfalt von Betrachtungsweisen zu Krankheit und Gesundheit; das Entstehen alternativer Heilungssubkulturen, die aus traditionellen Heilungssystemen übernommene Therapieformen wie Akupunktur, Shiatsu, Ayurveda in oft synkretistischer Form anwenden; der „Import“ traditioneller Heiler nach Europa; das Durchführen von Heilungsmessen durch christliche Kirchen. Eine Frage, die sich daran anschließt: Welche neuen Aufgaben und Tätigkeitsfelder ergeben sich hierbei für Medizinethnologen? Antworten umfassen die Möglichkeit des Ethnologen als „cultural broker“, also als Vermittler zwischen Gesundheitsexperten

und Patienten sowie zwischen nationalem Gesundheitswesen und lokalen Gemeinschaften, zu arbeiten; die Vermittlung von kultureller Kompetenz, der Beitrag zum Abbau von stereotypisierenden Einstellungen und fixierter kultureller Attribute, ebenso wie die Betonung auf den sozialen und wirtschaftlichen Kontext von Gesundheit und Krankheit. In einer weiteren Frage wird das veränderte Berufsverständnis von Medizinethnologen angesprochen, vom „academic voyeur“ oder „professional observer“ zum engagierten, aktiven Teilnehmer und fachkundigen Mitarbeiter in Gesundheitspolitik und Praxis sowie medizinischer Ausbildung. Gerade angesichts globaler Gesundheitsprobleme wie Malaria, HIV/AIDS und Ebola, hoher Kindersterblichkeit in vielen Ländern des globalen Südens, Überbevölkerung, Urbanisierung und zunehmender städtischer Armut sowie neuer Krankheitsmuster (wie beispielsweise Mangelernährung, Infektionserkrankungen und Umweltbedingte Krankheiten) scheint die Zusammenarbeit vom Medizinethnologen und Public Health Spezialisten dringend geboten.

Helman zählt in seinem kompakten Übersichtsartikel zur Bedeutung der Medizinethnologie auch relevante aktuelle Forschungsgebiete auf: die Entwicklungen in Transplantationsmedizin und Biotechnologie, die medizinische Technologisierung zu Lebensende und -anfang (wie Stammzellen, DNA-Proben, Blutproben, gefrore-

ne Embryonen, Eizellen und Sperma), was zum Thema der Assistierenden Reproduktionstechnologie (ART) und zu veränderten Konzepten von Identität, Verwandtschaft und Elternschaft überleitet. Neue Formen des menschlichen Körpers wie die Fusion von Mensch und Maschine (von „einfachen“ Herzschrittmachern zu komplexen lebensnotwendigen Systemen), sowie „cyborgs“ und durch Transplantation gebildete „collage bodies“ (2006: 4) finden ebenfalls bei Helman Erwähnung.

Beide Medien, der Film und der Artikel, sind gerade für Studienanfänger geeignet, um die thematische Bandbreite und die Relevanz der Medizinethnologie aufzuzeigen. Darauf aufbauend lassen sich dann die weiteren Seminarthemen wie Medizinischer Pluralismus, Wohlstandserkrankungen, indigene Gesundheit, Global Health (beispielsweise HIV/AIDS und Ebola), die Biomedizin als ein medizinisches System unter anderen oder Migration und Gesundheit vertiefend betrachten.

Literatur

- HELMAN, CECIL G 2006. Why Medical Anthropology matters. *Anthropology Today* 22, 1: 3-4.
 CONNOR, LINDA, ASCH, PATSY & ASCH, TIMOTHY 1983. *The Medium is the Masseuse: A Balinese Massage*. Watertown, MA: Documentary Educational Resources (DER).



VERENA KECK Prof. apl. Dr. phil. ist seit 2015 außerplanmäßige Professorin der Goethe Universität in Frankfurt am Main. Sie studierte Ethnologie an der Universität Basel und hat langjährige interdisziplinäre Feldforschungen in Ozeanien und in Bali durchgeführt, welche die Grundlage umfangreicher (medizin-)ethnologischer Lehrtätigkeit an europäischen Universitäten und im Pazifik bilden. Ihre Arbeitsgebiete sind die Medizinethnologie, Identität, Personenkonzepte, Migration, Alter und Älterwerden sowie aktuelle Themen der Ethnologie Ozeaniens. Des Weiteren ist sie Mitbegründerin des „Medizinethnologischen Teams“, das medizinethnologisches Wissen in die Praxis umsetzt und Fortbildungen für Fachkräfte im Pflege- und Gesundheitswesen anbietet.

Institut für Ethnologie
 Goethe Universität Frankfurt
 Norbert-Wollheim-Platz 1, 60629 Frankfurt/Main
 e-mail: keck@em.uni-frankfurt.de

Thinking-with favorite reads in the anthropology of global health and environmental health

SUNG-JOON PARK

In general, I use those articles and books for teaching courses in medical anthropology that make a point students have to know in order to understand the history of the subject. But these readings are not necessarily the most exciting reads. An exciting read – at least for me – is one that puzzles me, makes me disagree, gives me the feeling that it is worth to have that disagreement, and eventually motivates me to digest huge amounts of information. This excitement kept me reading during my own undergraduate studies in anthropology. Still, when a new subject overwhelms me with questions and debates, which I fail to grasp, I always think that the exciting read has not yet happened. When I have this Aha-moment, I try to share my excitement with my students. It may not yield the same effect on them. I guess, everyone has to have her or his own Aha-moment and once this happens an exciting discussion might arise.

Merrill Singer and the anthropology of environmental health

Let me begin with Merrill Singer's introduction to the edited volume *A companion to the anthropology of environmental health* (SINGER 2016), which I use frequently for teaching medical anthropology courses. The exciting thing happens on page 17, where he states that one of the questions addressed by the contributors to the edited volume is "why do humans pollute and degrade their environment?" Merrill Singer has his own theory to answer this question, which I do not agree with. Nonetheless, I am puzzled by the prospect that someone can tell me why humans pollute their environment. This question is more intriguing than asking whether climate change is real or whether the concept of the Anthropocene is true. It is posed in a straightforward manner that it is understood by everyone. It demands more than

a yes/no response. Rather, we are unavoidably confronted with an anthropological account of what we humans are. Naturally, this question is going to produce a multitude of anthropological and non-anthropological perspectives on how to study humans and the world they inhabit. Consequently, I hope that students will enthusiastically disagree about the question why we pollute our environment. We might disagree on the question whether humans actually "pollute" the environment. Here, we could reject the generalizing undertone and say that not all humans are by definition environmental polluters. We could disagree about the possibilities to know empirically why humans degrade the environment. Or, we could ask why anthropologists should be predestined to answer this question? And, can we expect an answer other than the notorious "it is complex" response from anthropologists?

Perhaps we could say that it is a philosophical question. Indeed, I believe it is very philosophical to ask why humans do what they do regardless of the consequences of their doings. We need to make explicit our conceptual take on the relationship between free will, agency, and responsibility in order to reflect on possible answers to Singer's question. When we reach this point my students usually retort: "this is deep shit."

Mary Douglas on dirt and pollution and the mess we produce

I could name more exciting readings including Merrill Singer's work to get out of this shit – through ethnographic, analytic, and critical work. Let me stay with pollution and shit and how it inspires anthropological knowledge production on matters of public concern. Mary Douglas' *Purity and Danger: An Analysis of Concepts of Pollution and Taboo* remains a crucial reminder that cultural

analysis is still an up-to-date source of inspiration to foster public anthropology. Her graphic definition of dirt as “matter out of place” (DOUGLAS 1984: 36) is exemplary for how an anthropological perspective can change the way we approach humans and nonhumans and the world they inhabit. It doesn’t say that dirt is unhygienic or that people are forced to live under the most unhygienic conditions. Nor is this definition tracing dirt back to the regime of power and knowledge formed around modernist ideas of hygiene. Instead it shows how anthropological reasoning becomes productive by enabling comparisons across regions and across different subjects like post-colonialism, gender, infrastructure, and activism (e.g. CHALFIN 2014, ROBINS 2014, REDFIELD & ROBINS 2016). It cultivates a mode of critique which liberates us from the traps laid out by our attempt to find an objective scientific language to define problems (what is dirt and what shall we do with dirt). Instead it directs our attention to the practices through which humans produce a reality (place and matter). Where there is dirt, there is a system, as Douglas puts it. Public anthropologists can argue about that system in a more useful way, than trying to position themselves in a field of competing definitions of pollution, pathogenicity, or migration, for which societies have invented systems to keep them out of their sight.

Hannah Arendt and Donna Haraway on thoughtlessness in the Anthropocene

Let me now return to Singer’s initial question ‘why humans pollute and degrade their environment.’ Donna Haraway’s simple answer in *Staying with the trouble: making kin in the Chthulucen* to this question is that human action is characterized by thoughtlessness (HARAWAY 2016: 36). The notion of thoughtlessness brings me to a set of more exciting reads. In her discussion of the Anthropocene, Donna Haraway draws on Hannah Arendt’s critique of thoughtlessness with the aim to alert us to the disastrous consequences of our refusal to think.

Arendt originally used the term in her work on the Eichmann trial. In the postscript to her book *Eichmann in Jerusalem*, she stresses that Adolf Eichmann, who oversaw the deportation of the Jewish people in Nazi Germany, was not stu-

pid. What Arendt witnessed at Eichmann’s trial was “sheer thoughtlessness that predisposed him to become one of the greatest criminals of that period” (ARENDR 1963: 285). Haraway elaborates Arendt’s observations on thoughtlessness to give a more disquieting response to the question why humans degrade and pollute their environment. She writes, “in that surrender of thinking lay the ‘banality of evil’ of the particular sort that could make the disaster of the Anthropocene, with its ramped-up genocides and *speciescides*, come true. This outcome is still at stake” (HARAWAY 2016: 36).

Haraway’s extension of the term genocide toward nonhuman lives assumes a polemic and controversial analogy between the holocaust and current environmental destruction. However, the crucial point about such analogies is, as the philosopher Richard Bernstein clarifies, that the “idea of the banality of evil is still relevant today because we need to face up to the fact that one doesn’t have to be a monster to commit horrendous evil deeds” (BERNSTEIN 2018). Moralizing and scandalizing judgments about perpetrators like Eichmann or anyone else obscure the much more disquieting observation that the absence of thinking, that is the inability to see and evaluate the consequences of one’s doing from another person’s point of view, can make the most horrifying crimes possible.

This notion of thoughtlessness is often misread as a reminder that Eichmann or any other perpetrator of brutal crimes against humanity could be anyone. I believe a similar imprint is likely to be left by Haraway’s remark that anyone is capable of inflicting great environmental violence upon human and nonhuman lives; and, in fact, is doing so daily because he or she is not using his or her brains.

This reading, however, simplifies the critique of thoughtlessness provided by Arendt and elaborated later on as a *thinking-with* by Haraway (HARAWAY 2016: 126ff). The crucial point made by Arendt is the following. She rejects the idea that few are privileged to enjoy the faculty of thinking, most notably philosophers who by the very definition of thinking as philosophizing, cannot go wrong and hence cannot do evil. In my reading, Arendt refuses to raise any explicit ethical claims based on her analysis of thoughtlessness and thinking. Instead her suggestion that everyone has the capacity to think with others is considered as a

precondition for inhabiting a world that is irreducibly plural, contingent, and hence unpredictable (ARENDT 1958).

Thinking-with others essentially means to live by the human condition. Often the human condition is collapsed with misery, despair, and hopelessness. Authors like Arendt understood the human condition in a quite postmodern sense. The human condition circumscribes that human actions are irreducibly plural and unpredictable, which ultimately demands a critical revision of conventional moral theories and ethics. In this respect the idiom of thinking-with others is necessary to keep in mind that one's doings has consequences for others without knowing precisely who these others are and who they will be. Thinking is in this sense a necessary response to the human condition because it stresses that we cannot escape the need to think if we want to inhabit this planet, because we cannot predict all consequences of our actions.

We must turn Singer's question about human motives for environmental pollution around. Once we recognize that contingent and pluralistic lifeworlds require thinking as an activity, the question to be asked is: How can actors in the plural assume collective responsibility for environmental degradations without being able to predict the contingent outcomes of their manifold actions? The idiom of thinking with others rejects the idea that few are thinking for others about the kind of social organization necessary to provide care for the planet (see also DOUGLAS 1992: 259). Otherwise, critical thinking would be limited to intellectuals and their task of thinking *for* others, knowing their wants, and hence give an essentializing explanation of human action (ROTTENBURG 2013).

Thinking-with in anthropology

Before we can elaborate on the implications of thoughtlessness, we need to understand what thinking means. Arendt does not suggest that we should think all the time or that people who cannot afford to think and act accordingly are guilty for being thoughtless. The intellectual conversation unfolding between Arendt's writings and Haraway on this subject is illuminating. According to Haraway, Arendt's inspiring insights into the prob-

lem of thoughtlessness have to be stripped off her problematic assumption that thinking is means and ends to *withdraw* from the world (HARAWAY 2016: 177). Indeed, Arendt considers thinking as a quiet activity and as a withdrawal from reality. Nonetheless, she insists that the quietness of thinking is exactly the opposite of being passive. As she clarifies, thinking means to withdraw from the world of *appearances*. That is, "every mental act rests on the mind's faculty of having present to itself what is absent from the senses" (ARENDT 1978: 75-76). This does not mean that thinking is superior to our senses in our approach to the world. Quite the opposite is the case. Arendt rather assumes that the capacity of thinking is to

mak[e] present what is absent [such that] we [can] say "no more" and constitute a past for ourselves, or say "not yet" and get ready for a future. But this is possible for the mind only after it has withdrawn from the present and the urgencies of everyday life (ibid.).

This dense phrase requires some explication. In my view, Arendt's use of the term withdrawal does not propose a disengagement from the world, which according to Arendt precisely happens when thinking is absent. When thinking is absent, we fail to imagine and see the world from a different perspective. We thereby eschew the possibilities to allow other perspectives to work on us and how we act upon the world.

Johannes Fabian's *Out of Our Minds: Reason and Madness in the Exploration of Central Africa* offers an anthropological version of this withdrawal in his historical ethnography of colonial travelers. He argues that explorers changed their conception of reality, when they "permitted themselves to be touched by the lived experience" of the other (FABIAN 2000: 8). These lived experiences were fraught with dilemmas and puzzles, which travelers overcame by stepping outside or by being "outside oneself," which Fabian terms the "ecstatic" (ibid.). For Fabian, ecstasis is essentially an epistemological concept that goes beyond the frequently mentioned term "empathy" (ibid.). Stepping outside the world of experiences is not an impediment but a requirement for anthropological knowledge production, as he asserts. Anthropologists often delimit their attention to empathy assuming that listening to one's feelings about others'

feelings is more important than abstract reasoning. Yet this dichotomy between empathy (emotions) and thinking (reason) reduces ethnographic reflections to our sensual, emotional, and bodily experiences as the ground of shared knowledge production. This perspective ignores the possibility that what is shared in any human encounter is the sort of lived experience, which to varying degrees is unexpected, puzzling, contradictory, and thereby transforms the conceptualization of the world. These experiences are registered by the body, making it an important instrument for anthropological thinking, not quite unlike the brain, which is another instrument to reflect on these experiences. Withdrawing or stepping out of the world of appearances essentially means that we can imagine, speak, and think about certain things without relying on our immediate sense experiences in a particular moment of thinking. Thinking as a form of withdrawing is like dreaming or remembering. We are elsewhere when we dream or remember.

It is crucial that we are mindful about conflating thinking—in the sense of a withdrawal from the world of appearances—with passivity or indifference toward the world, as Stacey Leigh Pigg's recent article *On sitting and doing: Ethnography as action in global health* explicates (PIGG 2013). Pigg notes that the field of global health is preoccupied with the idea of 'doing something' in the face of extraordinary amount of distress encountered in the field. This sense of urgency contrasts with the idea of conducting ethnographic field research by "sitting, being, noticing, and *reflecting*," which come to be dismissed by global health activists as being "unproductive" (ibid.: 1-2; my emphasis). As a consequence, global health researchers and activists, surrendering to the urgency of doing something, settle quickly on solutions that are cheap, efficient, and have a measurable impact, but in the end fail to be relevant. This is what Arendt had in mind with her critique of thoughtlessness, which does not refer to stupidity but to the inability to see a matter from a different perspective. To paraphrase Pigg, actors in the field of global health are not acting out of stupidity or malice. Instead they might not be able, or something incapacitates them, to evaluate the consequences of their actions from another person's point of view. When we conceive thinking as an activity through

which we withdraw from immediate urgencies, it inserts the possibility to reflect on how a problem got defined as being urgent and who determines what needs are to be prioritized. Furthermore, it enables anthropologists to find out together with their interlocutors what constitutes relevant questions opposed to what global health activists consider to be the most urgent ones. That is, understanding thinking as a withdrawal decenters our notion of 'doing something,' which is increasingly charged with neoliberal ideas of efficiency and speed, as Pigg notes (PIGG 2013).

What can be inferred from the critique of thoughtlessness? How does thinking as an activity relate to the world? From the above description we might think of recent discussions about slow research as a form of withdrawing from the relentless pressure to respond to urgencies quickly (ADAMS, BURKE & WHITMARSH 2014). Ideas like slow research argue not per se against speed and against technological innovations through which speed is achieved. They precisely remind us that neoliberal ideas of speed undermine the possibilities to gain insight. Here thinking as a withdrawing from the world has a temporal aspect. It suggests that we need to recast the ethics of collaboration in the field of global health interventions, in which meaningful collaborations is increasingly made impossible by the relentless demand to be faster and more productive than others. To elaborate the ethics of collaboration I suggest that it is also helpful to follow Haraway's insightful elaboration of the idiom thinking-with-others. Both, Arendt and Haraway invite us to consider thinking as action in the plural. Moreover, Arendt's insistence that thinking means to withdraw from present urgencies proffers an alternative understanding of anticipating a future that is inherently uncertain. Drawing on Arendt's discussion, I suggest that thinking is a precondition for an ethics of anticipation, which goes beyond scientific and technological predictions of the future. Anthropologists cast ethics and the role ethics plays for the history of the discipline as a form of anthropological sensibility, which often remains implicit to our knowledge claims (ENGELKE 2018, STOKING 1989). Maybe practices of thinking-with-others are useful to underline that this anthropological sensibility is more than a sentiment but a crucial capacity for critical thinking that prepares

us for the future. An anthropology seminar, where such readings can be discussed, is the best site to explore this.

References

- ADAMS, VINCANNE; BURKE, NANCY J. & WHITMARSH, IAN 2014. Slow research: thoughts for a movement in global health. *Medical Anthropology* 33, 3: 179-97.
- ARENDT, HANNAH 1958. *The Human Condition*. Chicago: University of Chicago Press.
- ARENDT, HANNAH 1963. *Eichmann in Jerusalem*. New York: The Viking Press
- ARENDT, HANNAH 1978. *The Life of the Mind*. New York: Harcourt Brace Jovanovich.
- BERNSTEIN, RICHARD J 2018. *Why Read Hannah Arendt Now*. Cambridge; Medford, MA: Polity Press.
- CHALFIN, BRENDA 2014. Public things, excremental politics, and the infrastructure of bare life in Ghana's city of Tema. *American Ethnologist* 41, 1: 92-109.
- DAS, VEENA, et al. 2015. *The ground between: anthropologists engage philosophy*. Durham, London: Duke University Press
- DOUGLAS, MARY 1984. *Purity and Danger: An Analysis of Concepts of Pollution and Taboo*. New York: Routledge.
- DOUGLAS, MARY 1992. The credible biosphere. In DOUGLAS, MARY *Risk and Blame: Essays in Cultural Theory*. London: Taylor & Francis: 255-70.
- ECKER, JULIA 2016. Tugend, Recht und Moral: Tendenzen der Verantwortungszuschreibung. *Deutsche Zeitschrift für Philosophie* 64, 4: 246-357.
- ENGELKE, MATTHEW 2018. *How to Think Like an Anthropologist*. Princeton: Princeton University Press.
- FABIAN, JOHANNES 2000. *Out of Our Minds: Reason and Madness in the Exploration of Central Africa*. Berkeley: University of California Press.
- HARAWAY, DONNA 2016. *Staying with the Trouble: Making Kin in the Chthulucene*. Durham: Duke University Press.
- KRAMER, FRITZ 2016. Abschied von der Nachkriegsethnologie. Der Fall der DGV-Tagung von 1969. *Paideuma* 62.
- PIGG, STACY LEIGH 2013. On sitting and doing: ethnography as action in global health. *Social Science & Medicine* 99: 127-134.
- REDFIELD, PETER & ROBINS, STEVEN 2016. An index of waste: humanitarian design, dignified living and the politics of infrastructure in Cape Town. *Anthropology Southern Africa* 39, 2: 145-162.
- ROBINS, STEVEN 2014 Poo wars as matter out of place: 'Toilets for Africa' in Cape Town. *Anthropology Today* 30, 1: 1-3.
- ROTTENBURG, RICHARD 2013. Ethnologie und Kritik. In BIER-SCHENK, THOMAS, KRINGS, MATTHIAS & LENTZ, CAROLA (eds). *Ethnologie im 21. Jahrhundert*. Berlin: Dietrich Reimer Verlag: 55-77.
- SINGER, MERRILL 2016. Introduction. In SINGER, MERRILL (ed). *A Companion to the Anthropology of Environmental Health*. Chichester, West Sussex; Malden, MA: John Wiley & Sons, Inc: 1-17.
- STOCKING, GEORGE W 1989. *Romantic Motives: Essays on Anthropological Sensibility*. Madison, Wis.: University of Wisconsin Press.



SUNG-JOON PARK Dr. phil is lecturer at the Department of Anthropology of the Martin-Luther-University Halle-Wittenberg. He studied anthropology and philosophy at the Martin-Luther-University Halle-Wittenberg. He did his PhD at the Max-Planck-Institute for Social Anthropology and worked at the University of Leipzig. He is interested in medical anthropology, science studies, and the anthropology of ethics. He has been working on the infrastructures of HIV treatment in Uganda. His current research is concerned with Ebola epidemics and natural disasters. He conducted ethnographic field research in Uganda, Sierra Leone, and the Democratic Republic of Congo. His recent project "Humanizing the design of the Ebola response in DRC" examines the production of trust through humanitarian designs of public health emergency responses.

Seminar für Ethnologie
Reichardtstr. 11, 06114 Halle
e-mail: sung.park@ethnologie.uni-halle.de

Von Ayahuasca bis *Critical Global Health*

Wandel und Beständigkeit in der medizinethnologischen Lehre

PETER VAN EEUWIJK

Die im Titel angesprochene Wechselseitigkeit von Veränderung und Stetigkeit kann in der Lehre der Medizinethnologie ohne weiteres auch als die Kontinuität der Umgestaltung wahrgenommen werden. So wie sich die Medizinethnologie als bedeutsamer Teilbereich der kontemporären Ethnologie wandelt, so bewegt sich auch ihre Unterrichtung mit. Sowohl gesellschaftliche Veränderungen als auch neue Erkenntnisse in der Ethnologie und Nachbarsdisziplinen sowie gesundheitsbezogene Umgestaltungen von globalem und/oder lokalem Ausmass prägen auf rasche, direkte und tiefgehende Weise die medizinethnologische Lehre. Diese wiederum repräsentiert idealerweise im Unterricht die oben genannten drei Dynamiken. Der vorliegende Artikel nimmt diese chronologische Prozesshaftigkeit der medizinethnologischen Lehre – nicht zuletzt aus meiner subjektiven Lehrerfahrung in der Schweiz und in Deutschland – aus einem Zeithorizont von 35 Jahren auf, ohne jedoch die Beständigkeiten in diesem Unterweisungsfeld auszuklammern.

Ethnomedizin und Medizinethnologie

Die medizinethnologische Lehre der 1980er und frühen 1990er Jahre war eine bedeutungsvolle Ära, insbesondere mit Blick auf ihre Entwicklung, Etablierung und Anerkennung innerhalb des bestehenden universitären Rahmens. Eine interessante Konstellation ergab sich durch eine gewisse „friedliche Koexistenz“ der Ethnomedizin und der Medizinethnologie, wobei sich letztere – in der deutschsprachigen Schweiz *nota bene* – deutlich an der *Medical Anthropology* der USA und Grossbritannien orientierte. Die Ethnomedizin und -botanik wurden nicht als unvereinbare Gegenstücke zur Medizinethnologie gesehen, sondern als wesentlicher Bestandteil einer Erkenntnisgewinnung bezüglich Gesundheit und Krankheit in

„Entwicklungsländern“, wie es damals noch hiess. So war auch die traditionelle Medizin – der Ethnie A in Peru oder der Region B in Uganda – ein wichtiges Themenfeld, nicht zuletzt auch aus vergleichender Perspektive. Untersuchte Phänomene wie Ayahuasca, Peyote-Kulte und Rituale von mexikanischen *curanderos*, indonesischen *dukun* oder südafrikanischen *sangoma* ergaben reichlich Diskussionsstoff bezüglich Kulturrelativismus, Gesundheitsauswirkung und Rolle der Biomedizin. Daraus resultierten heftige Debatten etwa über die Bedeutung der Erklärung von Alma-Ata (WHO 1978a) und deren Propagierung von Basisgesundheitsversorgung und daran anschliessend die Integrationsbestrebungen von traditioneller und moderner Medizin in Entwicklungsländern (WHO 1978b).

Die Medizinethnologie bot sich in ihrer (damals) kulturkonstruktivistischen Ausrichtung als bedeutungsvoller Paradigmenwechsler komplementär zur Ethnomedizin an. Konzepte wie „Medizinischer Pluralismus“ von CHARLES LESLIE (1976) und „Therapiemanagementgruppe“ von JOHN JANZEN (1978) sowie ARTHUR KLEINMANS „Krankheit-Kranksein-Erkrankung“-Triade, der Drei-Gesundheitssektoren-Ansatz und nicht zuletzt sein „Erklärungsmodell von Kranksein“ (1980) ergaben neue Erkenntnisse zur engen Wechselseitigkeit von Krankheit und Kultur. Patienten-orientierte Ansätze, „emisch-etisch“-Bezüge, aber auch „Therapieverhalten“ und die variierende Bedeutung von Körperbildern prägten vor diesem Hintergrund viele Lerninhalte.

In diesem Zusammenhang sind auch zaghafte Schritte zu einer *Medical Anthropology at Home* und erste ethnologische Studien zu HIV/AIDS insbesondere in Subsahara-Afrika zu nennen. „Migration und Gesundheit“ bedeutete tatsächlich für sehr viele Studierende ein attraktives, wenn auch kritisch beobachtetes Feld der Medizineth-

nologie, nämlich der sensible Umgang im eigenen Lebenskontext mit Kultur, Krankheit, Fremd-Sein und Anders-Gemacht-Werden, was etwa zu angeregten Diskussionen über Gesundheit, Medizin und Überethnisierung, den damit verbundenen „Kultur“-Begriff und die Bedeutung von transkultureller Gesundheitskompetenz führte. Das Thema „HIV/AIDS“ etablierte sich in der Lehre überaus schnell, nicht zuletzt durch die komplexe Verflechtung von Kultur und Gesellschaft mit strukturellen, politischen, ökonomischen, ökologischen und medizinischen Realitäten, die hier besonders deutlich wurden. Die neuen Herausforderungen rund um HIV/AIDS lösten bei vielen Studierenden und Lehrenden den Ruf nach einer Medizinethnologie aus, die sich der konzeptuellen Umklammerung der Biomedizin und dadurch auch der Orientierung am Krankhaften entzieht, um die wichtigen und richtigen Fragen aus (damaliger) ethnologischer Sicht zu stellen: nach Macht, politischer Ökonomie und deren Diskurse, vor allem in Bezug auf HIV/AIDS in Subsahara-Afrika.

Die Ethnologisierung der Medizinethnologie

Die Schule der *Critical Medical Anthropology* (CMA) mit ExponentInnen wie MERILL SINGER und HANS BAER (1995) sowie NANCY SCHEPER-HUGHES und MARGARET LOCK (1991) nahm zur richtigen Zeit, in der Mitte der 1990er Jahre, die oben aufgeworfenen wichtigen Fragen auf. Bis heute übt die explizit hinterfragende CMA noch immer einen ungebrochenen Anreiz auf Studierende der Medizinethnologie aus, auch wenn diese etwa den theoretisch-abstrakt gehaltenen Ton und damit die unklare Umsetzbarkeit von CMA-Kritikpunkten monieren. Nichtsdestoweniger bewirkte etwa SCHEPER-HUGHES *Death without Weeping* (1992) viele Emotionen in den Lektionen und der Artikel *The Mindful Body* von SCHEPER-HUGHES und LOCK (1987) lag sehr vielen Präsentationen und Semesterarbeiten von Medizinethnologie-Studierenden zugrunde. Konzeptuelle Themenfelder wie die Frage nach Macht- und Herrschaftsverhältnissen in pluralistischen Gesundheitssystemen, verbunden mit Ausschlusskriterien, Marginalisierungsprozessen und Diskriminierung, und harsche Kapitalismus-Kritik an zunehmend marktwirtschaftlich orientierten nationalen Gesundheitsstrukturen inklusive ri-

gider Strukturanpassungsmassnahmen ergaben fruchtbare Diskussionsrunden, die die Studierenden in Arbeitsthemen wie HIV/AIDS, Komplementär- und Alternativmedizin „bei uns“, Migration und Gesundheit, psychische Gesundheit, Gender und Gesundheit und Medikalierungsprozesse konkret angingen. Nicht zuletzt hinterliessen PAUL FARMERS Forschungen in Haiti (1993), fokussiert auf die strukturelle Beziehung von sozialen Ungleichheiten und Gesundheitsgerechtigkeit, und die Arbeit zu sozialem Leiden von KLEINMAN, VEENA DAS und LOCK (1997) mit dem einprägsamen Kürzel „Krankheit als soziales Produkt“ bedeutende Spuren im Verständnis der Studierenden zu den Anliegen der CMA.

An Bedeutung gewannen auch die medizinethnologische Lehre bereichernden und durchaus kritischen Konzepte aus geistes- und sozialwissenschaftlichen Bereichen wie Geschichte, Soziologie und Psychologie, die die CMA mit einer verfeinerten und differenzierenden Erkenntnisgewinnung ergänzten. Hier stand bei den Studierenden sicher MICHEL FOUCAULT mit seinen Werken *Naissance de la Clinique* (1963) und *Histoire de la Sexualité* (1976-2018) im Vordergrund, nicht zuletzt mit Blick auf gesellschaftliche Disziplinierung qua Gesundheitsmassnahmen und auf die Ansätze von *biopower* und auch *governmentality* im Gesundheitsbereich. Es waren Ansätze, die sich anschlussfähig zeigten, um aktuelle gesundheitsbezogene Prozesse und Zustände aus der Sicht der Studierenden analysieren zu können. Eher noch zaghaft konnten Studierende an einflussreiche sozialwissenschaftliche Felder auf deren Wichtigkeit auch für die Medizinethnologie herangeführt werden, etwa an PAUL RABINOWS (1996) *Biosozialität* (wie im Bereich der chronischen Erkrankungen wie Diabetes), PIERRE BOURDIEUS (1986, 1990) Formen von Kapital (etwa bezüglich sozialem und symbolischem Kapital in der Kinder- und Altenpflege), ANTHONY GIDDENS (1984) *social agency and practice*-Konzepte (zum Beispiel bei urbaner Gesundheit und Armut) und Konzepte von Vulnerabilität und Resilienz (in Suchtabhängigkeiten und in Pflegebedürftigkeit beispielsweise).

Verstärkt machten sich um die Jahrtausendwende die Auswirkungen der Globalisierung bezüglich Gesundheit deutlich spürbar. Was in den Lektionen anfänglich etwa noch mit „Gesundheit in Bewegung“ und „Weltweite Gesundheitsverän-

derungen“ angeführt wurde, entwickelte sich zunehmend zum umfassenden Ansatz der „Globalen Gesundheit“.

Globalisierung und Gesundheit: *Global Health*

Ein interessanter Einstieg in die Inhalte von *Global Health* bestand darin, Studierenden aufzuzeigen, was aus Perspektive der Medizinethnologie das Neue an *Global Health* ist, nicht zuletzt im Vergleich zur *Critical Medical Anthropology* sowie zu *International Health* und zeitgenössischer *Public Health*. Die Erklärung, dass *Global Health* als biopolitische Agenda und weltweite Gesundheitsbewegung durch eine bessere Gesundheit eine bessere Zukunft für alle Menschen anstrebt, war hier nur in geringerem Masse zielführend. Weit aus (be-)greifbarere Themen ergaben sich durch die in der *Global Health* inhärente Auseinandersetzung mit transnationalen Phänomenen wie etwa neue machtvolle transnationale GesundheitsakteurInnen, globale Migrationsbewegungen, vermehrtes Aufkommen weltweiter Pandemien, transnationale Gesundheitsmobilität und die *Sustainable Development Goals* (SDGs). Zudem kamen bis anhin in der Medizinethnologie wenig untersuchte Themenfelder dazu wie globaler Klimawandel und Gesundheit, einflussreiche AkteurInnen des Philanthropismus/Humanitarismus, neue Gesundheitsprofile als Systemherausforderung und nicht zuletzt der expandierende globale Gesundheitsmarkt etwa von Therapien, Diagnostika und Prophylaktika, von Fachkräften, von Körperobjekten und von Forschung qua klinischer Versuche. Politische Ökonomie der Gesundheit, Gesundheit als Menschenrecht, ungleiche Verteilung von Krankheiten und deren Fürsorge bildeten eigentlich schon zentrale Anliegen der *Critical Medical Anthropology*. Die durchdringende Globalisierung der Gesundheit und ihre zunehmend transnationale Steuerung schrieben diesen Feldern jedoch eine neue Aus- und Bedeutung zu, die den Ansatz der *Global Health* mitprägte, wie dies etwa MARK NICTER in seinem Buch *Global Health* (2008) und LOCK und VINH-KIM NGUYEN in ihrer Neuauflage (2018) von *An Anthropology of Biomedicine* für Studierende überaus verständlich darlegen konnten.

Global Health als rahmgebender Lehrbereich erweiterte die medizinethnologische The-

menvielfalt sprunghaft, verfeinerte und spezialisierte zudem die einzelnen Motive, und alte Themen erhielten durch neue globale Bezüge eine neue lokale Ausdeutung. Einige Beispiele von durch Studierende bearbeitete Inhalte sind hier angefügt: Depression, Gender und soziale Medien; weibliche Genitalbeschneidung und Migration in Deutschland; transnationale Altenpflege in Italien; Palliativpflege in Subsahara-Afrika; *War on Obesity* in den USA; Leben mit Diabetes im urbanen Kenia; Chinesische Medizin und Antimalaria-Medikamente in Tansania; reproduktive Technologien und „Fruchtbarkeits-Tourismus“ im Mittleren Osten; Digitalisierung, Altenpflege und transnationale Familien in Indien; sowie Tumorerkrankung von Jugendlichen und ihre Alltagserfahrung in der Schweiz.

Nicht zuletzt begünstigte der beinahe unaufhaltsame Trend zu *Global Health* die kritische Reflektion gerade über deren Ansätze, Inhalte und Wirkungen. VINCANNE ADAMS sprach in ihrem Essay *What is Critical Global Health* (2016) von der IKEA-isierung globaler Gesundheit und wies damit nicht zuletzt auf das globale Mantra der *cost-effectiveness* von Medizin, die praktisch, bezahlbar und profitabel zugleich sein muss, und die Allmacht von Masseinheiten hin, die eine globale uniformierende Übertragung ermöglicht. Erste kritische Diskussionen von Studierenden betrafen dabei klinische Versuche, Organhandel und Internet-Geschäfte mit gefälschten Medikamenten. Ihr hinterfragendes Fazit hörte sich folgendermassen an: Was sind alternative Möglichkeiten für die wirklichen Verbesserungen von Gesundheit, ohne zugleich wieder negative Wirkungen auszulösen?

Das Beständige und Verbindende

Bewusst strukturierte ich dieses Dokument entlang der drei medizinethnologischen „Schulen“: 1) kulturkonstruktivistische Ansätze, 2) *Critical Medical Anthropology* und 3) *Global Health*. Der Grund liegt in der ungebrochenen Interessensneigung der Studierenden für diese Themen, die für sie sowohl eine weiterführende Erkenntnisgewinnung in diesem Fachbereich als auch eine bedeutende Sinnggebung für aktuelle Gesundheitsphänomene ergeben. Zudem erwiesen sich die drei Ansätze für Gesundheitsfachleute ohne geistes-

und sozialwissenschaftlichen Hintergrund als überaus gut in ihrer Chronologie nachvollziehbar.

Noch immer herrscht eine starke thematische Orientierung am Erkrankten und Kranksein vor. Dieses anhaltende Interesse am Krankmachen des ist selbstkritisch eine grosse Herausforderung in der medizinethnologischen Lehre. Ein Sich-Öffnen gegenüber Aspekten des Gesundbleibens und salutogenetischen Ansätzen in Richtung einer Ethnologie der Gesundheit ist Studierenden nicht leicht zu vermitteln. Nicht zuletzt spiegelt dieser Verhalt auch die gesellschaftliche Bedeutung bezüglich Risikoabsicherung wider, in der Krankheit und deren „Bekämpfung“ eine sehr hohe Priorität besitzen.

Eine kontinuierliche Interessensabnahme seitens der Studierenden ist bezüglich lokaler Medizinkulturen weltweit und sehr allgemein gehaltener, von der Biomedizin geprägter Gesundheitsthemen auszumachen, wie etwa Frauen und Infektionskrankheiten, HIV/AIDS in Subsahara-Afrika, urbane Gesundheit im Globalen Süden sowie alte Menschen und Krankheit in Südostasien. Zwei Gründe führe ich dafür an: erstens existiert zu jedem Unterthema heutzutage eine grosse Fülle detaillierter, fokussierter und aktueller medizinethnologischer Publikationen, mit denen sich auch sehr gut vergleichend arbeiten lässt; zweitens interessieren sich Studierende vermehrt für spezifische Themen, die für sie anschlussfähig sind, sei es durch die hohe Relevanz für die eigene Gesellschaft, sei es bezüglich eigenem Engagement oder unmittelbarer Betroffenheit. Wir beschäftigen uns hier sowohl mit sehr viel mehr und weitaus exakterem Wissen in unserem Fach. Gleichzeitig sind Lehrende mehr und mehr mit dem Anspruch der Studierenden konfrontiert, ihre Bedürfnisse, Interessen und Erfahrungen inhaltlich-thematisch einzubeziehen, was keine leichte Herausforderung für die aktuelle medizinethnologische Lehre darstellt.

Literatur

- ADAMS, VINCANNE 2016. What is critical global health? *Medicine Anthropology Theory* 3, 2: 186-97.
- BOURDIEU, PIERRE 1986. The forms of capital. In RICHARDSON, JOHN G. (ed). *Handbook of Theory and Research for the Sociology of Education*. New York: Greenwood Press: 241-58.
- 1990. *The Logic of Practice*. Cambridge: Polity Press.
- FARMER, PAUL 1993. *Aids and Accusation: Haiti and the Geography of Blame*. Berkeley: University of California Press.
- FOUCAULT, MICHEL 1963. *Naissance de la clinique: une archéologie du regard médical*. Paris: Presses Universitaires de France.
- 1976-2018. *Histoire de la sexualité*. Paris: Gallimard. [4 Bände].
- GIDDENS, ANTHONY 1984. *The Constitution of Society: Outline of the Theory of Structuration*. Cambridge: Polity Press.
- JANZEN, JOHN M. 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; DAS, VEENA & LOCK, MARGARET M. (eds) 1997. *Social Suffering*. Berkeley: University of California Press.
- LESLIE, CHARLES (ed) 1976. *Asian Medical Systems: A Comparative Study*. Berkeley: University of California Press.
- LOCK, MARGARET M. & NGUYEN, VINH-KIM 2018. *An Anthropology of Biomedicine*. Hoboken: Wiley-Blackwell. [2. Auflage].
- NICHTER, MARK 2008. *Global Health: Why Cultural Perceptions, Social Representations, and Biopolitics Matter*. Tucson: University of Arizona Press.
- RABINOW, PAUL 1996. *Essays on the Anthropology of Reason*. Princeton: Princeton University Press.
- SCHEPER-HUGHES, NANCY 1992. *Death without Weeping: The Violence of Everyday Life in Brazil*. Berkeley: University of California Press.
- SCHEPER-HUGHES, NANCY & LOCK, MARGARET M. 1987. The mindful body: a prolegomenon to future work in medical anthropology. *Medical Anthropology Quarterly* 1, 1: 6-41.
- 1991. The message in the bottle: illness and the micropolitics of resistance. *Journal of Psychohistory* 18, 4: 409-32.
- SINGER, MERRILL & BAER, HANS A. 1995. *Critical Medical Anthropology*. Amityville: Baywood.
- WHO 1978a. *Declaration of Alma-Ata. International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6-12 September 1978*. Geneva: World Health Organization.
- WHO 1978b. *The Promotion and Development of Traditional Medicine: Report of a WHO Meeting*. Geneva: World Health Organization.



PETER VAN EEUWIJK studierte Ethnologie (Promotion Universität Basel, Habilitation Universität Zürich) und Geschichte (Lizentiat Universität Basel). Zudem hat er einen Nachdiplomabschluss in Entwicklung und Zusammenarbeit der ETH Zürich. Er arbeitet an der Universität Basel als wissenschaftlicher Mitarbeiter im Fachbereich Ethnologie und als Forschungsgruppenleiter am Schweizerischen Tropen- und Public Health-Institut, als Forschungsmitarbeiter am Institut für Sozialanthropologie und Empirische Kulturwissenschaft der Universität Zürich sowie als Lehrbeauftragter am Institut für Ethnologie der Albert-Ludwigs-Universität Freiburg i.Br. Sein aktueller geographischer Schwerpunkt in Medizinethnologie ist Südostasien und Ostafrika. Seit 2000 forscht er ausführlich zu Altern, Gesundheit und Pflege im Kontext von sozialer Handlungsbefähigung sowie sozialer Vulnerabilität und Resilienz im urbanen und ruralen Raum von Indonesien und Tansania.

Food for (Students') Thought

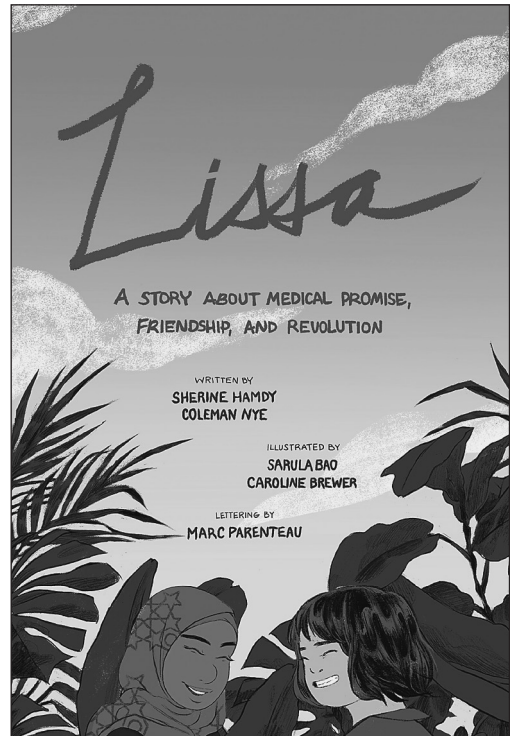
Graphic Novels in der medizinanthropologischen Lehre

JULIA REHSMANN

Ich möchte in diesem Beitrag einen Text der Medizinanthropologin SHERINE HAMDY vorstellen, der sich, basierend auf meiner Lehrerfahrung, besonders zur Anregung von Diskussionen an der Schnittstelle von Wissenschaft, Engagement und Politik eignet. Anhand einer weiteren Publikation der Autorin, einer Graphic Novel, möchte ich darüber hinaus auch neue Formen medizinanthropologischer Lehre und ethnografischer Repräsentation ausloten.

Als ich SHERINE HAMDYs Text *When the State and Your Kidneys Fail: Political Etiologies in an Egyptian Dialysis Ward* (2008) in meiner Lehrveranstaltung diskutierte, ging die Diskussion weit über den Inhalt des Artikels hinaus. Ich war mit Studierenden konfrontiert, die nicht nur über Inhalte und Argumente eines sozialanthropologischen Artikels Bescheid wussten, sondern die darüber hinaus aufgewühlt über das politische Potential sozialanthropologischer Forschung nachdachten, über ethische Verantwortung zwischen Anthropolog*innen und Forschungsteilnehmer*innen reflektierten, sowie mehr über Formen wissenschaftlicher Auseinandersetzung und Kommunikation wissen wollten, die über die klassischen Formate des wissenschaftlichen Schreibens hinausgehen.

Mich überraschte die Resonanz auf HAMDYs Text – wir hatten bereits Werke diskutiert, die Einblicke in intime Krankheitserfahrungen, in lokale Ausformungen medizinischer Praxis und ungleiche Gesundheitsversorgung gaben. Doch die Art und Weise, wie HAMDY all diese Aspekte in ihrem Artikel verwob, regte meine Studierenden zu einer kritischen Auseinandersetzung und Diskussion an wie kein zweiter Text. Gleich aus mehreren Gründen eignet sich daher HAMDYs Artikel sehr gut für die medizinanthropologische Lehre: Erstens, aufgrund der Verknüpfung unterschiedlicher medizinanthropologischer Forschungszwei-



ge im Text und zweitens, weil er zur Diskussion des Verhältnisses von wissenschaftlicher Auseinandersetzung und politischem Engagement anregt.

SHERINE HAMDY verbindet in ihrem Artikel zwei Stränge der Medizinanthropologie: die Erforschung subjektiver Krankheitserfahrungen sowie die Auseinandersetzung mit den Auswirkungen sozialer Ungleichheiten auf Körper, Gesundheit und Krankheit. Am Beispiel Ägyptens diskutiert die Autorin die Auswirkungen von sozialen, ökonomischen und politischen Strukturen auf individuelle Körper der ärmeren Bevölkerung. Ham-

dy zeigt, wie Personen mit Nierenerkrankungen durch medizinische Versorgungsapparate, wie Dialysemaschinen, mit staatlichen Infrastrukturen verbunden sind und legt dar, inwiefern biomedizinische Erklärungen für Nierenerkrankungen unzureichend sind, um den Einfluss von Korruption, Umweltverschmutzung und Lebensmitteln auf Körper zu erfassen. Versagende Nieren seien nicht nur das Resultat eines biologischen Körpers, der nicht mehr ausreichend funktioniert, so Hamdy, sondern ebenso das Ergebnis eines versagenden Wohlfahrtsstaats der seine Bürger*innen durch korrupte Institutionen, ungleiche Gesundheitsversorgung, falsch gelagerten Giftmüll, unsichere Lebensmittel und verschmutztes Wasser krank macht. Hamdy spricht hier von „political etiologies“, politischen Krankheitsursachen, um die steigende Zahl versagender Nieren zu verstehen, und argumentiert, dass die ökonomischen und politischen Strukturen, in denen erkrankte Körper eingebettet sind, in eine Analyse miteinbezogen werden müssen. Mit ihrem Konzept der „political etiologies“ erweitert sie eine medizinische Begrifflichkeit um seine sozialen Facetten, verortet die subjektiven Erfahrungen von erkrankten Körpern in ihrem spezifischen gesellschaftlichen Kontext und betont damit auch das politische Potential medizinanthropologischer Forschung.

HAMDY's Text ist eine ethnographische Tour de Force. Von subjektiven Erfahrungsberichten der Patient*innen ausgehend zieht sie die Kreise immer weiter, bringt deren intime Unsicherheiten in Verbindung mit der ungleichen Verteilung von Ressourcen, lokaler Korruption und internationalem Neokolonialismus. Hamdy zeigt auf, inwiefern das Entstehen von Krankheiten eng mit dem lokalen Kontext, in den diese Körper eingebettet sind, verbunden ist, und wie eine ungleiche lokale und globale Verteilung von Ressourcen Menschen krank macht.

Während sich Hamdy's Artikel für mich fast wie ein politisches Manifest las, äußerten meine Studierenden ihre Frustrationen: Sie vermissen ein klares politisches Statement und weitere Handlungsempfehlungen. Der Text hinterließ sie aufgewühlt, er bewegte sie. Die Frage, was man denn nun machen könne – man müsse doch etwas machen ob dieser dramatischen Entwicklungen – führten zur Diskussion unterschiedlicher Formen

anthropologischer Analysen und den Möglichkeiten gesellschaftsrelevanter Forschung über akademische Grenzen hinweg.

Die Frage, wie sozialanthropologische Inhalte über fachliche Grenzen hinweg können, lässt sich anhand einer weiteren Publikation von Sherine Hamdy verdeutlichen, die ich in zukünftigen Lehrveranstaltungen einsetzen möchte. Die mit Auszeichnungen prämierte Graphic Novel *Lissa: A Story about Medical Promise, Friendship, and Revolution*, die SHERINE HAMDY zusammen mit COLEMAN NYE verfasste und die von SARULA BAO und CAROLINE BREWER illustriert wurde, dient meines Erachtens nicht nur als gutes Beispiel dafür, wie medizinanthropologische Lehre in Zukunft gestaltet werden kann, sondern zeigt darüber hinaus auf, wie künftige Formen sozialanthropologischer Wissensvermittlung jenseits von Text und Film aussehen können.

Lissa basiert auf den ethnografischen Forschungen der beiden Autorinnen, und erzählt die fiktive Geschichte von Anna und Layla, zwei junger Frauen, die sich in Kairo kennenlernen. Die Erzählstränge folgen der US-Amerikanerin Anna und der Ägypterin Layla, die nach einer gemeinsamen Kindheit in Kairo ihre eigenen Wege gehen, aber in Kontakt bleiben. Durch den steten Austausch der jungen Frauen über Dinge, die sie im Alltag beschäftigen, erhält man einen Einblick in die Unterschiede und Gemeinsamkeiten ihrer Lebenswelten in den USA und Ägypten. Während Anna darüber nachdenkt ihr Brustkrebsrisiko testen zu lassen, fällt es Layla schwer, die Sorgen ihrer Freundin hinsichtlich einer Krankheit, die noch nicht ausgebrochen ist, ernst zu nehmen – vor allem da sie sich in ihrem privaten und beruflichen Umfeld mit einer Epidemie an Nieren- und Lebererkrankungen konfrontiert sieht. Die Geschichte über die Freundschaft dieser beiden Frauen, die sich vor dem Hintergrund eines von Revolution geprägten Kairos abspielt, wird verwoben mit medizinanthropologischen und bioethischen Fragen wie genetischen Tests zu Krebsrisiko oder Organtransplantation, sowie breiteren sozialanthropologischen Themen wie Verwandtschaft, Religiosität und Säkularismus. Das Buch folgt zudem einem feministischen und postkolonialen Ansatz, und weist somit eine Vielzahl an Facetten auf, die es zu einem ergiebigen und inspi-

rierenden Medium für medizinanthropologische Lehre macht. Als erstes Buch in der neuen ethnoGRAPHIC Serie der University of Toronto Press macht *Lissa* neugierig auf weitere ethnographische Graphic Novels und inspiriert dazu, andere Formate medizinanthropologischer Wissensvermittlung zu erkunden, jenseits bekannter Wege.

Literatur

- HAMDY, SHERINE F 2008. When the state and your kidneys fail: political etiologies in an Egyptian dialysis ward. *American Ethnologist* 35,4: 553-569.
- HAMDY, SHERINE F and COLEMAN, NYE; Art by BAO, SARULA & BREWER, CAROLINE 2017. *Lissa: A Story about Medical Promise, Friendship, and Revolution*. Ontario: University of Toronto Press.



JULIA REHSMANN Dr. des. ist Sozialanthropologin und arbeitet als Postdoc am Departement Gesundheit der Berner Fachhochschule, sowie am Institut für Sozialanthropologie der Universität Bern. In ihrer Dissertation befasste sie sich mit existentiellen, technologischen und institutionellen Dimensionen des Wartens in der Transplantationsmedizin und zeigte auf, wie dieser Bereich der Hochleistungsmedizin mit moralischen, politischen und intimen Fragen zu „lives worth saving“ durchzogen ist. Die Forschung dazu führte sie im Rahmen des vom Schweizerischen Nationalfond (SNF) geförderten Projekts „Intimate Uncertainties“ durch. Julia war als Gastwissenschaftlerin an der Brocher Foundation in Genf und gefördert durch ein SNF Doc.Mobility Stipendium an der University of Liverpool tätig. Gemeinsam mit Sarah Hildebrand, Gerhild Perl und Veronika Siegl veröffentlichte sie das Buch „Hope“, eine Kollaboration zwischen Sozialanthropologie, Fotografie und Literatur. Zurzeit arbeitet sie in dem interdisziplinären SNF-Forschungsprojekt „Sterbesettings“ zu stationärer Palliative Care in der Schweiz, durchgeführt in Kooperation mit der Hochschule für Künste Bern und der Zürcher Hochschule der Künste.

Universität Bern
 Institut für Sozialanthropologie
 Lerchenweg 36, CH-3006 Bern
 e-mail: julia.rehsmann@anthro.unibe.ch

Berner Fachhochschule
 Departement Gesundheit
 Murtenstrasse 10, CH-3008 Bern
 e-mail: julia.rehsmann@bfh.ch

Arthur E. Imhofs Arbeiten zur Historischen Demographie

MICHAEL SIMON

Die Bitte der Redaktion, über einen Text zu schreiben, der mir persönlich für die medizinanthropologische Lehre besonders wertvoll erscheint, gibt mir Gelegenheit, auf die Arbeiten von ARTHUR E. IMHOF hinzuweisen. Sie waren in den 1980er-Jahren, als ich meine eigene akademische Ausbildung erfuhr, richtungsweisend für mich und haben mich in der Lehre bis heute begleitet. Manche mögen dieses Eingeständnis als Armutszeugnis verstehen, als fehlende Bereitschaft, auf dem schnell drehenden Publikationskarussell der wissenschaftlichen Moden sitzenzubleiben und jede neu eingeläutete Runde mitzufahren. Als Student in den 1970er- und 80er-Jahren erschien es mir unerträglich, von meinen akademischen Lehrern Lektüreempfehlungen anzunehmen, die etwa aus den 1950er-Jahren stammten. Sprache und Begrifflichkeiten vieler dieser Schriften wirkten auf mich derart veraltet, dass es mir schwerfiel, den Gedanken dieser Autoren – natürlich waren es in der Hauptsache Männer – nahezukommen, ganz abgesehen davon, dass mich ihre Probleme und Fragestellungen wenig ansprachen. Nun begehe ich also im fortgeschrittenen Alter denselben Fehler wie meine damaligen Professoren, deren Haltung sich wissenschaftsbiographisch vielleicht nicht entschuldigen, aber doch erklären lässt.

Meiner Vorstellung nach bildet sich im Laufe eines Wissenschaftlerlebens so etwas wie ein Paradigma aus, ähnlich wie es THOMAS S. KUHN (1962) für wissenschaftliche Disziplinen in seinem Buch über die Struktur wissenschaftlicher Revolutionen beschrieben hat. Die Lehrjahre sind demnach so etwas wie eine vorparadigmatische Phase, in der man verschiedene konkurrierende und sich zum Teil widersprechende Ansätze kennenlernt und anfängt, diese Ideen für sich zu sortieren, nicht zuletzt dadurch, dass man sich auf bestimmte Schwerpunkte und Fragestellungen konzentriert, für die man nach passenden Ant-

worten sucht. Das ist eine zum Teil von großen Selbstzweifeln begleitete Phase, in der vieles nicht zueinander zu passen scheint, die aber auch beglückende Momente kennt, und zwar immer dann, wenn sich wie bei einem Puzzlespiel Teile aneinanderfügen. Mit der Zeit zeichnet sich auf diesem Wege ein immer festeres wissenschaftliches (Welt-)Bild ab, das man durchaus mit einem Paradigma vergleichen kann, weil es den Forschenden die Welt sehen lässt, wie er sie erklären kann.

Verschärft wird dieser Prozess dadurch, dass bei einer akademischen Laufbahn in Deutschland irgendwann neben die Forschung auch die Lehre tritt. Nach dem Humboldt'schen Bildungsideal versuchen wir hierzulande beides miteinander zu verbinden, was ich persönlich als unschätzbaren Vorteil sehe, aber was auch gewisse Nachteile mit sich bringt. Akademische Selbstzweifel lassen sich nämlich in der Lehre – anders als in der Forschung – nur bedingt ausleben. Man kann nicht nur offene Fragen und Probleme unterrichten, sondern muss auch Kompetenzen und Wissen ausbilden, um Orientierungen zu vermitteln. Ohne solche Grundlagen, ohne die Heranführung und Auseinandersetzung mit bestehenden Diskursen, an die wir alle irgendwie – im besten Falle begründet – „glauben“, kann eine wissenschaftliche Ausbildung kaum gelingen, zumindest nicht bei Kursgrößen mit 30 Studierenden und mehr. Als hermeneutisch argumentierende Wissenschaft üben wir uns zwar darin, die Komplexität der von uns betrachteten Phänomene durch das Aufzeigen unterschiedlicher (offener) Deutungsangebote zu verstehen, aber auch dieser Zugang ist letztlich eine Glaubensfrage mit einschränkenden Antworten. Sie führen unter dem Eindruck einer sich stetig verändernden Welt mit neuen Herausforderungen über kurz oder lang zu den dann notwendigen wissenschaftlichen Revolutionen, deren Erkenntnisfortschritte mit der Zeit

ein neues Paradigma ausbilden, ohne dass – und auch dies zeigen die Arbeiten von Kuhn – damit die überkommenen Aufgabenstellungen dauerhaft weiterverfolgt werden. An diesen Naht- und Bruchstellen diskursiver Entwicklungen bilden sich in der Wissenschaftslandschaft zwangsläufig Generationengrenzen aus zwischen denjenigen, deren akademische Leitfragen immer weniger Beachtung erfahren, und jenen, die mit ihren neuen Interessen konkurrierende Deutungs- und Ordnungsmuster zu entwickeln beginnen. Damit ist nicht gemeint, dass sich ältere Forschende nur an dem orientieren, was sie einst „gelernt“ haben, und nicht fähig sind, aktuellen Fragestellungen zu folgen. Dennoch wird man ein Festhalten an vielen persönlich gewonnenen Grundüberzeugungen ebenfalls annehmen müssen, da auch eine Wissenschaftlerbiografie nach Konsistenz, Struktur und Kontinuität verlangt. Für den wissenschaftlichen Fortgang mag dieser Umstand vordergründig problematisch erscheinen. Allerdings trägt er auch dazu bei, dass einmal gewonnene Einsichten zumindest bedingt präsent bleiben und unter dem Eindruck einer neu verstandenen Wirklichkeit als Korrektiv genutzt werden können.

Dieser Gedanke gibt mir die Zuversicht, hier an einen Autor und seine Werke zu erinnern, die mir selbst einmal sehr hilfreich waren, obwohl sie zwischenzeitlich ohne Frage in die Jahre gekommen sind. Gemeint sind die Beiträge von ARTHUR E. IMHOF, die er in den 1970er- und 80er-Jahren zur Historischen Demographie veröffentlicht hat und die allesamt im Münchner Verlag C. H. Beck erschienen sind. Gelesen habe ich damals u.a. seine *Einführung in die Historische Demographie* (1977), das Buch *Die gewonnenen Jahre* (1981), *Die verlorenen Welten* (1984) und *Die Lebenszeit* (1988). Das Anliegen dieser Bücher ist nicht schwer zu fassen: Auf der Grundlage von historischen Bevölkerungsdaten, die vornehmlich durch die statistische Auswertung von Kirchenbucheinträgen und staatlichen Quellen gewonnen wurden, unternimmt IMHOF den Versuch darzustellen, wie grundlegend sich unser Alltagsleben zur Gegenwart hin durch den Prozess der Demographischen Transition verändert hat und wie aussagekräftig in diesem Zusammenhang allein das Geburten- und Sterbegeschehen ist, das keineswegs einer natürlichen Ordnung unterliegt, wie man meinen möchte, sondern kulturell geprägt wird.

Schaut man für unsere Regionen in die Zeit der Vormoderne, erkennt man durch die Auswertung von Bevölkerungsdaten die Existenz recht junger Gesellschaften mit einem regen Geburtsgeschehen, das aber zu keiner Überbevölkerung führt, da die damaligen Geißeln der Menschheit, „Pest, Hunger und Krieg“, ständig dafür sorgen, dass die meisten Menschen nicht besonders alt werden und schnell wieder sterben. Der Tod ist in diesen Gesellschaften ein ständiger Begleiter und das Sterbegeschehen ist in der Regel nicht mit einem langen Siechtum verbunden, sondern mit einem schnellen Exitus. Im Übergang zur Moderne, im Prozess der demographischen Transition, verschieben sich die Gewichte durch eine abfallende Mortalitäts- und eine zunächst gleichbleibend hohe Natalitätsquote, die zu einer Bevölkerungsexplosion führt, wie wir sie für alle Gesellschaften im Übergang kennen. Erst mit einer zeitlichen Verzögerung passt sich dann das Geburtsgeschehen dem veränderten Sterbegeschehen an, und zwar zum Teil in so radikaler Weise, dass es zu einer Überalterung und Übersterblichkeit in der Gesellschaft kommt, wie wir sie heute bei uns kennen. Diese Entwicklungen lassen sich mit den einschlägigen Daten für einzelne Orte, Regionen oder ganze Länder leicht nachvollziehen, wie ich bei meinen eigenen Forschungen mehrfach selbst feststellen konnte, und konstituieren spezifische gesellschaftliche Verhältnisse, die zu recht unterschiedlichen Antworten auf die zentralen Fragen des menschlichen Daseins führen: Welche Einstellungen haben wir zum Leben, welche zum Tod? Sind die Hoffnungen einer Gesellschaft mehr auf das Diesseits gerichtet oder auf das Jenseits? Welche Bedeutung messen wir dem Individuum bei, welche der Gemeinschaft bzw. Gesellschaft? Wie gehen wir mit unseren Gefühlen um und was bedeutet Krankheit für uns? Dass sich in einer Gesellschaft mit einer Säuglingssterblichkeit von 20, 30 oder 40 Prozent generative Verhaltensmuster anders entwickeln als bei entsprechenden Quoten im Promillebereich, dürfte leicht nachzuvollziehen sein, ebenso wie das Phänomen, dass sich unter solchen Bedingungen andere Beziehungsmuster im Umgang der Menschen mit ihrer Sexualität, ihren Gefühlen und ihren Mitmenschen ausbilden. Die Auseinandersetzung mit diesen und anderen Befunden der Historischen Demographie vermag dazu zu führen, Grunddispositionen der

menschlichen Existenz in ihrer Komplexität und in ihren kulturellen Ausprägungen besser zu verstehen, was allerdings nur möglich ist, wenn man neben den historischen Daten auch sozio-kulturelle, ökologische sowie biologische Aspekte konsequent berücksichtigt.

Am Anfang seines Buches über *Die verlorenen Welten* (1984: 9) schreibt IMHOF, dass dieses Werk nicht am Schreibtisch entstanden sei, sondern unterwegs auf Vortragsreisen in ganz unterschiedlichen Ländern dieser Welt. Obwohl der Denkansatz der Historischen Demographie auf der Beschäftigung mit europäischem Datenmaterial gründet, lässt er sich bei Vorlage entsprechender Materialien auch leicht auf außereuropäische Kontexte übertragen. Der anschließende Vergleich kann zu einem tieferen Verständnis globaler Entwicklungen führen, die erstaunliche Parallelen zu historischen Entwicklungen innerhalb unserer eigenen Gesellschaft aufweisen und mit einiger Vorsicht sogar bestimmte Prognosen für die Zukunft ermöglichen. Zugegeben, der ganze Ansatz basiert auf den von den ethnologischen Wissenschaften wenig geliebten quantifizierenden Verfahren, die von manchen ideologisch regelrecht verteufelt werden. Wie aber gerade Imhof in seinen Büchern zeigt, lassen sich diese Daten auch sehr gut mit qualitativen Befunden verbinden und auf diesem Wege besser verstehen. Voraussetzung dafür ist natürlich, dass man sich auf das Jonglieren mit Zahlen einlässt und sich um eine differenzierte Auseinandersetzung mit den Ergebnissen bemüht. Dann ist auch eine harsche Kritik, wie sie etwa WOLFGANG KASCHUBA in seiner *Einführung in die Europäische Ethnologie* (1999) an der Historischen Demographie übt, eher obsolet. Seine Darstellung vermittelt nämlich eine recht schlichte Vorstellung von dem, worum es bei diesem Ansatz geht:

„Dort lässt sich mit Durchschnittszahlen etwa zur Lebenserwartung von Menschen im 17. oder 18. Jahrhundert zwar trefflich statistisch operieren, allerdings keine Vorstellung davon gewinnen, wie alt die Menschen damals wirklich wurden. Angesichts von hoher Kindersterblichkeit einerseits und doch erstaunlich langen Lebensläufen andererseits beschreibt eine Zahl von 43 Jahren als durchschnittlicher Lebenserwartung eigentlich das Gegenteil der historischen Erfahrung. Man starb ausgesprochen selten im 43. Lebensjahr,

Altersstruktur München 2010 (Prognose)

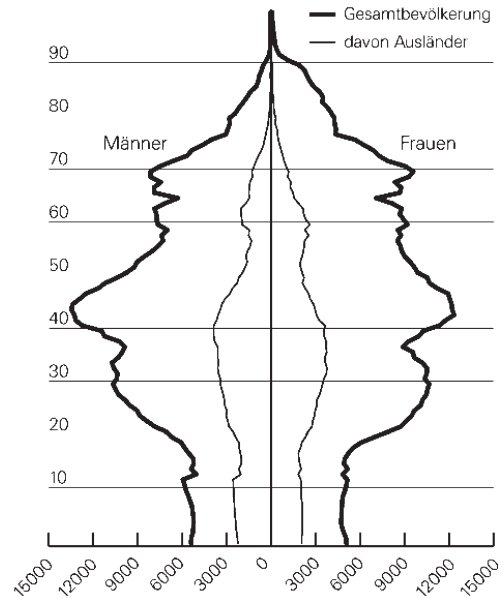


Abb. 1 Bevölkerungspyramide, Altersstruktur München 2010 (Prognose), Quelle: <https://upload.wikimedia.org/wikipedia/commons/8/85/BevoelkerungspyramideMuenchenPrognose2010.png>

vielmehr entweder sehr jung oder doch auch für unsere Begriffe relativ alt“ (KASCHUBA 1999: 100).

Abgesehen davon, dass man ohne die Befunde der Historischen Demographie gar nicht wüsste, wie oft oder selten früher Menschen im 43. Lebensjahr „wirklich“ verstarben, beschränken sich die Berechnungen in solchen Studien keineswegs darauf, einen einzigen Mittelwert zu erheben, sondern es wird in der Regel sehr genau dazu geforscht, wie sich der Aufbau der Bevölkerung nach Geburtsjahrgängen darstellt oder wie sich die Lebenserwartung in unterschiedlichen Altersgruppen entwickelt. Das klassische Modell zur Veranschaulichung solcher Ergebnisse ist die bekannte Alterspyramide, die in der Gegenwart zwar mehr als Pilz erscheint, aber die dennoch schon auf den ersten Blick ein sehr viel differenzierteres Bild entwirft, als die Ausführungen von Kaschuba suggerieren.

Das Beispiel der Alterspyramide, die den Aufbau der Bevölkerung nicht nur nach dem Alter, sondern auch nach dem Geschlecht abbildet, ist

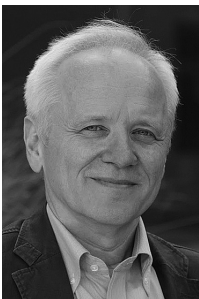
vielleicht geeignet, auf den zuvor bereits angesprochenen Wandel von Forschungsperspektiven einzugehen und Probleme anzudeuten, die sich nur schwerlich mit dem Ansatz der Historischen Demographie weiterverfolgen lassen. Der Gender-Diskurs hat uns inzwischen dazu gebracht, die Bipolarität der Geschlechter in Frage zu stellen und anzuerkennen, dass es neben dem weiblichen und männlichen Geschlecht weitere Formen von Geschlechtlichkeit gibt. Vor diesem Hintergrund wäre es interessant zu wissen, welche historischen Befunde sich dazu nachweisen lassen und wie sie unser tradiertes Bild relativieren können. Freilich dürfte es eher unwahrscheinlich sein, dazu statistisches Material aufzufinden. Daher werden sich die Forschungsenergien darauf zu konzentrieren haben, einzelne Beispielfälle zu identifizieren, um die historische Dimension zu beleuchten. Der Nachweis ihrer Existenz wird aber dazu führen, das liebgewonnene Präsentationsschema anzuzweifeln, das im Grunde überholte Geschlechterbilder perpetuiert.

Nichtsdestoweniger bleiben die Befunde der (Historischen) Demographie ein wichtiger Zugang zum Verständnis eigener und fremder Kulturen und eignen sich besonders dafür, verschiedene

Grundfragen der Medizinischen Anthropologie (konkret die nach Geburt, Leben, Sterben und Tod) genauer zu erörtern. Die flott und zum Teil provozierend geschriebenen Darstellungen von ARTHUR E. IMHOF stellen nach meinem Dafürhalten eine gelungene Einführung in diesen Themenkreis dar und sind noch immer lesenswert, auch wenn sie nicht mehr aus diesem Jahrtausend sind.

Literatur

- IMHOF, ARTHUR E. 1977. *Einführung in die Historische Demographie*. München: C. H. Beck.
- 1981. *Die gewonnenen Jahre. Von der Zunahme unserer Lebensspanne seit dreihundert Jahren oder von der Notwendigkeit einer neuen Einstellung zu Leben und Sterben. Ein historischer Essay*. München: C. H. Beck.
- 1984. *Die verlorenen Welten. Alltagsbewältigung durch unsere Vorfahren – und weshalb wir uns heute so schwer damit tun ...* München: C. H. Beck.
- 1988. *Die Lebenszeit. Vom aufgeschobenen Tod und von der Kunst des Lebens*. München: C. H. Beck.
- KASCHUBA, WOLFGANG 1999. *Einführung in die Europäische Ethnologie*. München: C. H. Beck.
- KUHN, THOMAS S. 1967. *Die Struktur wissenschaftlicher Revolutionen*. Frankfurt a. Main: Suhrkamp [orig. 1962. *The Structure of Scientific Revolutions*. Chicago: University of Chicago Press].



MICHAEL SIMON Prof. Dr., Studium der Ethnologie, Volkskunde und Allgemeinen Sprachwissenschaft an der Universität Münster 1976–1984; 1984 Magister; 1988 Promotion zum Dr. phil. ebd. (Dissertation: *Vornamen wozu? Taufe, Patenwahl und Namengebung in Westfalen vom 17. bis zum 20. Jahrhundert*. Münster 1989); Wissenschaftlicher Mitarbeiter bzw. Assistent am Volkskundlichen Seminar der Universität Münster 1988–1997; *Venia legendi* für „Volkskunde“ ebd. (Habilitationsschrift: *„Volksmedizin“ im frühen 20. Jahrhundert. Zum Quellenwert des Atlas der deutschen Volkskunde*. Mainz 2003); Leiter des Bereichs Volkskunde am Institut für Sächsische Geschichte und Volkskunde e.V. Dresden 1997–2000; Umhabilitation an die Universität Leipzig 1998; seit 2000 Professor für Kulturanthropologie/Volkskunde an der Universität Mainz.

Johannes Gutenberg-Universität Mainz
 Institut für Film-, Theater-, Medien- und Kulturwissenschaft
 Jakob-Welder-Weg 20, 55128 Mainz
 e-mail: pmsimon@uni-mainz.de

Todo sobre mi madre

Ein Filmtipp für medizinanthropologische und –ethische Lehre zum Thema Organtransplantation

SABINE WÖHLKE

Ein besonderer Film, den ich seit Jahren im Rahmen meiner medizinethischen und medizinanthropologischen Lehre zum Thema Organtransplantation nutze, ist *Todo sobre mi madre* (Deutscher Titel *Alles über meine Mutter*) des spanischen Regisseurs PEDRO ALMODÓVAR (1999). Im Zentrum steht die Beziehung der Madrider Krankenschwester Manuela zu ihrem Sohn Estéban. Der Film nimmt uns mit auf eine Reise nach Barcelona in ein für die Hauptprotagonistin völlig unerwartetes Milieu, in der es um Prostitution, Geschlechtsumwandlung, Gewalt und Drogen geht. Auch wenn manche dieser filmischen Szenarien als überzeichnet anzusehen sind, bietet die erzählte Geschichte eine anschauliche Darstellung des Verhältnisses zwischen dem System der Biomedizin und den darin agierenden Individuen.

Ein äußerst gelungener Nebenstrang der komplexen Handlung spielt im spanischen Transplantationssystem. Diese wengen Sequenzen eignen sich, um abstraktes medizinanthropologisches sowie medizinethisches Wissen auf dreidimensionale Situationen und Menschen zu übertragen. Hierfür bedarf es einer vorherigen theoretischen Herleitung beispielsweise des Hirntodkonzeptes sowie anthropologischen Annahmen zum Menschenbild, um so diese komplexen theoretischen Grundannahmen, die durch die Fallbeispiele in die alltagspraktischen Deutungszusammenhänge überführt werden, zu nutzen. Dieses kritisch-konstruktive Vorgehen nutzt Beispiele, um unterschiedliche Sichtweisen eines Problems zu erkennen und alternative Entscheidungs- und Handlungsmöglichkeiten zu entwickeln (SHAPSHAY 2009). Dieser didaktische Anspruch ist insbesondere für die Pflege- und Medizinerlehre zentral.

Organtransplantationen werden bis heute in der Hauptsache durch Organe von hirntoten Menschen ermöglicht. Das Konzept des Hirntodes



wurde in den 1960er Jahren entwickelt, nachdem die Verbreitung von künstlichen Beatmungstechniken in der Intensivmedizin in die klinische Praxis umgesetzt werden konnte (WIESEMANN 2001; HAUSER-SCHÄUBLIN et al. 2001). Der Hirntod wird als die unumkehrbare, irreversible Schädigung des gesamten menschlichen Gehirns, bestehend aus Hirnstamm und Neokortex, bezeichnet. Nationale und internationale Richtlinien wurden entwickelt, um diesen Zustand genau zu bestimmen. Seit der Einführung dieser Todeskonzeption gibt es eine rege medizinanthropologische wie ethische Debatte darüber.

Eine Organtransplantation stellt ein komplexes Zusammenspiel zwischen Chirurgie, Anästhesie, Neurologie, Rechtsmedizin, Religion und staatlichen Institutionen dar. Die regen Debatten um diese Maßnahme, seien sie kultureller oder ethischer Art, entstehen aus dem Umstand, dass Organtransplantation einerseits eine sehr riskante medizinische Intervention darstellt, bei der trotz aller Vorkehrungen eine Organabstoßung stattfinden kann. Dementgegen steht der große Nutzen der Empfänger bei erfolgreicher Organübertragung. Fragen zum Körper und Leib, dem „Person Sein“, körperlicher Integrität, Einstellungen zum Tod sowie dem sozialen, kulturellen und symbolischen Wert von menschlichen Körperteilen können anhand dieses komplexen Themas berührt werden.

Fiktionale Filme nehmen hierbei aufgrund ihrer narrativen und ästhetischen Struktur einen spezifischen Standpunkt zur sozialen Realität, lebensweltlichen Orientierung und individuellen und kollektiven Identitätsbildung ein. Filme können die Perspektiven aus dem medizinanthropologischen wie auch ethischen Fachdiskurs bestätigen, neu verhandeln oder ihnen auch widersprechen (WÖHLKE et al. 2015). Um die Diskussion zum Thema anzuregen, nutze ich drei kurze Szenen aus dem Film, die eine multiperspektivische Diskussion über Todesdefinition, Körper und Leibsein sowie den Umgang mit zutiefst kontraintuitiven Situationen im Krankenhaus thematisieren.

Manuela, die Hauptprotagonistin, arbeitet in der Koordinationsstelle für Transplantation eines Krankenhauses. In der ersten Einstellung sehen wir ein Krankenzimmer mit einem Patienten, der regungslos im Bett liegt. Die Kamera fokussiert auf ein Elektroenzephalogramm (kurz EEG, ein Gerät, das Hirnimpulse ableitet, ähnlich einem EKG Gerät, das Herzimpulse überträgt). Es wird deutlich, dass das EEG keine Hirnaktivität anzeigt, es werden ruhige, gerade Striche auf dem Papier aufgezeichnet, die keinerlei Impulse dokumentieren. Die Kameratotale des Patientenzimmers lässt den Zuschauer an der Feststellung des Hirntodes dieses Patienten teilhaben. Der Arzt und Manuela nicken sich mit einer Ernsthaftigkeit und Ruhe zu, so dass Manuela dies als Aufforderung für die Einleitung weiterer organisatorischer Schritte auffasst. Interessant an dieser kleinen Sequenz,

die sie für den Unterricht so fruchtbar macht, ist der filmische Blick, der hier die technischen Geräte in den Vordergrund rückt, um den menschlichen Tod festzustellen. Hingegen wird der Kopf bzw. das Gesicht des Patienten nicht gezeigt. Dies kann als Kritik an einem neurozentrischen Körperbild gedeutet werden. Studierende verbinden diese Szene zudem häufig mit klinischer Routine. Denn auch mütterlich-fürsorgliche Eigenschaften, die bis heute noch sehr eng mit dem Beruf der Krankenschwester verbunden sind, wirken in dieser Szene trotz aller vordergründigen Überzeugungskraft merkwürdig gebrochen. Wir erleben keinerlei Trauer um den Tod des Patienten, an dessen Bett Manuela und weitere Personen des klinischen Teams stehen. Es scheint, als warte Manuela vielmehr auf seinen Tod, um die Nachricht von dem damit frei gewordenen Organ sehr sachlich an ihre Kollegin weiter zu melden.

In der nächsten Szene wird Manuela in einer Schulungssituation mit jungen Transplantationsmedizinern gezeigt, die die Gesprächsführung „der Überbringung schlechter Nachrichten“ sowie die Frage nach einer „möglichen Organspende“ mithilfe von Rollenspielen üben. Manuela schlüpft hier in die Rolle einer Angehörigen. Sie sitzt zwei jungen Ärzten im Gespräch gegenüber, die das Überbringen der Todesnachricht sowie die Frage nach Organspende üben sollen. Manuela, die über sehr viel Erfahrung aus ihrem beruflichen Alltag verfügt, lässt viel Emotionalität, Trauer und Hilflosigkeit in ihr szenisches Spiel einfließen, um die irrationalen Vorstellungen über intensivmedizinische Therapiemöglichkeiten bei Angehörigen in solch einer Situation zu veranschaulichen.

Die dritte und letzte Szene lenkt den phänomenologischen Blick auf die komplexe Situation, ein Organspender zu werden: Als Zuschauer werden wir Zeuge, wie wenig später Manuelas Sohn Estéban bei einem Verkehrsunfall verunglückt. Angesichts der Schwere der Verletzung stellt sich auch bei Estéban die Frage, ob Manuela ihren hirnlosen Sohn als Organspender freigeben soll. Sie willigt trotz tiefer Trauer in die Organentnahme ein. Die beiden jungen Ärzte, mit denen sie zuvor dieses schwierige Gespräch geübt hat, führen nun im realen Kontext das Gespräch mit ihr. Entgegen der ersten Szene sind hier alle Kollegen selbst emotional tief betroffen, und Estéban wird mit seinem

ganzen Körper, und eben auch seinem Gesicht, gezeigt. ALMODOVAR gelingt es hier, durch ein kühles Farbspiel der Krankenhausflure sowie dem ge-
 „Unsagbare“ dieser kontraintuitiven Situation für dieses Erleben zu verstärken. Das bedeutet, dass empirische wie theoretische Analysen zur Medizin am ‚Diskurs‘, also am Sagbaren und Ausgesprochenen ansetzen. Jedoch produziert die Biomedizin in ihren hochtechnisierten Arbeitsfeldern, wie es die Organtransplantation oder auch die Reproduktionsmedizin darstellen, für Betroffene einen „unordnungsgemäßen Diskurs“ (VOSS 1996). Es liegt demnach nicht daran, dass es Betroffenen an Argumenten mangelt, sondern dass sie mögliche Probleme bezüglich einer Organannahme nicht primär durch Reden, sondern durch Schweigen ausdrücken. Sie benötigen daher Sozialformen zum symbolischen Ausdruck ihres Empfindens, die an die Diskretion und Abgeschlossenheit der medizinischen Institutionen gebunden sind (vgl. VOSS 1996; SCHICKTANZ & WÖHLKE 2017).

Das Thema dieses Filmnebenstrangs ermöglicht angehenden Pflegekräften und Medizinstudierenden eine Diskussion über das kulturell Sagbare und Unsagbare zum komplexen Thema Organtransplantation (SCHICKTANZ & WÖHLKE 2017). Seit der Erfindung der Transplantationsmedizin gibt es eine lange anthropologische und ethische Kontroverse um den Todeszeitpunkt der als Organspender infrage kommenden Menschen (SCHLICH 1998). Deskriptiv lassen sich dabei bestimmte Stufen eines sterbenden Lebens feststellen. Normativ hingegen steht außer Frage, dass der Tod einen ethisch höchst bedeutsamen Einschnitt darstellt. Anthropologisch herrscht jedoch nach wie vor Uneinigkeit über den genauen Todeszeitpunkt, auch aufgrund der rasant voranschreitenden technischen Möglichkeiten am Lebensende. Um die Qualität der Organe, die nach dem Tod schnell abnimmt, aufrechtzuerhalten, wird mit intensivmedizinischen Maßnahmen der Herz-Lungen-Kreislauf aufrechterhalten. Angesichts dieser künstlichen „Lebensverlängerung“ wird unscharf, wann der Mensch eigentlich tot ist. Phänomenologisch entsteht der Eindruck, dass die Organe einem schutzlos ausgelieferten, aber lebenden Menschen mit warmem, durchblutetem Körper entfernt werden (FENNER 2018).

Durch einen personenbezogenen Zugang über

Filme kann der akademische, meist abstrakte Diskurs für unterschiedliche Perspektiven der Betroffenen geöffnet werden (SCHICKTANZ 2009; HANSEN & WÖHLKE 2015). Filme stellen die Betroffenheit der Figuren und die emotionale Reaktion auf die visuell geschilderten Ereignisse dar, die sich in Reaktionen wie Mitgefühl, Besorgtheit bis hin zu Bestürztheit äußern, und integrieren diese Dimensionen dabei explizit (WÖHLKE et al. 2015). Anthropologisches Wissen in Filmen wie *Alles über meine Mutter*, beispielsweise über den Körper, nehmen bei der Organtransplantation einen wichtigen und auch kritischen Teil der Deskription ein, das sich zumeist symbolisch und vor allem als relativistisches Wissen wiederfindet, weil es „lokal“ verortet, d. h. kulturell unterschiedlich gedeutet wird. Biomedizinisches Wissen über den Körper wird hingegen oft als universal, objektivistisch, und materialistisch dargestellt. Während der klinische biomedizinische Blick auf den Körper diesen in immer kleinere, unsichtbare Teilchen fragmentiert, fokussiert die medizinanthropologische Sicht stärker auf einen mehrdimensionalen Körper (WÖHLKE et al. 2015). Dabei wird von einem repräsentativen „sozialen“ Körper (Identität), den Kräften des „politischen“ Körpers (Macht) und einem „persönlichen“ existenziellen Körper (Leib/Körper) ausgegangen (SCHEPER-HUGHES 1994). Es gilt demnach mit Hilfe des hier vorgestellten Filmbeispiels diese drei Ebenen in der Lehre auseinander zu differenzieren, und dabei theoretisches Körperwissen auf die Praxis zu übertragen.

Literatur

- HANSEN, SOLVEIG L.; WÖHLKE, SABINE 2015. ‚Wir wissen es alle, nur sprechen wir es nie aus.‘ Institutionalisierte Uninformiertheit als Bedingung von Vulnerabilität beim Klonen und Organspende in ‚Never Let Me Go‘. In WÖHLKE, SABINE; HANSEN, SOLVEIG, L. & SCHICKTANZ, SILKE (Hg.) Themenheft: Bioethik im Film. *Ethik in der Medizin*, 27,1: 23-35.
- HAUSER-SCHÄUBLIN, BRIGITTA; KALITZKUS, VERA; PETERSEN, IMME & SCHRÖDER, INGRID 2001. *Der geteilte Leib. Die kulturelle Dimension von Organtransplantation und Reproduktionsmedizin in Deutschland*. Frankfurt am Main: Campus.
- SCHEPER-HUGHES, NANCY 1994. Embodied knowledge: thinking with the body in critical medical anthropology. In BOROFKY, ROBERT (ed.) *Assessing cultural anthropology*. McGraw-Hill, New York: McGraw-Hill, 229–239.

- SCHICKTANZ, SILKE; WÖHLKE, SABINE 2017. The utterable and unutterable anthropological meaning of the body in the context of organ transplantation. *Dilemata*, 27: 107-127.
- SCHLICH, THOMAS 1998. *Die Erfindung der Organtransplantation. Erfolg und Scheitern des chirurgischen Organersatzes (1880-1930)*. Frankfurt, New York: Campus.
- SHAPSHAY SANDRA 2009. Introduction. In SHAPSHAY, SANDRA (ed.) *Bioethics at the Movies*. Baltimore: Johns Hopkins University Press, 1-12.
- VOSS, ANDREAS 1996. ...und deshalb möchte ich auch so wenig Beteiligte wie möglich...? Anmerkungen zu den Möglichkeiten der Konsensfindung im Bereich der humanmedizinischen Reproduktionstechnologien. In BAYERTZ, KURT (Hg.) *Moralischer Konsens. Technische Eingriffe in die menschliche Fortpflanzung als Modellfall*. Frankfurt am Main: Suhrkamp, 256-270.
- WIESEMANN, CLAUDIA 2001. Notwendigkeit und Kontingenzen. Zur Geschichte der Hirntod-Definition der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie von 1968. In SCHLICH, THOMAS & WIESEMANN, CLAUDIA (Hg.) *Hirntod*. Frankfurt am Main: Suhrkamp, 209-239.
- WÖHLKE, SABINE; HANSEN, SOLVEIG-LENA & SCHICKTANZ, SILKE 2015. Nachdenken im Kinosaal? Bioethische Reflexion durch Filme als eine neue Möglichkeit der Diskussion von Standpunkten und Betroffenheit. In DIES (Hg.) Themenheft: Bioethik im Film. *Ethik in der Medizin* 27,1: 1-8.



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, Interkulturalität, Kommunikation von Ärzt*innen und Patient*innen, *Shared decision making* Prozesse in klinischen Settings, sowie qualitativ sozialempirische Forschung. Frau Wöhlke koordinierte mehrere internationale kulturvergleichende Studien. Derzeit ist sie als Vertretungsprofessorin für den Bereich Pflege am Gesundheitscampus Göttingen tätig.

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

BERICHTE
REPORTS

REPORTS

Affective Arrangements in Mental Health Care Settings

Report on the International Conference organized by the Collaborative Research Center 1171 “Affective Societies”, Berlin, September 24–26, 2018

HELMAR KURZ

From Monday 24th to Wednesday 26th of September 2018, the principal investigators of the project “Affective Efforts of Migration” of the SFB 1171 “Affective Societies” hosted the international conference “Affective Arrangements in Mental Health Care Settings” in the Henry Ford Building of the FU Berlin. The psychological anthropologist Anita von Poser (Institute of Social and Cultural Anthropology/FU Berlin) and the cultural psychiatrists Thi Minh Tam Ta (consultant psychiatrist at the department of psychiatry and the special outpatient clinic for Vietnamese migrants at the Charité/Berlin) and Eric Hahn (consultant psychiatrist at the department of psychiatry and the unit for schizophrenia at the Charité/Berlin) realized an uncommon but very interesting and in the end successful concept for a conference in collaboration with the philosopher JAN SLABY (Institute of Philosophy/FU Berlin).

Contributors were asked to refer to an article by SLABY *et al* (2017) on “Affective Arrangements” and relate it to their own work. The article constitutes a philosophical approach to metaphysical and practical configurations of reality and specifically of therapeutic affective arrangements. As SLABY argues himself on Tuesday morning, the authors hypothesize that European modernity is based on the foundation of a certain metaphysics and wonder if it would be possible to develop alternatives to this fundamental European modernity by referring to other metaphysical frameworks. For example, they oppose what they call “radical immanence” to dualistic thought grounded in transcendence. Radical immanence relates to “the one substance” in the universe which connects collective dimensions to individual selfhood, inserted into economies of affect and imagination. Affect is defined in a twofold way as constitutive relations

(affectio) or as shifts in power relations by increasing or diminishing powers (affectus). An affective arrangement thus would be the dynamic relatedness of affects which forms, molds and (re)shapes reality. Therapy deals on a cognitive-behavioral level with disempowering affective realities and tries to understand and manipulate affective relations. Affective arrangements in therapy comprise of an array of persons, things, artifacts, spaces, discourses, behaviors, expressions and so on. As fragmentary local practices, they shape social interaction and relatedness, human and non-human agency and attachment. Any kind of teamwork can be understood as an affective arrangement with two parallel tendencies: consolidation and stability versus transformation and flow of reality. From this point of view, psychiatry, of course, also constitutes a distinct affective arrangement as an operative space for therapeutic practices defined by its spatial layout, temporality (routines, rhythms), sociality, and thus, I would argue, also its rituality, performativity and sensorial nature.

The conference explores an understanding of mental health care settings as complex affective arrangements and sites of situated and recurring affectivity shaped by and shaping interrelations and dynamics between actors, materialities, and discourses. Acknowledging these arrangements as evident in and beyond mental health care settings enables a new perspective on actors’ affects as inherently relational phenomena and emphasizes a relational and interaction-based lens on mental illness. Applying an interdisciplinary perspective yields new impulses for therapeutic interventions by exploring, analyzing and deliberately modulating components of a given arrangement. The organizers declare as an aim of this conference to entwine phenomenological approaches

from philosophy, cultural psychiatry and psychotherapy, as well as psychological anthropology, to shed light on the benefits of adopting these theoretical concepts in mental health care practices. Regular contributions take up to one hour including discussion, which I personally experience as too long and tiring. However, the very open and friendly atmosphere (especially provided by the student staff) and the delicious Vietnamese food as a special affective arrangement do more than conciliate! By the way, the choice of catering refers to the project's focus on the mental health of persons with diverse Vietnamese backgrounds living in Berlin.

Monday evening, the conference begins with a keynote by Laurence J. Kirmayer (Division of Social and Transcultural Psychiatry, McGill University, Montreal, Canada) on affective arrangements in mental health care settings. Kirmayer asks what kind of a science we want for psychiatry, answering right away: a bio-psycho-social one. Due to my own scientific focus, but also to the topic of the conference, I would like to add: and a spiritual-sensory-emotional one. Kirmayer argues that brain functions as the base of mental health are encultured (phylogenetic, co-evolutionary, developmental, biographical) and that culture with its systems of knowledge, rules, concepts, and practices plays a major role for our (mental) well-being. He introduces the interdisciplinary approach of cultural neurophenomenology with its two parallel foci of pathoplasticity and pathogenesis as socio-cultural phenomena. Taking into consideration affective arrangements at their intersection, we could deepen our understanding of how affect is patterned, channeled, and modulated. Cultural influences on affect and emotion would determine experience, would regulate patterns of expression, and would provide a context for interaction and social meaning.

On Tuesday, after a warm welcome by the psychological anthropologist Birgitt Röttger-Rössler (Institute of Social and Cultural Anthropology/FU Berlin) and an introduction by the organizers, JAN SLABY discusses his philosophy on affective arrangements as displayed above. He is followed by another contribution of Laurence J. Kirmayer on the cultural-historical perspective on affective arrangements in therapeutic settings. Kirmayer explores the relationship of emotion, mood, cog-

nition, and action and asks how arrangements would affect, in fact, affect. To him, social arrangements are universally represented in symbolic healing as mechanisms of affective and sensory transformation beyond the cognitive aspect of performance. Thi Minh Tam Ta and Eric Hahn offer an insightful contribution about their experiences and efforts of applying affective arrangements in therapeutic settings with Vietnamese migrants in Berlin. Besides the interesting technique to design the therapeutic space according to Vietnamese traditions and habits, it is the speakers' focus on "deep listening" as therapeutic practice which strikes me here. Where mindfulness practices were usually applied to patients as a technique towards recovery, it is used here as a diagnostic tool empowered by an ambience which would leave the patient relaxed enough to share his/her affective issues.

The last three speakers of the day are the clinician Markus Pawelzik (EOS-Clinic/Münster), the social anthropologist Helene Basu (Institute of Ethnology/Münster), as well as the psychological anthropologist and psychoanalyst Douglas W. Hollan (Department of Anthropology/UCLA, USA). Pawelzik's contribution remains highly contested, as he acknowledges the effectiveness of affective arrangements as cultural practices on biological functions relevant for the therapy process, but denies cultural aspects of the body itself. He reduces it to cellular bio-chemistry instead of taking culture and environment into consideration. Helene Basu refers to a central aspect of affective arrangements in therapy: the human speech. Relating to her fieldwork at Muslim shrines and their intersection with mental health practices in India, she explores soundscapes as affective arrangements where certain techniques (such as prayer or song), quiet environments, or speech would trigger, control and/or manipulate human emotion. Basu underlines the importance of an interactional and participatory framework which includes ratified speakers, listeners, and bystanders as embodied social action and affective positioning through acts of speaking and listening. In his evening keynote, Douglas W. Hollan rounds up the insightful and controversial discussions of that day by directing our attention towards the aspect of empathy as a central aspect of affective arrangements in mental health care settings. His main argument touches

on the question of how people can become affectively attuned to their environment. Processes of internalization, interactional aspects and enactment are topics which deserve deeper exploration in future research.

The contributions on Wednesday underline the global and transnational aspect of affective arrangements: psychological anthropologist Allen Tran (Department of Anthropology, Bucknell University, Pennsylvania, USA) engages affective arrangements and family caretakers in Vietnamese psychiatric clinics. Anthropologist Julia Vorhöf (Institute of Social and Cultural Anthropology/University of Göttingen) explores dysfunctional relationships as a key challenge for therapy in Uganda, and anthropologist Daniel White (Japanology/FU Berlin) turns our attention to technological care markets as affective arrangements of industry and wellbeing in contemporary Japan. My personal highlight of the day is the contribution by three younger scholars within the project: Edda Heyken, Jörg-Christian Lanca and Thi Main Huong Nguyen report their field research experiences, highlighting sensory ethnographic practice and person-centered ethnography as affective arrangements. They describe their method of “walking with [Vietnamese] patients” through parks or comparably soothing environments in silence. At some point, some detail (the shape of a tree, animals, playing kids, a certain situation) would attract a patient’s attention and remind him/her of former experiences which s/he would then share with their company. I personally perceive this as an amazing approach to not only receive information and data, but to respectfully treat our informants, share time with them and have them guiding us as researchers. We are thus not only talking about affective arrangements in mental health care settings, but in research settings on mental health care.

The final “Wrap-Up Discussion” with Helene Basu, Douglas W. Hollan, Laurence J. Kirmayer, Nasima Selim (Institute of Social and Cultural Anthropology/FU Berlin), JAN Slaby and Thi Minh

Tam Ta, moderated by organizer Anita von Poser, reveals another aspect of interest not explicitly touched in most of the conference papers: the interrelatedness of affective arrangements with political structures and economic questions regarding future care markets. The discussion also reveals the necessity to not only understand how patients contribute to their experiences, perceptions, and imagination to affective arrangements, but also how transformations of affective arrangements in mental health care settings have an impact on post-therapeutic daily life. Anthropologist Edda Heyken summarizes the impact and importance of this conference in such a precise way, that I will simply quote her here:

“The potential pivot point for well-being resides within mental health care settings, where the relational affects can be acknowledged and treated with an increasing awareness. This opens up new pathways for clinicians, patients, and anthropologists to act and reflect on the dimensions of resonance and dissonance of affective arrangements. [...] The political dimension of affect eventually implied the question of how affective arrangements can be applied in a concrete way. As the discussants concluded, first we need to elaborate on what particular individuals and collectives perceive, embody, improvise, and enact within a given affective arrangement before we can understand the complex dynamics and entanglements between different arrangements” (Personal Communication).

I have nothing to add but the fact that at the time of the conference, AGEM was already planning another international conference on the “Aesthetics of Healing” in Münster (Westfalen)/Germany, May 24–26, 2019, engaging a similar approach and further developing the discussion on affective and sensory aspects of (mental) health care (see upcoming CURARE editions).

Literatur

- SLABY, JAN; MÜHLHOFF, RAINER & WÜSCHNER, PHILLIP 2017. Affective Arrangements. *Emotion Review*: 1–10. DOI: 10.1177/1754073917722214.

Mental Health in Developing Countries. The Past, the Present, the Future

Report on the 10th International Symposium “Global Mental Health—Mental Health in Developing Countries“, Munich, October 27, 2018

MAEVE COOK-DEEGAN & GABRIELE ESCHEU

This year marked the 10th anniversary of the International Symposium on Global Mental Health which took place in Munich at the end of October 2018. This year’s theme ‘Mental Health in Developing Countries: The past, the present, the future’ attracted speakers and attendees from all continents who came together to reflect on their past experiences and their ambitions for the future. The symposium was hosted by the International Network for Cooperation in Mental Health (i.nez), the Center for International Health (CIH^{LMU}) and the Global Mental Health Group from the Department of Psychiatry and Psychotherapy of the Ludwig-Maximilians-Universität (LMU) Munich. The event was stimulating—speeches took place throughout the day and were interspersed with workshops and a poster session.

The presenters progressively painted a picture of the state of mental health across the world. The global trend is shifting rapidly from infectious diseases toward non-communicable diseases. The Global Burden of Disease Study 2010 (GBD 2010) estimates that worldwide infections are still the most important cause for the burden of disease followed by injuries and then by mental, neurological and substance use disorders that accounted for 10.4% of global disability adjusted life years DALYs.* Mental health can have devastating consequences for individuals and their families. In low- and middle-income countries (LMICs), the limited resources and trained professionals make treatment and care especially difficult. These were the kinds of problems that were presented in an effort to come together to motivate positive changes in the future.

* MURRAY CJ, VOS T, LOZANO R, *et al.* 2012. Disability-adjusted life years (DALYs) for 291 diseases and injuries in 21 regions, 1990–2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet*. Dec 15,380(9859): 2197-223.

In line with the theme (‘the past’), Prof. Dr. Mohan Isaac (University of Western Australia) kicked off the day with an insightful talk about the history of mental health care over the last five decades. In 1975, an expert committee of the World Health Organization (WHO) on the “organization of mental health services” recommended that basic mental health care should be integrated with general health services and be provided by health workers at all levels of care. The general shift was from hospitals towards community-based settings. Mental health reform has undergone a major transformation over the past 50 years and moved from ‘Lunatic Asylums’ to ‘Institutes of Mental Health’ to ‘Centres of Excellence’ (in some countries). He shared specific examples of ‘Mental Hospitals’ in India, Taiwan and Sri Lanka which have transformed into ‘Institutes for Mental/Behavioral Health’. This trend has been echoed across the world.

Prof. Dr. Andrea Winkler (Technical University of Munich, University of Oslo) and Prof. Dr. Murali Thyloth (M.S. Ramaiah Medical College, Bangalore) each built on this opening speech, discussing recent global trends and corresponding challenges for the future. Dr. Winkler drew the audience’s attention to the aging population and consequent rise in neurological diseases which will inevitably increase over the next decades. She criticized the neglect of many neurological disorders which are often overlooked within the category of ‘non-communicable diseases.’ She reiterated the importance of adequate resources and training for responding to these trends. Likewise, Dr. Thyloth pointed to recent global developments that pose challenges for integrating people with mental illnesses into society. He noted the role of immigration, economic crises, natural disasters and the concomitant apathy towards mental health. The social issues compound to make the treatment of mental issues all the more difficult.

He stressed that the process of rehabilitation must adapt to the social context. Unfortunately, Prof. Dr. Helene Basu (University of Münster) was sick and therefore unable to share her medical anthropological perspective.

After the break, Dr. Andrea Jobst presented the experiences that she and Dr. Kristina Adorjan (both from the Ludwig-Maximilians-University Global Mental Health Group) have had as a part of the partnership between LMU and Jimma University (JU), a cooperation which has been ongoing since 2010. As a part of this attempt to support JU as a center of academic competence, they launched a successful Master's program (MSc) in Integrated and Community Mental Health. The goal has been to train health workers who in turn can become trainers in the field. They have also been partners on many epidemiological and biological research projects. From these experiences, they have learned the importance of finding strong leaders and the benefits of both regional and trans-continental collaborations. Next, Dr. Herbert Steinböck finished the morning session by moving into more theoretical territory about the ethical considerations of mental health. He examined the principles and methods of bioethics in mental health care, discussing the need to transfer these lessons to the Global South. There are many major questions in this field, including: is there a 'right' to madness?, what constitutes 'informed consent?', etc. As mental health care expands, so too should the attention to ethical considerations.

Before the final speeches, there was an interactive poster session in which a diverse group presented on an array of topics. Dr. Anke Felicitas Böckenforde and her colleagues presented 'Where there is no psychiatrist?' which gave an overview of the situation of mental health on Flores Island in Indonesia. Additionally, Mr. Asfaw Baye and colleagues presented their poster 'Experiences of Psychotherapists Working with Refugees' which uses the experience of psychotherapists in Germany to make recommendations for future work with refugees. Another poster was presented by Charlotte Salmen and her colleagues, entitled 'The multiple burdens of raped women in the Democratic Republic of the Congo: The effects of social disapproval and shame on mental health and functioning.' It highlighted how sur-

vivors of sexual violence are affected in terms of their mental health and that shame and social disapproval are exacerbated by mental health problems. Finally, the 'Global Mental Health Research Project' poster, from the department of psychosomatic medicine and psychotherapy at the University Medical Center in Freiburg, gave an overview of their ongoing research, training, achievements and collaborations.

The workshops took place after the lunch break and brought new energy to the day. The workshops were divided into broader topics, ranging from 'Restraints and Mental Disorders' to 'Supply of essential drugs to treat mental disorders' to 'Mental health research in developing countries' and 'Management of epilepsy in developing regions'. This latter workshop brought together people who have diverse experience in epilepsy management, ranging from work in LMICs to refugees in Germany. The group discussed their different experiences and exchanged their opinions, for example, on the utility of using Phenobarbital to treat epilepsy in different populations. After the thorough discussions, representatives from each of the groups shared their experiences and there was a round of questions.

The final speeches of the day looked toward the future of mental health care. Prof. Dr. Markos Tesfaye, who has been involved with an ongoing collaborative mental health training program between Jimma University (Ethiopia) and LMU, described the mental health scene in Ethiopia. He established specific goals for the integration of care and made clear what changes he would like to see in the country for the improvement of mental health services. This was followed by a passionate speech by Dr. Afzal Javed, the president elect of the World Psychiatric Association, who commented on the challenges that face the field. He made note of the massive treatment gaps— in high income countries 65% of all physical disorders are treated in comparison to 23% of mental disorders (53% to 8% in LMICs). He further highlighted the societal and economic benefits of shifting policies in favor of better care, while making other constructive criticisms for a better future.

Dr. Wolfgang Krahl (i.nez e.V) who has organized the symposium since its inception, wrapped up the day with a reflection, assisted by many pictures, on the lessons that he's learned working

with patients with mental disorders during his nine years of professional placements in Malaysia and his continuous teaching assignments across Africa. This was a topical ending for the event—in many ways the richness of his experiences were derived from cross-cultural exchange and a drive to improve mental health care in the Global South, two driving forces behind the symposium.

The 11th International Symposium “Global Mental Health—Mental Health in Developing Countries” with the main topic: “Global Mental Health and Human Rights” will be held in Munich on Saturday 24th October 2020.



MAEVE COOK-DEEGAN, MSc recently completed her master's studies in Health Science at the Technical University of Munich. Her thesis took place within the context of the Mental Health in Refugees and Asylum-seekers (MEHIRA) project, a German multi-center randomized control study, that is evaluating mental health interventions for refugees and asylum-seekers. Her bachelor's studies at the University of St Andrews in International Relations and Psychology have fueled her ongoing interests in both global politics and psychology. American-born, Maeve is now residing in Germany, with plans to develop her professional career in health.

Technical University of Munich
 Department of Health and Sport Science
 Georg-Brauchle-Ring 60-62, 80992 München
 e-mail: m.cook-deegan@tum.de



GABRIELE ESCHEU, Dr. med. is a consultant in neurology and psychiatry and works as a senior consultant in the Department of Neurology in Kaufbeuren. She is one of the founders of i.nez.

Neurologische Klinik
 Bezirkskrankenhaus Kaufbeuren
 Dr. Gutermannstr. 2, 87600 Kaufbeuren
 e-mail: gabriele.escheu@t-online.de

Where is my mind? Ecologies of healing and care in more-than-human worlds

Report on the Workshop “Exploring Ecologies of Mind in (Mental) Health: Eco Pathologies and Onto-Politics of Healing Economies” by the Working Group Medical Anthropology within the German Anthropological Association (DGSKA), FU Berlin, May 16–17, 2019

MAX SCHNEPF & KAROLINE BUCHNER

*With your feet on the air and your head on the ground
Try this trick and spin it, yeah
Your head will collapse
But there's nothing in it
And you'll ask yourself
Where is my mind? Where is my mind? Where is my mind?*

Pixies “Where is my mind?”

In his writing at the intersection of anthropology, psychiatry and human-environment relations, the location of the mind was a major concern for GREGORY BATESON. Not unlike the Pixies, he argued that the mind is not to be found in a person's head. BATESON's “ecology of mind” does not engage with an individual mind, either located in or, in the case of the Pixies song, forcefully evicted from an individual body. The “larger Mind”, BATESON argues, drawing on cybernetics, is “immanent in the total interconnected social system and planetary ecology” (BATESON 1978 [1972]: 461).

With their feet placed firmly on the vinyl floor of the Freie Universität (FU) Berlin and their heads in anthropological theory and ethnographic materials, about forty anthropologists gathered from May 16 to 17, 2019 to participate in a workshop, organized by the Working Group Medical Anthropology within the German Anthropological Association (DGSKA). “Exploring Ecologies of Mind in

(Mental) Health: Eco-Pathologies and Onto-Politics of Healing Economies”—with this (admittedly quite buzzwordy) workshop title, the organizers, CAROLINE MEIER ZU BIESEN, NASIMA SELIM (both FU Berlin), CLAUDIA LANG (Cermes3, Paris) and DOMINIK MATTES (FU Berlin) asked the participants to rethink their ethnographic materials by taking BATESON's work as a point of departure and creative tool.

In a similarly open manner, the call for papers asked for an engagement with recent developments in “ontological anthropology”, Anthropocene thinking and multi-species ethnographies with their focus on relations between humans and their non-human companions (KIRKSEY & HELMREICH 2010; KOHN 2015). For the study of traditional medicine, mental health and ecologies of healing/care, these new approaches in anthropology and beyond should facilitate more experimental explorations of the “mutual co-consti-



Fig. 1: Dead olive trees in the countryside of Ugento, in Puglia. As the outbreak of the *Xylella fastidiosa* bacteria spreads, entire swathes of the region now look like an eerie cemetery of desiccated trees, some of which had stood for centuries if not thousands of years. (Photo with permission by JÁNOS CHIALÁ 2017)

tution of actors and entities that are otherwise considered discrete and bounded elements of the social world”, as the CfP states. The presentations engaged with this strand of thinking to question long-established dichotomies between, for example, body and mind, nature and culture, or tradition and modernity through regionally and thematically diverse case studies from Asia (Bhutan, Sri Lanka, India, Turkey), Africa (Morocco, Ethiopia, Uganda, Tanzania), Polynesia (Tonga), South America (Bolivia, Peru), and Europe (Italy, Netherlands, Germany).

The fifteen presenters were organized into three panels: “Landscapes and human-environment relations” (chaired by MUSTAFA ABDALLA), “Traditional medicine and spiritual healing in more-than-human-worlds” (chaired by CAROLINE MEIER ZU BIESEN), and a two-part panel on “Ecologies of mental health care” (chaired by ANGELIKA WOLF and BRITTA RUTERT, respectively).

Beyond these thematic groupings, however, the presentations were struggling against smooth categorizations as they varied in scale, region and focus. We found the talks to be partially connected across panels—sometimes bearing striking resemblances even. To point out the manifold interfaces—forming an ecology, so to speak—without obliterating the frictions between the presentations (DE LA CADENA *et al.* 2015 438), we organize them in five thematic clusters in which some papers appear more than once.

Healing ontologies in health care institutions

Several papers shared their interest in institutional collaborations as well as ontological clashes between different healing systems. MÜGE AKPINAR (FU Berlin) presented insights from her research about an Istanbul-based healing movement which combines different healing traditions to reconcep-

tualize Islamic medicine. She argued that since traditional therapies have been legalized and institutionalized in 2014, they have introduced more holistic views on the mutual constitution of body, health and ecology into the Turkish biomedical health system. REBECCA-ROSEA BLOME (FU Berlin) investigated a Peruvian NGO's use of Amazonian medicinal knowledge to treat mental health patients, mainly with substance addictions. By cooperating with indigenous groups to produce plant-based medication and to gain official recognition for Amazonian medicine, the NGO deploys what BLOME called "epistemological practices of reciprocity" as they mediate between spiritual and biomedical worlds as well as between indigenous groups and the Peruvian nation-state. CLAUDIA LANG (Cermes3, Paris) also discussed institutionalized collaborations in her exploration of Ayurvedic psychiatry in Kerala, India, which treats depression as a "physio-moral problem". Like AKPINAR and BLOME, she highlighted how non-Western cosmologies present an ecological approach to (mental) health in themselves as they defy a mind-body-environment distinction. At the same time traditional medical practitioners engage with global health discourses inciting processes of translation but also reinforcing epistemic differences in which tradition is (re)invented and used as an economic and political resource. Processes of translation were also central in MIKE POLTORAK's (University of Kent) presentation about the ecology of spirits in Tonga. In his filmic engagement with a spiritual healer, her clients, and a psychiatrist, he pointed out attempts at translating between two seemingly incommensurable healing systems. Lastly, MÁRCIO DA CUNHA VILAR (University of Sussex) presented new approaches in the medical sciences themselves that question and extend institutionalized ontologies of mental health. Discussing the case of Internal Family System Therapy as a therapeutic approach to rheumatoid arthritis and depression, DA CUNHA VILAR showed that evidence-based medicine incorporates the notion of "multiplicities of self", destabilizing the mind as a monolithic entity.

(Un)speaking bodies and minds

Three papers engaged with language and its movement between and connection to minds, bodies and (local) environments in very different ways. In his person-centered ethnography, TYLER ZONANNI (University of Bayreuth) examined how the capacity to use language as self-expression functions as a marker for the distribution of difference in Uganda, serving as a basis for labeling people as cognitively or intellectually disabled. This ecology of mind that privileges "rhetorical virtue" as its index categorizes people with cerebral palsy, autism and down syndrome differently from their counterparts in the US or Europe. Similarly interested in the translatability of representation, FLORIN CRISTEA (FU Berlin) asked why, in the context of mental health care in Tanga, Tanzania, certain representations "stick" and not others. A concept of the mind as cognition, framed in psychiatric terms of body and mind by healthcare professionals, is not communicated and transferred to patients, who often see social relations as background for illness. The reason for the non-transmission of the biomedical concept of mind, CRISTEA argued, lies in the desire to preserve uncertainty and hope for the future in the face of illness. In her project based in artistic research, ULRIKE SCHOLTES (University of Amsterdam) investigates and employs mindfulness exercises to question the mind-body dichotomy and the juxtaposition of words and feelings. During a participatory session, SCHOLTES illustrated that the spoken words of mindfulness practitioners enact the mind-in-a-body with a "feeler" who is invited to feel or even told how to feel with a body that is attended to through different techniques.

Haunted landscapes and ecological healing

The next group of papers engaged with landscapes that are haunted, both materially and symbolically, by diverse actors and factors ranging from history and environmental destruction to bacteria and chemical weapons. How are health and sickness entangled with landscapes? And how does healing occur in conversation with as well as at the cost of the environment? YOUNG SU PARK (FU Berlin) presented the case of an Ethiopian landscape haunted by the trauma of the Oromo peo-

Diagnosing by interpreting drawings



Fig. 2: Diagnosis made by the Ritual and Medical Specialist Gonzalo Ávila on a drawing made by the researcher Alvaro Martínez. Source: ALVARO MARTÍNEZ

ple, materialized in the Oda tree's historic role as the site of the 1886 massacres. Tying together the histories of forced resettlement and mandatory conscription during the Ethiopian socialist regime, Park showed that the Oromo people's use of the Oda tree as a traditional spot for meetings transforms it into a site of memory and healing where alternative political futures are imagined. FEDERICO REGINATO (University of Turin) discussed historically and politically produced "cancer landscapes" in Morocco's Rif region. The colonial use of mustard gas, land poisoning and recent economic misery have produced cancer as a "historical language" through which the inhabitants relate to and express economic, historic and political hardship. ENRICO MILAZZO (University of Turin) brought into conversation the bacteria-caused dying of olive trees in South-East Italy with his main interlocutor's intestinal disease, framing the destructed soil of the olive trees as an "open air intestine". By producing olive oil in a tradition-

al way "with the right time" and attributing healing capacities to his oil, MILAZZO's interlocutor positions himself against modern modes of production with their destructive effects on environmental and personal well-being. In a similar vein, CLAUDIA LANG pointed out the environmental stress of mass plantation of Ayurvedic medicinal plants for a global market, thereby hinting at the relationship between traditional medicine and environmental exploitation under global capitalism.

Institutional and urban ecologies of care

Another set of papers dealt with the distribution of mental health care among networks of heterogeneous actors. They show how care is practiced within and also against its institutional settings, often in unexpected ways. NADIA AUGUSTYNIAK (University of New York) examined idiosyncratic practices and discourses of care among psychological counselors and their clients in centralized

governmental institutions in Sri Lanka. Although trained in frameworks influenced by positive psychology, the counselors nevertheless frequently overcome these depoliticizing, medicalizing and individualizing narratives to address their clients' often systemic "ecologies of distress" and provide aid to the best of their abilities in what AUGUSTYNIAK called "acts of kindness." Care takes on an unexpected form in FLORIN CRISTEA's paper as well: Health professionals in a psychiatric hospital do not engage in education and expectation management with their patients and their families to leave room for hopeful uncertainty in a life with severe illness. Lastly, in their paper on mental health care infrastructure in Berlin and Brandenburg, PATRICK BIELER, MILENA D. BISTER and CHRISTINE SCHMID (all Humboldt-Universität zu Berlin) mapped out emergent and shifting "ecologies of expertise" (BECK 2015) that move beyond the hospital and institutional forms of psychiatric expertise into patients' homes and socio-material surroundings.

Revisiting healing rituals

The healing ritual represents a traditional topic of investigation in the history of anthropology, starting as early as 1969 with VICTOR TURNER's symbolic analysis of Ndembu rituals in Zambia (TURNER 1969). Some of the workshop papers engaged with healing rituals and asked which form this "anthropological classic" takes, if approached within an ecological framework. Using INGOLD's notion of the "ecology of life", defined as "the creative unfolding of an entire field of relations within which beings emerge" (INGOLD 2000 19), MONA SCHREMPF (Humboldt-Universität zu Berlin) analyzed the ritual of a Bhutanese healing medium who is possessed by a local mountain goddess. In the ritual healing, SCHREMPF argued, cosmo-ontologies are co-produced between the medium and the patient, the arrangement of objects brought into the patient's house and the involvement of the neighbors, thereby fusing the patient's body, ecological and cosmological networks as well as ancestral history. ALVARO GABRIEL MARTÍNEZ (Universidad Católica Boliviana) introduced the audience to healing rituals in the Andean region in and around La Paz, Bolivia. He presented different techniques through which

ritual and medical specialists diagnose and treat "soul diseases" and argued that in the interpretation of coca leaves and of the clients' drawings, the healers engage with the clients as "issuers of symbols." In the ritualistic burning of offerings, symbols are more than carriers of meaning—they are turned into operators to reestablish a cosmological order and thereby achieve healing for the client. Lastly, MIKE POLTORAK's presentation of filmic sequences of rituals performed by a Tongan healer showed that the "anthropological classic" can also be revisited through methodological innovations. POLTORAK showed his footage to different actors in his field at different points of time to make sense of epistemological and temporal gaps and intersections between the (unbelieving) anthropologist, a traditional healer, her clients and a psychiatrist. These presentations showed that in order to work with an ecological approach it does not suffice to reframe our ethnographic material in new ways. We also must ask different questions and follow different lines of investigation in order to account for complex interrelations between the actors constituting a healing ecology.

Discussion

In her short story "Social Dreaming of the Frin" the late science fiction author URSULA K. LE GUIN (the "K" being a reminder of her father, the cultural anthropologist ALFRED KROEBER) imagines a world in which the inhabitants of the "Frinthian Plane" share their dreams up to a point where it's difficult to tell which chimera was a figment of their own and which emerged from a different dreamer. The human narrator discusses this dream ecology in the manner of an anthropological investigation:

"For them, dream is a communion of all the sentient creatures in the world. It puts the notion of the self deeply into question. I can imagine only that for them to fall asleep is to abandon the self utterly, to enter or reenter the limitless community of being, almost as death is for us." (LE GUIN 2005 [2003]: 86).

Using BATESON's writing as a starting point and inspiration, the presentations pointed to a variety of ecologies that—like on the "Frinthian Plane"—question monolithic entities like the self or the

body by highlighting their constitution in manifold relations with their human and more-than-human companions.

At the end of the workshop we feel inspired. Clearly *something* caused the animated discussions during the coffee breaks, at dinner, and in the sessions themselves. But what exactly was it? What threads came together in this invitation to think about ecologies of mind? How to make sense of the similarities between the remote cases? Did we fall for the attempt to simply develop an anthropological “theory of everything”? The question remains what exactly we mean when speaking about ecology. A diversity of interpretations and applications of the concept were presented in the papers, but also a variety of scopes and dimensions: Do we use ecology as a heuristic device? Do we study it as an object? Or is it rather a method, or a way to frame our research questions? This also bears the question in which ways ecologies of mind/life/expertise add to or converge with recent discussions about assemblages and actor-networks.

The participants concurred that ecology should not be used as only a biological metaphor to describe a linear process of adaption to an environment. Instead, ecology emerges in relations: between the ever-changing organism and their always context-specific environments—“a flexible organism-in-its-environment” (BATESON 1978 [1972]: 451). The presentations showed that following objects—be they trees or medical plants—as “densifications” of complex socio-material interrelations is a viable methodological approach. Thinking ecologically, thus, goes beyond considering the relationship between social and material worlds in symbolic or representational terms to, instead, account for and take seriously material conditions and the agency of non-human actors in our analyses of the social. This, however, opens up new questions regarding the status of anthropology: To what extent should we collaborate with natural scientists on the one hand, and how do we appreciate indigenous ontologies without romanticizing them as the “better” alternative to Science on the other hand?

It seems most fruitful to see the workshop as a first step to descriptively explore the status quo of anthropological enquiries into the mind beyond the body and brain, and into ecologies of care. And in this first step, perhaps we don't have to de-

fine and agree on one definition and dimension of ecology—after all, the call was for multiple ecologies. The workshop certainly succeeded in its goal to create, as one of the organizers put it, an “accommodating framework” to speak to each other. It built a “site of encounter” that is at the same time a “site of difference,” linking participants in a “conversation that produces connections without producing closure” (DE LA CADENA *et al.* 2015). Fragmentary insights and partial connections perhaps shouldn't be asked to conform “too smoothly to the smugness of coherence” (*ibid.* 440). A next step should nevertheless be to move beyond description and examine the (power) relations and political economy produced in and productive of these ecologies.

Instead of drawing a romanticized picture of the deep and harmonious connection of all beings, as it is present in LE GUIN's story, the regionally and thematically diverse presentations showed poignantly that medical anthropologists need to critically focus on complicated and power-laden interrelations between entities that traverse clear-cut distinctions between the material and the social world, between self and other, between the mind and its surroundings. Landscapes, histories and spirits, as well as substances, practitioners and patients form part of and are formed within the heterogenous practices of achieving and maintaining (mental) health. The question “Where is my mind?” does not ask for a definite location but represents an appeal to practice medical anthropology in more-than-human worlds.

References

- BATESON, GREGORY 1978. *Steps to an Ecology of Mind*. New York: Ballantine [orig. 1972].
- BECK, STEFAN 2015. The problem of expertise. From experience to skilful practices to expertise. *European Journal of Pragmatism and American Philosophy* 7, 1: 1–15.
- DE LA CADENA, MARISOL; LIEN, MARIANNE E.; BLASER, MARIO; JENSEN, CASPER BRUUN; LEA, TESS; MORITA, ATSURO; SWANSON, HEATHER; WEEN, GRO B.; WEST, PAIGE & WIENER, MARGARET 2015. Anthropology and STS. Generative interfaces, multiple locations. *HAU: Journal of Ethnographic Theory* 5, 1: 437–75.
- INGOLD, TIM 2000. *The Perception of the Environment. Essays on Livelihood, Dwelling and Skill*. New York, London: Routledge.
- KIRKSEY, S. EBEN & HELMREICH, STEFAN 2010. The emergence of multispecies ethnography. *Cultural Anthropology* 25, 4: 545–76.

- KOHN, EDUARDO 2015. Anthropology of ontologies. *Annual Review of Anthropology* 44: 311–27.
- LE GUIN, URSULA K. 2005. *Changing Planes*. New York: Ace [orig. 2003. New York: Harcourt].
- TURNER, VICTOR 1969. *The Ritual Process. Structure and Anti-Structure*. Chicago: Aldine.

This report is published simultaneously on the blog of the Work Group Medical Anthropology of the German Anthropological Association (Deutsche Gesellschaft für Sozial- und Kulturanthropologie), see <https://www.medizinethnologie.net/where-is-my-mind-ecologies-of-healing-and-care-in-more-than-human-worlds/>.



MAX SCHNEPF has obtained his Master of Science at the University of Amsterdam. As part of the master's program in Social Sciences, he conducted ethnographic fieldwork at an upmarket hairdressing salon in Berlin about bodies in styling practices. Since 2019, he is co-chair of the working Group "Gender & Sexualities | Queer Anthropology" within the German Anthropological Association (DGSKA). With an interest in the intersection of science and technology studies, queer studies and medical anthropology, he is conceptualizing his PhD project about the co-constitution of biotechnologies and queer intimacies. He documents his research on the fieldwork blog www.anthrobood.net.

e-mail: mxschnepf@gmail.com
Twitter: @anthro_bod



KAROLINE BUCHNER is a research associate at the Institute of Chinese Life Sciences (ICL) at Charité Berlin, working on a database project on Chinese historical healthcare manuscripts. She studied East Asian studies at Humboldt University and social and cultural anthropology at Freie Universität in Berlin and specializes in medical anthropology with a focus on East Asia and Chinese Medicine. She conducted field research on lay knowledge as well as informal and professional Chinese medical education in Taiwan.

Charité – Universitätsmedizin Berlin
Institut für Theorie, Geschichte und Ethik chinesischer Lebenswissenschaften
Charitéplatz 1
10117 Berlin
e-mail: karoline.buchner@posteo.de

Aesthetics of Healing. Working with the Senses in Therapeutic Contexts

Bericht zur 32. jährlichen Fachtagung der Arbeitsgemeinschaft Ethnologie und Medizin (AGEM) an der Westfälischen Wilhelms-Universität Münster, 24.-26. Mai 2019

Marion Nauber & Helmar Kurz

In Kooperation mit dem Institut für Ethnologie der WWU Münster behandelt diese internationale und interdisziplinär ausgerichtete 32. Fachtagung der AGEM das Thema „Ästhetiken des Heilens: Arbeit mit den Sinnen im therapeutischen Kontext.“ Der auch unter den TeilnehmerInnen nicht unumstrittene Begriff der „Ästhetik“ vereint dabei verschiedene Bedeutungen: Er bezieht sich u.a. alltagsprachlich auf Formen des menschlichen Ausdrucks z.B. in Kunst, Theater, Musik oder Tanz, und deren Bewertungen anhand von Kategorie des „Schönen“, „Bedeutungsvollen“ und „Ziemlichen“, wobei letzterem Begriff auch moralische Aspekte inhärent sind. Näher am ursprünglich altgriechischen Begriff der „aísthēsis“ ist jedoch der Bezug auf die sinnliche Wahrnehmung in Abgrenzung zu rational-kognitiven Prozessen, d.h. im Kontext dieser Tagung sich auf sinnliche Aspekte von Heilung zu beziehen und in eine Theorie zu Bedeutungen und Wirkmechanismen zu integrieren. Das Cfp zur Tagung rückt in diesem Zusammenhang ursprünglich die Überschneidung religiös-spirituellder und therapeutischer Praktiken in den Vordergrund: Religiös-spirituelle Heilpraktiken erfordern demnach oftmals das Erlernen und die Kultivierung von Wahrnehmungsformen als sinnlich-körperlichen Prozess und als Verschiebung der Aufmerksamkeit sowie des körperlichen Ausdrucks. Entsprechend werden Coping-Strategien und Bedeutungszuschreibungen von Krankheit dann nicht kognitiv-rational, sondern körperlich-sensorisch ausgehandelt. Als Beispiele werden zunehmend auch im europäischen Kontext beliebte Heil- und Gesundheitspraktiken wie Yoga, Meditation und Achtsamkeitstraining angeführt, welche die Aufmerksamkeit auf vielfältige Körperempfindungen richten und zunehmend auch in psychotherapeutische Kontexte integriert werden. Im Laufe der Tagung ergeben sich aber auch weiterführende Perspektiven, welche z.B. den Aspekt des künstlerischen

Ausdrucks von PatientInnen bzw. den Effekt der Gestaltung von „Heilräumen“ thematisieren. Damit entwickelt sich eine umfassende und kontroverse Diskussion mit Blick auf das menschliche Sensorium im Kontext von Gesundheit, Krankheit und Heilung, die nicht nur die Manipulation von bzw. Auseinandersetzung mit den „fünf Sinnen“ (Sehen, Hören, Tasten, Schmecken, Riechen) fokussiert, sondern auch Phänomene wie Schmerzempfinden, Interozeption, Empathie, und Medialität als Formen sinnlicher Wahrnehmung.

Gemäß der verschiedenen Kategorien von Sinneserfahrung und -arbeit unterteilt sich die Tagung in verschiedene therapeutisch relevante Themenbereiche (Tanz, Musik, Spiritualität, Technologie und Bewegung, indigene Praktiken, Kunst, Psychiatrie, Krankenhaus und Substanzen) mit ursprünglich jeweils zwei bis drei geplanten Beiträgen, wobei der letzte Vortrag zur „Phenomenology of Tablet Taking“ durch Hannah Drayson (Transtechonology Research Group, University of Plymouth, England) leider entfällt. Zusätzlich rahmen eine *keynote* durch Graham Harvey (Freitag, 24.05.2019), die Ehrung des langjährigen AGEM-Vorstandsmitglieds und Redakteurs der *Curare* Ekkehard Schröder in Form einer Festschriftübergabe (Samstag, 25.05.2019), und die abschließende Reflexion und Diskussion durch den Organisator Helmar Kurz (Sonntag, 26.05.2019) diese Zusammenkunft von internationalen VertreterInnen eines international und interdisziplinär diversifizierten Forschungs- und Arbeitsfelds. Als geschäftsführende Direktorin des Instituts für Ethnologie der WWU Münster eröffnet Hele-ne Basu die Fachtagung, indem sie die TeilnehmerInnen begrüßt, den hiesigen Schwerpunkt der Medizinethnologie und Trans/Kulturellen Psychiatrie vorstellt, und als gedanklichen Input zur Konzeption dieser Tagung auf die Definition der WHO verweist, welche Gesundheit als einen Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen

und sozialen Wohlergehens anstatt lediglich des Fehlens von Krankheit oder Gebrechen versteht. Diese Perspektive ermöglicht eine Auseinandersetzung mit sinnlicher Arbeit im therapeutischen Kontext, die über Begriffe von Krankheit und Heilung hinaus geht, da sie auch Aspekte des „Well-Beings“ und der „Wellness,“ also ganzheitlich ausgerichteten Faktoren von Gesundheit, Rechnung trägt. Anschließend umreißt Helmar Kurz einleitend das Thema der Tagung, das Programm und seine persönlichen Zielsetzungen bzgl. der Auseinandersetzung mit dem Begriff der „Ästhetiken des Heilens“ als theoretisch fruchtbares Konzept, ohne jedoch den verschiedenen Beiträgen inhaltlich vorgreifen zu wollen. Er hebt hervor, dass für ihn drei Fragen im Vordergrund stehen, welche nur aus medizinethnologischer Perspektive bzw. einer Modifizierung biomedizinisch und psychiatrisch geprägter Ansätze zu beantworten seien und die Frage nach *Erfahrung* und *Agency* stärker in den Blick nehmen: 1) Was führt die Menschen zu alternativen Heilmethoden? 2) Wie wirken diese? 3) Welche Rolle spielen sensorische Wahrnehmung und deren soziale, kulturelle, politische, ökonomische und religiöse Einbettung im therapeutischen Kontext?

Im weiteren Verlauf übernimmt Helmar Kurz die Moderation der Fachtagung und eröffnet das Panel zum Thema *Tanz*. Anja Lüpken (Seminar für Allgemeine Religionswissenschaft, WWU Münster) stellt als erste Vortragende den *Tamapa Life/Art Process* als ästhetische Heilpraxis aus der doppelten Perspektive einer Praktizierenden und Wissenschaftlerin vor. Es trete der künstlerische Ausdruck an die Stelle sprachlicher Kommunikation, indem beispielsweise eine getanzte Emotion von anderen Teilnehmern durch Tanz, Musik, Poesie oder auch Malerei gespiegelt wird, die ihrerseits wiederum in vielfacher Weise wiedergespiegelt werden. Durch diese Spiegelungs- und Widerspiegelungseffekte entstehe jenseits verbaler Kommunikation und kognitiver Prozesse auf intuitiver Ebene ein heilsames Verstehen und ggf. auch eine Umdeutung der dem ursprünglichen Tanz zugrunde liegenden Empfindungen. Als wesentliche Faktor dieses Prozesses begreift sie die „Imagination als kreative Intelligenz,“ welche „innere und äußere“ Realitäten zu verbinden vermag. Anhand einiger Beispiele verdeutlicht sie, wie sehr sinnliche Erfahrung und Imagina-

tion an kulturelle Symbolsysteme geknüpft sind, was letztendlich wiederum die kognitive Verarbeitung sensorischer Erfahrung im Sinne von „Bedeutung“ betrifft. Im Anschluss gewährt Svea Lindner (Institut für Ethnologie und Interkulturelle Kommunikation, Universität Köln) Einblicke ihrer Feldforschung zum *Vimbusa* Heiltanz in Malawi. Dieser Praxis liegt ein Krankheitskonzept zugrunde, welches körperliche Symptome mit spirituellen Faktoren wie z.B. Besessenheit durch unglückliche Ahnengeister in Verbindung bringt. Anhand eines Filmbeitrags demonstriert sie verschiedene sinnliche Komponenten wie räumliche Begrenzung, akustische Reize (Glocken und Trommeln) und Tänze, während derer eine Gemeinschaft „PatientInnen in ihre Mitte“ nimmt. Dies diene u.a. dem Zweck, durch die PatientInnen als Medien mit den Geistern in Kommunikation zu treten und zu eruieren, wie deren schädlicher Einfluss umzukehren sei. Sie deutet diesen Heilungsprozess als eine kollektive Praxis, der verschiedene Faktoren zu Grunde liegen: Externalisierung der Krankheitsursachen, soziale Integration und nicht-alltägliche Erfahrungen, die sämtliche Sinne in Anspruch nehmen, z.B. Kinästhetik, Berührung und Klang.

Das folgende Panel zum Thema *Musik* leitet Leonardo Menegola (Department of Psychotherapy, Art Therapy & Dance Therapy; University of Milan, Italien) mit einer einfühlsamen Analyse mehrerer Fallbeispiele aus seiner langjährigen Arbeit als Musiktherapeut in Norditalien ein. Er erläutert, wie er sich im Kontext der Musiktherapie zunächst auf seine überwiegend als dement diagnostizierten PatientInnen einstellt, indem er sie ermuntert, ein Instrument zu spielen und sie dazu begleitet. Dies sei besonders vielversprechend bei PatientInnen, die in der Vergangenheit ein Instrument beherrschten. Nachdem eine gewisse Augenhöhe im Zusammenspiel erreicht ist, beginnt er als Therapeut einen „improvisatorischen Dialog“ und damit eine Kontaktaufnahme basierend auf Klang, haptischer Erfahrung, Bewegung und körperlicher Nähe, die insbesondere geprägt ist durch Non-Verbalität, Ritualisierung und die Erzeugung eines durch „soundscapes“ entstehenden Raums. Innerhalb dieses Raums finden PatientInnen oftmals „zurück zu sich selbst,“ indem „verkörperte Erinnerungen“ reaktiviert werden und sie so zumindest intervallartig gemäß ihres

individuellen Habitus an alltäglichen Praktiken teilnehmen können. Bernd Brabec de Mori (Zentrum für Systematische Musikwissenschaft, Graz, Österreich) geht das Thema Musiktherapie und den Begriff der Ästhetik aus einer kritischen Perspektive an, indem er 1) den therapeutischen Effekt von Musik und 2) den theoretischen Nutzen des Konzepts „Ästhetiken des Heilens“ hinterfragt. Während seine Kritik am Begriff der „Ästhetik“ aufgrund philosophischer und moralisierender Inhärenzen eigentlich schon durch die inhaltliche Ausrichtung des CFP zur Konferenz obsolet ist (auch wenn eine reflexive Diskussion des Begriffs sicherlich fruchtbar ist), offenbart seine Darstellung und Analyse musikalischer Praktiken als „Schadenszauber“ im südamerikanischen Amazonasgebiet ein sehr differenziertes Bild zum generellen therapeutischen Zweck und Gehalt von Musik. Er legt den Finger in die Wunde konzeptioneller Undifferenziertheit, wenn er in Anspielung auf den Fokus der *sinnlichen Wahrnehmung* „sensation“ als Empfindung und „perception“ als vorgelegerten biologischen Prozess unterscheidet und darauf hinweist, dass Empfindung schon ein Prozess der kognitiven „Sinnegebung“ einer „Sinneswahrnehmung“ sei. Mit Blick auf das Programm des zweiten Konferenztages argumentiert er, dass die medizinethnologische Analyse von Heilpraktiken mit Konzepten der „Kunst“ oder „Ästhetik“ nur im europäischen Kontext funktioniert, da diese z.B. bei „Heilgesängen“ im Amazonasgebiet keine Rolle spielen. Die Problematik seiner Argumentation besteht darin, dass er einerseits eine eurozentristische Perspektive kritisiert, andererseits aber der Diskussion dieser Begriffe eine rationalistische Grundannahme bzgl. der Kunst als „nutzlos im Vergleich zu Alltagspraktiken“ zugrunde legt. Mithilfe europäisch-philosophischer Definitionen des Ästhetik-Begriffs versucht er, die Diskussion sensorisch-ästhetischer Aspekte von Heilung als europäisch-philosophisch geprägt zu kritisieren. Damit widerspricht er zwar inhaltlich sich selbst, nicht aber der konzeptionellen Ausrichtung dieser Tagung, sondern bestärkt die Bedeutung einer Auseinandersetzung mit solchen Konzepten, um sie wissenschaftlich brauchbar zu machen. In einem interessanten Wortspiel stellt er außerdem dem Begriff der „aísthesis“ den der „anaísthesis“ (Dumpfheit) gegenüber, von dem sich die medizinische Disziplin der „Anästhesie“

ableitet. Aus dieser Perspektive heraus erhält das Konzept der „Ästhetiken des Heilens“ noch die zusätzliche Ebene der „Aufmerksamkeit“ (bzw. Achtsamkeit) als zentralen Faktor im therapeutischen Kontext.

Unter dem Label *Spiritualität* berichtet Johanna Kühn (Institut für Sozial- und Kulturanthropologie, Uni Göttingen) von ihrer Feldforschung bzgl. spiritueller Praktiken einer jungen Generation im Libanon in einem vom Bürgerkrieg immer noch schwer gezeichneten Land. Vergleichbar zu anderen Metropolen interessieren sich auch junge Beiruterinnen für Yoga, Reiki und Meditationen als Praktiken der Selbst- und Fürsorge. Sie beschreibt einen therapeutischen Kontext, innerhalb dessen in regelmäßigen wöchentlichen Treffen meditativ die imaginative Wahrnehmung von Licht, Wärme, Ruhe und Gelassenheit trainiert werde, um nicht nur traumatische Kriegserlebnisse zu bearbeiten, sondern auch Räume zu schaffen, sich dieser Erfahrungen zu entledigen. Zukünftige, heilsame Lebensumstände werden imaginiert und auf Basis körperlicher Übungen und inhärenter Transformation von Erfahrung, Wahrnehmung und Interpretation/Reflexion aktiv und prozesshaft etabliert. Sie deutet diese Praxis als Konstruktion einer „positiven Identität“ und eines Gefühls von Handlungsmacht (*agency*) in „einer Welt sozialer Unsicherheiten und ökonomischer Krisen.“ Einen ähnlichen Rahmen beschreibt Tessa Bodynek. (Institut für Sozial- & Kulturanthropologie, FU Berlin) in ihrer Diskussion der afro-brasilianischen Religion *Umbanda* in São Paulo/Brasilien. Sie beschreibt Praktiken der Inkorporation spiritueller Entitäten durch Individuen, welche als „Medium“ gelabelt werden. Im Rahmen dieser „Verkörperung“ komme es zur Kommunikation zwischen „Besetzern“, „Besessenen“ und TeilnehmerInnen, innerhalb derer „Geister“ jedoch nicht exorziert werden, sondern im Gegenteil eine Atmosphäre der Liebe, Verbundenheit, Empathie und gegenseitigen Unterstützung erzeugt wird. Sie teilt ihre persönlichen Eindrücke anhand verschiedener Fotografien, die einer Analyse ritueller Handlungen aus der Perspektive sensorisch-ästhetischer Praktiken höchst zuträglich sind: Die Bilder zeigen einen mit Kerzen geschmückten Gebetsraum in hellen Farben, weißgekleidete TeilnehmerInnen und üppig mit einer Fülle von Obst und bunten Blumen ge-

schmückte Räume als Rahmenbedingungen von Heilerfahrungen sowohl innerhalb klar umgrenzter Therapieräume aber auch innerhalb zeremonieller Settings an Stränden oder in Wäldern, die als Heilräume eine Interaktion zwischen „Kultur“ und „Natur“ und die inhärenten Auseinandersetzung mit sich selbst und der Umwelt ermöglichen.

In seiner *keynote* am Freitag Abend befasst sich Graham Harvey (Faculty of Arts & Social Sciences, Department of Religious Studies, Open University, England) ganz allgemein mit indigenen spirituellen Systemen und damit einhergehenden therapeutischen Praktiken. Er beschreibt unterschiedliche Modelle von „Person,“ die sich im Gegensatz zum individualistischen Menschenbild auf Beziehungen zu anderen Menschen, Geistern oder Naturkräften begründen und deren Wiederherstellung bzw. Manipulation im Zentrum des Heilens stehen. Er geht auf performative und symbolische Elemente ein, hebt aber insbesondere die Bedeutung sinnlicher Faktoren und die Verschiebung sensorischer Wahrnehmung hervor, beispielsweise durch Schwitzhütten, Räucherwerk, Trommeln und Tanz, oder auch durch Stille, die einen Zustand der Achtsamkeit fördert. Er spielt hier mit dem Begriff der „Altered States of Consciousness“ (ASC), für den er alternative Perspektiven erarbeitet, die „Bewusstsein“ und „Wahrnehmung“ mit „Interaktion“ und „Kommunikation“ in Verbindung bringen, z.B. „Affective Sensual Communication“ oder „Adjusted Styles of Communication.“

Das Panel *Technologie & Bewegung* am zweiten Konferenztag beginnt mit einem Vortrag von Felix Freigang (Institut für Sozial- & Kulturanthropologie, FU Berlin), der Wechselwirkungen zwischen Mensch und Technologien am Beispiel einer Mobile-App zur Selbstbeobachtung von „Stimmungen“ analysiert, die unter anderem bei der Selbstbehandlung von depressiven Erfahrungen zur Anwendung kommt. Diese Tracking-App dient der Selbstreflexion von PatientInnen und wird als Substitut kognitiver Verhaltenstherapien vermarktet. Sie ersetzt das in der psychotherapeutischen Praxis gängige Stimmungstagebuch, indem sie Gefühle in Nummern und Symbole transformiert und verwaltet. Sie entwickelt aber auch Handlungsmacht über die NutzerInnen, indem sie beispielsweise durch Vibration zur Selbstbeobachtung mobilisiert. Diese Inter-

aktion zwischen Mensch und Technologie könne dem menschlichen Therapeuten etwas von seiner Handlungsmacht nehmen und so das Verhältnis zwischen ihm und seinen KlientInnen nachhaltig beeinflussen. Gleichzeitig werden PatientInnen aber noch technologisch kontrollierbarer und auch gläserner, da die Daten an bestimmte Interessensgruppen aus Politik und Wirtschaft weitergeleitet werden können. Shirley Chubb (Department of Interdisciplinary Art, University of Chichester, England) stellt ein weiteres Beispiel von Mensch-Maschinen-Beziehungen vor: Anhand von Videodokumentationen und Körpermessungen wird die Wahrnehmung von Schmerz bei PatientInnen mit chronischen Wirbelsäulenleiden in Bewegung aufgezeichnet. In verschiedenen Versuchen, bei denen Personen mit einer Kopfkamera und Schmerzsensoren ausgestattet von ihnen selbst gewählte Spazierwege absolvieren, wird nachhaltig aufgezeigt, wie starke Schmerzempfindungen die Gangart der Versuchspersonen und damit auch deren Blickrichtung und Außenwahrnehmung beeinflussen. Eine zentrale Erkenntnis ist, dass Schmerzempfindungen direkten Einfluss auf andere Sinneswahrnehmungen ausüben.

An die *keynote* des Vorabends anknüpfend behandelt Andrew R. Hatala (Department of Community Health Sciences, University of Manitoba, Kanada) *indigene Praktiken* der Q'eqchi Maya im südlichen Belize am Beispiel sinnlicher Prozesse bei der Behandlung von Depressionen. Seinen ursprünglich mit eingepflanzten Mitredner James B. Waldram (Department of Archaeology and Anthropology, University of Saskatchewan, Kanada) zitiert er mit dessen Kritik einer weit verbreiteten Ansicht, welche die Wirksamkeit alternativer Heilverfahren auf die Bedeutung geteilter kultureller Symbolsysteme und auf „Glauben“ beruhender Selbstheilungsprozesse reduziere. Anhand einiger Fallbeispiele zeigt er, dass hier die kognitive Ebene verlassen wird und sich die Behandlung auf spirituelle und körperliche Aspekte bezieht, wobei die PatientInnen eine eher nebensächliche Rolle einzunehmen scheinen: Sie hören unverstündlich gemurmelte Gebete, trinken einen Pflanzensud und erhalten kurze körperliche und auf ein Energiefeld bezogene nicht-körperliche Streichmassagen, kennen jedoch nicht die Bedeutung dieser Praktiken und werden auch sonst nicht aktiv eingebunden. Allerdings wird

ihre körperlich-sensorische Wahrnehmung manipuliert und so von kognitiven Prozessen des „zu-viel-Denkens“ als Erklärungsmodell für Depression abgelenkt. Dirck van Bekkum (Medizinanthropologe, Nijmegen, Niederlande) fragt, ob und wie es möglich sei, Inhalte aus indigenen Heilpraktiken in westliche medizinische und pädagogische Zusammenhänge zu übersetzen. Er ist davon überzeugt, dass ein „Lernen von indigenen Kulturen“ hilft, „moderne“ Leiden zu lindern, indem „transitional spaces“ geschaffen werden, die eine Abstandnahme vom Alltag, eine Auseinandersetzung mit sich selbst und neue soziale Erfahrungen ermöglichen. Er verweist auf die Bedeutung der Arbeit mit sinnlich wahrnehmbaren Symbolen, allerdings nicht im Kontext kulturell geteilter Bedeutungen sondern persönlicher Zuschreibungen, Emotionen und Erinnerungen. In einem Workshop während der Mittagspause möchte er diese Praxis ursprünglich einigen InteressentInnen vorstellen; es bleibt jedoch bei einem vertiefenden Austausch von Gedanken und Erfahrungen.

Der Nachmittag des zweiten Konferenztages steht zunächst ganz im Zeichen der *Kunst*. Paul Dieppe (Emeritus Professor of Health & Wellbeing, University of Exeter, England) diskutiert sein Anliegen, Humanität und Empathie als zentrale Aspekte des Heilens – im Sinne von ganzheitlichem *healing* im Gegensatz zu *curing* als Behandlungsform, die den menschlichen Körper eher als Maschine begreift – in der medizinischen stationären Behandlung in Krankenhäusern zu stärken. Er stellt ein Projekt vor, innerhalb dessen PatientInnen künstlerisch ihrem Verständnis von „Heilung“ Ausdruck verleihen können und die Resultate dann als Ausstellung in unterschiedlichen Kliniken der Öffentlichkeit zugänglich gemacht werden. Eine zentrale Beobachtung ist, dass sich zwar ÄrztInnen kaum dafür interessieren, Pflegepersonal, PatientInnen und Angehörige aber sehr gut darauf ansprechen und das Repertoire durch eigene Beiträge ständig erweitern. So wird das Projekt letztendlich zum Workshop, der Räume der Kommunikation, Fürsorge und Interaktion und damit der Hoffnung, Zuversicht und Solidarität als Gegenpol einer manchmal furchteinflößenden Technologie und Technokratie generieren. Jaana Erkkilä-Hill (University of Arts, Helsinki, Finnland) stellt ein anderes Pro-

jekt vor, welches sie unter dem Konzept eines *slow labs* subsumiert. Sie unterstreicht ihre Perspektive auf Heilung als Raum, sich mit anderen Menschen zu verbinden, und als einen anderen Bereich „unserer Realität“, der „langsames, ungehetztes“ Denken und Erfahren ermöglicht. Sie argumentiert, dass früher „Religion“ solche Räume geboten hat, dies aber heutzutage eher durch Kunst, oder einfacher, Kreativität geleistet werden kann. Sie bietet Workshops in unternehmerischen und akademischen Arbeitsumfeldern an, wo Menschen abseits des Arbeitsalltags schöpferisch zusammentreffen, um unabhängig von Status oder Hierarchie gemeinsam gestalterisch aktiv zu werden und so beispielsweise Stresserfahrungen abbauen können. Der Fokus liegt auf der geteilten körperlich-sinnlichen Erfahrung und der Erschaffung heilsamer Räume. Quasi in einer Symbiose dieser Projekte stellt Tyne C. Pollmann (Kunsthochschule Berlin-Weißensee) ihren Ansatz der *visions4people* vor, in dem sie ihre praktisch-künstlerischen und wissenschaftlich-klinischen Kenntnisse in Bezug auf die Gestaltung therapeutischer Räume im psychiatrischen Kontext zusammen bringt. Am Anfang stand die Frage, wie sich das klinische Umfeld der Behandlungen ästhetischer gestalten lässt und psychiatrische PatientInnen wurden dazu befragt. Diese wollten aber weniger „reden“ als vielmehr „machen“, woraus dann verschiedene Einzelprojekte entstanden, innerhalb derer KünstlerInnen mit PatientInnen verschiedene performative Events und bleibende Werke konzipierten, die abseits von „Zweck“ oder „Nutzen“ als „Dritter Raum“ nachhaltig neue „Ebenen der Wahrnehmung, Erfahrung, Interaktion und Handlungsmacht“ kreieren. Dieser Beitrag leitet über zum letzten Schwerpunktthema dieses Konferenztages, nämlich der *Psychiatrie*. Sabrina Del Sarto (Department of Social Social Anthropology, Federal University of Santa Catarina, Brasilien) stellt ihre Forschung innerhalb einer kardecistisch-spiritistischen Psychiatrie im brasilianischen Bundesstaat São Paulo vor. Sie beschreibt verschiedene spirituelle Behandlungsformen, welche komplementär zu einer vorwiegend pharmazeutisch und psychotherapeutisch ausgerichteten psychiatrischen Praxis auf Lesungen und die Diskussion spiritueller Schriften sowie auf Energiefeldbehandlungen und menschliche Interaktion setzen. Sie nimmt diese Praktiken je-

doch als obligatorisch wahr und stellt die Frage, ob solche Rituale unter Zwang nicht eher der Reproduktion von Leidenserfahrungen statt ihrer Heilung zuträglich sind. Sie rekapituliert in ihrer Argumentation verschiedene Perspektiven der in Brasilien stark etablierten Anti-Psychiatriebewegung und in der folgenden Diskussion wird deutlich, dass hier verschiedene soziale, politische, wirtschaftliche, kulturelle, religiöse und individuelle Faktoren zusammenkommen, die eine eindeutige Antwort auf die Frage nach dem Sinn oder Nicht-Sinn psychiatrischer Behandlung und der Integration spiritistischer Praktiken unmöglich erscheinen lässt. Jahangir Khan (Institut für Philosophie & Ethnologie, Universität Göttingen) liefert ein weiteres Beispiel der Verknüpfung psychiatrischer Versorgung mit sozio-kulturellen Fragen im Kontext von „Zwangsstörungen“ in Pakistan. Er beschreibt das Phänomen von „Waschzwängen“, welche er kulturellen Reinheitsgeboten zuordnet, ohne jedoch die Perspektive westlicher psychologischer Zuschreibungen zu verlassen und sich mit kulturellen Aspekten, Praktiken und Vorstellungen von „Reinheit“ auseinander zu setzen. Der Tag wird abgeschlossen mit einer Feierstunde zu Ehren von Ekkehard Schröder als Gründungs- und langjährigem Vorstandsmitglied der AGEM. Nachträglich zum 75. Geburtstag wird ihm die durch wichtige Wegbegleiter (Katharina Greifeld, Wolfgang Krahl, Hans Jochen Diesfeld, Hannes Stubbe) zusammengestellte Festschrift als aktuelle Ausgabe der *Curare* überreicht, die er auch über Jahrzehnte redaktionell mit gestaltete und organisierte. Er bedankt sich mit einem sehr persönlichen Rückblick auf die nunmehr 40-jährige Geschichte des Vereins und seine verschiedenen Strömungen und Entwicklungen.

Der Sonntag als letzter Konferenztag startet mit einem humorvollen Vortrag von Sjaak van der Geest (Emeritus Professor of Medical Anthropology, University of Amsterdam, Holland) unter der Prämisse *Hospital* zu einem brisanten Thema, nämlich der Defäkation anderer als „unästhetischer“ Sinneserfahrung nicht nur im klinischen Bereich sondern beispielsweise auch im eigenen Garten, wenn Nachbars Hund mal wieder ins Salatbeet gemacht hat. Er rezipiert Mary Douglas' Definition von Schmutz als „Materie am falschen Ort“ und leitet herbei, dass sich Fäkalien mit Ausnahme der eigenen Ausscheidungen im-

mer am falschen Ort befinden und Ekel und Abscheu erzeugen. Als plakatives Beispiel nennt er die Forschungserfahrung seines leider nicht anwesenden Co-Referenten Shahaduz Zaman (Department of Global Health & Infection, University of Sussex, England), der sich während seiner Erhebungen in einem Krankenhaus in Bangladesch aufgrund von Überbelegung und mangelnder Versorgung subjektiv unerträglichen Geruchseindrücken ausgesetzt sah. Er stellt darauf hin eine interessante These auf: Die Stärke des Ekels hängt von der persönlichen Nähe zwischen zwei Menschen ab. Dies unterscheidet die Pflege von Familienmitgliedern von der Praxis im Krankenhaus, wo die Intimität persönlicher Beziehungen in der Regel so gering wie möglich gehalten wird. Dies führe aber gleichzeitig auch zur Scheu der PatientInnen, ihre Bedürfnisse mitzuteilen, nicht zuletzt, da sie sich selbst durch die pflegerische Betreuung gedemütigt, entmündigt und kontrolliert wahrnehmen. Auf der anderen Seite sei aber auch die Pflege durch Angehörige problematisch, da zu viel Nähe auch als belastend empfunden werde. Während auf der PatientInnenseite die Wahrnehmung von Entwürdigung und Scham dominiere, seien Pflegende mit dem bei ihnen auftretenden Ekel im Anblick und Geruch der Ausscheidungen ihrer PatientInnen konfrontiert. Er mahnt eine bessere Vorbereitung auf diese Aspekte in der pflegerischen Ausbildung an, damit die Körperpflege als Hinwendung und Fürsorge für beide Parteien angenehmer wird. Weg von den äußeren Faktoren von Körperlichkeit und hin zur Ästhetik des inneren Körpers präsentiert Katharina Sabernig (Medizinische Universität, Wien, Österreich) überraschend neue Formen der Darstellung menschlicher Anatomie: Sie strickt Modelle menschlicher Organe und nutzt sie, um PatientInnen biologische Faktoren und Prozesse zu erläutern. Auslöser dieses Ansatzes waren Erfahrungen im Rahmen der Erforschung medizinischer Anatomiedarstellungen in Tibet, welche einen eher humorvollen Umgang mit körperlichen Darstellungen und Repräsentationen offenbaren. Die Fotografien ihrer Modelle zeigen zum Beispiel eine dreidimensionale gestrickte Gebärmutter mit Tumorentwicklungen, diverse Gewebeschnitte und andere Organe inklusive pathologischer Erscheinungen. Die Modelle sind in kräftigen Farben gestrickt, sind daher visuell ansprechend gestaltet,

laden aber aufgrund des Materials auch zur taktischen Auseinandersetzung ein. Mit ihrer Hilfe lasse sich im therapeutischen Gespräch mit PatientInnen und Angehörigen die Kluft zwischen wissenschaftlicher, rational-kognitiver Beschreibung und menschlicher sensorisch-emotionaler Wahrnehmung mit allen inhärenten Ängsten und Zweifeln bzgl. operativer Eingriffe überwinden, indem das Beratungsgespräch zu einem angenehmen sinnlichen Erlebnis wird.

Mit dem letzten Vortrag der Tagung nähern wir uns damit auch der Bedeutung von *Substanzen* innerhalb therapeutischer Praktiken, aber Natalie Harriman (Medical School, Brighton & Sussex, England) liefert wesentlich mehr als ihre ursprünglich anvisierte Diskussion homöopathischer Praktiken in Konkurrenz zu biomedizinischen Verfahren. Im Rahmen ihres Vergleichs von Diagnose- und Behandlungsformen zwischen Homöopathie und Biomedizin greift sie verschiedene Eckpunkte der Konferenz auf und plädiert für eine Neubewertung von Begriffen wie Heilung, Ästhetik, Empathie, Intuition und Imagination als zentrale Faktoren einer therapeutischen Praxis, welche die sinnliche Wahrnehmung und Verarbeitung von Erfahrung berücksichtigen. Sie

betont den Aspekt der „Transformation“ im Kontext von Heilung und leitet damit die abschließende Diskussion dieses insgesamt fachlich wie menschlich sehr berührenden Austauschs von Erfahrungen, Perspektiven und Meinungen ein. Die abschließende Reflexion durch Helmar Kurz, die Kommentare der TeilnehmerInnen und die Beifallsbekundungen bestätigen dann auch die Bedeutung der Erforschung und Beschreibung sinnlicher Faktoren in der therapeutischen Praxis als ein wichtiges zukünftiges medizinethnologisches Thema in der Auseinandersetzung mit, aber gleichzeitig auch der Abgrenzung von biomedizinischen und psychiatrischen Diskursen, die den Aspekt menschlicher Erfahrung in ihrer Selbstbezogenheit leider zu oft vernachlässigen und übersehen. Die grundlegende Erkenntnis ist, dass Körperlichkeit und Sinnlichkeit unabhängig von therapeutischen Erklärungsmodellen und Heilansätzen eine zentrale Rolle in der Wahrnehmung und Akzeptanz durch die PatientInnen, und damit auch für den medizinischen Erfolg spielen. Diese Perspektive, so der Konsens vieler TeilnehmerInnen, soll weiter verfolgt, untersucht und beschrieben werden.



MARION NAUBER absolvierte eine kaufmännische Ausbildung und arbeitete einige Jahre als Sekretärin und Sachbearbeiterin beim Stifterverband für die Deutsche Wissenschaft, u. a. im Bereich medizinischer und alternativmedizinischer Stiftungen. Nach einer Familienphase, in der sie drei Kinder großgezogen hat, machte sie sich als Coach für Ernährungs- und Gewichtsmanagement selbständig und absolvierte parallel die amtsärztliche Prüfung für die Zulassung als Heilpraktikerin (eingeschränkt für Psychotherapie). Seit 2016 studiert sie an der WWU Münster Religionswissenschaft und seit 2017 Kultur- & Sozialanthropologie. Ihre medizinethnologischen Interessen liegen vor allem im Bereich „alternativer“ Heilverfahren und Psychotherapie.

e-mail: marion.eva.nauber@t-online.de



HELMAR KURZ M.A. studierte von 2003–2009 Ethnologie, Religionswissenschaft und Ur- & Frühgeschichte an der WWU Münster/Deutschland. Seit 2011 lehrt und forscht er zu aktuellen Fragestellungen innerhalb der Religions- & Medizinethnologie und der Trans/Kulturellen Psychiatrie. Er entwickelt Projekte und Workshops bzgl. der interdisziplinären und internationalen Auseinandersetzung mit Spannungsfeldern wie *Religion & Psychiatrie*, *Global Mental Health* und *Migration*. Er fokussiert sozio-kulturelle, religiöse, politisch-ökonomische und individuelle Aspekte der Erfahrung, Wahrnehmung, Interpretation, Darstellung und Bearbeitung von Gesundheit, Krankheit und Heilung, und widmet sich insbesondere „spirituellen“ Therapieformen als performativ-ästhetische „Praktiken und Techniken des Körpers“. Seit 2015 ist er wissenschaftlicher Mitarbeiter von HELENE BASU am Institut für Ethnologie der WWU Münster im DFG-Projekt „Diversifizierung von Mental Health – Therapeutische Orte des brasilianischen Spiritismus“.

WWU Münster (University of Muenster), Institut für Ethnologie
Stuttstr. 21, 48149 Muenster/Germany
e-mail: helmar.kurz@wwu.de

Preparing for Physicians. The Ambivalences of Empowerment

Bericht zur gemeinsam ausgerichteten Tagung der Arbeitsgemeinschaft Ethnologie und Medizin (AGEM) und des Sonderforschungsbereichs Medien der Kooperation, Universität Siegen, 27. & 28. Juni 2019

JULIAN HÖRNER

Ende Juni 2019 schloss sich im Haus der Siegerländer Wirtschaft thematisch der Kreis einer Tagungsreihe, die das Verhältnis von Ärzt*innen und Patient*innen in den Blick nimmt. Die Siegener Organisatoren der Tagung, Ehler Voss und Cornelius Schubert, blickten in ihrem Eröffnungsvortrag nochmals auf die Themen der einzelnen Konferenzen zurück: Die Tagungsreihe begann zwei Jahre zuvor mit einer Tagung zu *Heilungskooperationen* zwischen heterogenen Akteuren, die nicht zwingend konsensual vonstatten gehen müssen. In *Curare* 41 (2018) 1+2 sind ausgewählte Beiträge dieser Tagung im Themenheft „Heilungskooperationen. Heterogene Kooperationen jenseits dyadischer Interaktionen“ zu finden. Die darauffolgende Tagung *Preparing for patients* richtete ihren Blick darauf, wie biomedizinische Verfahren anwendende Ärzt*innen und Praktizierende heterodoxer Heilweisen in ihrer Ausbildung formell und informell auf die Begegnung mit Patienten vorbereitet werden.

Preparing for physicians, der dritte Teil dieser Reihe, vollzieht einen Perspektivwechsel und fragt nun, wie sich Patient*innen auf die Begegnung mit Ärzt*innen vorbereiten und was passiert, wenn Ärzt*innen und Patient*innen aufeinandertreffen. Cornelius Schubert zufolge gibt es seit der Jahrtausendwende eine Konvergenz zwischen medizinischen und medialen Technologien. Dabei stellt sich die Frage, welche Rolle neue mediale Technologien für das Gesundheitshandeln der Menschen spielen und wie Internet, E-Health, mHealth und Telemedizin das Arzt-Patienten-Verhältnis verändern. Viele dieser neuen Technologien werden als Mittel zum Empowerment betrachtet. Das dominierende Argument in diesem Diskurs: Empowerment ist als eine Strategie zu sehen, die sich gegen ein paternalistisches Modell in der Arzt-Patienten-Beziehung richtet und die darin enthaltenen Hierarchien tendenziell nivelliert. Die Beiträge der Ta-

gung beschäftigten sich alle mit biomedizinischen Themen und versuchten, diese Ambivalenzen und Asymmetrien auszuloten und nach ihren Auswirkungen zu fragen.

Als Hauptredner der Tagung war Nick J. Fox (Sheffield/Huddersfield) eingeladen. In seinem Vortrag *Power, technology, resistance: the material micropolitics of health encounters* beleuchtete der Vertreter des neuen Materialismus und der post-humanistischen Soziologie die triadischen Interaktionen zwischen Patienten, medizinischen Fachkräften und dem neoliberalen Gesundheitsmarkt. Um seinen mikropolitischen Ansatz hierfür zu erklären, führte Fox zunächst in die Perspektive des neuen Materialismus ein. Diese unterscheidet sich stark von konventionellen Sichtweisen, die einem linguistischen oder kulturellen Paradigma folgen. Einige Aspekte seien hier genannt: Der neue Materialismus erforscht nicht nur die Interaktionen zwischen menschlichen Akteuren. Er befasst sich auch mit den Interaktionen, die sich zwischen nicht-menschlichen Akteuren abspielen. Dadurch verabschiedet er sich von der Hervorhebung sozialer Strukturen, Systeme und Mechanismen und betont stattdessen die Mikropolitiken von Assemblages und deren Potenzialitäten. Letztlich überschreitet dieser neu-materialistische Ansatz die Dualismen von Kultur und Natur, Mikro- und Makroebene sowie menschlichen und nicht-menschlichen Akteuren.

Dem folgte ein kurzer Überblick über einige seiner früheren Forschungen. Fox beschäftigte sich etwa mit der Materialität von Operationssälen und deren semiotischen Bedeutungsproduktion, dem Einfluss des Internets auf Konsum und Vertrieb verschiedener Pharmazeutika sowie den Interaktionen zwischen Fettleibigkeit, Lebensmittelindustrie und dem Gesundheitswesen. Seine neueren Forschungen beschäftigen sich mit den Mikropolitiken digitaler Medizinprodukte. Dabei

interessiert ihn vor allem die Frage: Was tun diese Technologien tatsächlich? Fox geht es dabei um die Potenzialitäten, die entstehen, wenn digitale Medizinprodukte und menschliche Körper aufeinandertreffen – physische, psychische, emotionale sowie soziale, ökonomische und politische Potenzialitäten.

Anhand dreier Beispiele zeigte er, dass diese neuen Technologien zwar das Kontrollgefüge zwischen medizinischen Fachkräften und Konsumenten zugunsten der Konsumenten verschieben mögen. Gleichzeitig stärken sie jedoch den digitalen Kapitalismus und tragen zu einer Individualisierung und Neoliberalisierung medizinischer Versorgung bei. Seinen Vortrag schloss Nick J. Fox mit dem Vorschlag, diese Technologien im Sinne einer bürgerzentrierten Gesundheit (*citizen health*) umzuwidmen und zu demokratisieren – beispielsweise indem man bereits existierende Apps dafür verwendet, dezentral die Feinstaubbelastung der Luft zu messen, die erhobenen Daten auszuwerten und über soziale Netzwerke Proteste und Koalitionen gegen die Luftverschmutzung auf lokaler Ebene zu organisieren.

Tommaso Bruni (Bonn) zeigte in seinem Vortrag *mHealth and democratization: a critical analysis*, dass das viel beschworene Empowerment und die Demokratisierung der Arzt-Patienten-Beziehung im Kontext von Gesundheits-Apps vor allem als rhetorische Figuren anzusehen sind. Dadurch verschleiern App-Entwickler und -Betreiber lediglich die Macht durch Algorithmen (*power through the algorithm*; vgl. BEER 2009) als eine neue Form der Bio-Macht, die sie durch diese Programme als zwischen Arzt und Patienten getretene Instanz ausüben. Die von Bruni angeführten Beispiele verdeutlichen: Wollen Patienten diese Apps benutzen, müssen sie den vorgegebenen Strukturen der App-Architektur und somit in aller Regel dem Paradigma der evidenzbasierten Medizin folgen. Denn fußend auf dieser Logik haben die App-Entwickler die Programme geschrieben. Bei einigen Apps stehen auch finanzielle Interessen des Handels mit Nutzerdaten hinter der vordergründigen Gesundheitsdienstleistung.

In *The 'dance of urgency' in the emergency department: negotiations of agency and deservingness between 'improper users', medical staff and diagnostic infrastructure* fragten Mirko Pasquini (Uppsala) und Stefan Reinsch (Lübeck), wie Patient*innen in

überfüllten Notaufnahmen kategorisiert werden, um deren Hilfsbedürftigkeit und die Dringlichkeit einer Behandlung festzustellen. Anhand empirischer Untersuchungen im deutschen und italienischen Kontext zeigten sie, wie Patient*innen Handlungsmächtigkeit (*agency*) erlangen können – selbst in einem Feld sehr asymmetrischer Machtverhältnisse, wie dem der Notaufnahme. Hierzu konzentrierten sich Pasquini und Reinsch auf die immerhin rund 70 Prozent der Patient*innen, die keine echten Notfälle sind. In einem der ständigen Improvisation unterliegenden Tanz der Dringlichkeit (vgl. CUSSINS 1996) als kollektiver Aushandlung von Hilfsbedürftigkeit schaffen es solche Patient*innen immer wieder, die eigentlich objektiven Kategorisierungen zu unterlaufen und in der Behandlung vorgezogen zu werden.

Julia Perry (Göttingen) nahm in *Advance research directives in the context of dementia: affected people's anticipation and experts' recommendations* Bezug auf eine 2019 beschlossene Änderung des Arzneimittelgesetzes. Dadurch ist es nun möglich, auch nichteinwilligungsfähige Personen in klinische Studien einzubinden – unter der Voraussetzung, dass sie eine Forschungsvorausverfügung (*Advance Research Directive*) verfasst haben. Ein möglicher Nutzen für Betroffene: Die Verfügungen ermöglichen selbstbestimmte Entscheidungen für die eigene Zukunft. Gleichzeitig haben Betroffene Angst davor, die zuvor getroffenen Entscheidungen im fortgeschrittenen Stadium einer Demenz nicht mehr widerrufen zu können. Aus Sicht der befragten Experten sollten unter anderem standardisierte, teilweise vorformulierte Vorlagen entwickelt werden, die das Ausfüllen von Forschungsvorausverfügungen erleichtern. Zusätzlich müsse aber auch Fachpersonal ausgebildet werden, dass Patient*innen beim Ausfüllen solcher Verfügungen unterstützend begleitet.

Gleich im Anschluss hielt Julia Perry einen zweiten Vortrag in Vertretung für Sabine Wöhlke (Göttingen). Darin stellte Sie die Ergebnisse einer Studie vor, die die beiden Kolleginnen zusammen mit Silke Schick Tanz und Manuel Schaper im Rahmen eines klinischen Forschungsprojekts in Göttingen durchgeführt hatten: Die Ergebnisse von *Physicians' communication patterns for motivating cancer patients to biomarker research: empirical insights and ethical issues* fußen auf einer Sekundäranalyse von 93 Interviews und 54 Beob-

achtungsprotokollen von Arzt-Patienten-Gesprächen. Wöhlke konnte zusammen mit ihrer Forschungsgruppe zeigen, dass die behandelnden Ärzt*innen die Studienteilnahme stets als etwas Positives darstellten. Zwei Kommunikationsmuster herrschten in den Gesprächen vor: eine Reputationsstrategie, bei der die eigene ärztliche Autorität oder die Autorität der Klinik herausgestellt wird, und eine Reziprozitätsstrategie, die auf das Engagement der Patient*innen abzielt. Die Doppelrolle der Ärzt*innen als Behandler*innen und Forscher*innen stellte sich dabei als problematisch heraus. Dadurch erhielten die Patient*innen nicht genügend – und vor allem keine allgemeinverständlichen – Informationen, um eine wirklich informierte Entscheidung für oder gegen eine Teilnahme an der Biomarkerforschung fällen zu können. Auch wurden in den Konsultationen mögliche alternative Behandlungen ausgeklammert, wie beispielsweise die Palliativversorgung. Umso wichtiger sei es daher, ethisch einwandfreie Kommunikationsmuster auf ärztlicher Seite zu stärken – so die Empfehlung der Forschungsgruppe.

Den letzten Vortrag der Tagung hielt Tetiana Stepurko (Kiew). Unter dem Titel *Patients, consumers or clients: what label is preferred for the health care assistance seeker in Ukraine?* stellte sie eine von ihr betreute Masterarbeit von Daryna Kutuzova vor. Die interviewbasierte, empirische Studie wirft ein Schlaglicht auf das Gesundheitssystem in der Ukraine der Jahre 2015 und 2016, vor dessen Reformierung. Für medizinische Behandlungen werden in der Ukraine oft hohe informelle Zahlungen von den Patienten erwartet, obwohl die Gesundheitsversorgung staatlich garantiert und offiziell kostenfrei ist. Vor diesem Hintergrund fragt Kutuzova, ob sich mit diesen Zahlungen auch die Rolle der Patient*innen verändert: weg von passiv auftretenden Kranken hin zu aktiven Konsument*innen. Die Ergebnisse der Studie zeigen, dass ukrainische Ärzt*innen weiterhin versuchen, am traditionellen, extrem paternalis-

tisch geprägten Arzt-Patienten-Verhältnis festzuhalten. Gleichzeitig scheinen einige der befragten Patient*innen sehr wohl eine aktivere Rolle einzunehmen und sich an therapeutischen Entscheidungen stärker beteiligen zu wollen. Zusammen mit einer generellen Haltung des Misstrauens gegenüber dem staatlichen Gesundheitssystem auf Patient*innenseite führt dies zu latenten Konflikten zwischen den verschiedenen Akteuren des ukrainischen Gesundheitssystems.

Nach der wissenschaftlichen Tagung im kleinen Kreis der Vortragenden öffnete sich der Konferenzsaal für eine öffentliche Podiumsdiskussion. Trotz des strahlenden Sommertages mit Temperaturen von weit über 30 Grad fanden sich etwa 20 Interessierte im Haus der Siegerländer Wirtschaft ein. *Heilungsk Kooperationen: Was geschieht, wenn Ärzt*innen und Patient*innen aufeinandertreffen?* war der Titel der Veranstaltung. Ehler Voss und Cornelius Schubert moderierten die zweistündige Diskussion. Ein siebenköpfiges Panel aus Patientenvertreterinnen, Ärzten, Versorgungsforscherinnen und -forschern diskutierte sehr offen, stellenweise auch kontrovers mit dem Publikum. Sowohl auf Expertenseite als auch auf Seiten des Publikums war man sich einig: Vor allem die Qualität der Gespräche zwischen Ärzt*innen und ihren Patient*innen sei von zentraler Bedeutung, um Missverständnisse und Unsicherheiten auszuräumen. Dazu gehöre auch der Dialog mit Selbsthilfegruppen. Diesen gelte es zu institutionalisieren und auch ins Curriculum der ärztlichen Ausbildung aufzunehmen – so eine der Anregungen aus dieser Diskussionsrunde.

Literatur

- BEER, DAVID 2009. Power through the algorithm? Participatory web cultures and the technological unconscious. *New Media & Society*, 11(6): 985–1002.
- CUSSINS, CHARIS 1996. Ontological Choreography: Agency through Objectification in Infertility Clinics. *Social Studies of Science*, 26(3): 575–610.



JULIAN HÖRNER Dr. phil. arbeitet als Gesundheitsjournalist im Online-Bereich für das Special-Interest-Medium *apotheken-umschau.de*. Er studierte Volkskunde/Europäische Ethnologie, Religionswissenschaft und Technikgeschichte an der Ludwig-Maximilians-Universität München, wo er auch promovierte. Seine 2018 bei Königshausen & Neumann erschienene Dissertation beschäftigt sich mit dem Strukturwandel im deutschen Kurwesen und trägt den Titel: „Die klassische Kur stirbt“. Zum Wandel medikaler Strukturen im Rottaler Bäderdreieck heute.

Jahnstraße 2, 82110 Germering
e-mail: julian.hoerner@gmx.de

NACHRUF
OBITUARIES

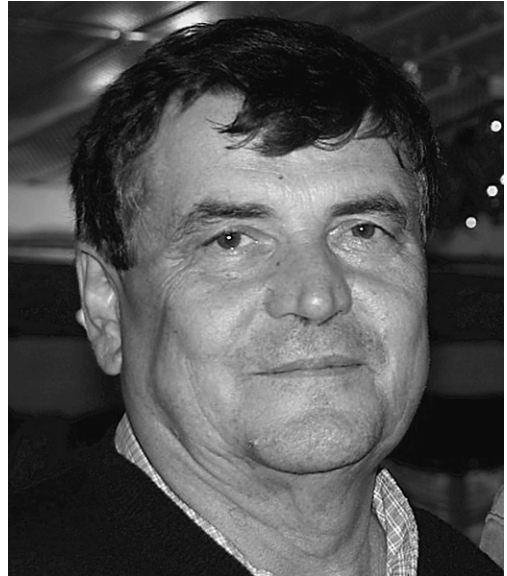
Experte in zwei Welten

Der Arzt und Ethnomediziner Armin Prinz (1945–2018)

Ao. Prof. DDr. Armin Prinz, ehemaliger Leiter der Abteilung Ethnomedizin der Medizinischen Universität Wien, verstarb völlig unerwartet am 25. August 2018. Armin Prinz, am 29. Juli 1945 in Öblarn geboren, studierte Ethnologie und Medizin in Wien und habilitierte sich im Fach Ethnomedizin an der MedUni Wien. In seinen beiden Tätigkeiten – als Notarzt am Wiener Flughafen und als Abteilungsleiter an der MedUni Wien – verkörperte er die Medizin und die Ethnologie wie sonst keiner und lebte eine echte Interdisziplinarität. Oft sagte er: „Für die Mediziner bin ich der Ethnologe und für die Ethnologen bin ich der Mediziner.“ Er sah sich als beides und war amüsiert, wenn ihn Menschen auf das eine oder andere festlegen wollten.

Armins Lebensweg war nicht gradlinig. Als Jugendlicher brach er die Mittelschule ab, entschloss sich mit 16 Jahren zur See zu fahren und schloss die Seemannsschule auf dem „Schulschiff Deutschland“ in Bremen ab. Er arbeitete einige Jahre für große deutsche Reedereien – eine Malariaerkrankung bewog ihn aber, den Beruf aufzugeben. Mit 24 holte er die Matura als Externist nach und begann, Ethnologie zu studieren und später Medizin. Während seines Doppelstudiums verbrachte er mehrere Jahre in entlegenen Gebieten im damaligen Zaire, jetzt Demokratische Republik Kongo. Nach dem Abschluss beider Studien und der Absolvierung des Turnus kehrte er für seine Forschungen über viele Jahre immer wieder in den Nordost-Kongo zu den Zande zurück, drehte professionell Filme und unterstützte die WHO als Berater beim Ebola-Ausbruch in Isiro 2012.

Schon ab 1981 begann er, seine legendären Vorlesungen zu halten. Viele von uns haben ihn vor allem dort kennengelernt und uns von seiner umfassenden Expertise, seinem Witz und seiner Begeisterung für Afrika mitreißen lassen. Er publizierte zu den Themen Ethnomedizin, Ernährungsanthropologie, Ethnopharmakologie und Medizingeschichte und habilitierte sich schließlich 1989. Er betreute zahlreiche Studierende, die er auch immer wieder in seine Forschungen im Kongo und im Senegal einband. Er baute eine eigene Bibliothek auf und gründete die Samm-



lung Ethnomedizin, die mit Objekten und vor allem zeitgenössischen Malereien von mittlerweile namhaften Künstlern aus Afrika, heute im Weltmuseum untergebracht ist. Teile davon waren in der Ausstellung „Congo Stars“ 2018/2019 im Kunsthaus Graz und in der Kunsthalle Tübingen zu sehen.

Armin Prinz war passionierter Wissenschaftler, Mentor, Arzt und Ethnologe, und er war auch ein Visionär für viele Themen, die er so nicht benannt haben wollte, wie „interkulturelle Kompetenz“ oder „global health“. Seine KollegInnen, ehemaligen StudentInnen und seine Familie werden ihn sehr vermissen.

RUTH KUTALEK

Dieser Text erschien am 31.08.2018 zuerst auf der Webseite der Medizinischen Universität Wien:

<https://www.meduniwien.ac.at/web/ueber-uns/news/detailseite/2018/news-im-august-2018/trauer-um-armin-prinz/>,

vgl. auch „Remembering Armin Prinz (1945–2018)“:

<http://medanthrotheory.org/read/11119/remembering-armin-prinz-1945-2018>.

Grenzgängerin aus Leidenschaft

Das Leben der Kulturanthropologin Ina Rösing (1942–2018)

Ina Rösing wurde am 4. Februar 1942 als zweite Tochter der Anthropologin Ilse Schwidetzky und des Kaufmanns Bernhard Rösing in Breslau geboren. Der Vater starb 1944 bei einem Fliegerangriff. Die Mutter floh 1945 mit ihren drei Kindern vor der Roten Armee in die Nähe von Mainz.

Schon als Gymnasiastin half Ina ihrer Mutter bei anthropologischer Feldarbeit auf den Kanarischen Inseln. Nach dem Abitur begann sie mit dem Studium der strikt experimentellen Biologie an der Freien Universität Berlin. Dabei überschritt sie schon ihre erste Grenze, indem sie sich für *experimentelle Psychologie* zu interessieren begann. Sie bewarb sich nach dem Diplom um Stipendien in die USA und erweiterte ihr Wissen ein Semester lang an der Duke University in Durham/North Carolina und – noch intensiver – ein Semester an der Harvard University bei dem Protagonisten des Behaviorismus, Fred Skinner.

Zurück in Deutschland begann sie eine Doktorarbeit an der Universität Bochum, in deren Verlauf sie bei Experimenten mit „Versuchspersonen“ mit massiven ethischen Problemen konfrontiert wurde. Dies führte dazu, dass sie den Wissenschaftsbetrieb als Ganzes erforschen und vor allem im Hinblick auf seine ethischen Defizite reflektieren wollte. Sie tat sich dabei mit dem führenden britisch-amerikanischen Wissenschaftssoziologen Derek de Solla Price von der Yale University zusammen und gab mit ihm das „International Handbook of Science Policy Studies“ heraus. Die so erworbenen Kenntnisse gingen dann in ihre Habilitation im Fach Wissenschaftsforschung ein. Sie wendete ihr methodisches Wissen auf die Anthropologie an, indem sie – zusammen mit ihrer Mutter – eine umfangreiche und akribische Analyse der Lage dieses Faches, insbesondere in seinem Verhältnis zur deutschen Humangenetik vorlegte¹. Als ihr von der Universität Ulm die Leitung der Abteilung für Anthropologie angeboten wurde, nahm sie diese gerne an, wandelte die Abteilung aber bald in ein „Institut für Kulturanthropologie“ um.

Neben diesen wissenschaftlichen Arbeiten machte Ina auch persönliche Erfahrungen mit



Sterben und Tod. Diese führten zu ihrem Entschluss, die Psychotherapie für Sterbende zu einem eigenen Forschungsgebiet zu wählen und eine zehnjährige formale Ausbildung in Psychotherapie nach C. G. Jung zu absolvieren. Diese Erfahrungen mit Thanato-Psychotherapie und Psychotherapieforschung führten Ina an die Grenze zwischen biologischer und kultureller Anthropologie. Ihre Fragen waren dabei: Wie heile ich als Psychotherapeutin eigentlich? Wie lindere ich Leid? Wie vermag etwas heilsam zu sein, was auf rein symbolischer Ebene – ohne Pillen, Spritzen, Massagen, Operationen – stattfindet? Besonders interessierte sie die „*Common-factor-Forschung*“, die Suche nach jenen *gemeinsamen Faktoren*, welche jenseits spezieller psychotherapeutischer Schulen heilwirksam sind.

Sie war hingegen der Auffassung, dass diese Forschung nicht radikal genug fragt, weil sie immer einen *common factor* nicht ausschließt, näm-

lich den kulturellen. Die Frage nach dem heilsamen *common factor* symbolischer Heilung schien ihr um vieles radikaler untersuchbar, wenn man nicht verschiedene Schulen innerhalb unserer Kultur untersucht, sondern transkulturell forscht, d. h. verschiedene Kulturen miteinander vergleicht. Um dieser Frage nachgehen zu können, suchte sie sich eine fremde Kultur aus, die zwei Bedingungen erfüllte: Sie sollte eine reiche Tradition an symbolischer Heilung kennen und natürlich noch nicht untersucht sein. Eine derartige Kultur suchte sie vorrangig in Südamerika, weil sie seit ihren ersten Arbeiten auf den Kanarischen Inseln die spanische Sprache beherrschte. In den Bibliotheken der Universitäten von Santiago de Chile und der bolivianischen Hauptstadt La Paz fand sie die Kallawaya-Kultur, gelebt von Nachfahren der Inkas, die in der Apolobamba-Kordillere, einer hochgelegenen (3000 bis über 4000 m Höhe) und ziemlich unzugänglichen Region Boliviens, Ackerbau und Viehzucht betrieben.

Ein Jahr wollte sie vor Ort bleiben, aber weil die dortige Ritualistik so reich und vielseitig war, wurden 15 Jahre daraus. Zählte sie die Monate ihrer dortigen Aufenthalte zusammen, so kam sie auf über vier ganze Jahre. Natürlich richteten sich die andinen Rituale nicht nach den deutschen Semesterferien. Deshalb ließ sie sich immer wieder von der Leitung ihres Ulmer Instituts beurlauben. DFG, VW-Stiftung und Robert Bosch Stiftung kamen dann für ihren Unterhalt auf.

Als erstes merkte sie, dass Spanisch – die Sprache der Eroberer und Missionare – nicht ausreichte und sie Quechua, die Sprache der indigenen Indios lernen musste. Diese Sprache ist sehr schwer zu sprechen, aber Ina lernte sie perfekt, worauf sie sehr stolz war. Sie verfasste sogar zusammen mit einer Indigena ein deutsches Quechua-Sprachlehrbuch.²

Statt *common factors* und symbolischer Heilung interessierte sie jetzt vor allem die transkulturelle Begegnung von Religionen – in ihrem Fall von animistischer Andenreligion und Christentum³. Als wichtigstes Ergebnis ihrer Forschung sah sie das Konzept der *Opferschuld* an, welches erklärt, warum sich die Andenreligion behaupten konnte.⁴ Nur die von ihr entwickelte Methode der „Sprechenden Anthropologie“ konnte dieses Ergebnis belegen, nämlich die, dass nicht die Forscherin ihre *Interpretationen* wiedergibt, sondern dass alle

Gespräche auf Tonband aufgenommen und ausgewertet werden.⁵

Inas „zweitwichtigster Fund“ ist die Existenz von zehn verschiedenen Geschlechtern bei Bewohner*innen des andinen Großdorfes Amarete.⁶ Die Geschlechter werden zunächst vom biologischen Geschlecht bestimmt; in der weiteren Folge hängen sie für jede Person permanent von der Lage der im Besitz befindlichen Äcker und temporär von den wahrgenommenen Ämtern im örtlichen Syndikat ab. Die Geschlechter legen bei Versammlungen und Ritualen die Sitzordnung, die Tanzordnung und viel anderes mehr fest. Auch dieses Ergebnis fand sie mithilfe der Sprechenden Anthropologie.

Neben ihren Studien der Rituale gründete Ina dort auch eine medizinische Station nach westlicher Ausrichtung. Die Finanzierung garantierte der deutsche Verein „Indianerhilfe“. Außerdem bezahlte sie zwei besonders begabten jungen Männern der Region ein Medizinstudium in La Paz.

Als Ina 1993 zwei ehrenvolle Wissenschaftspreise für ihre Andenforschung erhielt, darunter den mit 150 000 DM dotierten Landesforschungspreises von Baden-Württemberg, eröffnete sich für sie die Möglichkeit, ihre wichtigsten Befunde zum Synkretismus zweier Religionen in den Anden zu erweitern. Sie war auf der Suche nach einem Gebiet, in dem ebenfalls eine Naturreligion mit einer sogenannten Hochreligion konfrontiert worden war. Für eine fundierte Vergleichbarkeit sollten dort die Bedingungen ähnlich sein wie in den Anden. Als ein solches Gebiet bot sich der buddhistische Kulturraum im Grenzgebiet des Himalaja zwischen Ladakh/Indien und Tibet/China an. Hier lässt sich die Begegnung von Buddhismus und vorbuddhistischem Bön-Schamanismus studieren. Zwei zusätzliche Schwierigkeiten waren dort zu bewältigen: Erstens war – neben Englisch – die Beherrschung dreier Sprachen in ihren jeweiligen Schriften nötig (Hindi, Ladakhi und Tibetisch). Um zu heilen, versetzen sich die Schamanen in Trance; während andine Medizinmänner in ihrem normalen Bewusstseinszustand bleiben, behaupten die Schamanen in Ladakh, alles, was sie im Trancezustand gesagt und getan haben, hinterher nicht mehr zu wissen. Zweitens lag also eine weitere Schwierigkeit in der Frage, wie man als Forscherin an das hermetisch verschlossene Wissen der Schamanen überhaupt herankommt.⁷

Ina studierte zunächst die zwei häufigsten Arten des Schamanismus im hoch gelegenen Ladakh: monastische Orakel und Dorfschamanen. Ihre Fragestellungen waren, wie diese zunächst von Verrücktheit geschlagen sind (als Voraussetzung für ihre Berufung), wie sie von den buddhistischen Rinpoches kontrolliert werden, wie sie bei ihren Séancen in Trance gehen und wie bei allen nach jeder Séance Erschöpfung und absolute Amnesie vorherrschen.⁷

Später reizte es Ina, einen der ganz wenigen nomadischen Schamanen aufzusuchen, der noch nie mit einem Menschen westlicher Kultur Kontakt gehabt hatte. Dazu rüstete sie 1999 und 2000 zwei veritable Expeditionen zu den Changpa-Nomaden aus, die auf dem Changthang (*byang thang*) leben (bei dieser von hohen Bergen umschlossene, auf durchschnittlich 4500 m gelegene Wüstenei handelt es sich um die größte Hochebene der Welt. Der größere Teil des Gebietes gehört politisch zu Tibet (China), der kleinere, etwa 21 000 km² umfassende Teil zu Ladakh (Indien). Ina beschrieb als erstes die noch wenig erforschten Hirtennomaden jener Gegend. In jedem Zelt fand sie einen buddhistischen Altar, vielleicht sogar mit einem Foto des Dalai-Lama versehen, aber in den Köpfen der Bewohner*innen war überall noch ein Pantheon von *Lhas* (Göttern) und *Des* (Geistern/Dämonen) aus der alten Bön-Religion präsent. Schließlich fand sie auch den von ihr gesuchten nomadischen Schamanen Lhapa Thundup und nahm an mehreren seiner Séancen teil. Die Wiedergabe und Interpretation eines großen, von ihr genau dokumentierten Schamanengesangs beschäftigten sie und ihre drei Übersetzer noch viele Tage und Wochen. Sogar das sie so brennend beunruhigende Problem der Amnesie konnte sie durch die Befragung des Schamanengehilfen einigermaßen befriedigend klären.

Nach ihrer Emeritierung gründete Ina ihr eigenes *Institut für Transkulturelle Forschung e. V.* in Ulm. Es diente ihr hauptsächlich als Basis für das Schreiben von Büchern, in denen sie gängige Begriffe, wie Intelligenz und Dummheit⁸, Weisheit⁹, Verwundete Heiler*innen¹⁰, Burnout¹¹ und enttäuschte Liebe¹² unter transkulturellen Aspekten behandelte. Sie hielt auch noch viele Vorträge und organisierte Ausstellungen über ihre Arbeiten. Sie war eine leidenschaftliche und begnadete Vortragende und Fotografin, die ihre Zuhörerschaft mit

Wort und Bild fesseln konnte. Von ihrer Arbeit in den verschiedenen Gebieten zeugen über 30 000 Fotos, die sie digitalisieren ließ und mit anderen Sammelstücken dem Grassmuseum für Völkerkunde in Leipzig hinterließ.

Inas Leben führte, ausgehend von der Experimentellen Psychologie, über Wissenschaftssoziologie und Thanatologie zur Psychotherapieforschung. Ina überschritt die Grenzen zwischen diesen Arbeitsfeldern meist spielend und nahm bei jeder Überschreitung ihre bisherigen Erfahrungen mit. In einem ihrer geschliffenen späten Vorträge bezeichnete sie diesen Weg als „eine Spirale nach oben“. Die Spirale führte sie zu einer Hochebene, nämlich der Kulturan-



Das Bild zeigt Ina Rösing zusammen mit dem Autor dieses Nachrufs, mit dem sie seit 1999 verheiratet war und der sie gelegentlich in ihre Forschungsgebiete in Bolivien und in Ladakh/Indien begleitete.

thropologie. Deren Forschungszweck sei, so sagte sie, „aus der eigenen Kultur die fremde zu erfahren, und von der fremden Kultur Zugänge zu noch nicht gesehenen oder abgespaltenen Anteilen der eigenen zu finden.“ Ihre Errungenschaften gemäß diesem Anspruch wurden durch eine Mitgliedschaft in der Heidelberger Akademie der Wissenschaften und durch einen Ehrendoktor der Universität Luzern gewürdigt.

Ina teilt auf dem Friedhof von Ulm-Grimmelfingen das Grab mit ihrer Mutter.

REINHARDT RÜDEL

Erwähnte Literatur von Ina Rösing

- 1 SPIEGEL-RÖSING INA & SCHWIDETZKY ILSE 1982. *Maus und Schlange. Untersuchungen zur Lage der deutschen Anthropologie*. München: Oldenbourg-Verlag.
- 2 RÖSING INA & TAMAYO GLORIA 1995. *Ulmer Quechua-Lehren*. Ulm: Ulmer Sprachstudien des Zentrums für Sprachen und Philosophie der Universität.
- 3 RÖSING INA 1997. *Jeder Ort – ein heiliger Ort. Religion und Ritual in den Anden*. Zürich/Düsseldorf: Benziger Verlag.
- 4 RÖSING INA 2001. *Die heidnischen Katholiken und das Vaterunser im Rückwärtsgang*. Heidelberg: Universitätsverlag C. Winter.
- 5 RÖSING INA 2011. *Ritual-Rigorousität. Komplexe andine Rituale in T'oqoroqo*. Gnas/Austria: Herbert Weishaupt-Verlag.
- 6 RÖSING INA 2008 (2. Aufl.). *Religion, Ritual und Alltag in den Anden. Die zehn Geschlechter von Amarete*. Berlin: Dietrich Reimer-Verlag.
- 7 RÖSING INA 2003. *Besessenheit und Amnesie. Bei den Changpa-Nomaden im ladakhischen Changthang*. Gnas/Austria: Herbert Weishaupt-Verlag.
- 8 RÖSING INA 2004. *Intelligenz und Dummheit*. Kröning: Asanger-Verlag.
- 9 RÖSING INA 2006. *Weisheit – Meterware, Maßschneidung, Missbrauch*. Kröning: Asanger-Verlag.
- 10 RÖSING INA 2007. *Der Verwundete Heiler. Kritische Analyse einer Metapher*. Kröning: Asanger-Verlag.
- 11 RÖSING INA 2008 (2. Aufl.). *Ist die Burnout-Forschung ausgebrannt?* Kröning: Asanger-Verlag.
- 12 RÖSING INA 2011/2012. *Frakturen der Liebe. Ein transkultureller Vergleich von Anden und Himalaja*. Gnas/Austria: Herbert Weishaupt-Verlag.

REZENSIONEN
BOOK REVIEWS



BOOK REVIEWS



CALDWELL, KIA L. (2017): Health Equity in Brazil. Intersections of Gender, Race, and Policy. Urbana, IL: University of Illinois Press, 226 pp.

KIA L. CALDWELL is Associate Professor in African, African American and Diaspora Studies at the Institute for the Study of the Americas (University of North Carolina / Chapel Hill / USA). Her recent work is located in the field of medical sociology and political science and addresses structural and institutional inadequacies and failures in the quality of healthcare in Brazil, especially for poor Afro-Brazilian women. Unfortunately, CALDWELL does not deliver any figures to support her argument but she acknowledges that some progress has been developed to increase health equity in Brazil since the 1980s due to the work of activists, social initiatives and scientific work. However, CALDWELL criticizes that it is still the poor, the female and the colored people of Brazil who suffer from structural violence. She focuses on the official Brazilian public health system *Sistema Único de Saúde* (SUS, “Unified Healthcare System”) and explores its strengths and shortcomings concerning gender and racial equity in health. She describes how

“[d]uring Brazil’s transition to democracy, following a twenty-one-year period of military rule (1964-1985), health activists struggled to create a universal healthcare system which would meet the needs of the entire population. The idea of health as a citizenship right was consolidated in the 1988 Brazilian constitution. It declared that health ‘is the right of every individual and a duty of the state, guaranteed by social and economic policies that seek to reduce the risk of disease and other injuries, and by universal and equal access to services designed to promote, protect, and restore health’ (Presidência da República 1988). The Brazilian constitution thus established health as the right of every Brazilian citizen and state re-

sponsibility. It also enshrined the principles of universal and equal access to health services and called for the development of the *Sistema Único de Saúde* (Unified Health System, SUS) which was an essential step in efforts to broaden access to health care in the country.” (p. 6)

From the perspective of the reviewer, CALDWELL only scrapes the surface of this healthcare system which has been praised by many politically left-wing oriented social actors. Even though it has produced some efforts towards equal treatment for patients of any social class, it mainly has resulted in equally inadequate treatment for everybody no matter what ethnic, social or gender background. This is not only due to lack of knowledge and technology but to indifference and corruption. CALDWELL analyzes these aspects especially concerning neoliberal economic policies and the strength of this work is its outline of the social, political and economic abysses in Brazilian (national) healthcare.

The author develops her argument in six subsequent chapters: chapter one analyzes the development of health policies for women in Brazil since the early 1980s and the role of feminist health activists for gender health equity. It also articulates future challenges which CALDWELL addresses directly to the former first female president of Brazil, Dilma Rousseff, who was impeached in 2016 while CALDWELL’s work was already in press. However, severe issues and problems in Brazilian healthcare continue to exist and the reviewer doubts that the current Brazilian president, Jair Bolsonaro (since 2019), will resolve them in favor of the members of the Brazilian population he liked to insult most throughout his campaign:

Afro-Brazilians, women, and the poor. With CALDWELL, this means that poor Afro-Brazilian women will even suffer more from the inequalities of the Brazilian healthcare system.

Chapter two focuses on the topic of black women's health activism in Brazil since the mid-1980s and introduces the nexus of gender, race and social class-based discrimination in general and for the healthcare system in particular. Chapter three addresses the topic from the perspective of state policies on the health of the black population in Brazil and explores political shifts since 1988 (the 100th anniversary of abolition in Brazil). Chapter four formulates critical issues and challenges related to the effective implementation of health policies for colored populations and the development of initiatives to combat institutional racism in the health sector. CALDWELL postulates to integrate the aspect of race/color into medical statistics and records to facilitate the inquiry of related differences in terms of resilience and reconciliation. Chapter five analyzes a tragic case study of maternal mortality before chapter six turns to the topic of HIV/AIDS as another topic of Brazilian health policy especially regarding the female Afro-Brazilian population.

CALDWELL does outline relevant political issues to be resolved in the Brazilian healthcare

system. However, in the opinion of the reviewer, these are not reducible to questions of ethnicity and gender. Most people in Brazil suffer from insufficient therapy options and the concept of "race" has to be substituted by concepts which better fit contemporary Brazilian reality: options to medical care are not related to skin-color or ethnic descent but to economic resources and infrastructure. Of course, the majority of Afro-Brazilians holds less economic resources than European-descendant Brazilians. However, it is a minority of white-colored Brazilians who economically succeed while vast numbers of Brazilian citizens are threatened by social decline. The reviewer does not deny discriminatory practices in contemporary Brazilian healthcare but by focusing on "poor black women" (p. 16f), CALDWELL herself does not deliver a representational study of the Brazilian healthcare system. She acts exclusively herself and draws a picture of black and white which does not take into account all the shades of grey and the sometimes colorful alternatives Brazilians establish to generate and support health and wellbeing. Given her efforts to ask the right questions, CALDWELL should have integrated a more holistic view on contemporary Brazilian healthcare.

HELMAR KURZ, Münster

OMAR DEWACHI (2017): *Ungovernable Life. Mandatory Medicine and Statecraft in Iraq.*

Stanford: Stanford Univ. Press, 239 pp.

Omar Dewachi was an Iraqi physician before he fled to the U.S. in 1998 and became an anthropologist. This personal information about the author is important to understand his point of view, his access to information and his analysis of a specific topic in a country that has suffered from wars and unsafe times for decades and where foreigners cannot easily enter to do research. His linguistic competence, his knowledge of structures and his contacts with former colleagues have contributed to a unique work that explains the context and developments in medicine, not only within Iraq but also touching on neighboring countries. He also explains why so many Iraqi physicians fled to the U.K. (currently around 5000 of them work

in the NHS), the country that contributed strongly towards creating the local medical education institutions and the workforce, and the conditions under which they work today.

His book is divided into seven chapters, unveiling results from historical and more current sources which are often only available in Arabic. The methods used to collect data and the triangulation of the diverse sources, are mentioned in a 20-line endnote within the first chapter. He does not provide details about the methods of data analysis. This makes it difficult for non-social scientists to understand how the author came to these results. His knowledge of the country, his former profession and his mother tongue Arabic were

door openers that cannot be compared to somebody who does not have these competences.

Its title relates to the British mandate opinion that Iraq was an ungovernable territory and that therefore the state's influence needed to be strong. At different points in the book the reviewer was reminded of Foucault's biopolitics and power discourses. He illustrates "how articulations of ungovernability, and responses to them, became the foundations on which architectures of rule and practice of science and medicine were imagined and deployed in colonial and postcolonial state making." (p. 11) Dewachi calls it "mandatory medicine" when the state gave medicine an "instrumental role in the transnational circulation of people, knowledge, and technologies, as well as connecting centers of power – not only within the postcolonial state, but between center and peripheries of the empire." (p. 25)

During the Ottoman Empire, of which Iraq formed a part until 1920, the education of physicians took place only in military schools, and physicians had to work first of all for the state and its interests. British colonizers entered the country during the First World War, and in their first actions after 1920, health policy in Iraq was framed by Western ideas of the state's role and control of the local population. The discussion about a first local medical school since 1922 and its foundation in 1927 during the reign of Faisal I, who was appointed by the British mandate, reflects how influential British scholars were in defining how medical education should take place, which content should be taught and how, and even in which language this should take place. Not surprisingly, English won this discussion and although ten years after the foundation of the health system most of the staff of the school were local, English has continued until today to be the official teaching language for medical education in the country, as in many other Arab countries too. From the point of view of gender studies, it is interesting to learn that women were allowed to study medicine almost since the beginning, that they played a crucial role during times of war, and are still an important part of the workforce in the health care system.

One curious fact is that Iraq, which is greatly influenced by the two big rivers—the Euphrates and Tigris—that cross the so called Mesopotamia

region, was considered a tropical country by British medical and military officials. This was due to the prevalence of some diseases considered tropical diseases by Western medical institutions, such as bilharzia, malaria, skin leishmaniasis and other infestations (p. 35). Soldier's bodies were subjected to far-reaching examinations, and treatment units, even on boats, were moved to Iraq to care for them and the local population at the beginning of the British mandate.

In between the great diversity of sources, especially documents in archives are autobiographies from local physicians that served as valuable sources to illustrate the education of an Iraqi physician. Two autobiographies written by one female and one male physician and an interview with one male physician unveil how the physician as a professional with a specific role within Iraqi society was prepared and shaped by those who created the medical schools, not only by scientific knowledge but by conveying what behavior was expected from them (pp. 93ff) once they have graduated. It went beyond what we consider today in medical education as competences we expect from them.

The Iraqi health care system was developed and shaped by a British understanding of health, medicine and education and was part of a state-building project that established a functioning bio-political order. This local reality was destroyed gradually and sustainably by waves of international intervention in the region since 1980 through wars and economic sanctions. Interestingly, a high local child mortality rate before the Iran-Iraq war (1980–1988) led to a successful child survival campaign which has remained unique until today. Dewachi describes how this took place locally, but also how it is strongly related to international developments in the paradigms of primary health care (PHC) and the child survival revolution for the global south (WHO and the Alma-Ata Declaration in 1978).

Iraqi patients seeking health care in Beirut or elsewhere are the consequence of destroying a country's infrastructure, imposing strict rules for the import of pharmaceuticals and medical infrastructure afterwards, continued political instability and the loss of physicians during and in armed conflicts, and their flight from these. To conclude, Dewachi's book gives an impression of how states

organize a health care system in times of conflict and insecurity, and how medical training is sha-

ped by governmental plans and expectations.

MARGRET JÄGER, Wien und Linz

ROCHA, CRISTINA (2017): John of God. The Globalization of Brazilian Faith Healing.

Oxford: Oxford University Press, 269 pp.

Brazilian cultural anthropologist CRISTINA ROCHA moved to Australia in 1998 and is currently the director of the *Religion and Society Research Cluster* at Western Sydney University. Her academic research focuses on religious exchanges between Australia and Brazil and this monograph has been dedicated to the phenomenon of the transnationalization of Brazilian Spiritist healing practices. She considers the case of spirit healer João de Deus (John of God) from the small town of Abadiânia in the state of Goiás / Brazil and the international attention he has received by patients and media alike. In the past, Brazilian Spiritism gained in popularity through the phenomenon of Dr. Fritz, a German medical doctor who died during the World Wars. While being incorporated in a medium, he would perform surgical interventions on his patients without anesthesia or hygienic precautions (cf. GREENFIELD 1987, 2008). Most comparable contemporary ‘spirit doctors’ (e. g. Dr. Frederik, Dr. Hans, Dr. Hermann, Dr. Wilhelm) due to legal issues only perform energetic treatments on the *perispírito* of patients (the energetic subtle body of human beings, cf. KURZ 2015, 2017, 2018), but John of God attunes to both practices, seeking moral and energetic support in the prayers and meditations of his followers.

The starting point of ROCHA’s argument is the US-American talk show host Oprah Winfrey. In 2010, Winfrey hosted US-American citizens who were allegedly healed from severe diseases by John of God in his *Casa do Dom Inácio* (“House of Master Ignácio”) in Abadiânia. Rocha then declares Winfrey’s subsequent visit there in 2012 as

“[...] the culmination of a trend that had started in the late 1990s. At that time, John of God was merely João de Deus, an illiterate, mostly unknown, faith healer in a village in the middle of nowhere in Brazil. A decade later, John of God has become an international faith healer superstar – visited not only by Oprah, but also by thousands of the

desperately ill, the wealthy, and an increasing array of media” (p. 3).

According to ROCHA, a transnational spiritual community has been developing ever since, which comprises not only the ill and those who seek spiritual growth but also healers, tour guides and business people. Her book is the result of one decade of research on the social and cultural forces that left a local healer from Brazil becoming a “global guru in the 21st century” (p. 4) and the prominence of spiritual healing in late modernity. The main questions are (1) What attracts foreigners to John of God’s cosmology and healing practices?; (2) How do they understand their own experiences of healing or lack thereof at the *Casa de Dom Inácio*?; (3) How well do the sacred objects, healing practices and cosmologies travel?; (4) How are they localized in different ways in the West?; (5) How are conflicts ironed out when foreigners’ worldviews and John of God’s cosmology do not dovetail?

In her methodology, Rocha orientates herself to the ontological turn in the social sciences, which takes experiences and narratives seriously and avoids any form of evaluation or discussion of efficacy. She finds that the healing practices of John of God are related to a transnational spiritual movement reflective of the worldview of a global popular culture. Regarding the conceptualization of “culture,” ROCHA critiques the work of SIDNEY GREENFIELD, a US-American anthropologist who studied Spiritism and other forms of Brazilian faith-healing for decades and developed a cultural-biological model

“[...] that equates culture with nation, and singles out ‘Brazilian culture’ as the reason for the efficacy of [...] spiritual surgeries. For him, Brazilians easily enter altered states of consciousness, and once they are ‘hypnotized’ they are able ‘to control pain and alter their flow of blood – to slow down bleeding or speeding it up to heal wounds

more rapidly' (GREENFIELD 1991: 24). In contrast to Western culture, they are assumed to be easily hypnotized because belief in spirits is part of 'Brazilian culture' (1991: 23). Indeed, 'Brazilians go into trance about as easily and as often as, for example, Americans fall in love' (GREENFIELD 1987: 1103)" (p. 19).

ROCHA questions this homogenization of national culture and postulates a more differentiated view, which emphasizes global hybridization and interrelations, especially since so many foreigners have adopted the healing practices of John of God. With APPADURAI (1996), she deciphers the complex cartography of religious globalization and states that, especially in the age of mass media and internet, global flows do not only derive from the global North but are multi-directional. This dynamic is enhanced by Western spiritual tourists with their travel guides, websites, books, and package tours and these patients seeking a cure for their incurable diseases make use of the information, communication technologies and the global circulation of material culture in terms of capitalistic structures.

In an attempt to contribute to the debate on the differences between religion and spirituality, ROCHA claims that there is a global increase of the number of spirituality-as-personal-transformations as opposed to religiosity-as-public-institutions. However, she also observes that spirituality within the John of God movement is public in the sense that it embraces commodification and intertwines with global popular culture. Further, John of God travels the world performing healing events on a large scale. Tickets are advertised and sold online, and the events are accompanied by books, DVDs, meditation and healing sessions, organized tours, t-shirts, crystals, crystal beds, rosaries, herbs, and blessed water. Unimpressed by this very public institutionalization and apparent commodification, ROCHA, with HEELAS (2006), develops an image of the followers of John of God in which the "spiritual self" becomes the new authority and the external authority of religious institutions is rejected in favor of the cultivation of a more self-reflexive view of identity and belonging. The reviewer contests this dualistic view of personal spirituality as opposed to public religious institutions, especially when ROCHA relates John of God to the Brazilian Kardecist Spiritist move-

ment: even though it focuses on self-transformation, Kardecism in Brazil is highly institutionalized (cf. KURZ 2015, 2017, 2018) and the John of God movement shows all the symptoms of a religious institution, too, with a charismatic leader and hierarchical structures among his followers. When arguing that "[t]his choice of lifestyle and the rejection of external authority also extends to how people relate to biomedicine" (p.8), it might be better to speak of a shift from one external authority to another. However, ROCHA observes a rise in complementary and alternative medicine (CAM) which she attributes to disillusionment with biomedicine, especially in cases involving chronic illness, egalitarian relationships between doctors and patients and the empowerment of patients, the search for the meaning and context of illness and the decline of faith in technology and science. Another important issue is the sense of community: the imagined transnational community of the John of God movement produces a new spiritual habitus inflected by the New Age movement. Rocha explains this intersection of Spiritism and New Age by pointing to their common roots in Theosophy, Mesmerism, Swedenborgianism, Rosicrucianism and Freemasonry, another perspective that the reviewer wants to contest: the histories of (Kardecist) Spiritism and the global New Age movement are too complex to be related in such an equation. It seems to make more sense to interpret Kardecism as a distinct root of New Age (whatever this might be), not as part of the same root.

Between her introduction and conclusion, ROCHA develops her argument in seven subsequent chapters, producing summaries and conclusions at the end of each. Chapter one integrates a personal account of the long process of establishing rapport with John of God and the issues she had with contradicting insider/outsider perspectives. An anecdote clarifies this issue: while trying to perform her first interview, ROCHA was rejected by John of God after he found out that she was a Brazilian. He even threatened to press charges if she were to write about him. He would only allow foreign scientists and journalists to write about his healing practices, as Brazilians would only try to criminalize him or refer to him as a charlatan. ROCHA tries to work out this sharp contrast in the healer: on the one hand, he is an

enlightened, generous, loving being and, on the other, a hostile authority upholding asymmetrical power relations not only in Brazil but globally. In a somewhat bitter critique, ROCHA concludes that Brazilian Spiritists welcome male Western researchers—the bearers of modernity, science and rationality—because they would impart legitimacy to their practices. Rocha found that it was only possible for her to gain information by becoming an insider at first and participating in the healing practices, including the abovementioned surgeries, which from an ethical point of view is questionable, at the very least.

Chapter two outlines these healing practices in the Brazilian religious arena, as a hybrid of popular Catholicism, Kardecist Spiritism and the Afro-Brazilian religion of Umbanda. In a brief overview, ROCHA also discusses the development of French Kardecism, its implementation in Brazil and interconnections between Kardecism and Spiritism (cf. KURZ 2018). Chapter three provides case studies of people seeking physical, emotional and spiritual healing at the *Casa do Dom Inácio* and how their experiences informed and changed their understanding of health and illness. Entering the transnational context, chapter four focuses on the relationships between locals and foreigners in Abadiânia as a “touristic borderline”, with parallel worlds shaped by power relations, economic interests, cultural exchange and local discontent (especially by Evangelical churches). Chapters five to seven discuss portability and transposability (cf. CSORDAS 2009), cultural translation and problems of friction (cf. TSING 2005) and cultural untranslatability (cf. SRINIVAS 2010). These concepts are related to spiritual tourism and the transnationalization of the healing practices of John of God in the West, especially in Australia and New Zealand, where they attune to local indigenous and non-indigenous healing practices in what the author calls a “New Age appropriation”.

Overall, ROCHA produces a rich ethnography of an example of the transnationalization and global distribution of healing practices. She further develops the concepts of global and popular culture and counterculture as opposed to local or national culture. In this regard, she shows how the global flow of religion and related CAM is multi-directional and informed by a growing frustration with

biomedicine by patients all over the world. Thus, this book is not only a “must read” for medical anthropologists and health professionals working in this field but its vivid, narrative style makes it of interest to anyone curious about the phenomenon of (Brazilian) Spiritism and its intersection with health and healing.

ROCHA concludes the work by speculating about possible successors and/or substitutes of John of God due to rumors spreading about his physical health. Regardless of the truth or falsity of the rumors, this question might become more urgent than even ROCHA could have imagined. In his monograph on mediumistic healing in Germany, VOSS (2011: 226ff) already mentions that John of God was not allowed to leave Brazil and travel to Germany some ten years ago due to patients’ accusations of sexual abuse. These charges were investigated by the Brazilian Justice Department once again in 2018. John of God has been in custody for rape and sexual abuse since December 2018 and sexual abuse, accompanied since January 2019 by his son, who was charged with illegal weapon possession and threatening victims and possible witnesses, one of whom supposedly killed herself recently. An ex-wife of John of God already allegedly killed herself over thirty years ago and it is indicative that the grandson of John of God denounced his grandfather and father for the sexual abuse of his mother more than ten years ago, thus initiating current investigations (cf. BATISTA JR. 2019).

Beyond the question of whether the entirely touristic, spiritual-orientated economy of Abadiânia will survive this blow, the development also indicates how anthropologists should be very careful in positioning themselves and evaluating so-called complementary and alternative medicines, whether positively or negatively. It is our job to describe and analyze healing practices within a particular social, cultural, political, religious and/or economic context without discussing questions of efficacy or morality. CRISTINA ROCHA certainly has that skill.

HELMAR KURZ, Münster

References

- APPADURAI A. 1996. *Modernity at Large*. Minneapolis, MA: University of Minnesota Press.
 BATISTA JR J. 2019. Suicídio nas Redes. *Veja* 52(7): 56–57.

- CSORDAS T.J. (2009): Introduction: Modalities of Transnational Transcendence, In: *Ibid.* [ed], *Transnational Transcendence: Essays on Religion and Globalization*. Berkeley, CA: University of California Press, pp. 1–29.
- GREENFIELD S. 1987: The Return of Dr. Fritz: Spiritist Healing And Patronage Networks In Urban, Industrial Brazil. *Social Science & Medicine* 24(12): 1095–1108.
- GREENFIELD S. 1991: Hypnosis and Trance Induction in the Surgeries of Brazilian Spiritist Healers. *Anthropology of Consciousness* 2: 20–25.
- GREENFIELD S. 2008. *Spirits with Scalpels: The Culturalbiology of Religious Healing in Brazil*. Walnut Creek, CA: Left Coast Press.
- HEELAS P. (2006): The Infirmary Debate: On the Viability of New Age Spiritualities of Life. *Journal of Contemporary Religion* 21(2): 223–240.
- KURZ H. 2015. 'Depression is not a Disease. It is a Spiritual Problem.' Performance and Hybridization of Religion and Science within Brazilian Spiritist Healing Practices. *Cura-re* 38(3): 173–191
- KURZ H. 2017. Diversification of Mental Health Care: Brazilian Kardecist Psychiatry and the Aesthetics of Healing. *Cura-re* 40(3): 195–206.
- KURZ H. 2018. Transcultural and Transnational Transfer of Therapeutic Practice: Healing Cooperation of Spiritism, Biomedicine, and Psychiatry in Brazil and Germany. *Cura-re* 41(1+2): 35–49.
- SRINIVAS T. 2010. *Winged Faith: Rethinking Globalization and Religious Pluralism through the Sathya Sai Movement*. New York, NY: Columbia University Press.
- TSING A. 2005. *Friction: An Ethnography of Global Connection*. Princeton, NJ: Princeton University Press.
- VOSS E. 2011. *Mediales Heilen in Deutschland: Eine Ethnographie*. Berlin: Reimer.

THERESIA HOFER (2018): Medicine and Memory in Tibet. Amchi Physicians in an Age of Reform.

Seattle: Washington Univ. Press, 304 pp.

Die vorliegende Arbeit ist eine sozialanthropologische Studie über die sozioökonomischen Rahmenbedingungen für praktizierende traditionelle Ärzte und Ärztinnen in Zentraltibet außerhalb der Einrichtungen für tibetische Medizin in Lhasa. Die zum Teil sehr unterschiedlichen Erfahrungen zur Zeit vor und während verschiedener kommunistischer Reformen des Gesundheitssystems im zwanzigsten Jahrhundert bzw. der Kulturrevolution sowie in der Zeit der Revitalisierung und Berührung mit der sogenannten "Biomedizin" werden anhand von Interviews mit Praktizierenden aus verschiedenen Generationen lebendig veranschaulicht. Dabei nutzt die Autorin in einem historisch bedeutsamen Zeitfenster gewonnenes Material, welches sie während mehr oder weniger offiziellen Forschungsaufenthalten in den Jahren 2003 und 2006–2007 erheben und das Vertrauen der Interviewten durch wiederkehrende Aufenthalte und persönliches Engagement gewinnen konnte. Dieses Vertrauen von aus unterschiedlichen Generationen stammenden Gesprächspartnern ist umso bemerkenswerter, als es in Tibet nach wie vor für viele Betroffene schwierig ist, über die politisch instabile Zeit der zweiten Hälfte des zwanzigsten Jahrhunderts zu sprechen. Zudem widmet sich die Studie nicht den Gewin-

ner und Gewinnerinnen der Reformen, welche durch eine Ausbildung in staatlich anerkannten Lehrgängen eine berufliche Absicherung erreichen konnten, sondern den Lebensgeschichten der Medizinpraktizierenden außerhalb der staatlich unterstützten Institutionen. Der individuelle Umgang mit dieser Vergangenheit findet sich in allen Kapiteln: Er reicht von ambivalenter Verklärung über die notwendige Anpassung an staatlich verordnete Gegebenheiten bis hin zu stummer Verbitterung. Besonderheiten in den Biographien von Ärztinnen finden sich in verschiedenen Abschnitten des Buches. Zwischen Einleitung und Fazit gliedert sich das Buch in sechs Kapitel. Die jeweiligen Themen werden historisch in ihrem gesundheitspolitischen Kontext vorgestellt und mit den Stimmen, Stimmungen und Erinnerungen der beteiligten Personen lebendig veranschaulicht.

Das erste Kapitel, *The Tibetan Medical House*, widmet sich den Familientraditionen von sogenannten "Laienärzten" (im Gegensatz zu "Klerusärzten") und deren zu sozialen Einrichtungen gewordenen Häusern. Ausgehend von der Architektur dieser Häuser und ihrer Geschichte wird deren gesellschaftlicher Status und soziale Rolle aufgezeigt. Die Bedeutung von damit verbunde-

nen Verwandtschaftsbeziehungen und die Übertragung medizinischen Wissens von Generation zu Generation, sei es durch Texte oder praktische Erfahrung, wird auf Basis von Narrativen und Lokalaugenschein dargelegt. Das zweite Kapitel, *Medicine and Religion in the Politics and Public Health of the Tibetan State*, beschäftigt sich mit der institutionellen und moralischen Verbindung zwischen Religion und Medizin sowie mit ersten Schritten zur Modernisierung des staatlichen Gesundheitssystems schon in der ersten Hälfte des zwanzigsten Jahrhunderts. Während über die Entwicklung der Tibetischen Medizin in Lhasa bereits einige Publikationen vorliegen, beschreibt vor allem die retrospektive Analyse von Erinnerungen ländlicher Ärztinnen und Nonnen echtes Neuland. Das dritte Kapitel, *Narrative, Time, and Reform*, beleuchtet die Erinnerung älterer Gesprächspartner, welche zum Zeitpunkt der ersten einschneidenden politischen und wirtschaftlichen Reformen ab 1959 bereits Medizin praktizierten. Dieser Abschnitt tastet sich nicht nur vorsichtig an die bewegenden individuellen Erfahrungen der Betroffenen heran, sondern verdeutlicht die subjektiven Wahrnehmungen und persönlichen Coping-Strategien, sich an potentiell existenzgefährdende Situationen anzupassen. Im Vordergrund steht nicht so sehr, was erzählt wird, sondern wie und unter welchen Umständen die Erlebnisse in Erinnerung gerufen und erzählt werden – und was nicht erzählt wird. Das vierte Kapitel, *The Medico-cultural Revolution*, beschreibt die Entwicklung und Herausforderung der tibetischen Medizin zur Zeit der „großen proletarischen Kulturrevolution“ im Zentrum (Lhasa) und an der Peripherie. Die Auswirkung auf etablierte medizinische Einrichtungen und die Zerstörung persönlicher Gegenstände, medizinischer Texte und Instrumente wird genauso besprochen wie die landesweite Institution der „Barfußärzte“ und die Publikation staatlich autorisierter gesundheitsstrategischer Schriften. Das fünfte Kapitel, *Reviving Tibetan Medicine, Integrating Biomedicine* schildert die vielfältige Bemühung um die Revitalisierung der traditionellen medizinischen Einrichtungen nach der Kulturrevolution bis zur heutigen Zeit. Im Fokus stehen Biographien und Projekte außerhalb Lhasas und außerhalb staatlich geförderter Institutionen und Ausbildungsstätten. Hierbei geht es weniger um medizinische Inhalte innerhalb der Curricula,

sondern um sozioökonomische, gesundheitspolitische und versicherungstechnische Rahmenbedingungen sowie um den Konflikt zwischen dem Versuch, „traditionelles“ Wissen zu bewahren und sich an moderne Herausforderungen anzupassen. Das sechste Kapitel, *Looking at Illness*, behandelt unter anderem die verschiedenen Modalitäten hinsichtlich der Finanzierbarkeit der gesundheitlichen Versorgung durch Tibetische Medizin im Rahmen von „New Cooperative Medical Services“ (NCMS) und das Konzept der „Moral Economy“, dem sich viele Praktizierende verpflichtet fühlen. Auch der Umgang mit den Anforderungen der „Good Manufacturing Practice“ (GMP) und die Auswirkung auf kleinere Arzneimittelproduzenten werden besprochen. Die Beschreibung des ärztlichen Settings bildet das eigentliche Thema dieses Kapitels (*Looking at Illness*).

Die Stärke der Autorin liegt in dem mit Sensibilität gewonnenen Material, das sprachlich lebendig, von Empathie getragen und gut nachvollziehbar aufbereitet wurde. Die direkten Erzählungen und durch eigene Beobachtung gewonnenen Beschreibungen vermitteln ein vielschichtiges Bild über die Herausforderungen medizinischen Personals in den zurückliegenden siebzig Jahren. Die Situationen sind so anschaulich beschrieben, dass sich mir beim Lesen der Gedanke für eine Verfilmung der Lebensgeschichten aufdrängte. Wer allerdings erwartet, etwas über konkrete medizinische Inhalte – Kenntnis medizinischer Sachverhalte, spezielle Behandlungsmethoden oder Curricula und Ähnliches – in dem behandelten Zeitraum zu erfahren, wird enttäuscht; diese Aspekte werden nur am Rande erwähnt. Das Buch liest sich wie eine Hommage an die traditionellen Ärzte und Ärztinnen Tibets und ihre Erinnerung an die sozioökonomischen Rahmenbedingungen in bewegten Zeiten. Ein Schwachpunkt der Publikation liegt aus Sicht der Rezensentin im Umgang mit dem tibetischen Vokabular, sowohl hinsichtlich der Bedeutung der Wörter als auch in Bezug auf ihre Orthographie. Dies liegt zu einem guten Teil an der Verwendung der mittlerweile in vielen Publikationen anzutreffenden vereinfachten phonetischen Umschrift. Im Glossar sind etliche dieser Begriffe nicht auffindbar und in einigen Fällen ist die in Klammern angegebene Transliteration fehlerhaft. Abgesehen von dieser Schwäche ist „Medizin und Erinnerung in Tibet: Amchi-Ärzte

in einer Periode der Reformen" eine bewegende Dokumentation, die unter heutigen Umständen

nur schwer durchführbar wäre.
KATHARINA SABERNIG, Wien

CAROLIN RUTHER (2018): Alltag mit Prothese. Zum Leben mit moderner Medizintechnologie nach einer Beinamputation.

Bielefeld: transcript 2018, 308 S.

Erzählungen vom Menschen als Mischwesen aus Körper und Technik gehören mittlerweile zum sozial- und kulturwissenschaftlichen Standardrepertoire: Cyborgs, Hybride, ‚extensions of man‘, Körper 2.0, Posthumanismus. In der Diskussion um die Bedeutung von Technik mit all ihren Versprechungen und Zumutungen, Möglichkeiten wie Beschränkungen, werden neue Technologien im Rahmen von Human-Enhancement-Strategien verortet und als neoliberale Strategien kritisiert. Technische Erweiterungen des menschlichen Körpers machen diesen leistungsstark, ermöglichen Vorteile wie sie Anpassung erzwingen im Konkurrenzkampf um Güter. Prothesentechnik ist dabei ein Beispiel unter vielen. CAROLIN RUTHERS Studie „Alltag mit Prothese“ setzt dem Import dieser Argumentationsstruktur in die Disability Studies und einer Forschung, die sich auf wenige, meist aus dem Sport importierte Einzelfälle bezieht, eine grundlegende Frage entgegen, bevor die Thematik hinter der Enhancement-Kritik zu verschwinden droht: wie sieht die Bewältigung des Alltags mit einer Prothese aus? Was bedeutet eine Prothese für ihre Trägerin? Mittels ethnologischen Instrumentariums schafft sie eine empirisch fundierte Gegenerzählung zu den tonangebenden Stimmen. Sie bearbeitet darüber hinaus Forschungslücken innerhalb der Sozial- und Kulturwissenschaften zum Zusammenhang von Körper, Technik, Behinderung und Gesellschaft im Allgemeinen und dem Alltag und der Biografie, den Handlungsmöglichkeiten wie -problemen von Menschen mit Amputationen und Prothesen im Besonderen - jenseits von Optimierung oder Determinierung.

Traditionell im Aufbau gehalten, folgen auf eine Einleitung und den Forschungsstand die theoretischen Überlegungen und methodische wie methodologische Entscheidungen, bevor im Hauptteil auf empirischen Daten beruhende Er-

kenntnisse dargestellt werden. Theoretischer Ausgangspunkt der Arbeit bildet der ethnologische Alltagsbegriff, der mit dem Erleben einer existentiellen Krise - der Gliedmaßenamputation - in Beziehung gesetzt wird: was bisher als selbstverständlich galt, Routinen und Gewohnheiten, wird erschüttert, das Wissen um eigene Fähigkeiten und Lebenspläne kommt an seine Grenzen. Daraus folgt die Forschungsfrage, wie nach einer Amputation der Alltag unter veränderten Bedingungen neu angeeignet, erarbeitet und wiederhergestellt wird. Alltag muss hergestellt werden, insbesondere nach einer existentiellen Krise. RUTHER erweitert diese Problematik und erklärt das Zusammenspiel von Körper und Technik, die körperlich-leibliche Aneignung der Prothese, zum zentralen Faktor für den Prozess der Alltags-Herstellung. Nicht zu Letzt ist Anspruch der Arbeit, den Anteil von Technik an der praktischen Hervorbringung von Behinderung als „situitives Ereignis in spezifischen soziomateriellen Konstellationen“ (S. 66) und körperlich-leibliche Erfahrung zu rekonstruieren. Der Begriff „technogenes Embodiment“ soll diese Themenvielfalt übergreifend erklären.

Ausgehend von medizinethnologischen, sozialanthropologischen und körpersoziologischen Überlegungen (Praxistheorien, STS, (Post-)Phänomenologie), fragt der Begriff ‚technogenes Embodiment‘ wie gelebte Körperlichkeit, leibliches Empfinden, sinnliche Wahrnehmung und der Gebrauch von Technologie im Alltag in Beziehung gesetzt werden und Alltag gestalten. Besonders relevant ist DON IHDES Konzept der ‚embodied relations‘ von Mensch und Technik. Es umfasst die Wirkmacht von Technik für Wahrnehmung und das Dasein des Menschen auf der einen Seite, ihr Transparentwerden im alltäglichen Gebrauch auf der anderen. ROBERT GUGUTZERS Ausführungen zum leiblichen Erfahren und Spüren von Tech-

nik, zur Emotionalität und Habitualisierung des Technikgebrauchs, komplementieren das theoretische Grundgerüst und kulminieren in folgender These: eine Prothese zu tragen, bedeutet das Erlernen von „(kultur-)spezifischen KörperTechniken“ (S. 50). Der Prozess der körperlich-leiblichen Aneignung der Prothese verläuft vom rein körperlichen Gebrauch hin zu einem „verinnerlichtem Leibkönnen“ (S. 51). Erst muss der Körper „prothesenkompatibel“ (S. 54) geformt und Bewegungen neu gelernt werden, dann spüren und empfinden die Akteure im Gebrauch, was die Prothese im Alltag macht, was sie mit ihr machen und weniger sie mit ihnen. Die Prothese tritt zunehmend in den Hintergrund. Die Körper-Leib-Dichotomie wird hier in ein Prozessmodell überführt, in dem das eine oder das andere im Zuge der Verschmelzung von Mensch und Prothese dominant in der Wahrnehmung und in Alltagspraktiken sein können. Diese interessanten Ideen werden zwar empirisch belegt, aber nicht weiter theoretisch vertiefend diskutiert. Stattdessen dienen Theorien und andere Forschungsergebnisse in erster Linie der bestätigenden Absicherung von Ruthers Forschung. Dieser Gebrauch von Theorie hat zur Folge, dass einerseits wenig bis keine Kritik an oder Weiterentwicklung von Theorien betrieben wird, und andererseits eine Vielzahl möglicher Ansatzpunkte sozialtheoretischer Diskussion, die das empirische Material zweifelsohne anbietet, verpasst werden, die empirischen Analysen eher deskriptiven und weniger theoriegenerierenden Charakter haben.

Eben jenes empirische Material zeichnet sich durch eine Datenvielfalt aus: teilnehmende Beobachtungen, narrative Interviews (worauf das Hauptaugenmerk liegt), informelle Gespräche, Werbe- und Ratgeberbroschüren, Internetpräsentationen und ein Forschungstagebuch. Die Datenvielfalt in Kombination mit einer offenen Herangehensweise an die Thematik entspricht der praxeologischen Ethnographie. Weiterhin erwähnt Ruthers am Rande ihr konstruktives Verständnis von Forschungsprozess und -praxis, d. h. dass die Forscherin aktiv ihr Feld, ihre Daten und Interpretationen praktisch hervorbringt. Nur cursorisch beschrieben, wird diese Vorbemerkung im Methodenkapitel quasi isoliert und nicht als Tatsache, die sich kontinuierlich durch den Forschungsprozess zieht, ihn mit-formt und

hervorbringt, analysiert. Insbesondere in Beobachtungs- und durch Leitfäden vorstrukturierten Interviewsituationen, ist, was die Forscherin macht, keine Nebensache. Auch inwiefern der kollaborative Anteil der Forschungspraxis sich zu der Differenz bzw. Fremdheit zwischen Beforschten und Forschenden verhält, hätte mehr Ausarbeitung verdient, insbesondere in einer sich in den Disability Studies verortenden Arbeit.

Der empirische Teil des Buches ist nach dem typischen Verlauf einer Prothesenversorgung strukturiert: Amputation und Erstversorgung, Reha, Rückkehr in die gewohnte Umgebung. Wie die Zeit der Amputation im Krankenhaus und der erste Kontakt mit einer Interimsprothese, einem Fremdkörper zunächst, erlebt wird, davon berichten ausgewählte Erzählungen von Menschen mit unterschiedlichen Amputationsgraden und -ursachen. Sie verdeutlichen eindrücklich die Krisenhaftigkeit der Amputation und inwiefern hier Vorbedingungen geschaffen werden für die Aneignung der Prothese im späteren Alltag. Der Einstieg in die vielfältige Thematik gelingt zwar, aber die Einblicke sind sehr ausschnitthaft geraten. Im weiteren Verlauf des Buches fällt es schwer die Interviewten wiederzuerkennen. Das liegt m. E. an der wenig systematisch durchgeführten Narrationsanalyse und Fallrekonstruktion. Um über die Erkenntnis, dass eine Amputation eine Krise, einhergehend mit Belastungen und Unsicherheiten, ist, hinauszugehen, hätte es geholfen sich weniger an Grounded Theory-Verfahren zu orientieren und stattdessen z. B. FRITZ SCHÜTZES Narrationsanalyse für vertiefte, kontrastierende Einzelfallanalysen zu verwenden und so ein Gleichgewicht aus generalisierbaren wie besonderen, fallübergreifenden wie -spezifischen Erkenntnissen zu erhalten. Stattdessen wirken Narrationen eher illustratorisch-einführend, ihr systematischer Gehalt bleibt offen.

Darauf folgen dichte Beschreibungen verschiedener Themen rund um die Amputation und Erstversorgung. Im Zentrum steht die Amputation als körperliche Krise und Zerstörung alltäglicher Gewissheiten, eine biographische Zäsur, die den Zusammenhang von Körper und Selbst erschüttert. Mit der visuellen wie leiblichen Eigenwahrnehmung des veränderten Körpers konfrontiert, führt dies mitunter zur Entfremdung vom eigenen Körper. Der Zeitpunkt der Amputation und

ob medizinisch herbeigeführt oder durch Unfall verursacht, zeichnen sich als relevante Faktoren für die Verlusterfahrung aus. Auf das Nichtfunktionieren ihres Körpers aufmerksam gemacht und es quasi aufgezwungen zu bekommen, steht konträr zu den sonst alltäglichen Fundierungsleistungen des Körpers für Routinen und Gewohnheiten. Dass Körperbilder und gesellschaftliche Ideale sowie Selbst- und Fremdzuschreibungen als ‚behindert‘ hinzukommen, zeigt den multidimensionalen Konstruktionscharakter und die existenzielle Erfahrung der „biographische[n] Diskontinuitäts-erfahrung“ (S. 118) Amputation.

Praktisch liegt das Augenmerk in der Erstversorgung erstens auf der postoperativen Bearbeitung des Beinstumpfs. Er soll kompatibel und anschlussfähig für die Prothese werden. Die Arbeit direkt am Körper und seiner Form schaffen die Voraussetzung für die spätere Konstruktion des Prothesenschafts, der als „Schnittstelle zwischen Prothesenträger und medizintechnischem Artefakt“ (S. 122) Auswirkung auf die Wahrnehmung und das Empfinden beim Fortbewegen hat. Zweitens ist der Erstkontakt durch leiblich-sinnliche Erfahrungen gekennzeichnet, v. a. Schmerzen und eine fehlende sensitive Rückkopplung (d. h. der Bewegungsuntergrund ist nicht spürbar). Den Körper mit der Interimsprothese fortzubewegen, gestaltet sich in dieser Phase nicht intuitiv, sondern vermittelt einer permanenten Abstimmungsarbeit zwischen Körper und Technik. Es wird über jeden Schritt nachgedacht, eine neuartige Beziehung zum Körper und seiner Technik wird erlernt, ein neuer Zugang zum eigenen Körper, der weniger nah als gewohnt ist.

Hauptverdienst dieses Kapitels ist es auf das notwendigerweise einer Prothese vorausgehende Ereignis, die Amputation eines Körperteiles, aufmerksam zu machen. Das Thema Prothetik in die Biographie des Prothesenträgers einzubetten sowie den Zusammenhang von Körper und Technik bzw. die körperliche Integration des technischen Artefaktes nicht selbstverständlich vorauszusetzen – das ist für ein Verständnis von Prothetik ausgehend von alltäglichen Praktiken und der Lebenswelt ihrer Träger unabdingbar und unterscheidet RUTHERS Forschung von den eingangs erwähnten schillernden Diagnosen des modernen Menschen. Prothesen unter die Rubrik Erweiterungen des Menschen zu subsumieren, kann auf

dieser Basis kritisch begegnet werden, da Prothesen vielmehr etwas ersetzen, was vorher da war, und mit diesem Sachverhalt eine komplexe biographische Arbeit wie körperliche Praxis einhergeht, die sich fern von Optimierungsbestrebungen wie -zwängen bewegt.

Primär auf ethnographischen Beobachtungen beruhen die Erkenntnisse zur Anschlussbehandlung in einer Rehaklinik. Am Beispiel von dort stattfindenden Prothesentrainings beschreibt die Autorin die Alltags-Simulation und das Gewinnen von Vertrauen in die Technik als relevante Zwischenstationen. Neben der Sammlung von Körperwissen über den Patienten und der an einer typischen Arbeitswoche orientierten Durchstrukturierung des Reha-Tages, lautet das dominante Thema dieser Phase die Arbeit am eigenen Körper, einer Mischung aus Selbstsorge und Körpermanagement. Im kommunikativen wie motivierenden Rahmen einer ‚Ampu-Gruppe‘ wird das (neu-)einüben von für den Alltag besonders zentralen Grundfähigkeiten, wie z. B. Gehen, Treppensteigen, Ankleiden oder Körperhygiene, angeleitet. Für den Alltag typische Bewegungsabläufe werden imitiert und Alltag als „Körperumwelt“ praktiziert. Praktische Probleme der sprachlichen, visuellen und körperlichen Kommunikation mit und Anleitung durch die Mitarbeiter sind dabei keine Seltenheit. Anders als in der Erstversorgung, in der sich verstärkt auf die Materialität von Körper und Technik fokussiert wurde, besteht hier das Ziel in einer Aufmerksamkeitsablenkung, einer Re-Automatisierung von Körperbewegungen, mit dem Ziel eine Art Transparenz von Körper und Technik wiederzuerlangen. Beides soll wieder im Hintergrund und nicht im Fokus der Aufmerksamkeit stehen, um mittels beidem alltägliche Handlungen durchzuführen. Eine Stimmigkeit zwischen Körper, Leib und Technik statt Dominanz des einen oder anderen, die Umkehr der Körperentfremdung, der Gewinn von Vertrauen in Körper und das neuartige Artefakt – darin besteht das Anliegen der Arbeit am Körper. Die Einübung von alltagsrelevanten Körpertechniken ist allerdings immer „unvollständig“ (S. 167) und führt ein gewisses, unteilbares Quantum an Unsicherheiten mit. Die Arbeit am Körper und seinen Fähigkeiten operiert in dieser Zeit im Testmodus. Der Ernstfall folgt erst darauf.

„Einblicke in das poststationäre Leben“ (S. 171) werden im letzten Kapitel gewährt. Hier wird der Wechsel vom Test zum Ernstfall vollzogen. Anhand ausgewählter Erzählausschnitte wird die thematische Bandbreite an veränderten Alltagspraktiken deutlich, die sich mit dem Verlassen der Klinik einstellen: vom Umbau des Hauses zur alltäglichen Wahl von Kleidung, den Volumenschwankungen des Beinstumpfes zu begegnen, Mobilität, Beruf, Familie, Partnerschaft, weitere ambulante Versorgungen/Maßnahmen wie Medikamente, Gymnastik und Therapien. An dieser Stelle hätte ebenso eine detaillierte Narrationsanalyse auf die unterschiedlichen Erzählweisen aufmerksam machen können. Die genannten Themen dürften eine unterschiedliche biographische Rolle spielen, je nachdem ob Erfolgs- oder Verlustgeschichten erzählt, ob Zukunftsentwürfe konstruiert oder Vergleiche zu früher gezogen werden, ob es sich um Generalisierungen oder Einzelereignisse handelt, ob Transformationsnarrative vorliegen oder um verpasste Chancen getrauert wird.

Vielmehr vertiefen die Schlussfolgerungen das Thema Alltag mit der Prothese. Alltag ist auch hier eine Körperumwelt, mit eben neuem Körper und neuer Technik. Die alltägliche Umgebung wird anders wahrgenommen und Raum-Zeit-Gefüge verändern sich, mit Folgen u.a. für familiäre Beziehungen und Berufsmöglichkeiten. Dazu gehört auch die psychosoziale Verarbeitung von Einschränkungen im alltäglichen Handeln. Die Prothese zu veralltäglichen, das bedeutet eine Neuwahrnehmung der Welt einhergehend mit bleibenden Unsicherheiten in Bewegungsabläufen. Ob Prothese nun zum Körper/Leib gehört, oder nur Hilfsmittel bzw. Anhängsel ist, hängt von der Passform und dem Tragekomfort ab (S. 201f). „Funktionalität als auch Ästhetik“ (S. 204) spielen ebenso eine Rolle. Darüber hinaus entwickeln die TrägerInnen eine neue Sensibilität für ihren Körper, da tägliches Tragen von einer „fortdauernde[n] Arbeit“ (S. 205) am Körper begleitet wird. Das technogene Embodiment, das „Aufgehen im Tun“ (S. 246) ist relational und situativ, zeitlich limitiert und instabil.

Nicht nur, aber auch deswegen ist die regelmäßig stattfindende Prothesenanpassung in einem Orthopädietechnikzentrum aus einem Postamputationsalltag nicht mehr weg zu denken. Neben Informationen zu Rahmenbedingungen der

Versorgung und der Entwicklung der mikroprozessorgesteuerten Prothetik (die selbstbestimmt Gehgeschwindigkeit steuert und für Sicherheit und Entlastung sorgen soll), rückt die Autorin in die Arbeit der MitarbeiterInnen des Zentrums in den Vordergrund und verdeutlicht wie hier technogenes Embodiment als verteilt-koordiniertes Handeln einer Vielzahl von Akteuren sich vollzieht, deren gemeinsames Ziel wiederum die Herstellung der Transparenz des Artefakts ist. Probleme der *Versprachlichung* von Empfindungen und der kollektiven Deutung von Körperereignisse werden beim Testen des Tragekomforts virulent. Am Ziel einen „gut sitzenden Prothesenschaft anzu fertigen“ (S. 213) orientiert, spielt deshalb Kommunikation über den Sinnesapparat für die lokalen Praktiken eine besondere Rolle. Die Techniker des Zentrums erkunden den Körper des Gegenübers, generieren Körperwissen über ihn, fertigen darauf aufbauend passende Abdrücke und Prothesenteile an. Im *leiblichen Spüren* des Anderen durch Berührungen, Beobachtungen und Gespräche werden Regeln zwischenmenschlicher Distanz außer kraft gesetzt und am Körper des Anderen gearbeitet.

Am Beispiel einer C-Leg Probe verdeutlicht RUTHER noch einmal die Komplexität der lokalen Praktiken und wartet mit einer interessanten These auf. Das C-leg erfordert die Anpassung von Körpern an Handlungsskripte mit dem Ziel einer bestimmten, abgestimmten Bewegungsabfolge: durch das Abrollen über den Prothesenfuß wird das Kniegelenk aktiviert oder durch Wippen des Prothesenfuß wird zwischen verschiedenen Aktivitätsmodi umgeschaltet. Nicht nur wird dadurch der körpertechnische Aufwand erhöht. Die Prothese wird nicht als transparent in Praxis, sondern als Artefakt mit faktischen Vorgaben, erlebt. Die Interviewten treffen das Fazit, dass das elektronische Modell über mehr *agency* verfügt und nachteilig gegenüber dem selbstbestimmten Bewegen mit einer mechanischen Prothese ist. Nichtsdestotrotz bietet es mehr Sicherheit durch automatisches Bremsen und Entlastung durch ein selbstständiges Reagieren. Verschiedene Prothesenmodelle, verschiedene Formen der Selbstbestimmung.

Im letzten Teil werden biographische Erfahrungen mit der Etikettierung „Behinderung“, ob in Reaktionen des sozialen bzw. familiären Umfelds

des oder der Selbstwahrnehmung, thematisiert. Deutlich erfahren die Interviewten ein Leben als nicht vollwertiges, körperlich versehrtes Gesellschaftsmitglied, dem auf dieser Basis soziale Kompetenzen abgesprochen werden und der Eindruck vorherrscht, Ideale von Autonomie und Leistungsfähigkeit nicht erfüllen zu können. In der Auseinandersetzung mit gesellschaftlichen Normalitätsvorstellungen wird sich von der Globalität des Behinderungsbegriff distanziert und auf den „situativen Charakter des Behindert-Werdens“ (S. 257) hingewiesen. Praktisch bedeutet das, dass die Prothese durch Kleidung und Kosmetik versteckt und die visuell normaler erscheinenden mikroprozessorgesteuerten Modelle genutzt werden – „doing visible normality“ (S. 251) als Form des Stigmamangements auf der einen Seite. Gegenpol bildet eine gezielte Darstellung der Andersheit, ein „becoming public“ (S. 253), indem die

Prothese offen getragen wird. Beide genannten Varianten sind durch die vorherrschende Kultur/gesellschaftliche Normen beeinflusste Interaktionsstrategien mit weiteren Auswirkungen auf das technologische Embodiment der Prothesenträger.

Trotz der erwähnten Kritikpunkte gelingt es RUTHER insgesamt mit ihrer Publikation, den Leserinnen einen Einblick in das Leben und den Alltag mit Prothese zu ermöglichen. Am Beispiel der Prothesentechnik verdeutlicht sie, wie wenig Körper und Technik einfach zusammengehören noch sich umstandslos unter dem Banner des Human Enhancements subsumieren lassen. Die dichten Beschreibungen der Existentialität der Krisenerfahrung, der kontinuierlichen Arbeit am Körper und mit der Technik, der umfangreichen Anstrengungen, die unternommen werden, um den Alltag mit Prothese zu bewältigen, zeugen davon.

ANDREAS WAGENKNECHT, Siegen

WIRTZ, URSULA (2018): Stirb und werde. Die Wandlungskraft traumatischer Erfahrungen.

Ostfildern: Patmos, 380 pp.

Ursula Wirtz ist klinische Psychologin und Psychoanalytikerin und hat 1971 an der Universität München in Philosophie und Germanistik promoviert. Sie lehrte an Universitäten in Sarajevo, Dublin, Bonn und Klagenfurt. An der Universität Zürich erwarb sie schließlich den lic. phil. in klinischer und anthropologischer Psychologie und am C. G. Jung-Institut das Diplom in analytischer Psychologie. Sie arbeitet in Zürich als Psychotherapeutin in eigener Praxis (seit 1982) und als Dozentin, Lehranalytikerin und Supervisorin am Internationalen Seminar für Analytische Psychologie Zürich (ISAP) sowie innerhalb internationaler Lehr- und Ausbildungstätigkeiten. Ihre Publikationen decken Themen wie sexuelle Gewalt, Trauma, Ethik und die Verbindung von Psychotherapie und Spiritualität ab.

In ihrer zunächst 2014 auf englisch und nun 2018 auf deutsch erschienenen Arbeit „Stirb und werde: die Wandlungskraft traumatischer Erfahrungen“ verarbeitet sie u.a. auch ihre persönliche Geschichte und Kindheit im Ruhrgebiet des Nachkriegsdeutschlands, dem „Land der Täter und Opfer“ (S. 12). Krieg und Frieden stellen zent-

rale Themen ihres Lebens und eine Motivation ihrer Arbeit dar, Solidarität mit Menschen zu üben, die unter sexueller Ausbeutung, Verfolgung, Krieg und Folter leiden. Nach eigenen Angaben entwickelte sie so mit der Zeit ein soziales, politisches und therapeutisches Engagement für „empowerment“, Versöhnung und Vergebung an vielen Orten der Welt (z. B. Jugoslawien und Kambodscha), aber auch im Ambulatorium für Kriegs- und Folteropfer in Bern. Insbesondere widmet sie aber ihre Aufmerksamkeit der traumatischen Erfahrungen jüdischer Menschen im Europa des 20. Jahrhunderts.

Die Auseinandersetzung mit spiritueller-transformatorischen Dynamiken, die sich aus traumatischen Erfahrungen ergeben können, stellen einen Fokus dieser teils sehr emotional durchfärbten Arbeit zu ihrem „Herzensthema Trauma“ (S. 11) dar. Sie zieht dabei eine unter PsychotherapeutInnen beliebte Metapher heran, die ihre eigene Tätigkeit gerne mit schamanischen Reisen und der Rückführung verlorener Seelen vergleichen (vgl. MACHLEIDT 2013, KURZ 2014). Dieser spirituellen Konnotation mehr oder weniger ent-

sprechend verortet sie sich professionell auch nicht nur in der analytischen Psychologie nach Carl Gustav Jung (1903-1955), sondern auch in verschiedenen spirituellen Traditionen (I Ging, Zen, Achtsamkeitsmeditation). Sie widmet sich dem Trauma als Erfahrung und Narrativ der Gewalt, Hoffnungslosigkeit, Stagnation und Entfremdung als Überschneidung soziopolitischer, interpersoneller, psychischer, symbolischer und spiritueller Aspekte, innerhalb derer das Konstrukt des Archetypus für sie zentral zu sein scheint, aber insbesondere auch als Schwellenzustand oder Übergangsraum „von Identität“ (S. 14).

Die Stärke dieser Arbeit liegt in der Beschreibung von Transformationsprozessen bzgl. der Selbst- und Fremdwahrnehmung, die durch TherapeutInnen begleitet wird und symbolische Interpretation und imaginäre Bedeutung der Erfahrungen von PatientInnen integriert. Damit grenzt sich die Autorin teilweise von kognitiven und verhaltenstherapeutisch angelegten psychotherapeutischen Verfahren ab und befürwortet eine mehr auf „das Individuum“ zugeschnittene Praxis. In diesem Punkt scheint sie sich auch einer psychoanalytischen Tradition nach Lacan (1901-1981) anzunähern, die den TherapeutInnen vorgibt, nicht die PatientInnen verstehen zu wollen, sondern ihnen zu helfen, sich selbst zu verstehen. Die Beschreibung der Bewältigung von Trauma als selbsttransformatorischer und -heilender Prozess korrespondiert auch mit medizinanthropologischen Ansätzen (vgl. CSORDAS 1994, WALDRAM 2013).

Leider recurriert URSULA WIRTZ jedoch kaum die reichhaltige ethnologische Literatur zum Thema „transformative Heilung“ (abgesehen von einem Verweis auf das Konzept des Schwellenzustands innerhalb von Übergangsritualen bei ARNOLD VAN GENNEP (1909)). Eine tiefgreifende Auseinandersetzung mit VICTOR TURNER (z. B. 1967, 1968, 1987) oder anderen Autoren zur Performativität und Transformation von Erfahrung innerhalb von Heilpraktiken wäre hier sicherlich hilfreich gewesen. Nichtsdestotrotz präsentiert URSULA WIRTZ Erkenntnisse und Einschätzungen der Funktionsweise ihrer psychoanalytischen Arbeit, die im Kontext aktueller medizinethnologischer Diskurse bzgl. „Sinnesarbeit“, „Embodiment“ und „Performativität“ interessante Einsichten und wichtige Vergleichsmöglichkeiten liefern:

Sie unterstreicht beispielsweise Dynamiken der organismischen Selbstregulation, transformative Prozesse der (unterstützten) Selbstheilung, transpersonale und transzendente Erfahrungen und persönliche Reifung (S. 16).

URSULA WIRTZ unterteilt ihre Arbeit in zwei Abschnitte mit divergierenden Perspektiven auf traumatische Erfahrungen: die spirituell-mythologische und die klinische Ebene. Zur spirituellen Dimension zählt sie Prozesse einer neuen Sinnbedeutung des Selbst, der Welt und transzendentaler Sphären innerhalb derer sich PatientInnen durch selbstregulatorische Kräfte um- und neugestalten. Im Kontext mythologischer Dimensionen greift sie das Konzept des Archetypus auf, indem sie z.B. die Überlieferungen zur indischen Göttin Kali, zur griechischen Gorgone Medusa, und zur Halbgöttin Ariadne vergleicht. Hier stellt sich leider ein vereinfachender und universalisierender psychotherapeutischer Blick ein, der wenige Analogien gegenüber erheblichen historischen und kulturellen Unterschieden hervorhebt. Es zeigt sich damit, wie sehr die interdisziplinäre Praxis der trans/kulturellen Psychiatrie, Psychotherapie und Psychologie auf die Expertise von EthnologInnen und anderen Kultur- und SozialwissenschaftlerInnen angewiesen ist, um Simplifizierungen und Generalisierungen zu vermeiden und wissenschaftlich fundierte Vergleiche anstellen zu können. Vor allem der Versuch, europäisch verankerte philosophische Diskurse 1) als Grundlage der menschlichen Psyche anzusehen, und damit 2) von einer universellen psychischen Konstitution auszugehen, die sich nur in ihrer Verwendung von Symbolen kulturell unterscheiden, stellt eine unter Rückgriff auf ethnologische Quellen vermeidbare systematische Schwäche dar. Die Vergleiche und Verknüpfungen erinnern an die Religionsphänomenologie MIRCEA ELIADES (1949), in der er unterschiedliche kulturelle religiös-spirituellen Praktiken durch angeblich global existierende Phänotypen miteinander in verwandtschaftlicher Beziehung zueinander versteht. Spinnt man diesen Gedanken weiter, kann man natürlich auch, wie URSULA WIRTZ den Anschein erweckt, eine europäisch geprägte Psychotherapie als universell gültig ansehen, oder aber auch kulturfremde Heilpraktiken in Europa als wirksam anerkennen, solange die symbolischen Bedeutungen entsprechend „übersetzt“ werden. Dieser Ansatz

ist mir hier aber zu vereinfacht, lässt die körperlich-sinnlich Ebene zugunsten eines rein kognitiven Ansatzes außen vor und wird vor allem auch nicht durch ethnographische Daten belegt, sondern vielmehr mit persönlichen philosophischen Gedanken, Phantasien und Überzeugungen unterfüttert.

Auch der klinische Blick der Autorin erweist sich zumindest für den psychoanalytischen Laien als eindimensional: Traumatherapeutische Praktiken und Konzepte beziehen sich fast ausschließlich auf Carl Gustav Jungs „Selbstanalyse“ innerhalb seines erst spät posthum veröffentlichten Werkes „Das Rote Buch“ (JUNG 2009). URSULA WIRTZ kritisiert die mangelhafte Integration seiner Erkenntnisse in die Traumatherapie und argumentiert für eine Ausarbeitung wesentlicher Jung'scher Elemente innerhalb eines symbolischen, philosophischen und spirituellen Ansatzes, den sie durch klinische Vignetten zu untermalen sucht. Weiterhin kritisiert sie eine Vernachlässigung der Seele im naturwissenschaftlichen Diskurs und der materialistischen Missachtung des Spirituellen innerhalb einer „seelenlosen Psychologie“ (S. 18). Sie mahnt an, dass die Arbeit mit traumatisierten Menschen eine seelenvolle, ganzheitliche Haltung und die Integration von Emotion und Geist, Psyche und Materie, Körper und Seele beinhalten sollte.

Zur Struktur der Arbeit: Der Einleitung durch die Autorin folgt der erste Abschnitt, innerhalb dessen URSULA WIRTZ in fünf Unterkapiteln verschiedene Aspekte des Traumas in Bezug auf „die Seele“ und „das Böse“ mit Rückgriff auf mythologische Überlieferungen eingeht. Hierbei greift sie universalisierend auf monotheistische Gottesvorstellungen und christliche Dualismen von „gut“ und „böse“ sowie auf nicht näher erläuterte „mystische Schriften“ zurück. Ihre Definitionen der „Seele“, des „Ich“ und der „Person“ bilden einen sehr eurozentristischen Blick ab. Darüber hinaus wagt URSULA WIRTZ den fragwürdigen Schritt, die „Seele“ als „weiblichen Aspekt des Selbst“ darzustellen. Da stellt sich mir dann die Frage: Ist Trauma also ein männliches Prinzip? Leider liefert die Autorin keine weiteren Erklärungen und auch keine Definition des Begriffes „Trauma“. Sie exploriert stattdessen die spirituelle Dimension traumatischer Erfahrungen und die ihrer Meinung nach heilende Kraft spiritueller Werte. Sie

verstehet Trauma als Sinnkrise, die aber durch Verzeihen, Verzeihen und Vergeben transformierend überwunden werden kann. Beim letzten Aspekt bezieht sie sich vor allem auf die „Poeten des Traumas“ (S. 101ff) PAUL CELAN und NELLY SACHS und die Tagebücher der Auschwitz-Insassin ETTY HILLESUM. Diese Verweise sind zwar sehr bewegend, können aber nicht unbedingt als Grundlage einer allgemeinen Betrachtung der Traumaverarbeitung dienen, sondern lediglich exemplarisch verschiedene Bewältigungsstrategien aufzeigen. Es findet auch kaum eine Thematisierung temporärer Traumaerfahrungen im Migrationskontext statt. Indische Meditationspraktiken und Mythologien werden als Basis einer effektiven Traumatherapie gepriesen, ohne aber auf aktuellen Hindu-Nationalismus, Massenvergewaltigungen und Feminizide in Indien zu verweisen.

Der zweite Abschnitt widmet sich in sechs Unterkapiteln der klinischen Perspektive auf Traumaerfahrungen. Zunächst wird das „Rote Buch“ CARL GUSTAV JUNGS vorgestellt und dann an Fallgeschichten im Lichte der postulierten jung'schen „Selbtheilung“, der (deutschen, griechischen und indischen) Mythologie und des Konzepts des „Archetypus“ diskutiert. Auf kognitiver Ebene setzt sich die Autorin mit der Bedeutung dissoziativer Zustände auseinander; welchen Beitrag Achtsamkeitsansätze, Sensibilisierung der Selbstwahrnehmung, Reflexion und Bewusstseinsweiterung allerdings auch auf körperlich-sensorischer Ebene leisten, bleibt weitestgehend ausgeblendet. Als zentralen Aspekt psychoanalytischer Therapie nennt sie die „Neu-Gestaltung der Identität“ (S. 161ff), bleibt aber auch hier eine Definition des Begriffes der „Identität“ schuldig.

URSULA WIRTZ liefert ein sehr persönliches und philosophisches Buch, welches Einblicke in einige Ansätze der Traumatherapie liefert, die auf (Selbst-)Sorge und Heilung im Kontext therapeutischer Symbolarbeit und Imagination beruhen. Sie bringt viele klinische Beispiele und durchaus reflexive Diskussionsansätze psychoanalytischer therapeutischer Arbeit und Methodik, verliert sich allerdings im Dschungel verschiedener (kultureller) Kontexte und einer leider nur als unwissenschaftlich zu bezeichnenden Argumentationsweise (auch in Bezug auf Quellennachweise). „Kulturspezifische Symptomkomplexe“ (S. 43) werden aufgrund linguistischer Ähnlichkeiten

mit „unserer Kultur“ (S. 45) verglichen, ohne deren Bedeutung innerhalb eines spezifischen soziokulturellen Rahmens zu eruieren, geschweige denn, sich mit dem reichlich diskutierten und zumindest im ethnologischen Diskurs längst verworfenen Konzept der „Culture-Bound-Syndromes“ (LITTLEWOOD 2000) auseinander zu setzen und ohne den LeserInnen zu erklären, was denn unter „unserer Kultur“ jetzt genau zu verstehen sei. Schwindelerregende Sprünge durch Disziplinen, Epochen, Kontexte und Kulturen führen zu einem Eintopf eurozentristischer, universalisierender und unwissenschaftlicher Ansätze, die m. E. im folgenden Zitat ihren Höhepunkt finden:

„Im Verständnis der Analytischen Psychologie ist es nicht die Wissenschaft, sondern der Mythos, der uns ein besseres Verständnis der menschlichen Natur und der tieferen Probleme des Lebens ermöglicht. Mythen sind jenseits von Zeit und Raum angesiedelt [...]“ (S. 59).

Als Ethnologe möchte ich dem widersprechen: Ein Mythos ist nur einer unter vielen Aktanten, die unsere Erfahrung und damit unsere Kapazitäten im Umgang mit verstörenden und/oder traumatisierenden Erfahrungen beeinflussen. Hinzu kommen m.E. historische, soziale, politische, ökonomische und andere kulturelle Variablen, die hier unterschlagen werden. Im Kontext meiner eigenen medizinanthropologischen Forschung zum brasilianischen Spiritismus (KURZ 2015, 2017, 2018) konnte ich einige Erfahrungen und Daten sammeln, die der von Ursula Wirtz beschriebenen transformativen Traumabewältigung entsprechen. Es herrschen dort aber derart unterschiedliche Kosmologien, Konzepte des Selbst, der Seele, der Person und des Körpers sowie divergierende Erklärungsmodelle von Gesundheit, Krankheit und Heilung vor, dass sie sich nicht mit beispielsweise indischen Besessenheitspraktiken oder deutschen psychotherapeutischen Ansätzen

gleichsetzen lassen. Sie lassen sich unter Rücksicht auf soziale, kulturelle, ökonomische, politische, religiöse und spirituelle Aspekte erkenntnisreich vergleichen, aber eben einen solchen wissenschaftlich fundierten, differenzierenden Ansatz liefert Ursula Wirtz hier leider nicht.

HELMAR KURZ, Münster

Literatur

- CSORDAS T.J. 1994. *The Sacred Self. A Cultural Phenomenology of Charismatic Healing*. Berkeley, Los Angeles: University of California Press.
- ELIADE M. 1949. *Traité d'histoire des religions*. Paris: Payot.
- GENNEP A. v. 1909. *Rites de Passage*. Paris: Nourry.
- JUNG C.G. 2009. *Das Rote Buch*. Ostfildern: Patmos.
- KURZ H. 2014. Rezension zu Wielant Machleidt (2013): Migration, Kultur und psychische Gesundheit. Stuttgart: Kohlhammer. *Curare* 37(4): 337–343.
- KURZ H. 2015. 'Depression is not a Disease. It's a Spiritual Problem.' Performance and Hybridization of Religion and Science within Brazilian Spiritist Healing Practices. *Curare* 38(3): 175–193.
- KURZ H. 2017. Diversification of Mental Health Care: Brazilian Kardecist Psychiatry and the Aesthetics of Healing. *Curare* 40(3): 195–206.
- KURZ H. 2018. Transnational and Transcultural Transfer of Therapeutic Practice: Healing Cooperation of Spiritism, Biomedicine, and Psychiatry in Brazil and Germany. *Curare* 41(1+2): 36–50.
- LITTLEWOOD R. 2000. Psychiatry's Culture. In: Skultans V. & Cox J. (eds). *Anthropological approaches to Psychological Medicine: Crossing Bridges*. London: Kingsley: 66–93.
- MACHLEIDT W. 2013. *Migration, Kultur und psychische Gesundheit*. Stuttgart: Kohlhammer.
- TURNER V.W. 1967. *The Forest of Symbols: Aspects of Ndembu Ritual*. Ithaca: Cornell University Press.
- TURNER V. W. 1968. *The Drums of Affliction: a Study of Religious Processes among the Ndembu in Zambia*. Oxford: Clarendon.
- TURNER V.W. 1987. *The Anthropology of Performance*. New York: PAJ.
- WALDRAM J. B. 2013. Transformative and Restaurative Processes: Revisiting the Question of Efficacy of Indigenous Healing. *Medical Anthropology* 32: 191–207.

Eingesandte Bücher | Books Received

Wenn Sie Interesse haben, ein Buch zu rezensieren, schreiben Sie bitte an curare@agem.de
If you are interested in reviewing a book, please write to curare@agem.de

BUCH, ELANA D. 2018. *Inequalities. Paradoxes of Independence in American Home Care*. New York: NYUPress, 263 pp.

BROSSARD, BAPTISTE. 2018. *Why do we hurt ourselves?* Bloomington, Indianapolis: Indiana University Press, 188 pp.

BURKE, STACIE 2018. *Building Resistance: Children, Tuberculosis, and the Toronto Sanatorium*. Montreal: McGill-Queen's University Press, 576 pp.

FÜRHOZLER, KATHARINA 2019. *Das Ethos des Pathographen. Literatur- und medizinethische Dimensionen von Krankenbiographien*. Universitätsverlag Winter: Heidelberg, 286 pp.

HOBERMAN, JOHN. 2017. *Dopers in Uniform. The hidden world of police on steroids*. Austin, TX: University of Texas Press, 302 pp.

HÖRNER, JULIAN 2018. „Die klassische Kur stirbt“. *Zum Wandel medikaler Strukturen im Rottaler Bäderdreieck heute* (Reihe Kulturtransfer Bd. 10). Würzburg: Königshausen & Neumann, 232 pp.

KOHRMAN, MATTHEW, QUAN GAN, LIU WENNAN & ROBERT N. PROCTOR (eds) 2018. *Poisonous Pandas. Chinese Cigarette Manufacturing in Critical Historical Perspectives*. Stanford, CA: Stanford Univ. Press, 309 pp.

LUX, ANNE-CHRISTIN 2017. *Das Erbe der Morloks. Untersuchungen über das Wirken einer Heilerdynastie im Nordschwarzwald* (Reihe Mainzer Beiträge zur Kulturanthropologie / Volkskunde Band 14) Münster/New York/München, Berlin: Waxmann, 422 pp.

MATTES, DOMINIK 2019. *Fierce Medicines, Fragile Socialities. Grounding Global HIV Treatment in Tanzania*. New York, Oxford: Berghahn, 438 pp.

MORRIS, THERESA. 2018. *Health Care in Crisis. Hospitals, Nurses, and the Consequences of Political Change*. New York: NYU Press, 241 pp.

STODULKA, THOMAS 2017. *Coming of Age on the Streets of Java. Coping with Marginality, Stigma and Illness*. Bielefeld: transcript, 286 pp.

ZUSAMMENFASSUNGEN
ABSTRACTS
RÉSUMÉS

Zusammenfassungen der Beiträge der *Curare* 42 (2019) 1+2

Verwandtschaft, Sorge, Technologien. Medikalisierte Beziehungen im Alltag

HERAUSGEGEBEN VON ANNA PALM & SABINE WÖHLKE

Editorial von DIE REDAKTION S. 5–6, verfasst auf Deutsch

ANNA PALM & SABINE WÖHLKE: Medizinanthropologische Annäherungen an medikalisierte Beziehungen im Alltag. Einleitung in den Themenschwerpunkt Verwandtschaft, Sorge, Technologien S. 9–16, verfasst auf Deutsch

NINA WOLF: „Wenn er mich nicht mehr erkennt, was bringt das?“ Empirische Einblicke in die Potenziale und Grenzen von Freundschaften zwischen Menschen mit und ohne Demenz S. 17–29, verfasst auf Deutsch

Freundschaft wird im sozialwissenschaftlichen Diskurs meist als freiwilliges, reziprokes Tauschverhältnis zwischen zwei Personen, die sich auf Augenhöhe begegnen, definiert. Aus einem solchen Blickwinkel erscheinen Freundschaften im Kontext von Demenz zunächst als unvereinbar. Der Artikel wirft ein kritisches Licht auf normative Freundschaftsdefinitionen und zeigt anhand empirischer Beispiele Möglichkeiten und Grenzen von Freundschaften unter sich verändernden Bedingungen auf. Anhand der Narrative von drei Männern, die jeweils eine freundschaftliche Beziehung zu einem Menschen mit Demenz pflegen, kann gezeigt werden, dass Freundschaften Asymmetrien und Ungleichgewichten durchaus standhalten. Freunde haben eine zentrale Integrationsfunktion für demenzbetroffene Personen, indem sie sicherstellen, dass diese weiterhin an gesellschaft-

lichen Teilbereichen mitwirken können. Zudem übernehmen sie in der interaktiven Herstellung und symbolischen Aufrechterhaltung der Beziehung eine aktive Rolle. Der Artikel zeigt auf, dass sich freundschaftliche Beziehungspraktiken im Kontext von Demenz nicht nur verändern, sondern dass aufgrund des besonderen Kontextes auch neue Freundschaften entstehen können. Jedoch sind die Beziehungen auf Dauer fragil und drohen, auseinanderzubrechen. Schreitet die demenzielle Erkrankung voran, fühlen sich Freunde in der Verantwortung für das körperliche Wohl des anderen oder in der Kommunikation zuweilen unsicher und überfordert. Im Hinblick auf die sozialpolitische Rahmung von Freundschaften und Freunden als Unterstützungsressourcen für Menschen mit Demenz im Alltag, plädiert der Artikel für eine differenzierte Betrachtung der Beziehungsform.

Schlagwörter Demenz – Alzheimer – Freundschaft – soziale Beziehungen – Alter

MAREN HEIBGES: Waldarbeit. Praxis der medizinischen Stammbaum-Arbeit in der familiären Krebsberatung S. 31–47, verfasst auf Deutsch

In der kultur- und sozialwissenschaftlichen Forschung hat der medizinische Stammbaum bisher wenig Aufmerksamkeit gefunden – obwohl er alltäglich in der westlich-medizinischen Praxis genutzt wird. Vermutlich ist diese geringe Beachtung darauf zurückzuführen, dass der medizinische Stammbaum, im Gegensatz zu neueren Gentests, eine konventionalisierte, wenig aufwendige Alltagstechnologie darstellt. In den wenigen existierenden Forschungen finden sich drei typische Konzeptualisierungen: der medizinische Stammbaum

als Boundary Object, als Teil des kritisch diskutierten Risiko-Diskurses und als normativ ausschließendes Wissenschafts-Medium. Der Artikel diskutiert Resonanzen und Reibungen zwischen diesen Konzeptualisierungen und eigenen ethnografischen Beobachtungen der medizinischen Stammbaum-Arbeit im Rahmen der familiären Krebsberatung in zwei deutschen Krankenhäusern. Der medizinische Stammbaum wird als „Brückentechnologie“ (und damit als eine bestimmte Form des Boundary Objects) pointiert, mit dem Potential, verschiedene Wis-

senshierarchien, Akteursgruppen und Gesprächsgenres zu verknüpfen. In den beobachteten Situationen unterstützte die Stammbaum-Arbeit eine Gesprächsstruk-

turierung und trug zum Aufbrechen einer distanzierteren medizinischen Beratungssituation bei, in dem Raum für Affekt und Humor entstand.

Schlagwörter Medizinischer Stammbaum – Boundary Object – medizinische Beratung – Risiko-Diskurs – Genetik

ANTONIA MODELHART: Das Social Egg Freezing als Technologie zur weiblichen Fruchtbarkeitserhaltung. Potentialanerkennung und Fruchtbarkeitsvermessung in der biomedizinischen Praxis S. 49–58, verfasst auf Deutsch

Unter dem Begriff *Social Egg Freezing* (SEF) wird die Reproduktionstechnologie des Einfrierens von Eizellen seit einigen Jahren vermehrt im Kontext der biografischen Lebensplanung diskutiert. Die Möglichkeit des SEF soll das Alter des „Kinderkriegen-Könnens“ als biologische Tatsache an das Alter des „Kinderkriegen-Wollens“ als soziale Tatsache (aufgrund von Faktoren wie Beruf, Partnerschaft oder ökonomischem Druck) heranführen und die „tickende biologische Uhr“ der Frau anhalten. Ausgehend von der Technologie des SEF, eingebettet in den spezifisch österreichischen Kontext, untersuche ich im vorliegenden Artikel die weibliche (Un-)Fruchtbarkeit

als Aushandlungsfeld von Technologie, Körper und Gesellschaft. Beim SEF wird der weibliche, fruchtbare Körper zum Ort gesellschaftlicher Dynamiken und biologischer Fakten, die miteinander in Einklang gebracht werden wollen. Als Ausdruck einer Biomedikalisierung transformieren das SEF und die damit korrespondierende Technologie der Fruchtbarkeitsvermessung die weibliche Fruchtbarkeit in ein biomedizinisches Problem. Als biomedizinisches Problem anerkannt, legt es technologische Interventionen nahe und legitimiert deren Einsatz in den Momenten, in denen die sozialen Beweggründe kontrovers bleiben.

Schlagwörter Social Egg Freezing (SEF) – Reproduktionstechnologie – weibliche (Un-)Fruchtbarkeit – Biomedikalisierung

LISA PEPPLER: Ethnisierte Gesundheitsversorgung und die „türkisierte“ Arzt-Patienten-Beziehung in Deutschland S. 61–71, verfasst auf Deutsch

Während in der derzeitigen Diskussion um Medizin und Migration die Herausforderungen der interkulturellen Gesundheitsversorgung im Mittelpunkt stehen, wie etwa Sprachbarrieren und medizinkulturelle Unterschiede, steht hier die intrakulturelle Arzt-Patienten-Beziehung im Zentrum des Erkenntnisinteresses. Am Beispiel von niedergelassenen Ärzt/innen türkischer und Patient/innen der gleichen Herkunft wird herausgearbeitet, wodurch diese sich konstituiert. Die Erkenntnisse basieren auf leitfadengestützten Interviews mit 29 (post-)migrantischen Ärzt/innen sowie drei Experteninterviews mit Vorsitzenden deutsch-türkischer Ärzteorganisationen.

Das Verhältnis der Ärzt/innen zu ihren Patient/innen ist durch eine Ambivalenz charakterisiert, die sich aus ethnisierender Vergemeinschaftung und professioneller Distanzierung ergibt: Die Patient/innen suchen die Ärzt/innen aufgrund ihrer türkischen Herkunft auf, weil sie sich durch deren Kenntnisse der türkischen Sprache und Kultur eine vereinfachte Behandlung erhoffen. Aufgrund dessen haben die Ärzt/innen im Praxisalltag eine

überaus stabile Patientenbasis und dementsprechend einen Wettbewerbsvorteil. Sie nehmen eine Mittlerfunktion zwischen der Bevölkerung türkischer Herkunft und dem Gesundheitssystem ein. Als Mitglieder der medizinischen Profession, die dem Gemeinwohl verpflichtet ist, sowie als Angehörige einer ethnisierten Minderheit argumentieren sie, dass die Bevölkerung türkischer Herkunft dem durch sie garantierten Zugang zu medizinischer Versorgung bedarf. Andererseits sehen sie sich mit einer hohen Erwartungshaltung seitens der Patient/innen konfrontiert, deren ethnisierende Vergemeinschaftung sich auch in eindringlichen Forderungen ausdrücken kann – die die Ärzt/innen jedoch zurückweisen, sobald ihr professionelles Selbstverständnis infrage gestellt wird. Letztlich resultiert das „türkisierte“ Arzt-Patienten-Verhältnis aus vielschichtigen Ethnisierungsprozessen, die durch die Bedingungen des deutschen Gesundheitssystems gerahmt sind – wie beispielsweise die freie Arztwahl oder das Zusammenspiel von Gemeinwohlorientierung und Wettbewerb. Vor diesem Hintergrund findet gewissermaßen eine Sortierung „von un-

ten“ statt, die in ethnisierten Versorgungsstrukturen resultiert.

Schlagwörter Migration – medizinische Profession – Ethnizität – türkische Herkunft – Arzt-Patienten-Verhältnis

ULRICH VAN LOYEN: Mit der Stimme eines Anderen. Autorität und Medien im Alberto-Kult

S. 73–83, verfasst auf Deutsch

Der Aufsatz versucht den mit Unterbrechungen seit 1957 in Süditalien virulierenden Kult um den bei einem Unfall getöteten „Alberto Glorioso“ vor dem Hintergrund mehrfach verschränkter Medialität zu analysieren: das personale Medium Albertos, seine Tante, das Medium seines Todes, einen Lastwagen, und die um den Kult geschaffenen Filme, die in ihrer Hochzeit für eine Multiplikation der an Heiler und Heilige gebundenen Medialisierung gesorgt haben. Dabei argumentiert der Aufsatz

dafür, in dieser Verschränkung anstatt ein Symptom der sozialen und epistemologischen Rückständigkeit des Mezzogiorno vielmehr einen eigenwilligen Beitrag für dessen Modernisierung zu sehen – sprich, einen Weg für die Aneignung spezifisch moderner Ansprüche an Individualität und Subjektivität. Ein Ausblick auf die gegenwärtige Rolle des Kultes für die Etablierung neuer charismatischer Gemeinschaften beschließt die Analyse.

Schlagwörter Trancemediumismus – mediterrane Volksfrömmigkeit – Medienanthropologie – Albertokult – Luigi di Gianni

Article Abstracts of *Curare* 41(2019)1+2

Kinship, Care, Technologies. Medicalized Relationships in Everyday Life

EDITED BY ANNA PALM & SABINE WÖHLKE

Editorial by THE EDITORIAL TEAM p. 5–6, written in German

ANNA PALM & SABINE WÖHLKE: Medical anthropological approaches to medicalized relationships in everyday life. Introduction to the thematic focus on kinship, care, technologies p. 9–16, written in German

NINA WOLF: “If he doesn’t recognize me anymore, what’s the point?” – Empirical insights into the potential and limitations of friendships between people with and without dementia p. 17–29, written in German

Friendship in social science discourse is usually defined as a voluntary, reciprocal exchange relationship between two people who meet on the same level. From such a perspective, friendships in the context of dementia initially appear incompatible. The article casts a critical light on normative definitions of friendship and uses empirical examples to show the possibilities and limits of friendship under difficult conditions. Based on the narratives of three men who practice a friendly relation-

ship with a person with dementia, it can be shown that friendship can withstand asymmetries and imbalances. Friends assume a central integration function for people with dementia by ensuring that they can continue to participate in social subsectors. They also take an active role in the interactive establishment and symbolic maintenance of the relationship. The article shows that friendly relationship practices in the context of dementia not only change, but that new friendship can also

develop due to the particular context. However, in the long run, friendship in the context of dementia is fragile and threaten to break apart. If the dementia progresses, friends sometimes feel insecure and overwhelmed in taking responsibility for the physical well-being of the

other or in communication. Regarding the socio-political framing of friends as a support resource for people with dementia in everyday life, the article pleads for a differentiated consideration of the form of relationship.

Keywords Dementia – Alzheimer – friendship -- social relations – age

MAREN HEIBGES: Tree Works: Medical pedigree work during consultations on hereditary cancer p. 31–47, written in German

Cultural and social studies of medicine have paid little attention to the usage of medical pedigrees, although the latter are an integral part of Western medical practice. In contrast to novel and high-tech genetic testing, medical pedigrees are low-tech and conventional – which might be one reason for their largely invisible status. The limited cultural and social research there is falls into three conceptual strands: the medical pedigree as boundary object, as part of the (critically assessed) risk discourse, and the medical pedigree as a normative and exclusionary medium of Western science. This article discusses resonances and frictions between these

conceptualisations and ethnographic observations of pedigree-work during consultations on familial cancer in two German hospitals. The medical pedigree is characterised as a “Brückentechnologie” (a “bridge technology” – meant as a nuancing of the concept of boundary object), carrying the potential to connect diverging hierarchies of knowledge, communities, and narrative conventions. Situationally, the observed medical pedigree-work enabled a more structured doctor-patient interaction and, through facilitating humour and affect, mitigated the distant character of medical consultations.

Keywords Medical pedigree – boundary object – medical consultations – risk discourse – Genetics

ANTONIA MODELHART: Social egg freezing as a technology for female fertility preservation. Recognition of potential and fertility measurement within biomedical practice p. 49–58, written in German

In recent years the reproduction technology known as Social Egg Freezing (SEF) has been discussed within the context of biographic life planning. The possibility of SEF allows for an approximation of the age of “able to bear children” as a biological fact and the age of “willing to bear children” as a social fact (impacted by factors like job, relationship or economic pressure) as well as a “halting of the female biological clock”. Starting with SEF technology this article will examine female (in-)fertility as a battleground for the relations between tech-

nology, society and the human body. SEF puts the female body in a position of focus as a place where societal dynamics and biological facts need to be conciliated. As an expression of biomedicalization, the SEF and corresponding technologies of fertility measurement are transforming the female fertility into a biomedical issue. (In-)fertility’s recognized status as a biomedical problem suggests and legitimizes technological intervention at a point in time when social reasons are still controversial.

Keywords Social Egg Freezing (SEF) – reproduction technology – female (in-)fertility – biomedicalization

LISA PEPPLER: Ethnic healthcare and the Turkish doctor-patient relationship in Germany p. 61–71, written in German

While current discussions on medicine and migration focus on challenges of intercultural healthcare like language barriers and differences in medical culture, this

article discusses the intracultural doctor-patient-relationship by the example of doctors of Turkish and patients of the same immigration background. The find-

ings are based on semi-structured interviews with 29 (post-)migrant doctors and three expert interviews with presidents of German-Turkish medical organizations.

The doctors' relationships with their patients are characterized by an ambivalence that arises from ethnic communitarianisation and professional dissociation. Patients consult the doctors because of their Turkish origin: they hope for easier access to healthcare due to their Turkish language skills and their knowledge of Turkish culture. Therefore, registered doctors have a stable client base and competitive advantages. They take kind of a hinge function between the population of Turkish immigration background and the German healthcare system. Being members of the medical profession, which

is dedicated to the common good, and being members of an ethnic minority, they argue, that they can ensure the access to healthcare, which the population of Turkish immigration background needs. Otherwise, they are confronted with the patients' excessive expectations due to ethnic attributions, which they refuse due to their professional self-image. Ultimately, the Turkish doctor-patient-relationship is based on complex processes of ethnicization, that are framed by the conditions of the German healthcare system like free choice of a physician or the interplay between common good and elements of competition. The result is some kind of ethnic sorting "from below", which again results in ethnic healthcare structures.

Keywords Migration – medical profession – ethnicity – Turkish origin – doctor-patient-relationship

ULRICH VAN LOYEN: With the voice of an other. Authority and media in the Alberto cult p. 73–83, written in German

The essay analyses the Southern Italian cult of "Glorious Alberto" with respect to the various forms of intertwined medialities by which it is constituted. Alberto Gonnella, a young seminarist, died in an accident in 1957, and succeedingly "possessed" his aunt, a local healer. The truck which killed him became a sort of altar, and the films shot to document the emerging devotion unintentionally became multipliers testifying the healing effects of the locally proclaimed "Saint". The essay argues that these intersections instead of representing symp-

toms of the social and epistemological backwardness of the Italian Mezzogiorno, rather expose the often hidden conditions of modernisation. They express a way to appropriate specifically modern claims to individuality and subjectivity in a vernacular culture. The article closes with a short reassessment of recent developments around the local devotion, especially its role for a newly established charismatic community whose practices again are interpreted at the edge of "hereticism".

Keywords Trance Mediumism – Mediterranean Popular Religion – Media Anthropology – Beato Alberto – Luigi di Gianni

Résumés des articles de *Curare* 42(2019)1+2

Parenté, soins et technologies. Perspectives anthropologiques sur les relations médicalisées au quotidien

SOUS LA DIRECTION DE ANNA PALM & SABINE WÖHLKE

Éditorial de LA REDACTION p. 5–6, rédigé en allemand

Anna Palm & Sabine Wöhlke: Perspectives anthropologiques sur les relations médicalisées au quotidien: Introduction au numéro spécial «Parenté, soins et technologies» p. 9–16, rédigé en allemand

NINA WOLF: «S'il ne me reconnaît plus, à quoi bon ?» – Perspectives empiriques sur le potentiel et les limites des amitiés entre personnes atteintes et non atteintes de démence p. 17–29, rédigé en allemand

Dans le discours des sciences sociales, l'amitié est généralement définie comme une relation d'échange volontaire et réciproque entre deux personnes qui se rencontrent sur un pied d'égalité. Dans une telle perspective, il semble impossible d'imaginer une amitié dans le contexte de troubles démentiels. La contribution pose un regard critique sur les définitions normatives de l'amitié, et se base sur des exemples empiriques pour montrer les possibilités et les limites de l'amitié dans des conditions difficiles. À partir des récits de trois hommes qui entretiennent une relation amicale avec une personne atteinte de démence, l'analyse montre que les amitiés peuvent résister aux asymétries et aux déséquilibres. Les amis assument une fonction essentielle d'intégration des personnes atteintes de démence, en leur permettant de continuer de participer à certains domaines de la société.

Ils jouent également un rôle clé dans l'établissement interactif et l'entretien symbolique de la relation. L'article montre que les pratiques de relations amicales dans le contexte de la démence peuvent évoluer, mais aussi que de nouvelles amitiés peuvent se développer en raison du contexte particulier. Sur la durée, ces relations s'avèrent toutefois fragiles et susceptibles de se rompre. En fonction de la progression des troubles démentiels, les amis peuvent être déstabilisés et dépassés par le sentiment d'être responsable du bien-être physique de la personne, ou par la difficulté à communiquer avec elle. En ce qui concerne l'encadrement sociopolitique des amies et amis comme ressource de soutien au quotidien pour les personnes atteintes de démence, le texte plaide pour une prise en compte différenciée de la forme de relation.

Mots clés La démence – Alzheimer – l'amitié – les relations sociales – l'âge

MAREN HEIBGES: Travail de forêt: La pratique de travail avec l'arbre généalogique médicale dans la consultation oncologique familiale p. 31–47, rédigé en allemand

Dans la recherche en sciences culturelles et sociales, l'arbre généalogique médical a jusqu'à présent fait l'objet de peu d'attention, bien qu'utilisé quotidiennement dans la pratique biomédicale occidentale. On peut supposer que ce manque d'attention est dû au fait que l'arbre généalogique médical, contrairement aux tests génétiques plus récents, relève d'une technologie quotidienne, conventionnelle et peu complexe. Dans les quelques recherches existantes, on peut trouver trois conceptualisations typiques de l'arbre généalogique médical, le caractérisant comme « boundary object », comme objet de discours portant le risque, et comme medium scientifique normatif. Le présent article traite des résonances et des frictions entre ces conceptuali-

sations à partir d'observations ethnographiques du travail médical avec l'arbre généalogique, particulièrement au sein des consultations oncologiques familiales dans deux hôpitaux allemands. L'arbre généalogique médical est présenté comme une « technologie de transition » (et donc comme une forme de « boundary object ») permettant de relier différentes hiérarchies de connaissances, différents groupes d'acteurs et différents types de communication. Dans les situations observées, le travail avec l'arbre généalogique permet de structurer les conversations entre professionnels et patients et contribue à atténuer la distance lors de la consultation médicale pour céder la place à une relation plus affective, autorisant les plaisanteries.

Mots clés Arbre généalogique médical – Boundary Object – consultation médicale – discours sur le risque – génétique

ANTONIA MODELHART: La congélation sociétale des ovocytes en tant que technologie pour le maintien de la fertilité féminine. Reconnaissance du potentiel et mesure de la fertilité dans la pratique biomédicale p. 49–58, rédigé en allemand

Depuis quelques années, la technologie de reproduction de la congélation d'ovocytes est de plus en plus discu-

tée dans le contexte de la planification de la vie biographique sous le terme « Social Egg Freezing » (SEF). La

possibilité offerte par la SEF a pour but de concilier l'âge « d'avoir un enfant » avec l'âge « de vouloir avoir un enfant » en tant que fait social (en raison de facteurs tels que profession, vie en couple ou pression sociale) et « d'arrêter l'horloge biologique de la femme ». À partir de la technologie de la SEF, ancrée dans le contexte spécifiquement autrichien, j'étudie, dans le présent article, la fertilité/infertilité féminine en tant que terrain de négociation de la technologie, du corps et de la société.

Mots clés Social Egg Freezing (SEF) – technologie de reproduction – la fertilité/infertilité féminine – biomédicalisation

LISA PEPPLER: Soins de santé ethnicisés et relation médecin-patient « turquisée » en Allemagne p. 61–71, rédigé en allemand

Si les défis de l'accès interculturel aux soins de santé, tels les barrières linguistiques et les écarts médico-culturels, dominent le débat actuel sur la médecine et la migration, la relation intra-culturelle < médecin-patient est en l'occurrence au cœur de l'intérêt des connaissances. Sa constitution est esquissée à partir de l'exemple des médecins libéraux (des deux sexes) d'origine turque et de patient(e)s de même extraction. Les conclusions reposent sur des interviews semi-directives avec 29 médecins issus de l'immigration et trois entretiens d'experts avec des présidents d'organisations de médecins germano-turcs.

La relation des médecins avec leurs patient(e)s est teintée d'une ambivalence qui résulte de la communautarisation ethnicisante et de la distanciation professionnelle. Patientes et patients consultent ces médecins parce qu'elles/ils sont turques/turcs, en espérant une simplification du traitement induit par des similarités linguistiques et culturelles. En vertu de quoi ces médecins ont au quotidien une patientèle extrême-

Dans le cadre de la SEF, le corps féminin fertile devient le lieu de dynamiques sociales et de faits biologiques qui veulent être mis en harmonie. En tant qu'expression de la biomédicalisation, la SEF et la technologie connexe de mesure de la fertilité transforment la fertilité féminine en un problème biomédical. Reconnue comme problème biomédical, elle suggère des interventions technologiques et légitime leur utilisation dans des moments où les motivations sociales restent controversées.

ment stable et par-là un avantage sur la concurrence. Ils jouent un rôle d'intermédiaire entre la population d'origine turque et le système de santé. En tant que membres de la profession médicale tenue au bien commun ainsi qu'en qualité de proches d'une minorité ethnique, ils avancent l'argument suivant lequel la population d'origine turque a besoin de l'accès à des soins médicaux garanti par leurs soins. D'autre part, ils sont confrontés à des attentes excessives de la part des patient(e)s dont la communautarisation ethnicisante peut s'exprimer également par des exigences pressantes que les médecins rejettent dès lors que leur éthique professionnelle est mise en cause. Enfin, la relation médecin-patient « turquisée » est le fruit de processus d'ethnicisation complexes ayant pour cadre les conditions du système de santé allemand, à l'image du libre choix du médecin ou de l'interaction entre orientation sur le bien commun et concurrence. Dans ce contexte, il s'opère en quelque sorte un tri « par le bas » qui produit des structures de soins ethnicisées.

Mots clés migration – profession médicale – ethnicité – origine turque – relation médecin-patient

ULRICH VAN LOYEN: Avec la voix d'un autre. Autorité et médias dans le culte d'Alberto p. 73–83, rédigé en allemand

Notre étude s'intéresse au culte du « Glorieux Albert », répandu en Italie du Sud, et l'analyse en tenant compte de ses diverses médialités. En 1957 mourut dans un accident le jeune Alberto Gonnella. Il prit alors possession de sa tante, une guérisseuse locale. Le camion qui le tua devint une sorte d'autel et les films tournés pour documenter la dévotion naissante démultiplièrent, à l'insu de leur réalisateur, les témoignages de guérison

effectuée par celui qui fut localement proclamé Saint. Notre étude montre que, loin d'être symptomatiques d'un Mezzogiorno italien socialement et épistémologiquement arriéré, ces enchevêtrements exposent plutôt une face souvent cachée de la modernisation. Ils expriment une certaine façon de s'approprier les prétentions modernes à l'individualité et à la subjectivité à l'intérieur d'une culture vernaculaire. Notre article s'achève

sur une brève présentation du rôle des dévotions locales les pratiques sont considérées à la limite de l'hérésie dans les nouvelles communautés charismatiques, dont

Mots clés Médium – transe – religions populaires méditerranéennes – anthropologie des médias – Beato Alberto – Luigi di Gianni

María Susana Cipolletti

Kosmospfade

Schamanismus und religiöse Auffassungen der Indianer Südamerikas



Die Studie behandelt die vielfältigen Mythen und Rituale Südamerikas vom Tiefland bis zu den Anden. Allen Traditionen gemeinsam ist die Gewissheit, dass zwischen Diesseits und Jenseits, Menschen und Gottheiten eine Verbindung besteht und dass die verschiedenen Kosmosbereiche miteinander vernetzt sind. Die Komplexität religiöser Ideen ist unabhängig vom sozialen Gefüge. Gesellschaften, die dem westlichen Beobachter wegen ihrer Lebensweise oder kargen materiellen Kultur als ‚primitiv‘ erscheinen, haben vielfach elaboriertere Weltbilder als Gesellschaften, die durch die Pracht ihrer Tempel beeindruckt werden. Die meisten Traditionen dieses Gebiets sind auch nicht von christlichen Lehren überlagert, sie sind vielmehr lebendig und unmittelbar präsent.

María Susana Cipolletti, Dr. phil. (München), emeritierte Professorin der Rheinischen Friedrich-Wilhelms-Universität Bonn (Institut VII, Abteilung Anthropologie Amerikas). Ausgedehnte Feldforschungen in Amazonien von Ekuador unter den Secoya; frühere Feldforschungen in den argentinischen Anden. Forschungsgebiete: orale Überlieferungen des südamerikanischen Tieflands, Schamanismus und Ethnohistorie.



ACADEMIA

ISBN 978-3-89665-822-7 (Print)

ISBN 978-3-89665-823-4 (ePDF)

Aims & Scope

Since 1978, *Curare. Journal of Medical Anthropology*, has provided an international and interdisciplinary forum for the scientific discussion of topics in medical anthropology, understood as encompassing all aspects of health, disease, medicine and healing, past and present, in different parts of the world.

After a first internal review by the editorial team, all research articles are subject to a rigorous, double-blind external review procedure. All other submitted manuscripts are internally reviewed by the editorial team. In addition to research articles, the journal publishes conference reports and book reviews. Furthermore, the journal's forum section offers space for essayistic contributions, interviews and ethnographic vignettes.

Curare is unique among medical anthropology journals in that it publishes articles in English and German. *Curare* also supports the publication of guest-edited special issues.

If you are interested in submitting an article or a special issue proposal, please send an email to curare@agem.de.

For further information on manuscript submission and guest editorships, please see agem.de/curare.

Die Zeitschrift *Curare* bietet seit 1978 ein internationales und interdisziplinäres Forum für die wissenschaftliche Auseinandersetzung mit medizinanthropologischen Themen, die sämtliche Aspekte von Gesundheit, Krankheit, Medizin und Heilung in Vergangenheit und Gegenwart in allen Teilen der Welt umschließt.

Alle wissenschaftlichen Forschungsartikel werden nach einer ersten Durchsicht durch das Redaktionsteam einer externen Begutachtung im Doppelblindverfahren unterzogen. Alle anderen Beiträge werden von der Redaktion intern begutachtet. Neben Forschungsartikeln werden auch Tagungsberichte und Buchbesprechungen veröffentlicht. Die Rubrik Forum bietet darüber hinaus Raum für essayistische Beiträge, Interviews und ethnographische Vignetten.

Curare publiziert Beiträge auf Englisch und als einzige Zeitschrift für Medizinanthropologie auch auf Deutsch. Sie unterstützt die Publikation von Schwerpunktheften durch Gastherausgeberschaften.

Bei Interesse an der Veröffentlichung eines Beitrages oder der Übernahme einer Gastherausgeberschaft freuen wir uns über eine Email an: curare@agem.de.

Nähere Informationen zu den Bedingungen von Artikeleinreichungen und Gastherausgeberschaften finden Sie unter agem.de/curare.

Formatvorlage | Stylesheet

Manuskripte

Bitte nur Originalbeiträge auf Deutsch oder Englisch als Word-Dokument mit einer Zusammenfassung aus 250 Wörtern plus fünf Schlagworten einreichen. Im Falle einer Annahme benötigen wir das Abstract auf Deutsch, Englisch und Französisch. Bitte auf Fußnoten möglichst verzichten, sie erscheinen als Endnoten. Quellenangaben im Text als (Autor Jahr [ggf. Jahr der Ersterscheinung]: Seite–Seite). Autorennamen werden in Kapitälchen gesetzt. Alternativ können sie auch unterstrichen werden. Namen von Zeitschriften und Institutionen sowie fremdsprachige Begriffe werden kursiv geschrieben. Alle englischsprachigen Beiträge sollten vor der Einreichung ein muttersprachliches Korrektorat durchlaufen.

Manuscripts

Please submit only original contributions in German or English in the form of a Word document with a summary of 250 words plus five keywords. In case of acceptance, we would need the abstract in German, English, and French. Please avoid footnotes as far as possible, they appear as final notes. Please indicate references in the text as (Author Year [if different, year of first publication]: Page–Page). Author names should be placed in small caps. Alternatively, they can also be underlined. Names of journals and institutions as well as foreign language terms should be written in italics. All English-language contributions should be proofread by a native speaker before submission

Monographien | Monographs

FAVRET-SAAD, JEANNE 1977. *Les mots, la mort, les sorts. La sorcellerie dans le Bocage*. Paris: Gallimard.

——— 2009. *Désorceler*. Paris: L'Olivier.

FAVRET-SAAD, JEANNE & CONTRERAS, JOSÉE 1981. *Corps pour corps. Enquête sur la sorcellerie dans le Bocage*. Paris: Gallimard.

HAUSCHILD, THOMAS; STASCHEN, HEIDI & TROSCHKE, REGINA 1979. *Hexen – Katalog zur Sonderausstellung im Hamburgischen Museum für Völkerkunde*. Hamburg: „materialien“ der Kunsthochschule Hamburg 51.

Beiträge in Sammelbänden | Articles in Edited Volumes

CSORDAS, THOMAS J. 1994. Introduction: the body as representation and being-in-the-world. In CSORDAS, THOMAS J. (ed) *Embodiment and Experience. The Existential Ground of Culture and Self*. Cambridge: Cambridge University Press: 1–26.

HANNAH, SETH D. 2011. Clinical care in environments of hyperdiversity. In DEL VECCHIO GOOD, MARY-JO; HANNAH, SETH D.; WILLEN, SARAH S.; VICKERY, KEN & PARK, LAWRENCE TAESENG (eds) *Shattering Culture. American Medicine Responds to Cultural Diversity*. New York: Russell Sage Foundation: 35–69.

Beiträge in Zeitschriften | Journal Articles

LINDQUIST, GALINA 2005. Healers, leaders, and entrepreneurs. Shamanic revival in southern Siberia. *Culture and Religion. An Interdisciplinary Journal* 6, 2: 263–85.

Internetquellen | Online Resources

KEHR, JANINA 2015. Alltägliche Krisen. Flucht, Medizin und Migration. Ein Denkeinstieg. <https://www.medizinethnologie.net/alltaegliche-krisen/> [10.05.2018].

Bei Übersetzungen und Neuauflagen bitte zusätzlich die Erstausgabe angeben:

With translations and new editions, please also indicate the first edition:

FAVRET-SAAD, JEANNE 1979. Entschuldigung, ich wollte doch nur ... Wie man Mitglied einer „Schule“ wird – oder nicht. *Kursbuch* 55: 163–175. [orig. 1977. Excusez-moi, je ne faisais que passer. *Les Temps modernes* 371: 2089–2103].

FLECK, LUDWIG 1980. *Entstehung und Entwicklung einer wissenschaftlichen Tatsache. Einführung in die Lehre vom Denkstil und Denkkollektiv*. Frankfurt am Main: Suhrkamp [orig. 1935. Basel: Benno Schwabe].

FREUD, SIGMUND 2000. Psychoanalytische Bemerkungen über einen autobiographisch beschriebenen Fall von Paranoia (Dementia paranoides). In FREUD, SIGMUND *Zwang, Paranoia und Perversion. Studienausgabe. Band VII*. Frankfurt am Main: Fischer Taschenbuch: 139–203 [orig. 1910/11].

GINZBURG, CARLO 1992. *Die Benandanti. Feldkulte und Hexenwesen im 16. und 17. Jahrhundert*. Frankfurt am Main: Syndikat. [orig. 1966. *I benandanti. Ricerche sulla stregoneria e sui culti agrari tra Cinquecento e Seicento*. Turin: Einaudi].

**Verwandtschaft, Sorge, Technologien. Medikalisierte
 Beziehungen im Alltag**

**Kinship, Care, Technologies. Medicalized Relationships in
 Everyday Life**

Herausgegeben von
 edited by ANNA PALM & SABINE WÖHLKE

- 5 **EDITORIAL**
- 7 **SCHWERPUNKT THEMATIC FOCUS**
- 9 ANNA PALM & SABINE WÖHLKE Medizinanthropologische Annäherungen an medikalisierte Beziehungen im Alltag. Einleitung in den Themenschwerpunkt
- 17 NINA WOLF „Wenn er mich nicht mehr erkennt, was bringt das?“ Empirische Einblicke in die Potenziale und Grenzen von Freundschaften zwischen Menschen mit und ohne Demenz
- 31 MAREN HEIBGES Waldarbeit. Praxis der medizinischen Stammbaum-Arbeit in der familiären Krebsberatung
- 49 ANTONIA MODELHART Das *Social Egg Freezing* als Technologie zur Fruchtbarkeitserhaltung. Potentialanerkennung und Fruchtbarkeitsvermessung in der biomedizinischen Praxis
- 59 **ARTIKEL ARTICLES**
- 61 LISA PEPLER Ethnisierte Gesundheitsversorgung und die „türkisierte“ Arzt-Patienten-Beziehung in Deutschland
- 73 ULRICH VAN LOYEN Mit der Stimme eines Anderen. Autorität und Medien im Alberto-Kult
- 85 **FORUM FORUM**
- 87 NICOLAS LANGLITZ Psychedelic Platitudes. Remembering an Anthropology of the Perennial
- 90 KATRIN AMELANG, VERENA KECK, SUNG-JOON PARK, JULIA REHSMANN, MICHAEL SIMON, PETER VAN EEUWIJK, SABINE WÖHLKE Lieblingsmedien in der Lehre | Favourite Media in Teaching
- 119 **BERICHTE REPORTS**
- 145 **NACHRUFE OBITUARIES**
- 153 **REZENSIONEN BOOK REVIEWS**
- 175 **ZUSAMMENFASSUNGEN ABSTRACTS RÉSUMÉS**