

# Anthropologie

Zeitschrift für Medizinethnologie • Journal of Medical Anthropology

hrsg. von/edited by: Arbeitsgemeinschaft Ethnomedizin e.V. – AGEM

**Objekte  
sammeln,  
sehen und  
deuten.  
Die Sprache  
der Objekte**



**Zum Titelbild/Front picture *Curare* 35(2012)4:**

Der Basler Kinderarzt und Ethnomediziner Werner H. Stöcklin (1932–2012) war auch ein passionierter Maler. Vor allem ließ er sich von seinen Begegnungen als Tropenarzt in Papua-Neuguinea inspirieren, hier sein Portrait des berühmten Abelam-Malers Waiwu aus dem Dorf Kalabu.

The Abelam-artist Waiwu, painted by Werner H. Stöcklin (1932–2012), pediatricist from Basel, Switzerland, working as medical officer in the 1960s in the Sepik region, Papua-New Guinea.

**Die letzten Hefte:**

*Curare* 35(2012)1+2: Kultur, Medizin und Psychologie im „Triolog“ III. AGEM 1970–2010 und Transkulturelle Psychiatrie: Rückblicke und Ausblicke V, hrsg./ed. EKKEHARD SCHRÖDER

*Curare* 35(2012)3: „Wa(h)re Medizin. Zur Authentizität und Kommodifizierung von Gesundheit und Heilung“, Schwerpunktheft/Special Issue, hrsg./ed.: GABRIELE ALEX, BETTINA BEER & BERNHARD HADOLT

**Die nächsten Hefte:**

*Curare* 36(2013)1 Diskurse um Körpermodifikationen

*Curare* 36(2013)2 zur Ethnobotanik und Ethnopharmakologie

*Curare* 36(2013)3 zu Themen aus der Transkulturellen Psychologie

---

**Arbeitsgemeinschaft Ethnomedizin – [www.agem-ethnomedizin.de](http://www.agem-ethnomedizin.de) – AGEM, Herausgeber der *Curare*, Zeitschrift für Medizinethnologie • *Curare*, Journal of Medical Anthropology (gegründet/founded 1978)**

Die Arbeitsgemeinschaft Ethnomedizin (AGEM) hat als rechtsfähiger Verein ihren Sitz in Hamburg und ist eine Vereinigung von Wissenschaftlern und die Wissenschaft fördernden Personen und Einrichtungen, die ausschließlich und unmittelbar gemeinnützige Zwecke verfolgt. Sie bezweckt die Förderung der interdisziplinären Zusammenarbeit zwischen der Medizin einschließlich der Medizinhistorie, der Humanbiologie, Pharmakologie und Botanik und angrenzender Naturwissenschaften einerseits und den Kultur- und Gesellschaftswissenschaften andererseits, insbesondere der Ethnologie, Kulturanthropologie, Soziologie, Psychologie und Volkskunde mit dem Ziel, das Studium der Volksmedizin, aber auch der Humanökologie und Medizin-Soziologie zu intensivieren. Insbesondere soll sie als Herausgeber einer ethnomedizinischen Zeitschrift dieses Ziel fördern, sowie durch regelmäßige Fachtagungen und durch die Sammlung themenbezogenen Schrifttums die wissenschaftliche Diskussionsebene verbreitern. (Auszug der Satzung von 1970)

---


**Zeitschrift für Medizinethnologie  
Journal of Medical Anthropology**
**Herausgeber im Auftrag der / Editor-in-chief on behalf of:**

Arbeitsgemeinschaft Ethnomedizin e.V. – AGEM  
Ekkehard Schröder (auch V.i.S.d.P.) mit

**Herausgebersteam / Editorial Board Vol. 33(2010) - 35(2012):**

Gabriele Alex (Tübingen) [gabriele.alex@uni-tuebingen.de](mailto:gabriele.alex@uni-tuebingen.de) // Hans-Jörg Assion (Dortmund) [hans-joerg.assion@wkp-lwl.org](mailto:hans-joerg.assion@wkp-lwl.org) // Ruth Kutalek (Wien) [ruth.kutalek@meduniwien.ac.at](mailto:ruth.kutalek@meduniwien.ac.at) // Bernd Rieken (Wien) [bernd.rieken@univie.ac.at](mailto:bernd.rieken@univie.ac.at) // Kristina Tiedje (Lyon) [kristina@tiedje.com](mailto:kristina@tiedje.com)

**Geschäftsadresse / office AGEM:** AGEM-Curare

c/o E. Schröder, Spindelstr. 3, 14482 Potsdam, Germany  
e-mail: [ee.schroeder@t-online.de](mailto:ee.schroeder@t-online.de), Fax: +49-[0]331-704 46 82

**Beirat/Advisory Board:** Katarina Greifeld (Frankfurt) // Michael Heinrich (London) // Mihály Hoppál (Budapest) // Sushrut Jadhav (London) // Annette Leibling (Montreal, CAN) // Danuta Penkala-Gawęcka (Poznań) // Armin Prinz (Wien) // Hannes Stubbe (Köln)

**Begründet von/Founding Editors:** Beatrix Pfeleiderer (Hamburg) – Gerhard Rudnitzki (Heidelberg) – Wulf Schiefenhövel (Andechs) – Ekkehard Schröder (Potsdam)

**Ehrenbeirat/Honorary Editors:** Hans-Jochen Diesfeld (Starnberg) – Horst H. Figge (Freiburg) – Dieter H. Frießem (Stuttgart) – Wolfgang G. Jilek (Vancouver) – Guy Mazars (Strasbourg)

**IMPRESSUM 34(2011)4****Verlag und Vertrieb / Publishing House:**

VWB – Verlag für Wissenschaft und Bildung, Amand Aglaster  
Postfach 11 03 68 • 10833 Berlin, Germany  
Tel. +49-[0]30-251 04 15 • Fax: +49-[0]30-251 11 36  
e-mail: [info@vwb-verlag.com](mailto:info@vwb-verlag.com)  
<http://www.vwb-verlag.com>

**Bezug / Supply:**

Der Bezug der *Curare* ist im Mitgliedsbeitrag der Arbeitsgemeinschaft Ethnomedizin (AGEM) enthalten. Einzelne Hefte können beim VWB-Verlag bezogen werden // *Curare* is included in a regular membership of AGEM. Single copies can be ordered at VWB-Verlag.

**Abonnementspreis / Subscription Rate:**

Die jeweils gültigen Abonnementspreise finden Sie im Internet unter // Valid subscription rates you can find at the internet under: [www.vwb-verlag.com/reihen/Periodika/curare.html](http://www.vwb-verlag.com/reihen/Periodika/curare.html)

**Copyright:**

© VWB – Verlag für Wissenschaft und Bildung, Berlin 2012

ISSN 0344-8622

ISBN 978-3-86135-769-8

Die Artikel dieser Zeitschrift wurden einem Gutachterverfahren unterzogen // This journal is peer reviewed.



**Inhalt / Contents**  
Vol. 35 (2012) 4

**Objekte sammeln, sehen und deuten.**  
**Die Sprache der Objekte**

EKKEHARD SCHRÖDER: Objekte sammeln, sehen und deuten im „interdisziplinären Arbeitsfeld Ethnologie & Medizin“. Editorial . . . . .	243
--	-----

**Nachruf / Obituary**

Nachruf auf WERNER H. STÖCKLIN (1932–2012), Basler Kinderarzt und Ethnomediziner der ersten Stunde (EKKEHARD SCHRÖDER) . . . . .	246
--	-----

**Forum**

MARKUS SCHREIER: Guter und böser Blick bei Imigranten in der Schweiz. Resultate einer nicht repräsentativen Studie in einer Augenarztpraxis . . . . .	247
---	-----

YVONNE SCHAFFLER: Die „Sammlung Ethnomedizin“ der Abteilung für Ethnomedizin und International Health der Medizinischen Universität Wien . . . . .	251
--	-----

**Artikel**

WOLFGANG G. JILEK: Entwicklungsgeschichte der transkulturellen- und Ethno-Psychiatrie vom frühen 19. bis zum späten 20. Jahrhundert. Festvortrag Wien 2011 . . . . .	265
--	-----

**Berichte / Reports**

- “Facts beyond Figures: Communi-care for Migrants and Ethnic Minorities” – Eine Nachlese zur Konferenz vom 21.–23. Juni 2012 in Mailand (NEVIN ALTINTOP) – 276 • Frauen STÄRKEN: GfG-Jahrestagung in Bremen, 21.–23.09.2012 (KERSTIN VAZIRI) – 277 • Bericht über die Internationale Sommer-Akademie “Perspectives on Global Health in the 21<sup>st</sup> Century—Medical Tourism,” 16.–29.07.2012, Universität Ulm. (FRANK KRESSING) – 280.

**Buchbesprechungen / Book Reviews**

- DANIEL L. EVERETT 2008. *Don't sleep, there are Snakes. Life and Language in the Amazonian Jungle*. New York, London. (ASSIA MARIA HARWAZINSKI) – 284 • JOHANNES BIRNINGER & JOSEPHINE FENGER (Hg) 2011. *Tanz und Wahnsinn. Dance and Choreomania*. Jahrbuch der GTF. Leipzig. (ASSIA MARIA HARWAZINSKI) – 285 • WOLFGANG SCHNEIDER (Hg) 2011. *Theater und Migration – Herausforderungen für Kulturpolitik und Theaterpraxis*. Bielefeld. (ECKHARDT KOCH & LILIANE

KOCH) – 288 • RALF VOGT (Hg) 2010. *Ekel als Folge traumatischer Erfahrungen*. Gießen.  
(MARKUS WIENCKE) – 289

### Dokumentationen

<i>Mitteilungsblatt der Arbeitsgemeinschaft Ethnomedizin</i> , Nr.1, September 1975 (Reprint MAGEM 1) .....	291
<i>Nimbine – heilender Hauch magischer Macht</i> . Protokoll und Tonbandmitschnitt aus einem vertiefenden Informationsgespräch zu Jachim Sterlys Beitrag mit Film „Krankenbehandlung in einer Dorfgemeinschaft im Hochland von Neuguinea“. (Erstveröffentlichung und Reprint 1977) ..	297
<i>Quo vadis?</i> AGEM-Mitgliederrundbriefe vom 11.11.1992 (Reprint) .....	301
Beiträge zur Transkulturellen Psychiatrie und verwandte Themen in <i>Curare</i> . Zeitschrift für Medizinethnologie, Vol. 31(2008)–35(2012) .....	318
<b>MAGEM 33/2012</b> .....	320
• AGEM 2011 • Geburtstage von Mitgliedern der AGEM im Jahr 2011: – Hermann de Vries 80 Jahre – Arthur Kleinman 70 Jahre – Ulf Lind 70 Jahre – Hannes Stubbe 70 Jahre • Der AGEM- Workshop auf der DGV-Tagung Wien 2011 • 24. Fachkonferenz Ethnomedizin, Wien 2011	
Zum 80sten Geburtstag von Louise Jilek-Aall (*21. April 1931) (WOLFGANG KRAHL) .....	324
<b>Résumés des articles de <i>Curare</i> 35(2012)3 et 35(2012)4</b> .....	326
Zum Titelbild & Impressum .....	U2
Hinweise für Autoren/Instructions to Authors .....	U3

Redaktionsschluss: 15.01.2013, Endlektorat EKKEHARD SCHRÖDER

Die Artikel der *Curare* werden einem Reviewprozess unterzogen / The journal *Curare* is a peer-reviewed journal

### Die Autoren dieses Heftes

NEVIN ALTINTOP, M.A., Pflegewissenschaftlerin (Wien), S. 276 – Diplarb2009@gmx.at • ASSIA MARIA  
HARWAZINSKI, Dr. phil., Islam- und Religionswissenschaftlerin (Tübingen), S. 284, 285 – ajidomo@web.de  
• WOLFGANG G. JILEK\*, Prof. Dr. med., Psychiater (South Delta, B. C., Canada), S. 265 – jilek01@telus.net  
• ECKHARDT KOCH\*, Dr. med, Psychiater (Marburg), S. 288 – eckhardt.koch@vitos-giessen-marburg.de •  
LILIANE KOCH, Studentin der Dramaturgie, siehe E. Koch, S. 288 • WOLFGANG KRAHL\*, Dr. med, Psychiater  
und Psychologe (München), S. 324 – drwkrahl@yahoo.de • FRANK KRESSING\*, Dr. hil, Ethnologe, Univ.  
Ulm), S. 180 – Frank.kressing@uni-ulm.de • YVONNE SCHAFFLER\*, Dr. phil, Ethnologin, (Med. Univ. Wien),  
S. 151 – yvonne.schaffler@meduniwien.ac.at • MARKUS O. SCHREIER\*, Dr. med., Augenarzt (CH-4562 Bi-  
berist), S. 147 – m.schreier@bluewin.ch • EKKEHARD SCHRÖDER\*, Psychiater, Medizinethnologe (Redaktion  
*Curare*, Potsdam), S. 243, 246, 320 – ee.schroeder@t-online.de • KERSTIN VAZIRI, Diplom-Verwaltungswir-  
tin (Geschäftsstelle der Ges. f. Geburtsvorbereitung, Bundesverband e. V., Berlin), S. 277 – gfg@gfg-bv.de  
• MARKUS WIENCKE\*, Dr. phil., Psychologe und Ethnologe (Berlin), S. 289 – markuswiencke@yahoo.com •  
Die zahlreichen Autoren der Reprint-Teile (Dokumentationen) sind nicht aufgeführt.

\* Mitglieder der AGEM

## ***Facts beyond Figures: Communi-care for Migrants and Ethnic Minorities.*** **Eine Nachlese zur Konferenz vom 21.-23. Juni 2012 in Mailand**

NEVIN ALTINTOP

Mailand, zweitgrößte Stadt Italiens, Modemetropole, reich an Kunst und luxuriösem Stil. Wer denkt beim Durchblättern seines Reiseführers an die Minderheit der Roma, an Barackensiedlungen in den Vororten oder an bettelnde Straßenkinder? So etwas kennt man nur aus Presseberichten! Es ist bekanntlich längst an der Zeit, dass sich Italien verstärkt um die soziale Versorgung der lokalen, ethnischen Minderheiten kümmert. So stellt sich auch die Frage, ob mit der Ausrichtung der Konferenz "Communi-care for Migrants and Ethnic Minorities" in Mailand entsprechende Impulse gesetzt werden konnten. Die Konferenz fand vom 21. bis 23. Juni 2012 an der Bocconi Universität statt. Schwerpunkte waren u. a. der Gesundheitszustand von Migranten in Europa sowie insbesondere die Lage der Roma und Sinti. Der Titel "Communi-care" hebt die kommunalen Versorgungseinrichtungen (der Schwerpunkt lag auf medizinischen, Informations- und Pflegeeinrichtungen) hervor. Er kann jedoch auch als „communicare“, also „kommunizieren“, „vermitteln“, interpretiert werden: Die Konferenz als Fürsprecherin für Migranten und Minderheiten zu sehen wäre allerdings zu weit gegriffen. Dazu müssten Entscheidungsträger angesprochen werden.

Ein Großteil der Vorträge umfasste Studien über die Ethnien Roma und Sinti, allgemein als „Zigeuner“ bekannte Gruppen (Gitanos, Kale, Manouches mit eingeschlossen). ANNA RITA CALABRÒ verglich die heutige Situation der italienischen Roma mit ihrer Lebensstilanalyse vor 20 Jahren. In den Mittelpunkt rückt sie die Frage: Warum beteiligt sich nach wie vor nur eine Minderheit der Roma am gesellschaftlichen Leben, und warum lebt die Mehrheit der Roma nach wie vor an der Grenze zur Illegalität?

Nicht nur in diesem Beitrag traten die Schwierigkeiten der Minderheitenforschung hervor, sich von Stereotypen zu lösen: Erstens wird der Roma-Bevölkerung eine noch prä-moderne Vorstellung von Raum und Zeit zugeschrieben. Zweitens werden weiterhin „nomadische Wurzeln“ der Roma, die längst als sesshaft anzusehen sind – wie HENRY SCICLUNA auch richtigstellte – als kultur- und identi-

tätsstiftendes Merkmal angesehen, die einer Annahme moderner Staatsbürgerschaften entgegenstehe. Trotzdem werden Maßnahmen vorgeschlagen, wie den Zensus der Roma zu erheben, Romanes als Minderheitensprache anzuerkennen, und den Zugang zur Staatsbürgerschaft mittels des Jus Soli Prinzips zu erleichtern. Ein Scheitern dieser Vorschläge ist dadurch vorprogrammiert!

Fakt ist, dass Roma und andere Ethnien eine gesellschaftliche Randgruppe darstellen, die eine geringere Lebenserwartung aufweisen – nur 3 bis 4% erreichen ein Alter von 65 Jahren – und dass ihr Gesundheitszustand im Vergleich zur Mehrheitsbevölkerung bedeutend schlechter ist, wie Studien der letzten Jahre belegen (UNICEF CEE/CIS 2007; FUNDACIÓN SECRETARIADO GITANO 2009, MASSERIA, MLADOVSKY & HERNÁNDEZ-QUEVEDO 2010): ein hoher Anteil der Roma leidet an einer Behinderung oder an einer Verkrüppelung. Auffällig ist auch der Prozentsatz der Lungenerkrankungen. Für den schlechten Gesundheitszustand macht HENRY SCICLUNA Armut verantwortlich, die zu Mangelernährung, schlechten Wohnbedingungen und zu einem niedrigen Bildungsstand führe. Aktuell werden nationale Strategien entwickelt, um die Roma-Minderheit besser an Gesundheitsvorsorge und -versorgung anzubinden. Dies soll mit Hilfe von Mediatoren geschehen, um Vorurteile gegenüber der Minderheit abzubauen und der Stereotypenbildung entgegenzuwirken. Diese Maßnahmen sind Herausforderungen für Entscheidungsträger im Gesundheitssektor vorwiegend in süd-, mittel- und osteuropäischen Ländern.

Eine klare Herausforderung für die Forschung wiederum sieht ALLEN KRASNIK nach wie vor in der Entwicklung eines Verständnisses und der Modellierung dafür, wie Kultur bzw. Ethnizität, Migration und sozio-ökonomischer Status (d. h. Berufsstand, Bildung, Einkommen, etc.) zusammenhängen. Aktuelle Fragestellungen beziehen sich einerseits auf den Gesundheitszustand von Migranten, andererseits auf den Zugang zum und der Chancengleichheit im Gesundheitssystem.

In einem aktuellen Artikel schlussfolgern MIR *et al.*, dass die aktuelle Forschung kaum den Interessen ethnischer Minderheiten genüge und nicht zu einer Verbesserung ihres Gesundheitszustands beitrüge. Dieser Befund zeigt in weiterer Folge auf, dass nicht nur die Konzepte von Ethnizität stärker in die Gesundheitsforschung eingebunden werden müssen, sondern auch, dass eine übergreifende und internationale Kooperation zwischen Forschern und politischen Entscheidungsträgern gemeinsam neue Perspektiven entwickeln muss (MIR 2012). Eine Herausforderung für das öffentliche Gesundheitswesen (Public Health) ist daher auch RAJ BHOPALS These, dass soziale Gerechtigkeit, d.h. der Abbau der Ungleichheiten, letztlich der gesamten Gesellschaft zugutekommt. Welche Fortschritte erzielt werden, wird man hoffentlich auf der nächsten Tagung "Facts beyond Figures" 2014 in Spanien erfahren. Einige Vorträge der Konferenz sind online unter [www.unibocconi.eu/mighealth2012](http://www.unibocconi.eu/mighealth2012) abrufbar.

## Literaturhinweise

- FUNDACIÓN SECRETARIADO GITANO. 2009. *Health and the Roma community: analysis of the situation in Europe*. Madrid: FSG. Online: [http://ec.europa.eu/justice/discrimination/files/roma\\_health\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/justice/discrimination/files/roma_health_en.pdf)
- MASSERIA C., MLADOVSKY P. & HERNÁNDEZ-QUEVEDO C. 2010. The socio-economic determinants of the health status of Roma in comparison with non-Roma in Bulgaria, Hungary and Romania. *European Journal of Public Health* 20, 5: 549-554
- MIR G., SALWAY S., KAI J., KARLSEN S., BHOPAL R., TH ELLISON G. & SHEIKH A. 2012. Principles for research on ethnicity and health: the Leeds Consensus Statement. *European Journal of Public Health* doi:10.1093/eurpub/cks028
- UNICEF CEE/CIS 2007. *Romani Children in South East Europe. The Challenge of Overcoming Centuries of Distrust and Discrimination*. Discussion Paper #7, Online abrufbar unter <http://www.romachildren.com/wp-content/uploads/2011/08/Romani-Children-in-SEE.Overcoming-Centuries-of-Distrust.pdf>

**Nevin Altintop** ist in Bayern aufgewachsen und arbeitet zurzeit am Institut für Kultur- und Sozialanthropologie der Universität Wien an ihrer Dissertation. Ihr Interessensgebiet ist die kultursensible Pflege für Migranten.  
e-mail: [Diplarb2009@gmx.at](mailto:Diplarb2009@gmx.at)

## Frauen STÄRKEN: GfG-Jahrestagung in Bremen, 21.-23.09.2012

KERSTIN VAZIRI

Die Jahrestagung der Gesellschaft für Geburtsvorbereitung – Familienbildung und Frauengesundheit, Bundesverband e. V. – GfG, begann am 21.09.2012 mit der Bundesmitgliederversammlung. Diese bestätigte Doris Niebergall, Frankfurt, und Birgit Ehrmüller, München, in ihren Ämtern. Alexandra Rohrbach, Frankfurt, und Anne Weidlich, Dresden, wurden neu in den Bundesvorstand gewählt. Doris Niebergall übernimmt den Vorstandsvorsitz von Elisabeth Geisel, die aus persönlichen Gründen nicht zur Wiederwahl zur Verfügung stand. Elisabeth Geisel war langjähriges Vorstandsmitglied und wurde unter herzlichem Beifall verabschiedet. Der GfG wird sie als Ehrenvorsitzende beratend und unterstützend weiterhin zur Seite stehen. Sie wird außerdem die Koordination des European Network of Childbirth Associations (ENCA) beibehalten, das auf Initiative der GfG 1993 in Frankfurt gegründet wurde.

Von Freitag, 21.09. bis Sonntag, 23.09.2012 widmeten sich die Teilnehmerinnen der GfG-Jahrestagung der Frage, wie Frauen STÄRKEN erkannt

und unterstützt werden können. Dies muss auf verschiedenen Ebenen geschehen – individuell, aber auch gesellschaftlich. Das ruhig aber zentral gelegene Lidice-Haus in Bremen bot einen guten Rahmen für die anstehenden, teilweise emotional stark berührenden Programmpunkte. Viele Frauen nutzten die grüne Lage, um bei Spaziergängen aufzutanken und über das Gesehene und Gehörte nachzudenken. Als Schwerpunkt der GfG-Jahrestagung wurden die „Auswirkungen von häuslicher/sexueller Gewalt“ gewählt.

Eine vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend herausgegebene Studie zur Lebenssituation, Sicherheit und Gesundheit von Frauen in Deutschland<sup>1</sup> lieferte Ergebnisse, die eindringlich zeigen, dass Gewalt gegen Frauen ein gesamtgesellschaftliches Phänomen darstellt. 37% aller Befragten haben mindestens eine Handlung körperlicher Gewalt und Übergriffe ab dem 16. Lebensjahr erlebt. 13% der befragten Frauen, also fast jede siebte Frau, gaben an, seit dem 16. Lebensjahr Formen von sexueller Gewalt erlebt zu haben, die

sich auf strafrechtlich relevante Formen erzwungener sexueller Handlungen beziehen. 40% der befragten Frauen haben – unabhängig vom Täter-Opfer-Kontext – körperliche oder sexuelle Gewalt oder beides seit dem 16. Lebensjahr erlebt. Unterschiedliche Formen von sexueller Belästigung haben 58% der Befragten erlebt. 42% aller befragten Frauen gaben an, Formen von psychischer Gewalt erlebt zu haben, die von eingeschüchtert Werden oder aggressivem Anschreien über Verleumdungen, Drohungen und Demütigungen bis hin zu Psycho-terror reichten. Und 25% der in Deutschland lebenden Frauen haben Formen körperlicher oder sexueller Gewalt (oder beides) durch aktuelle oder frühere Beziehungspartnerinnen oder -partner erlebt.

Als Anbieter von Weiterbildungen im Bereich der Frauengesundheit und Familienbildung bewegen wir uns im Kontext der Umbruchzeiten im Leben von Frauen und Männern. Schwangerschaft, Geburt, Familienanfang und Wechseljahre sind Lebenszeiten, in denen Biografien sich ändern. Vor allem Frauen sind oft starken Veränderungen ihrer Lebenssituation ausgesetzt. Unsere Weiterbildungen basieren auf einem ganzheitlichen Menschenbild. Diese Haltung ist uns wichtig, da es heute für diese Umbruchzeiten im Leben von Frauen und Familien wenig hilfreiche gesellschaftliche Rituale gibt. Der Wechsel von einem Lebensabschnitt in den nächsten wird oft als krisenhafte Zeit erlebt. Wir bilden KursleiterInnen aus, die Frauen und Familien ganzheitlich begleiten und in der Wahrnehmung ihrer eigenen Ressourcen unterstützen.

Die Zahlen der zitierten Studie machten die hohe Wahrscheinlichkeit deutlich, dass Kurs-Leiterinnen in ihren Gruppen Frauen treffen, die von Gewalterfahrungen betroffen sind oder waren. Anliegen der Tagung Frauen STÄRKEN war daher, Anregungen und Unterstützung für Kursarbeit und Beratung zu erarbeiten. Dabei ging es vorrangig darum, die Teilnehmerinnen der Tagung für das Thema zu sensibilisieren und Handlungsempfehlungen zu entwickeln.

Der mit 7 Goyas ausgezeichnete spanische Film „Te doy mis ojos“ (deutscher Titel „Öffne meine Augen“) der Regisseurin *Iciar Bollain* führte die Teilnehmerinnen der Tagung anschaulich in das Thema häusliche Gewalt ein. Pilar lebt seit über zehn Jahren mit den Gewaltausbrüchen ihres Mannes Antonio. Eines Nachts verlässt sie fluchtartig die gemeinsame Wohnung und findet Zuflucht bei

ihrer jüngsten Schwester. Während Pilar in der Folge ihr Leben in die Hand nimmt, versucht Antonio alles, um sie zur Rückkehr zu bewegen. Pilars Zerrissenheit zwischen den Gefühlen für ihren Mann und der Angst vor dessen Unberechenbarkeit sind exemplarisch für das Erleben vieler Gewaltopfer. Denn anders als von den Medien dargestellt und von der Öffentlichkeit wahrgenommen, geschieht Gewalt überwiegend im häuslichen Bereich. Täter sind oft nahe Angehörige wie der Ehemann, der Vater, Großvater, Onkel.

Der Vortrag „Frauen stärken – sexuelle Gewalt und Geburt“ von *Daniela Müller*, Frauennotruf Bremen machte deutlich, dass u. a. Medienberichte über psychisch auffällige Fremdtäter oft den Mythos stützen, der Vergewaltiger sei ein Psychopath. In ihrer Dissertation über Vergewaltigungsmythen führt BROSI (2004)<sup>2</sup> dagegen aus:

„Diverse Untersuchungen aber zeigen, dass die meisten Vergewaltiger psychisch unauffällig sind (GROTH 1979)<sup>3</sup>. Zudem ergaben verschiedene amerikanische Umfragen, dass rund 26% aller befragten Männer versucht haben, eine Frau zu sexuellem Verkehr zu zwingen; 15% gaben zu, Sexualverkehr erzwungen zu haben (vgl. BOHNER 1998)<sup>4</sup> und 4,6% der von KOSS und Kolleginnen befragten männlichen Studenten, hatten ihrer Einschätzung nach den Tatbestand der Vergewaltigung schon einmal erfüllt (KOSS, LEONARD, BEEZLEY & OROS 1985)<sup>5</sup>. Was die Verhaltensabsicht anbelangt, ergaben Studien, dass etwa ein Drittel aller befragten College Studenten es für möglich hielten, dass sie vergewaltigen würden, wenn sie dafür nicht mit einer Bestrafung rechnen müssten (MALAMUTH 1981)<sup>6</sup>.“

D. Müller wies anschaulich darauf hin, wie die Folgen sexueller bzw. häuslicher Gewalt das Leben der Opfer prägen. Vor allem sexuelle Gewalt, die in Beziehungen ausgeübt wird, verändert die Persönlichkeit nachhaltig. Denn die grundlegende Fähigkeit menschliche Beziehungen als Halt gebend, beruhigend und als sicher zu erfahren, wird bei Missbrauchsoffern zerstört. Anhand von Filmausschnitten aus „Esmas Geheimnis“, ein Film von *Jasmila Žbanić* über die traumatischen Folgen von Vergewaltigung und Folter in Kriegszeiten, wurde deutlich, wie tiefgreifend die Traumatisierung ist und welche Folgen sie auf Alltag und Familienleben hat. Generell kann gesagt werden, dass die Folgen sexueller Übergriffe umso schwerer wiegen, je früher die Traumatisierung eintrat, je näher das Opfer



**Der neue Vorstand der Gesellschaft für Geburtsvorbereitung (2012): Von links nach rechts: Anne Weidlich, Gärtnerin und GfG-Familienbegleiterin®, Dresden; Alexandra Rohrbach, Diplom-Pädagogin und GfG-Familienbegleiterin®, Frankfurt; Doris Niebergall, Germanistin, Historikerin, GfG-Familienbegleiterin®, Frankfurt; Birgit Ehrmüller, MTA, Heilpraktikerin und GfG-Geburtsvorbereiterin®, München.**

dem Täter stand, je lang anhaltender die Traumatisierung anhielt und je weniger die soziale Umwelt das Opfer schützte.<sup>7</sup>

Dass eine Traumatisierung durch sexuelle Gewalt vor allem während der Schwangerschaft und unter der Geburt die Betroffenen an ihre Grenzen bringt, liegt auf der Hand. Auch in diesen Situationen kommen Prozesse in Gang, bei denen sie nicht mehr selbst bestimmen können, was mit ihnen geschieht. Dadurch können sog. Trigger ausgelöst werden, wodurch die erlebte Traumatisierung aktiviert wird. Umso wichtiger ist es, dass das medizinische und betreuende Fachpersonal (wie Hebammen, traditionelle Doulas oder Geburtshelfer) sensibilisiert ist und adäquat auf die Bedürfnisse und Nöte der Frau eingehen kann.

In der sich anschließenden Diskussion wurde die tiefe Betroffenheit deutlich, die die gehörten Zahlen und Fakten bei den Zuhörerinnen hinterlassen hatten. Es wurde schnell klar, dass es keine festgelegten Handlungsstrategien für KursleiterInnen geben

kann. Wichtig sind eine offene Haltung gegenüber den Kursteilnehmerinnen und die Kenntnis über regionale Beratungs- und Therapie-Angebote. So können im Einzelfall einer von Gewalt betroffenen Frau oder Familie durch die Kursleiterin weitere Schritte und Möglichkeiten aufgezeigt werden. Anliegen der GfG war und ist es, Frauen zu stärken. Mit der Kursarbeit und der Beratung durch GfG-Mitglieder sehen wir dieses Anliegen auf regionaler Ebene verwirklicht. Die GfG als Verband bietet ihren Mitgliedern durch Fortbildungs- und Vernetzungsangebote wie die Jahrestagung die Möglichkeit Kompetenzen kontinuierlich zu erweitern und zu vertiefen.

### Anmerkungen

1. Lebenssituation, Sicherheit und Gesundheit von Frauen in Deutschland, Kurzfassung der Untersuchung von SCHRÖTTLE & MÜLLER (2004), herausgegeben vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Die Studie bietet ein umfassendes und repräsentatives Bild von Ausmaß, Hintergrund und Folgen von Gewalt gegen Frauen in Deutschland. Dazu wurden insgesamt 10.000 Frauen im Alter zwischen 16 und 85 Jahren in Interviews befragt.
2. Untersuchung zur Akzeptanz von Vergewaltigungsmissten in verschiedenen Bevölkerungsgruppen. Dissertation an der Medizinischen Fakultät der Ludwig-Maximilians-Universität zu München (BROSI N. 2004).
3. GROTH A.N. 1979. *Men who rape: The Psychology of the Offender*. New York.
4. BOHNER G., REINHARD M.-A., RUTZ S., STURM S., KERSCHBAUM B. & EFFLER, D. 1998. Rape myths as neutralizing cognitions: Evidence for a causal impact of anti-victim attitudes on men's self-reported likelihood of raping. *European Journal of Social Psychology* 28: 257-268.
5. KOSS M.P., LEONARD K.E., BEEZLEY D.A. & OROS C.J. 1985. Non-stranger sexual aggression: A discriminant analysis of the psychological characteristics of undetected offenders. *Sex Roles* 12: 981-992.
6. MALAMUTH M.N. 1981. Rape proclivity among males. *Journal of Social Issues* 37,4: 138-157.
7. DANIELA MÜLLER (Frauennotruf Bremen): *Frauen stärken – sexuelle Gewalt und Geburt*, erscheint im GfG-Rundbrief 2/2012 „Frauen STÄRKEN“ Tagungsdokumentation GfG-Jahrestagung 2012

**Kerstin Vaziri** ist Diplom-Verwaltungswirtin, GfG-Familienbegleiterin® und leitet die Geschäftsstelle der GfG Bundesverband e. V.

• Pohlstr. 28 • 10785 Berlin • Tel/Fax 030-45026920/2  
 e-mail: gfg@gfg-bv.de  
 www.gfg-bv.de



## Bericht über die Internationale Sommer-Akademie “Perspectives on Global Health in the 21<sup>st</sup> Century—Medical Tourism,” 16.–29. 07. 2012, Universität Ulm.

FRANK KRESSING

Medizintourismus: *Benefit or Burden?* – das war die zentrale Fragestellung einer zweiwöchigen Sommerakademie, die in der zweiten Julihälfte 2012 an der Universität Ulm stattfand. Eingebettet war diese Veranstaltung in eine dreiteilige Reihe von Sommerakademien zum Oberthema *Global Health*. In dieser Reihe sind für 2013 und 2014 sind die Themen „Biodiversität und Medizin“ sowie „Medizin und Nuklearwirtschaft“ vorgesehen. Die Ulmer Sommerakademie wurde vom *Institut für Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin* (GTE) und vom *Zentrum für Medizin und Gesellschaft* (ZMG) organisiert und dankenswerterweise vom *Deutschen Akademischen Austauschdienst* (DAAD) finanziert. Vierzehn Teilnehmer und Teilnehmerinnen aus dreizehn Ländern trafen sich zu einem Gedankenaustausch zu *Medical Travel*, d. h. zur Inanspruchnahme von medizinischen Dienstleistungen in Verbindung mit einem touristischen Angebot durch Patienten, die dazu meist aus dem Ausland, in vielen Fällen aus anderen Kontinenten anreisen.

Beworben hatten sich für diese Veranstaltung weltweit insgesamt 22 Kandidatinnen und Kandidaten. Das Organisationsthema wählte die Teilnehmer aus Nord- und Südamerika (Kanada, Brasilien), Subsahara-Afrika (Nigeria, Sambia), Süd- und Vorderasien (Indien, Sri Lanka, Pakistan, Tadschikistan, Palästina) sowie Ostasien (Südkorea) und Europa (Portugal, Ungarn, Rumänien) gemäß der Qualität der eingereichten *Abstracts* und den Angaben zur persönlichen Motivation zur Teilnahme an der Sommerakademie aus. Trotz teilweiser widriger Rahmenbedingungen gelang allen Teilnehmern die Einreise nach Deutschland: Ein Mitarbeiter des Gesundheitsministerium von Sambia erfror im Winter der südlichen Erdhälfte fast auf dem Flughafen von Windhuk, ein Palästinenser aus Gaza wurde 24 Stunden lang an der ägyptischen Grenze festgehalten, eine Teilnehmerin aus der autonomen Region Gorno-Badachschan innerhalb Tadschikistans befürchtete, aufgrund eines politischen Attentats in dieser Region und einer zeitweiligen Absperrung des Gebiets nicht zurückreisen zu können.

### Thematische Eingrenzung

Warum gerade Medizintourismus als Thema einer Sommerakademie zu Fragen der globalen Gesundheitsversorgung? Den Veranstaltern lag die Einsicht zu Grunde, dass gerade im Bereich des *Medical Travel* medizinische und ethnologische Fragestellungen, aber auch solche aus der Soziologie, Politik, Ökonomie und Ethik auf das Engste miteinander verknüpft sind. Die weltweite Auslagerung von Heil- und Pflegeleistungen im Sinne eines *Global Outsourcing* hat in den letzten Jahrzehnten rasant zugenommen. Dabei findet der Transfer medizinischer Leistungen und Konzepte im mehrfachen Sinne statt: einerseits in Gestalt der Inanspruchnahme westlicher Formen der Diagnose und Therapie in bislang eher peripheren Regionen biomedizinischer Versorgung (z. B. Ungarn, Türkei, Thailand, Costa Rica), andererseits in der Inanspruchnahme westlicher Formen der Diagnose und Therapie in etablierten, „westlichen“ Zentren der biomedizinischen Versorgung durch Patienten aus Transformationsländern (z. B. Russland), Schwellenländern und peripheren Regionen der südlichen Erdhälfte (z. B. Nigeria).<sup>1</sup> Einerseits werden dabei gezielt Angebote von technisch und fachlich aufwändigen Heil- und Pflegeleistungen in westlichen Ländern, d. h. in den USA, Westeuropa und Japan, für eine zahlungskräftige Klientel aus der südlichen Erdhälfte und Osteuropa bereit gestellt. Andererseits werden inzwischen vergleichsweise kostengünstige Dienstleistungen in Bezug auf Alten- und Krankenversorgung mit westlichem Standard in der der südlichen Erdhälfte auf dem inzwischen globalisierten Gesundheitsmarkt angeboten. Diese Dienstleistungen schließen Rehabilitationsmaßnahmen und medizinische Langzeitbetreuung mit ein. Mit Einschränkungen kann davon ausgegangen werden, dass gerade die aufwändige und personalintensive Altenpflege und Palliativmedizin zunehmend in die südliche Erdhälfte verlagert werden – die ersten „Rentnerdörfer“ für Westler gibt es schon auf den Philippinen, weitere entstehen beispielsweise in Thailand und Südindien.<sup>2</sup> Hinzu kommt die Inanspruchnahme nicht-westlicher Formen der Diagnose

und Therapie durch Patienten europäisch-euroamerikanischen Hintergrunds in den bisherigen Zentren biomedizinischer Versorgung (z.B. indianische Schwitzhüttenzeremonien, Ayurveda-Therapien) oder in Regionen weit gefächerter, nicht westlicher ethnomedizinischer Traditionen (z.B. der Besuch von Ayahuasca-Zeremonien in Nordwest-Amazonien).

### Das Programm

Das Programm bestand neben den Impulsreferaten der auswärtigen Sprecher und den Beiträgen der Teilnehmer aus einer ganzen Reihe von Exkursionen. Diese führten in die Pan-Klinik nach Köln, das Apothekermuseum in Heidelberg, zum Tibetischen Zentrum nach Freiburg, in das Deutsche Medizinhistorische Museum nach Ingolstadt, zum Robert Bosch Institut für Medizingeschichte nach Stuttgart und zum „Blautopf“ nach Blaubeuren – einer Karstquelle mit ehemaligem Benediktinerkloster am Südrand der Schwäbischen Alb.

Dankenswerterweise stellten sich Prof. HEINER FANGERAU vom Institut für Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin, Universität Ulm, Dr. MICHAEL KNIPPER vom Medizingeschichtlichen Institut in Gießen, Dr. CLAUDIA PRECKEL vom Orientalischen Seminar der Ruhr-Universität Bochum, die Ethnologin LENA KROEKER vom Bayreuther Zentrum für Afrika-Studien sowie MERLE MICHAELSEN von der Abteilung Ethik und Geschichte der Medizin der Universitätsmedizin Göttingen zur Verfügung, ebenso SEBASTIAN KESSLER und DEBORA FROMMELD vom GTE-Institut Ulm bzw. vom Zentrum für Medizin und Gesellschaft (ZMG) der Universität Ulm. Hier ein kurzer Überblick über die verschiedenen Sektionen der Tagung:

#### *Medizintourismus – eine Bestandsaufnahme (Brasilien, Sambia, Indien, Südkorea)*

In der Sektion zu *Medical Travel—Country Based Reviews* wurde zunächst eine „Bestandsaufnahme“ zum gegenwärtigen Stand des Medizintourismus geleistet: EDRIENNY PATRICIA ACCIOLY aus dem brasilianischen Recife stellte neuere Bemühungen vor, gerade auch im armen Nordosten Brasiliens den Medizintourismus zu etablieren. PARDIP S. SHEHRAWAT von der *Agricultural University* in Hisar, Haryana/Indien, verwies auf die vielfältigen Möglichkeiten des Medizintourismus in ganz Indien. EVANS TEMBO, Mitarbeiter des sambischen Gesundheitsministeriums, hob die noch weitestgehend ungenutzten ent-

sprechenden Potenziale seines Landes hervor. LEE YUNJEONG von der medizinischen Fakultät der *Kyungpook-Universität* stellte in *Diagnosis of Current Medical Tourism Industries in Korea and its Future Directions* den bislang weltweit wenig wahrgenommenen Boom des Medizintourismus in Südkorea dar. Die Kölner Pan-Klinik, die wir im Rahmen unserer ersten Exkursion besuchten, ermöglichte einen intensiven Einblick in Organisation und Konzept einer auf den Medizintourismus spezialisierten Klinik mit einem Klientel, das vornehmlich aus der Russischen Föderation und anderen früheren GUS-Staaten stammt.

#### *Inter- und intrakulturelle Transferprozesse im Medizintourismus – Health Shopping, Healer Shopping und Paradigm Shopping*

Während der Terminus „Medizintourismus“ bislang vornehmlich eine umgangssprachliche Bezeichnung für Diagnose und Therapie außerhalb des eigenen Heimatlandes darstellt, sollte in der Ulmer Sommerakademie in einer multiperspektivischen und fächerübergreifenden Annäherung das Augenmerk darauf gelenkt werden, dass „Medizintourismus“ in die weltweite Vernetzung von Gesundheitsbedürfnissen und Gesundheitsleistungen unter historischen, ethnologischen, medizinischen, soziologischen, politischen und ökonomischen Vorzeichen eingebunden ist. Gemäß dem Fokus der Sommerakademie, der mehr auf der gegenseitigen Konfrontation verschiedener Medizinkonzepte und dem Aufeinandertreffen unterschiedlicher kultur- und geschichtsdependenter medizinischer Vorstellungen als auf der organisatorisch-technischen „Abwicklung“ medizintouristischer Transferleistungen lag, wurden transkulturelle Facetten des Medizintourismus in einer multidisziplinären Perspektive beleuchtet. Deshalb sollte in der *Summer School* das Bewusstsein dafür geschärft werden, dass mit dem Medizintourismus im weitesten Sinn jeweils ganz verschiedene, häufig miteinander verschränkte intra- und interkulturelle Transferprozesse verbunden sind, die sich z.B. im *Health- und Healer Shopping*, d.h. der parallelen oder sukzessiven Inanspruchnahme völlig verschiedener kulturgebundener medizinischer Referenzsysteme äußern. Diesem Ziel dienten die einleitenden Präsentationen der Ethnomediziner MICHAEL KNIPPER und FRANK KRESSING (*Health shopping, Healer Shopping, “Paradigm Shopping”—Examples from the Amazon and Ladakh; Examples of Transcultural*

*Transfer of Curing and Healing: Radiografia con el cuy and other Examples from Latin America*) sowie der Ethnologin LENA KROEKER (*Western "Biomedicine" and "traditional" Ethnomedicine—a Review of Concepts and Definitions*).

Die gleichzeitige oder konsekutive Inanspruchnahme verschiedener Heilinstanzen ist dabei häufig auch mit dem Transfer verschiedener Medizinkulturen als einer Form von *Paradigm Shopping* verbunden.<sup>3</sup> Gerade diese inter- und intrakulturellen Transferprozesse standen im Zentrum der Tagung. Exemplarisch wurde der Transfer medizinischer Leistungen und Konzepte in den Präsentationen von ASAD ASHOUR (*"Rugya Sharia"—Ritual Medication and its Use in Palestine*), AMINA ATHER (*Alternate Medicine Units for Medical Tourism in India*), CLAUDIA PRECKEL (*Making Unani Medicine a Western Style Therapy?*), WINFRIED PFEFFER (*A Survey of Tibetan Medicine*) und ARPIT GUPTA (*Dental Tourism—A Big Opportunity* – mit Bezug auf Indien) dargestellt.

### **Die Geschichte des medizinischen Grenzgängertums**

Dieses medizinische Grenzgängertum ist keinesfalls neu – und auch nicht auf vermeintlich exotische Gegenden der Welt beschränkt. Vielmehr weist die Kritik an der westlichen Biomedizin und Hinwendung zu außereuropäischer Alternativ-, Komplementär- und Ethnomedizin weit zurückliegende historische Grundlagen auf. Bereits mit der Lebensreformbewegung des 19. Jahrhunderts, d. h. zu einer Zeit, als die Biomedizin einen nur sehr unvollständigen Entwicklungsstand erreicht hatte, lässt sich die Kritik am westlichen Medizinsystem und die Suche eines Teils der westlichen Patientenklientel nach Alternativen nachweisen – dies auch damals schon vornehmlich im Bereich spirituell gebundener außereuropäischer Heil- und Diagnoseverfahren. Weiterhin stellt auch das traditionelle Pilgerwesen im christlichen Europa, islamischen Orient, hinduistischen und buddhistischen Asien und in indigenen Kulturen eine historisch gewachsene, z. T. transkulturell orientierte Grundlage des Medizintourismus dar – war und ist doch das *Pilgerwesen* sowohl der Suche nach spirituellem als auch der Suche nach körperlichem Heil gewidmet.

Wie wir feststellen konnten, weist die Kritik an der westlichen Biomedizin und Hinwendung zu außereuropäischer Alternativ-, Komplementär-

und Ethnomedizin weit zurückliegende historische Grundlagen auf. Dazu stellte HEINER FANGERAU Grundlagen der Lebensreformbewegung dar, die – verbunden mit dem Versuch der wissenschaftlichen Untermauerung der Balneologie – im inzwischen traditionellen Kur- und Badetourismus nach Alternativen zum biomedizinischen System suchte (*Early Critique of Western Medicine: "Life Reform Movements"*). Vertieft wurde die Beschäftigung mit spezifisch deutsch-sprachigen Traditionen der Komplementär- und Alternativmedizin durch den Besuch des Robert-Bosch-Instituts für Medizingeschichte in Stuttgart. Dort gaben ROBERT JÜTTE und HANS DINGES einen Überblick über die Entwicklung der Homöopathie und der anthroposophischen Medizin. Gerade die Originalschriften von SAMUEL HAHNEMANN (1755–1843) weckten bei den Teilnehmern Begeisterung.

### **Medizintourismus als Entgrenzung der Medizin**

Bestandteil des modernen Medizintourismus ist u. a. auch die mangelnde Möglichkeit der Überprüfung, empirischen Verifizierung und Lizenzierung von Heilverfahren im globalen Kontext. Die Hinwendung zu außereuropäischen Heilverfahren ist häufig mit einer unreflektierten Idealisierung des Fremden verbunden, gleichzeitig mit Formen des „spirituellen Kolonialismus“ im postkolonialen interkulturellen Diskurs und der unreflektierten Übernahme missverständener oder nur partiell zugänglicher spiritueller Traditionen in westliche Ökonomisierungsmechanismen – dies vor dem Hintergrund der angestrebten Kostenminimierung durch „Therapieauslagerung“ und Substitution von Pflegeleistungen bis hin zu Aspekten eines „Sterbetourismus“ als spirituell begleiteter, ökonomisch erschwinglicher Betreuung in der Endphase des Lebens. Diesem Thema widmete sich POOJA SHARMA (Delhi/Himachal Pradesh) in der Participants' Session *"A Critical Appraisal of Medical Travel and Palliative Care for Foreigners"* mit ihrem Beitrag *Untreated Pain: A Situational Analysis of Palliative Care Services in India*.

### **Die Ethik des Medical Travel**

Medizintourismus als *"Benefit or Burden"* – dies stellte sich als zentrale Fragestellung in Bezug auf die ethische Bewertung globalisierter medizinischer Kommodifizierung von Versorgungseinrichtungen, natürlichen Ressourcen, medizinischen und paramedizinischen Personals und letztendlich sogar von menschlichen Organen heraus. SONIA-ELENA POPOVI-

CI aus Reșița/Tișișoara wies in *Globalized Organ Transplant: Meeting Health Needs or Altering Populations?* auf die erschreckenden Zusammenhänge von Medizintourismus und internationalem Organhandel hin. In einer linguistisch-semantischen Analyse setzte sich MERLE MICHAELSEN aus Göttingen (*Medical Treatment or a Big Business? An Ethical Analysis of the Tourism Metaphor in the Scholarly Discourse*) eingehend mit dem beschönigenden Charakter der Tourismus-Metapher auseinander, welche gerade über die ökonomischen Aspekte des weltweiten *Medical Travel* hinwegtäuscht und die damit verbundenen weltweiten Disparitäten verschleiert.

*Medical Safari* – unter diesem Titel verwies MICHAEL ESHIEMOKHAI aus Ibadan/Nigeria, der zurzeit in Laval (Québec/Kanada) arbeitet, auf den umfangreichen Medizintourismus von Angehörigen der afrikanischen Ober- und Mittelschicht hin. Gerade wohlhabende Patienten aus Nigeria lassen sich in z. B. in Nordamerika, Israel oder Saudi-Arabien behandeln – letzteres im Falle muslimischer Patienten aus dem Norden des Landes häufig im Zusammenhang mit der *Hadsch*. Dies geht zu Lasten des einheimischen Gesundheitssystems, zu dessen Ausbau die staatstragenden Eliten aufgrund der Möglichkeit, auswärtige medizinische Einrichtungen in Anspruch zu nehmen, dann keine weitere Veranlassung mehr sehen.

### Fazit

Die Ulmer *Summer School* vom Juli dieses Jahres bot die Möglichkeit, vor allem vom Medizintourismus Betroffene aus der südlichen Erdhälfte zu hören und den Erfahrungsaustausch zwischen Wissenschaftlern und Gesundheitsarbeitern aus ganz verschiedenen Nationen zu fördern. Überdeutlich wurde, wie sehr das ökonomische Referenzsystem weltweit den Me-

dizintourismus bestimmt – gute medizinische Versorgung gibt es in Zeiten der Globalisierung weltweit zunehmend nur noch für zahlungskräftige Patienten. Medizintourismus geht in vielen Fällen auf Kosten der breiten medizinischen Grundversorgung und der Gesundheitssysteme für breite Bevölkerungsschichten in vielen Teilen der Welt und ist zumeist in wenig nachhaltiger Weise ausgestaltet. Gleichzeitig wurde auch deutlich, dass die eingehende Auseinandersetzung mit dem Phänomen des Medizintourismus vor allem im „globalen Süden“ stattfindet – dort, wohin Kranke, *Enhancement*-Willige, Menschen auf der spirituellen Suche und Sterbende aus dem „globalen Norden“ zunehmend „ausgelagert“ werden.

### Anmerkungen

1. BOOKMAN Millica Z. & BOOKMAN Karla R. 2007. *Medical Tourism in Developing Countries*. New York: Palgrave Macmillan • BORDE Theda & DAVID Matthias (Hg) 2008. *Frauengesundheit, Migration und Kultur in einer globalisierten Welt*. Frankfurt am Main: Mabuse • BRAUN Günther E. (Hg) 2004. *Ausländische Patienten für deutsche Krankenhäuser gewinnen*. Neuwied, Köln, München: Wolters Kluwer • CETRON Marvin J., DEMICCO Fredrick J. & DAVIES Owen 2005. *Hospitality 2010. The Future of Hospitality and Travel*. Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall • HERRICK Devon M. 2007. *Medical Tourism: Global Competition in Health Care*. Dallas: National Center for Policy Analysis • ILLING Kai-T. (Hg) 2000. *Patientenimport und Gesundheitstourismus, Internationales Marketing für Kliniken, Kurorte und Gesundheitsregionen*. Berlin • SCHULT Jeff 2006. *Beauty from Afar*. New York: Stewart, Tabori & Chang • JUSZCZAK Jens & EBEL Bernd 2009. *Einwerbung und Betreuung internationaler Patienten, Tagungsband zur 2. Konferenz Medizintourismus*. Sankt Augustin: Hochschule Bonn-Rhein-Sieg • WOODMAN Josef 2007. *Patients Beyond Borders*. Chapel Hill, NC: Healthy Travel Media.
2. Vgl. die Sendung *Lebensabend unter Palmen. Europäische Rentner auf den Philippinen* - ZDF Auslandsjournal, 02.06. 2010.
3. Vgl. KRESSING Frank 2012. Heil und Gesundheit aus der Ferne – Einige ethische Überlegungen zu interkulturellen Transferprozessen in der Komplementär- und Alternativmedizin. *Zeitschrift für Medizin – Ethik – Recht – Medizinethik im kulturellen Kontext* 1,3: 6–14.



**Frank Kressing**, Dr. phil., Ethnologe, geboren 1959 in Göttingen, studierte Ethnologie, Vergleichende Sprachwissenschaften und Empirische Kulturwissenschaften (EKW) an der Universität Tübingen und promovierte 1995 mit einer ethnomedizinischen Arbeit zur Gesundheitsversorgung in Bolivien an der Universität Ulm. Derzeit arbeitet er dort am Institut für Geschichte und Theorie der Medizin (GTE) mit den Schwerpunkten Global Health, Interkulturalität und Medizin sowie evolutionäre Epistemologie.

Institut für Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin  
Universität Ulm  
Frauensteige 6 • D-89075 Ulm  
e-mail: Frank.kressing@uni-ulm.de