

## „Ethnomedizin in der Lehre“, 1984 - 1990\* Teil II und Anhänge

### **Ethnomedizin in der Lehre.**

Reprint *curare* 10,1 (1987) 45

*Ethnomedizin* wird seit gut 10 Jahren an verschiedenen deutschsprachigen Universitäten zumeist in Form von Lehraufträgen unterrichtet, Grund genug, dies in der *curare* zu dokumentieren. Bereits in früheren Mitteilungsblättern der AGEM wurden Hinweise zu Vorlesungen und Seminaren aus dem Bereich der Völkerkunde, Volkskunde und Medizingeschichte mit ethnomedizinischen Themen zusammengestellt. Zu einer laufenden Rubrik „Ethnomedizin in der Lehre“ wurde ich angeregt durch das Manuskript von Walter ANDRITZKY „Ethnomedizin im Medizinstudium. Gedanken zu einem Seminar in Berlin“, vgl. *curare* 7 (1984) 150-154 (Repr. *curare* 25(2002): 284-286). Nicht nur die Inhalte, sondern eben die möglichen Probleme der didaktischen Vermittlung wurden mir selbst bewusst beim Einsatz von Filmdokumenten zur männlichen und weiblichen Beschneidung im Rahmen des ersten ethnomedizinischen Lehrauftrages und des Kurses Medizin in Entwicklungsländern (1977) in Heidelberg, wobei es zu einer von mir damals nicht erwarteten Betroffenheit kam. (Dass selbst die gewählte Größe einer Filmprojektion eine eigene zu überdenkende Wirkungsdynamik auf den Betrachter hat, konnte ich bei verschiedenen Einsätzen z. B. des Filmes „Der heilende Schock“ über die philippinischen Heiler beobachten. Ist das fließende Blut auf Videoapparatgröße in normalen Dimensionen sichtbar, kann der Betrachter sich noch distanziert genug verhalten, um über die Sache reden zu können.)

So ganz ist aber die Rubrik noch nicht zu dem geworden, was wir uns vorgestellt haben.

W. EFFELSBURG, der selbst in Freiburg seit 1983 Seminare abhält, schickte 1984 einen Fragebogen aus, auf den die bisherigen und in diesem Heft dokumentierten Rückmeldungen kamen ( vgl. B. PFLEIDERER, N. MÜNDEL, W. SCHIEFENHÖVEL, D. SICH in Teil I). Weiter unterrichtet A. PRINZ in Wien seit WS 81/82, Frau Prof. A. POLLAK-ELTZ führt Seminare u. Postgraduiertenstudienfahrten zum Thema in Caracas durch, und Prof. W. MOHR teilt mit, dass

er im Rahmen seiner tropenmedizinischen Kurse in Hamburg immer die medizinethnologisch relevanten Fragen behandelte. Ich selbst habe von 76 bis 78 die über Jahre von Prof. E. W. MÜLLER in Mainz durchgeführten Oberseminare zu verschiedenen Themen der transkulturellen Psychiatrie besucht. Verena KÜCHOLL konnte am ethnologischen Seminar in Zürich ab 1977 regelmäßig ethnomedizinische Seminare durchführen. Alle Veranstaltungen zu solchen Themen sind nach einmütiger Aussage immer rege besucht und haben einen festen Stamm mit wenig Absprünge. Ich möchte an dieser Stelle noch einmal zu einer regen Ausgestaltung dieser Sparte in der *curare* einladen.

Ekkehard Schröder, Redaktion *curare*

### **Ethnomedizin in Basel**

Reprint *curare* 10,1 (1987) 45-46

1) Seit 1972 gehört *Ethnomedizin* zum offiziellen Lehrprogramm der TROPENMEDIZINISCHEN KURSE am Schweizerischen Tropeninstitut in Basel. Kurs Teilnehmer sind fast ausschließlich Ärzte mit konkreten Plänen für einen Einsatz in der Dritten Welt. Die für die Ethnomedizin reservierten 6 Lektionen sind etwas knapp bemessen. Als Skript dient STÖCKLIN W. H. 1978. Ethnomedizinische Erwägungen zum Einsatz traditioneller Heilpraktiker im modernen Gesundheitsdienst. Schweizer Ärztezeitung/Bulletin des médecins suisses, Nr. 22, 3.5.1978 Bern: Huber. Die Zeitdotierung reicht nicht für einen kosmopolitischen Überblick, für längere Diskussionen oder für eine Belebung der Szene durch Gastdozenten. Im Laufe der Jahre hat sich für mich eine Gliederung des Stoffes in drei Hauptabschnitte als brauchbar herauskristallisiert, wobei natürlich der Untermauerung mit Diapositiven und Filmen ein wichtiger Stellenwert zukommt. Die ersten zwei Lektionen befassen sich mit allgemeinen Fragen der Ethnomedizin und den „Grundkonzepten“ primitiver Heilkunde. Den beruflichen Zielen der meisten Hörer entsprechend basiert diese Einführung vorwiegend auf Anschauungsmaterial afrikanischen

\* Teil I, siehe *curare* 27,1+2 (2004): 176-180; siehe auch Beginn der Rubrik in *curare* 25(2002): 283-286

Ursprungs. Die folgende Doppelstunde mit dem Thema „Die Kurukrankheit im Spiegel zweier Medizinsysteme“ soll – teilweise anhand eigener Feldarbeiten – veranschaulichen, wie eine medizinische Situation von zwei verschiedenen Gesichtswinkeln aus völlig anders analysiert und erklärt werden kann. Die verbleibenden Lektionen sind (ebenfalls anhand eigener Beobachtungen und Erfahrungen in Neuguinea) dem Versuch gewidmet, die „primitive Medizin als Kulturaspekt“ zu umreißen und dabei am konkreten Beispiel der Abelam (Sepikgebiet) zu zeigen, daß unsere Importmedizin nicht zwangsläufig als universelle Heilslehre aufgenommen werden kann, sondern lediglich gewisse „Marktlücken“ zu füllen vermag.

2) Im Rahmen der MEDIZINHISTORISCHEN VORLESUNGEN und SEMINARE der Basler Universität werden seit Jahren auch ethnomedizinische Themenkreise berücksichtigt, die wohl vor allem aus „alternativmedizinischem“ Interesse bei den Studenten guten Anklang zu finden scheinen.

3) Auch am ETHNOLOGISCHEN SEMINAR der Universität Basel zeichnet sich die Tendenz ab, die Ethnomedizin ins allgemeine Lehrprogramm zu integrieren. Dies erscheint insofern naheliegend, als recht häufig Lizentiatsarbeiten und Dissertationen mit ethnomedizinischer Fragestellung in Angriff genommen werden. Eine Einführung in die „Ethnomedizin“ für Nichtmediziner sollte m. E. als „Propädeutik“ einen Überblick über die wichtigsten Tropenkrankheiten und allgemeine Gesundheitsprobleme in den Tropen beinhalten. Auch eine medizinhistorische Orientierung über die Wege und Irrwege der abendländischen Heilkunde, sowie Hinweise auf diagnostische und therapeutische Überlegungen in der chinesischen, ayurvedischen und arabischen Medizin ergäben eine sinnvolle Abrundung zu Vergleichs- bzw. Relativierungszwecken. Der eigentliche ethnomedizinische „Unterricht“ könnte nach Themenkreisen und/oder geographisch-ethnologischen Gesichtspunkten geordnet werden und sich aus Referaten des Dozenten und Darstellungen von Seiten der Studenten zusammensetzen. Eine wertvolle Auflockerung ergäbe sich aus Diskussionen anhand von Leihfilmen, sowie aus der Mitarbeit von Gastreferenten.

Werner H. Stöcklin, Riehen bei Basel, Dr. med., Kinderarzt, Ethnologe MA., Tätigkeit in Papua Neu Guinea 1962-4, 1969-70, siehe zur Person: Geburtstage im Jahr 2002: Werner H. Stöcklin 70 Jahre, *curare* 25,1+2(2002)10.

## Ethnomedizin an der Universität Bremen

Reprint *curare* 10,1 (1987) 46-47

Seit 1978 gibt es an der Universität Bremen, ursprünglich nur für zwei Fachbereiche, jedoch wegen der ständig wachsenden Teilnehmerzahl schließlich für weitere Fachbereiche, anerkannte, regelmäßige Vorlesungs- und Seminarveranstaltungen zu den Themen:

„TRADITIONELLE, TRANSKULTURELLE ETHNOMEDIZIN UND ENTWICKLUNGSHILFE IM GESUNDHEITSWESEN“. Diese werden jeweils als 3-semestrierte Veranstaltungen durchgeführt, wobei in zwei Semestern die GRUNDLAGEN der Traditionellen Heilkunde dargestellt werden, (– mit Beispielen aus Asien, Afrika, Lateinamerika und China –), während das 3. Semester der praktischen Umsetzung der gewonnenen Erkenntnisse im Rahmen der „ENTWICKLUNGSHILFE IM GESUNDHEITSWESEN“ gewidmet ist. Teilnehmer an diesen Veranstaltungen, seit ihrem Bestehen über 700, sind nicht nur Studierende der Universität Bremen, sondern auch „Postgraduierte“, der Älteste war über 60 Jahre alt. Die Interessenten reisen z. T. aus verschiedenen Regionen der BRD an. Basierend auf den weltweiten, regional und ethnospesifisch variierenden Grundlagen der traditionellen Heilsysteme der Vergangenheit und Gegenwart gewinnen die Entwicklungshilfekonzepte im Bereich des Gesundheitswesens völlig neue Dimensionen. Wie positiv sich diese Thematik auf die Teilnehmer auswirkte, geht aus der Vielzahl individueller Referate und der wissenschaftlich-literarischen Bearbeitung freiwillig gewählter Themen aus dem Veranstaltungsangebot hervor. Darüber hinaus ist das aktuelle Engagement mit kurz- und längerfristigen Studien- bzw. Arbeitsaufenthalten von Teilnehmern an diesen Veranstaltungen, auf der Basis der dadurch erworbenen Kenntnisse, in den Entwicklungsländern zu nennen.

Lit.: WERNER R.H.: Entwicklungshilfe im Gesundheitswesen und „traditionelle Medizin“. E + Z 3/84, S. 22//——— Entwicklungshilfe im Gesundheitswesen – Grundlagen einer ethnospesifischen Gesundheits-System-Analyse. Öff. Gesundheitswesen 47 (1985) 125-129

Roland WERNER, Jg. 1925, Prof. Dr. med., Dr. med. dent., HNO-Arzt und Kieferchirurg, ärztl. Tätigkeit und Lehre in verschiedenen Ländern, bes. Malaysia, langjährige ethnomedizinische Forschungen u. Publikationen, lebt heute in Wiesbaden.

### **Ethnomedizin in der Lehre an der medizinischen Fakultät in Graz**

Reprint *curare* 10,1 (1987) 47-48

Seit 1984 werden am Institut für Sozialmedizin der Universität Graz regelmäßig – als eigene Veranstaltungen – Vorlesungen in Ethnomedizin abgehalten (medical and sociocultural anthropology), und zwar als Freifach mit vier Wochenstunden in Blockform während des 15 Wochen dauernden Semesters. Die ursprüngliche angelsächsische Bezeichnung, unter der sich die deutschsprachigen Studenten entweder nichts oder physische Anthropologie vorstellen, wurde nach einem Jahr in „Ethnomedizin“ umbenannt, obwohl der angebotene Stoff auch andere Gebiete wie z. B. alternative Medizin beinhaltet, die nichts mit Ethnomedizin sensu stricto gemein haben. Das Curriculum umfasst:

1. Einführung in die Ethnomedizin; 2. Traditionelle Medizin und Volksmedizin in Europa. Orientalische Medizin, Chinesische und Japanische Medizin.

Große Systeme: Indien (Ayurveda, Unani, Siddha), Mexiko und Südamerika. Stammespraktiken: an Beispielen aus Afrika und Philippinen; 3. Alternative Medizin: Arbeiten und Formen, Holistische Bewegung. Besondere Systeme: Homöopathie und Anthroposophie. Außenseitermethoden: Welle, Strahlung und Vibration, psychische und spirituelle Therapien. Ethnomedizin und physikalische Therapie, Ernährungstherapien; 4. Verwendung traditioneller Medizin und deren Praktiken in den offiziellen Gesundheitsdiensten. Ethnobotanik, Traditionelle Medizin und die WHO, Heiler; medizinische Systeme in sozialem und kulturellem Wandel, Probleme und Fragen, Probleme der Heilungspraktiken in ethnischen Minoritätengruppen; Medizinischer Pluralismus.

Die Medizinstudenten können zur Erreichung des Doktorgrades auch eine Wahlausbildung in „medizinischer Ethnologie“ wählen. In diesem Fall sind Lehrveranstaltungen im Ausmaß von 3-5 Semesterwochenstunden zu inskribieren. Die Methoden der klinischen und der Feldforschung sind Bestandteile der sozialmedizinischen Hauptvorlesung und werden deswegen nicht in dem oben genannten Curriculum wiederholt. Die meisten Hörer sind im III. Studienabschnitt der Medizin, doch nehmen gelegentlich auch Studenten anderer Fachrichtungen, wie Soziologie und Philosophie teil. Einige Aspekte

der Lehre, die zur Ergänzung und zum besseren Verständnis geeignet, aber aus Zeitmangel nicht in das Curriculum inbegriffen sind – wie inter alia Bevölkerungsentwicklung und Gesundheit in der Dritten Welt, Pathologie, Ernährung und Arzneimittelversorgung, Gesundheitsprobleme der Urbanisierung und Strukturveränderung, Basisgesundheitsversorgung etc. in Entwicklungsländern – werden im anderen Freifach des Instituts für Sozialmedizin „Internationales Gesundheitswesen“ in einer Wochenstunde angeboten. Für dieses Fach besteht zur Zeit allerdings nur ein bescheidenes Interesse.

Wegen der freiwilligen Natur der ethnomedizinischen Lehre, welche für Studenten eine zusätzliche Zeitbelastung bedeutet, würde die Mehrzahl der zukünftigen Mediziner keine objektive Begegnung mit Ethnomedizin und mit nichtoffiziellen oder alternativen Heilungsformen erfahren, und ihr Wissen zu diesem Thema würde von den Medien oder vom Zufall geformt werden. Diese sind deswegen auch in dem obligatorischen Curriculum der Sozialmedizin selbst (Pflichtprüfungsfach) enthalten, in zwei Vorlesungen, welche sich vor allem mit den Definitionen, Termini, einer Aufzählung der bestehenden Formen von diagnostischen und therapeutischen Methoden und deren sozialmedizinischer Problematik beschäftigen. Die Inhalte des Unterrichts und das Ausbildungsziel sind pragmatisch an der konkreten Situation und dem Bedarf des zukünftigen österreichischen Arztes orientiert (es gibt in Graz so gut wie keine Studenten aus der Dritten Welt und die Möglichkeiten einer Arbeit außerhalb Europas sind nur in Ausnahmen gegeben). Hier ist vor allem an Aufklärung, Begriffsabgrenzung und objektive Information gedacht, da in Österreich in den letzten Jahren ein zunehmendes Interesse vor allem an alternativen Therapiemethoden bemerkbar ist, das weniger mit dem Interesse an Erkenntnissen in der ethnomedizinischen Wissenschaft zusammenhängt, als eher als Protest gegen technologisierte Medizin und Abwertung des Patient-/Arzt-Dialogs, wie auch zum Teil als eine gewisse antirationalistische Tendenz (wo sie nicht auf gewinnorientiertem Denken basiert) verstanden werden könnte. Dieses Interesse wird im Rahmen des Ethnobooms von den Medien, illustrierten Zeitschriften und dem Österreichischen Fernsehen mit viel Hingabe und ebensoviel Ignoranz kräftig unterstützt, so z. B. die Ausstrahlung einer Serie im Herbst 1986 über Schamanenheilung, „andere Wirklichkeiten“, veränderte

Bewusstseinszustände etc., die nur Verwirrung beim Publikum zur Folge haben kann. Der zukünftige Arzt braucht deswegen eine Orientierung über die Terminologie, die vorhandene Literatur, den geschichtlichen Überblick zum Verständnis von Ethnologie, Ethnomedizin, sozialen Bedingungen und deren Berührungspunkte mit der modernen Medizin.

Die österreichischen Studenten der Völkerkunde (2500 Inskribierte in Wien; in Graz wird nur Volkskunde angeboten) haben die Ethnomedizin noch nicht entdeckt, wohl aber haben einige Einzelpersonen diesbezügliche Themen für Dissertationen und Forschungsfonds für Schwarz-Weiß-Klischees über die Alternativen zur „westlichen Zivilisation“ und pseudoreligiöse Sicherheit der „anderen Wahrheiten“ nutzbar gemacht.

Die heutige Tendenz der Idealisierung von traditioneller Medizin und traditionellen Heilern, „lange vernachlässigt von der westlichen Medizin“ und für die „gegenseitige Anerkennung, Kooperation oder Integration in das Gesundheitssystem“ verlangt wird (auch in manchen Beiträgen in *curare*), wird vom Institut nicht unterstützt. Das hat mit Ethnozentrismus nichts zu tun. Jede Kultur hat versucht, Antworten auf die Herausforderung der Umwelt oder Krankheiten zu finden und unzählige Formen der Heilung wurden entwickelt. Die Existenz und die psychosomatische Rolle der traditionellen Medizin, die in der Vergangenheit (und zum Teil noch heute) die Hoffnung von Millionen von Menschen bedeutete, die keine andere Medizin zur Verfügung hatten oder haben, muss zur Kenntnis genommen werden. Diese Bemühungen und deren verschiedene *bona fide* Praktiker (von denen viele aus nächster Nähe beobachtet wurden), deren Wunsch zu helfen, verdienen Achtung, welche auch Studenten vermittelt werden muss. Man kann aber eine Wertung nicht ausschließen. (Beispiel: in einem Film, der traditionelle Medizin befürwortet, zeigte die Kamera einen Heiler in Nigeria, der den Heilungsprozess eines Knochenbruchs dadurch unterstützte, daß er einem Hahn den Fuß brach. Wenn dieser heilt, wird auch der Knochen des Patienten heilen.) Man muss vielmehr die traditionelle Medizin historisch sehen und sie in Verbindung bringen mit den gesamten religiösen und sozioökonomischen Gegebenheiten der jeweiligen Kultur einer Gruppe.

Die zwanzigjährige direkte Feldarbeit des Autors mit Gesundheitsproblemen und realen Krank-

heiten in Afrika, Asien und Lateinamerika hat nicht zu einer Minderung, eher zur Stärkung der Überzeugung geführt, daß nur von der wissenschaftlichen Medizin eine Besserung des Gesundheitszustandes der Menschen in den Ländern der Dritten Welt zu erwarten ist. Das impliziert jedoch nicht eine Übertragung von Organisationsformen und Anbietersmodi der westlichen Medizin. Der politische Druck des Nationalismus in einigen Entwicklungsländern und einiger internationaler Organisationen des UN-Systems für Traditionelle Medizin darf die Tatsache nicht verbergen, dass diese nicht imstande waren, der Bevölkerung adäquate Gesundheitsversorgung zu bieten.

Der heutige Arzt soll mit Ethnomedizin vertraut sein; die Hoffnung aber von vielen, vor allem Nichtmedizinern, Praktisches und Relevantes für unsere Realität in der traditionellen Medizin zu finden, ist eine wohlmeinende Illusion. Die Medizinstudenten sollen sich eine eigene Meinung bilden können auf Grund von objektiven Informationen.

Wie Konfuzius sagte: „Lernen ohne Denken ist nutzlos, Denken ohne Lernen ist gefährlich“.

Boris Velimirovic, Graz

Boris VELIMIROVIC, Jg. 1924, Prof. Dr. med., Internist und Epidemiologe, arbeitete über 20 Jahre mit der WHO in Asien, Afrika, den beiden Amerikas und zuletzt in Kopenhagen und war zur Zeit dieses Manuskriptes Vorstand des Instituts für Sozialmedizin der Universität Graz. Er lebt heute mit seiner Frau in Baden bei Wien. Gemeinsam mit seiner Frau Helga VELIMIROVIC, Jg. 1923, Dr. phil., Ethnologin und Amerikanistin, veröffentlichte er häufig in *curare* und löste dabei belebende Kontroversen aus. VELIMIROVIC Boris: Traditional Medicine is not Primary Health Care: A Polemic 7,1(1984): 61-79//— Alternative Medicine, Dried Lizards and Holistic Fad: A Polemic Part 2 7,2(1984): 85-93//— Author's reply 7,2(1984): 100-102//VELIMIROVIC, Boris und Helga: The Role of Traditional Birth Attendants in Health Services 1,2(1978): 85-96//— Do Traditional Plant Medicines Have a Future in Third World Countries? 3,3(1980): 173-191//— Therapeutischer Pluralismus 5,1(1982): 47-56.

### Kulturvergleichende Therapieforschung – Ein neuer Forschungsbereich in Köln

Reprint *curare* 11,4 (1988) 252

Die rasche Zunahme und Konzentration der Kenntnisse über Heilweisen aus verschiedenen Kulturen einschließlich der europäischen Volkskultur hat im universitären Bereich bislang wenig Beachtung gefunden. Ihre Bedeutung für Kranke, Behinderte, Süchtige, Sterbende u. a. wird nicht bestritten; kontrovers ist ihre Erklärbarkeit. Im neugegründeten

Bereich „kulturvergleichende Therapieforschung“ werden Informationen über Therapien verschiedener Provenienz gesammelt und auf ihre therapeutischen Wirkfaktoren unter Aspekten der Systemtheorie, des Selbstorganisationsparadigmas, der Ethnomethodologie, der neuen Physik und einem weiten Spektrum psychotherapeutischer Theorien auf ihre Funktionsweise geprüft.

Ziele sind die Erweiterung der Handlungskompetenz von Heilpädagogen, Aufklärung der Öffentlichkeit über seriöse und nicht seriöse Heilweisen, sowie die Institutionenberatung. Der Forschungsbereich wird seit 1982 vorbereitet. Am Anfang standen Untersuchungen über das Volksheilerwesen in der Bundesrepublik und den Benelux-Ländern, über Heilerorganisationen in städtischen Zentren, eine heilende Kirche in Luxemburg, Curanderos in südamerikanischen Ländern, Phytotherapie auf Korsika. Aus dieser Arbeit erwuchsen Publikationen, Pressemeldungen, Rundfunk- und Fernsehdarstellungen, Monographien über einzelne Heilerpersönlichkeiten. Hochschulseminare, z. T. auch der Öffentlichkeit zugänglich, und mehrtägige Veranstaltungen zeigten jeweils große Resonanz bei einem sehr breiten Publikum. Um dieser Arbeit einen institutionellen Rahmen zu geben und um Sponsoren zu finden, gründeten mehrere Ärzte, Soziologen, Pädagogen, Pharmazeuten u. a. 1986 eine Forschungsgemeinschaft: die „Arbeitsgemeinschaft Ganzheitliche Heilkunde“.

(In Berichtigung und Ergänzung zur Mitteilung in *curare* 10,1(1987) 42.) Mit ihr als Drittmittelspender konnte am 1.6.1988 in der Heilpädagogischen Fakultät der Universität zu Köln die Stelle eines wissenschaftlichen Mitarbeiters für die Bearbeitung von Problemen der *angewandten Ethnomedizin* eingerichtet werden. Sie ist derzeit von Herrn Dr. phil. Dipl. Soz. Dipl. Psych. Walter Andritzky besetzt.

Prof. Dr. phil. Bernhard Kirfel,  
Seminar für Heilpädagogik, Frangenheimstr. 4,  
5000 Köln 41

### **Ethnobotanik in der Lehre – Institut für Ethnologie, Hamburg**

Reprint *curare* 12,1 (1989) 4-5

Im Sommersemester 1987 sowie im Sommersemester 1988 leitete ich am Seminar für Völkerkunde (jetzt: Institut für Ethnologie) der Universität Ham-

burg den Kurs *Ethnologie und Pflanzen I + II*. Ziel des für mittlere Semester geplanten Seminars war eine Einführung in das naturwissenschaftliche Arbeiten in der Ethnologie anhand der Methoden der angewandten Botanik und Ethnobotanik und ihrer Nachbargebiete Ethnopharmakologie, Ethnomedizin und Ernährungswissenschaften. Nach einer theoretischen Einführung in die Wissenschaftsgeschichte der Botanik und Ethnobotanik, insbesondere die europäisch-volkskundliche Ethnobotanik und die Entstehung der „Ethnobotany“ in den USA, wurden zunächst grundlegende Begriffe und Arbeitsweisen der genannten Fachgebiete vorgestellt und in Kurzreferaten vertieft. Das Hauptproblem war die Unterscheidung zwischen den botanischen Kategorien und ihrer Erweiterung bzw. Parallelisierung durch die jeweiligen ethnischen Klassifikationen und Taxonomien, etwa am Beispiel der Grundlagenwerke von B. BERLIN und FELGER/BECK MOSER, wobei der zweiteilige Kurs jedoch zeitlich nicht ausreichte, genügend Grundwissen und ein methodisch sicheres Vorgehen zu vermitteln. Der Gastvortrag von Dr. Tassilo FEUERER vom Botanischen Institut der Universität Hamburg über seine Aufnahmen der Floren in der Calaway-Region von Bolivien machte allen Seminarteilnehmern deutlich, wie wichtig es wäre, innerhalb der Ethnologie mehr naturwissenschaftlich arbeiten zu lernen, d. h. botanische Fragestellungen zu verstehen und sinnvoll in die ethnologische Arbeit zu integrieren. Für ökologisch interessierte Studenten müssten eigentlich ethnobotanische Kurse zum Grundstudium gehören, dies war bisher in den deutschsprachigen ethnologischen Instituten jedoch so gut wie nie der Fall. Andererseits bieten die biologisch orientierten Fachbereiche keine ethnologische Ausbildung und die Zusammenarbeit zwischen beiden Fächern ist hierzulande gleich Null. Wünschenswert wäre mehr Transparenz von Seiten der Botanik für die ethnologische Fragestellung und mehr Angebote zu fächerübergreifenden Arbeiten in der Ethnologie, andernfalls würde das bestehende Interesse für Ökologie und Pflanzen in fremden Kulturen eine Mode bleiben. Interdisziplinäre Zusammenarbeit ist ja auch in anderen Ländern, vor allem im anglophonen Raum, seit langem üblich und für angewandte Forschung unerlässlich. Es braucht nicht betont zu werden, daß in einem Fach wie der Ethnologie, das wie kaum ein anderes so viele „pflanzliche Grundlagen“ hat, der Zugang zur Pflanze über eine ideologische Ökolo-

gie nicht erreichbar ist. In dem bescheidenen Rahmen dieses Seminars ging es auch um praktische Hinweise für die Feldforschung: Kontaktaufnahme mit Botanikern in dem betreffenden Gebiet, Probleme der Identifikation gesammelter Pflanzen in klassisch-botanischer und ethnobotanischer Sicht, Zusammenarbeit mit einheimischen Pflanzenkundigen, Pflanzennamen als linguistische Probleme, interethnischer Transfer von Pflanzen, Ordnen der gesammelten Daten und Erstellung von Pflanzenkatalogen und natürlich zuallererst das Sammeln und die Herbarisierung. Die Referatsthemen hatten vorwiegend einen pflanzenmonographischen Charakter und wurden nach dem folgenden (vorher vereinbarten) Gliederungsschlüssel erstellt: 1. Abstract, 2. Bibliographie, 3. Botanische Beschreibung aller genannten Pflanzen, 4. Ethnische Taxonomien, Ethno-Taxa, 5. Chemisch-pharmakologische, ggf. ernährungsphysiologische Beschreibung, 6. Der historisch-ökologisch-ökonomische Hintergrund, 7. Die Pflanzen in Ritus und Mythologie, 8. Die ethnomedizinische Dimension, 9. Ausblick auf mögliche oder notwendige zukünftige Forschungen. In diesem Rahmen wurden Referate über folgende Pflanzen verfasst: Agave, Mais, Kartoffel, Maniok, Soja, Zuckerrohr, „Wilder Reis“ (*Zyzania aquatica*), Kakao, Tabak, Peyote, Fliegenpilz, Ayahuasca, Coca, Cannabis, Aloe vera und verschiedene Färbepflanzen. Weitere Referate thematisierten die griechische Pflanzen- und Arzneimittellehre, die Pflanzen in der Signaturlehre, chinesische und japanische Phytotherapie, Pflanzen in der anthroposophischen Heilmittellehre, die Pflanzen der Ojibwa, die Heilpflanzen Melanesiens, die Pflanzen der Voodun, den deutschen Bauerngarten, schließlich: die messbaren elektrischen Reaktionen der Pflanzen. Mit der philosophischen Dimension der Ethnobotanik befassten sich Referate über die Biosophie Ernst FUHRMANNs und einige Aspekte zur Rezeption der Pflanze in der deutschen Literatur. Reinhard GREV, M.A. hielt dankenswerterweise einen Vortrag über Gustav SCHENK und seine „pflanzliche“ Sichtweise. Von anfangs 77 Seminarteilnehmern, von denen die Mehrheit die Veranstaltung als Vorlesung auffasste, blieben am Ende des zweiten Kurses 15 Studentinnen übrig. Es liegen 28 ausgearbeitete Referate vor. Im Wintersemester 1988/89 setzte ich Teile der ethnobotanischen Fragestellung in meinem Seminar „Traditionelle Medizin in den Amerikas“ fort.

Claus Deimel, Hamburg.

Claus DEIMEL, Dr. phil., Ethnologe, baute in den 90er Jahren als Kustos in der ethnologischen Abteilung des Landesmuseums Hannover eine ethnomedizinische Dauerausstellung auf und ist seit heute der Direktor der Staatlichen Ethnologischen Sammlungen Sachsen. Er wird vom 10.-12. Mai 2007 im restaurierten Grassigebäude, im am 26. November 2005 wiedereröffneten Völkerkundemuseums, Gastgeber der 20. Fachkonferenz Ethnomedizin sein mit dem Thema „Neue Trends in der Ethnobotanik und Ethnopharmakologie“.

### **Ethnobotanik in der Lehre – Institut für Ethnologie, Freiburg**

Reprint *curare* 12,1 (1989) 5

Seit 1987 wird in Freiburg am Institut für Ethnologie (Leiter: Prof. R. HERZOG bzw. Prof. U. KÖHLER) jeweils im Wintersemester ein Seminar „Ethnobotanik“ angeboten. In den letzten beiden Jahren wurde an ausgewählten Beispielen die Bedeutung von *Heilpflanzen in indigenen Kulturen* aufgezeigt. Zielsetzung ist, die verschiedenen Forschungsansätze und die theoretischen Grundlagen der Ethnobotanik vorzustellen. Der Einsatz von Pflanzen zur (Selbst-)Behandlung erfolgt in vielfältigen Zusammenhängen: als (empirisches) Hausmittel, in rituellem Kontext, zur Divination etc. Die komplexen Zusammenhänge der Heilpflanzenverwendung wurden beispielhaft an einigen Kulturen aufgezeigt. Außerdem wurden die für ethnologische und ethnobotanische Forschungen wichtigen Methoden vorgestellt: Herbarisierung, Dokumentierung der Information, Grundlagen der botanischen Nomenklatur, Zusammenarbeit mit Herbarien etc.

Zwei Studenten führten kleinere Feldstudien zur populären Pflanzenverwendung im Freiburger Raum durch und stellten die Ergebnisse im Seminar vor. Des weiteren wurden Gastreferenten eingeladen, die von eigenen ethnobotanischen Feldstudien berichteten. Die Teilnehmerzahl an den Seminaren betrug jeweils ca. 15 bis 20 Personen. Der interdisziplinäre Ansatz des Seminars spiegelt sich auch in den Fachrichtungen der Teilnehmer wieder. Neben Studenten der Ethnologie sind dies insbesondere Studenten der Biologie (Diplom), welche im Nebenfach Ethnologie belegen. Auch Studenten der Pharmazie, der Medizin und verschiedener geisteswissenschaftlicher Richtungen gehören zu den regelmäßigen Teilnehmern. Vorteile und Schwierigkeiten eines solchen Seminars liegen eng zusammen. Der interdisziplinäre Ansatz wurde von den meisten Teilnehmern begrüßt. Als grundsätzliche

Schwierigkeit erweist es sich, in einem solchen Seminar die Scheu der Teilnehmer vor fachfremden Konzepten, Methoden und Begriffen abzubauen. So ist zum Beispiel die Dokumentation von Nutzpflanzen mittels Herbarbelegen einfach und erfordert keine größeren botanischen Vorkenntnisse. Die Identifizierung des gesammelten Materials kann dann in der Auswertungsphase von botanischen Spezialitäten durchgeführt werden. Daher wurde zu verdeutlichen versucht, dass es für die Dokumentation botanischer Daten nicht notwendig ist, Spezialkenntnisse der Taxonomie und Systematik zu besitzen. Eine Literaturliste zum Seminar ist beim Verfasser erhältlich.

Michael HEINRICH, Jg. 1957, Prof. Dr. rer.nat., Diplombiologe (Freiburg), Anthropology M.A. (Wayne State Univ., Detroit), ist heute Professor für Pharmakognosie an der London School of Pharmacy.

### **Ethnomedizin in Mainz 1976-1990**

Reprint *curare* 13,4 (1990) 264

Im folgenden werden die Themen der Seminarveranstaltungen am Institut für Ethnologie und Afrikastudien der Universität Mainz aufgelistet. In Mainz ist die Ethnomedizin seit 15 Jahren fest kontinuierlicher Bestandteil der Lehre. Prof. Ernst W. MÜLLER initiierte das Thema unter Mitarbeit des niedergelassenen Psychiaters Willy KORN aus Wiesbaden.

SS 1976: Psychoanalytische Beiträge zur Ethnologie (Oberseminar: E. W. MÜLLER/W. KORN) // SS 1977: Probleme der Ethnopsychiatrie (Oberseminar: E. W. MÜLLER/W. KORN) // SS 1978: Psychopathologie und Religionsethnologie (Oberseminar: E. W. MÜLLER/W. KORN) // SS 1979: Culture and Personality (Hauptseminar: I. DRONBERGER: Die Paläoanthropologie von Rolf BILZ (Oberseminar: E. W. MÜLLER/W. KORN) // SS 1980: Ethnologie des Alters und des Todes (Hauptseminar: W. KORN) // WS 80/81: Rauschmittelgebrauch im interkulturellen Vergleich (Hauptseminar: W. KORN) // SS 1981: Abweichendes Verhalten im interkulturellen Vergleich (Hauptseminar: U. HENTSCHEL/S. SEILER); Ethnologie der Psychoanalyse (Oberseminar: E. W. MÜLLER/W. KORN) // WS 81/82: Ethnologische und soziologische Beiträge zur Anthropologie (Oberseminar: E. W. MÜLLER/G. GROHS) // SS 1982: Transkulturelle Psychiatrie (Oberseminar: E. W. MÜLLER/W. KORN) // WS 82/83 bis ein-

schließlich SS 1987: keine Veranstaltungen zur Ethnomedizin // WS 1987/88: Lektürekurs zur Ethnomedizin (Hauptseminar: Heinz MUSZINSKI) // WS 1988/89: Heilsysteme der III. Welt (Hauptseminar: Roland WERNER) // WS 1989/90: Ethnopsychanalytische Untersuchungen in Westafrika: Tallensi, Agni, Dogon (Hauptseminar: Hartmut ZINSER) // SS 1990: Einführung in die Medizinethnologie (Hauptseminar: Matthias ADLER / Thomas MAYR)

Die Veranstaltungen zur Ethnomedizin werden fortgesetzt.

Klaus Zinniel,  
Religionswissenschaftler, M.A., Mainz

## **Anhang 1**

### **Bericht von der Planungstagung „Medical Anthropology“, Bad Homburg, 14.-16.5.1987**

Reprint *curare* 11,2 (1988) 131-132

Die von Prof. Dr. Beatrix PFLEIDERER (Hamburg) ausgerichtete Tagung bot insgesamt acht weiteren Vertretern der Medizinethnologie aus der deutschen Völkerkunde, Medizingeschichte und Tropenmedizin, aus der britischen Medical Anthropology, der amerikanischen Cultural Anthropology und der niederländischen Kulturanthropologie und Theoretischen Medizin Gelegenheit, über Entwicklungschancen auf ihrem interdisziplinären Arbeitsfeld zu sprechen: Dr. Annemiek RICHTERS, Dr. Edouard BONSEL und Dr. Sjaak VAN DER GEEST, Amsterdam; Prof. Dr. Thomas MARETZKI, Honolulu, Hawaii, z.Zt. Freiburg; Dr. Carol MACCORMACK, London; Prof. Dr. Hans Jochen DIESFELD, Heidelberg; Prof. Dr. Eduard SEIDLER, Freiburg und Dr. Thomas HAUSCHILD, Köln. Die Teilnehmer hatten sich vorgenommen, die teilweise durch forcierte Institutionalisierung und teilweise durch das Gegenteil, durch zu geringe Forschungsförderung, bedingte Stagnation auf dem Forschungsgebiet zu diskutieren, nach Gründen für nationale Sonderentwicklungen zu suchen und vor allem nach Wegen einer verstärkten internationalen Zusammenarbeit. Sämtliche Teilnehmer hatten Referate bzw. Koreferate vorbereitet, aber die niedrige Teilnehmerzahl erlaubte uns, die formale Terminstruktur aufzuheben im Vertrauen darauf, dass schon jeder seine Vorstellungen in die Diskussion einbringen könnte. Im fol-

genden werden nicht einzelne Vorträge referiert, sondern Diskussionsverläufe, Positionen und Ergebnisse gekennzeichnet.

Beatrix PFLEIDERER leitete das Treffen mit Bemerkungen über die unterschiedliche Einbettung von „Ethnologie“, „Anthropologie“ und „Medizinethnologie“ in den unterschiedlichen nationalen akademischen Systemen ein. Gerade die Schilderung der rasanten institutionellen Entwicklung von „Medical Anthropology“ in Großbritannien und den USA hinterließ zunächst Ratlosigkeit. Der Abstand zwischen einer als akademische Disziplin mit vielen Stellen und Institutionen organisierten Wissenschaft (vorgestellt und vertreten durch Carol MACCORMACK und Tom MARETZKI) zu den von Einzelpersonen und Vereinen getragenen „interdisziplinären Arbeitsfeldern“ in den Niederlanden und Deutschland schien unüberwindlich. Neben den allgegenwärtigen Dilettanten halten sich in West-Deutschland und Holland vor allem Forscher, die im Sinne des von Annemiek RICHTERS vorgelegten Positionspapiers *Ethnomedizin und medizinische Anthropologie* als Kritik des naturwissenschaftlich-medizinischen Systems, der medizinischen Entwicklungshilfe und westlicher medizinischer Ethnozentrismen überhaupt verstehen.

Im Gegensatz dazu fragen die *Medical Anthropologists* angelsächsischer Prägung, wie ihre Überlegungen Eingang in Entwicklungsprojekte finden können, wie sie ihre Studenten in Positionen bringen und über all dem doch nicht den Kontakt zur Grundlagenforschung verlieren. „Are there reasons, why we should communicate“ fragte Tom MARETZKI und warnte vor einer Ethnologie, die sich vor lauter Text- und Kategorienkritik „selbst verschlingt“. Annemiek RICHTERS und Thomas HAUSCHILD plädierten demgegenüber für die Freiheit der Wissenschaft, auch die eigenen Grundlagen in Frage zu stellen, wenn z. B. die fortschreitende Krise der Gesellschaft solch eine Selbstkritik nötig erscheinen lässt.

Auf dieser Ebene war nicht weiterzukommen, da institutioneller Hintergrund und persönliches Temperament des Einzelnen bei solchen Debatten enge Grenzen setzen. Bald rückte jedoch ein zweites greifbares Problem der internationalen wissenschaftlichen Kommunikation in den Vordergrund: Dass es in Westdeutschland keine umfassende „Anthropologie“ gibt, behindert den Dialog mit „Cultural Anthropologists“ usw., weil sie ihre mitteleu-

ropäischen Adressaten und counterparts in ganz unterschiedlichen, manchmal rüde voneinander abgeschotteten Disziplinen finden müssen. So konnte der „Anthropologist“ Tom MARETZKI seine Studien über deutsche Bäderkultur in Zusammenarbeit mit E. SEIDLERS medizinhistorischem Institut betreiben, sein Forschungsschwerpunkt wäre in einem deutschen Institut für Völkerkunde eher auf Unverständnis gestoßen. Obwohl auch Institutionen wie das Heidelberger Tropeninstitut (H. J. DIESFELD) die deutsche „Arbeitsgemeinschaft Ethnomedizin“ unterstützen, konnte diese mitgliederstarke Vereinigung nicht zum Fokus einer neuen anthropologischen Diskussion in der Bundesrepublik Deutschland werden. „Anthropologie“ ist deutschen Wissenschaftlern seit der Anthropologie der NS-Zeit suspekt. Trotzdem existieren Ansatzpunkte für die *Herausbildung einer Anthropologie* in Form der „Volks-“ und „Völkerkunde“, der „medizinischen Anthropologie“, „physischen Anthropologie“ und vieler anthropologisch interessierter Institutionen und Einzelforscher weiter.

Und es besteht auch weiterhin die Notwendigkeit, auf die Gesprächsangebote der Kollegen aus Westeuropa und Übersee zu antworten. Im Aufspüren dieses Dilemmas mag schon der wichtigste Gewinn des Treffens für die deutschen Teilnehmer gelegen haben. Andererseits konnte bei diesem Gespräch auch die anfänglich entfachte Diskussion über kritische und angewandte Medizinethnologie vertieft werden: Ohne „Einbau“ einer kritischen Aufarbeitung der „ganzheitlichen“ (oder besser: totalitären) NS-Anthropologie ist eine große interdisziplinäre anthropologische Diskussion nicht denkbar, und wenn diese neue Interdisziplinarität durch die Zwänge der Praxis, der Entwicklungshilfe, der Neuorientierung der Schulmedizin etc. noch so dringlich eingefordert wird. Der Grundwiderspruch zwischen „Kritikern“ und „Praktikern“ kam dann noch in allen möglichen Variationen zur Sprache, letztlich überwog jedoch das Verbindende: H. J. DIESFELD schilderte, wie sich in der Arbeit seines Institutes Grundlagendiskussionen und eine sehr skeptische Einstellung gegen die Segnungen der naturwissenschaftlichen Medizin mit praktischer Arbeit in der medizinischen Entwicklungshilfe verbinden. S. VAN DER GEEST drängte in seinem Abschlussreferat auf eine Verbindung, einen Dialog der Richtungen anhand konkreter Themen und Fragestellungen. Die Bereitwilligkeit, fast Eile, mit der



die Teilnehmer sich am letzten Tag auf die Planung weiterer Treffen einließen, lässt darauf schließen, dass sie sämtlich Diskussionen und Freiräume dieser Art nötig haben, auch und gerade wegen der Kontraste.

Den deutschen Teilnehmern leuchtete ein, dass sie über internationale Kontakte dieser Art ihre internen Probleme im interdisziplinären Dialog schneller lösen könnten. Und vielleicht spürten die der Empirie und Anwendung verpflichteten angelsächsischen Kollegen, dass sie das Spektrum ihrer Aussagen um die kontinentaleuropäische Medizin- kritik bereichern sollten. Die Gründung oder Einbeziehung weiterer formaler Organisationen, von Instituten und Vereinen wurde einhellig abgelehnt. Im Vordergrund stand das Interesse an der Fortsetzung gemeinsamer Denkarbeit an den Grenzen unseres Wissens von Krankheit und Gesundheit.

In einer plötzlichen Wendung zur Selbstverantwortung einigte die Gruppe sich auf die Gründung einer Studiengruppe „Kulturwissenschaftliche Untersuchung medizinischer Systeme“ – „Cultural Studies of Medical Systems“. Ziel der Gruppe, die neue Mitglieder durch interne Zuwahl kooptiert, soll die etwa jährliche Organisation von Folgetreffen mit maximal 25-30 Teilnehmern sein, auf denen zukunfts-trächtige und brennende Probleme der „Medical Anthropology“ diskutiert werden. Die Einbeziehung von Kollegen aus weiteren westeuropäischen Ländern soll angelegentlich dieser Tagungen geschehen und der Kontakt zu den US-amerikanischen Kollegen weiter entwickelt werden. Als Themen für künftige Tagungen waren u. a. im Gespräch: „Medizinethnologische Studien im eigenen Land/Medical Anthropology at Home“; „Cultural Styles of Healing-Pluralism in Healing Fashions/Kulturbedingte Formen des Heilens – Medizinischer Synkretismus“; „Nationale Unterschiede der Institutionalisierung von Medizinethnologie/National Profiles in Medical Anthropology“; „Geschlechtssymbolik und Heilkunde/Gender Symbolism and Healing“; „Neue Ansätze der Analyse von Hexerei und Magie/New Approaches in the Study of Witchcraft and Magic“. Die nächste Tagung aber soll den gegenwärtig überall spürbaren Tendenzen zur Entwicklung einer integrativen Theorie des symbolischen Heilens gelten. Arbeitstitel der vor allem von Sjaak VAN DER GEEST und Beatrix PFLEIDERER zu planenden Tagung, die im Mai/Juni oder September 1988 stattfinden soll: „Semiotische An-

sätze der Medizinethnologie/Semiotic Approaches in Medical Anthropology“. Insofern hatte das bloße „Zusammenbringen“ von Kollegen unterschiedlichster kultureller und akademischer Herkunft Hoffnung auf neue Horizonte der Diskussion gebracht. Dies war nicht zuletzt dem perfekten äußeren Rahmen, der lautlosen Organisation und Liberalität der Reimers-Stiftung zu verdanken. Bleibt zu hoffen, daß dieser bisher nur äußerlich-organisatorische Zusammenschluss als „Studiengruppe“ nun wirklich in fruchtbare inhaltliche Arbeit umgemünzt wird.

Thomas Hauschild, Köln,  
heute Professor für Ethnologie am ethnologischen  
Institut der Universität Tübingen.

## Anhang 2

### Tagung der Deutschen Gesellschaft für Völkerkunde 1989 in Marburg.

#### Bericht Arbeitskreis Ethnomedizin

Reprint, curare 12,3+4(1989)241

Am 5. Oktober fand im Rahmen der Ethnologentagung ein ganztägiger Arbeitskreis zur Ethnomedizin statt. Gemäss den Vorgaben der DGV wurden alle eingereichten Beiträge auf Postern präsentiert. Zwischen 9.00 Uhr und 10.00 Uhr traf man sich bei den Stellwänden und konnte so mit den Autorinnen und Autoren persönlich ins Gespräch kommen. Daraus ergaben sich zahlreiche persönliche Kontakte und einiger weiterführender wissenschaftlicher Austausch. Anschliessend begann die Reihe mündlicher Vorträge, die bis zum Abend dauerte. Zehn Beitragende sprachen je ca. 20 Minuten, es folgte jeweils eine Diskussion von 10 Minuten. Da sich die Sprecherinnen und Sprecher vorbildlich an die Vorgaben hielten und auch die sehr interessierten Zuhörer den gegebenen Rahmen respektierten, lief der Arbeitskreis sehr harmonisch ab.

Die Vorträge umspannten ein weites Feld, von den klassischen Arbeitsgebieten der Ethnomedizin mit ethnografischen Darstellungen zu einzelnen Aspekten einheimischer Medizinsysteme über Studien zum medizinischen Kulturwandel und seiner Abhängigkeit von nationaler und internationaler Politik bis hin zu aktuellen Fragestellungen aus unserer heutigen Medizin in Deutschland. Es wurde wieder einmal deutlich, dass die Ethnomedizin ein äus-

erst vielseitiges und faszinierendes Arbeitsfeld ist: Vortragende und Zuhörer trugen verschiedenste Interessen und Vorkenntnisse bei und der Arbeitskreis zog eine der zahlreichsten Zuhörerschaften der Tagung an. Viele äusserten weitergehendes Interesse und so konnte auch die AGEM mit der *curare* ausführlich vorgestellt werden.

Die allgemein sehr positive Resonanz lässt hoffen, dass auch auf den künftigen Tagungen der DGV der Ethnomedizin ein entsprechender Raum bleibt. Es sollte aber unbedingt auch in Zukunft ein enger Kontakt mit Beitragsinteresse in der Vorbereitungsphase gesucht werden, damit die nicht wenigen noch nicht in den Regeln der Präsentation von wissenschaftlichen Ergebnissen Erfahrenen im Vorfeld die Hilfe erhalten können, die ihnen zur Zeit unter den Bedingungen des Massenstudiums nicht immer von den Betreuenden gewährt wird.

Liste der Beitragenden im Workshop Ethnomedizin am 05.10.1989:

ALT Kurt (Freiburg): Kontinuitätserscheinungen im menschlichen Körperschmuck: prähistorische und ethnologische Tendenzen • DENZLER Angelika (Tübingen): Dorfhebammenprogramme in Ecuador im Kontext der internationalen Programme für Ge-

sundheit: Dritter Weg zwischen Haus- und Krankenhausgeburten? • FELDMANN Eva, USCHOK Andreas und EFFELSBURG Winfried (Freiburg): Zum Krankheitserleben von Nierentransplantierten in der Bundesrepublik Deutschland: zwei narrative Interviews • FERVERS Beatrice (Düsseldorf): Das Buch der tödlichen Übel. Bericht über ein 200 Jahre altes Buch traditioneller thailändischer Medizin • GREIFELD Katrin und ROSSBACH Lioba (beide Frankfurt): Schwarze und indianische Heiler im Chocó im nordwestkolumbianischen Regenwald • KECK Venera (Basel): Krankheitsvorstellungen und Krankheitspraktiken bei den Yupno: ethnomedizinisch-kognitive Untersuchung zu Krankheit und Kultur • LOYTVED Christine (Göttingen): Traditionelle Hebammen in Ozeanien • OTS Tom (Hamburg): Unterdrückte Katharsis – die Heilmethode Qigong im Spiegel chinesischer Innenpolitik 1978-1989 • PRINZ Armin (Wien): Kinderzeichnungen als Informationsquelle zur Ethnomedizin, mit Beispielen von den Azande Nordost-Zaires • ROSENBOHM Alexandra (Marburg): Der Gebrauch halluzinogener Drogen in schamanistischen Ekstasetechniken

Winfried EFFELSBURG, Freiburg,

## **Ist die Ethnomedizin eine Interdisziplin?** **Gedanken zu alten und neuen Studiengängen und zur interkulturellen Kompetenz im Fach Soziale Arbeit\***

WINFRIED EFFELSBURG

### **„Traditionelle“ Interdisziplinarität: Unverständnis oder Teilverständnis**

Traditionell hieß Interdisziplinarität die Arbeit auf einem Gebiet, das zwei Fächer des traditionellen Wissenschaftskanons übergreift. Dazu konnte man entweder beide Fächer studieren oder sich von dem einen Fach als solider Basis aus qualifizierte Kenntnisse des anderen aneignen. Wer in zwei Fächern „zu Hause“ ist, macht oft die Erfahrung, dass das eine oder das andere in der interdisziplinären Arbeit von der „Gegenseite“ missverstanden oder gar angegriffen wird: Medizinerinnen und Mediziner

haben Probleme mit der verbreiteten naturwissenschaftlichen Ahnungslosigkeit von Ethnologinnen und Ethnologen, mit ihrer oft weit gehenden Unkenntnis der realen medizinischen Alltagspraxis und mit ihren idealisierenden Psychosomatik- und Ganzheitlichkeitsvorstellungen. Ethnologinnen und Ethnologen haben Probleme mit dem Mangel an kultureller und sozialer Kenntnis und Sensibilität und dem oft überhöhten Anspruch der Medizin. Wer sich beiden Subkulturen zugehörig fühlt, der kann sich rasch bemüßigt fühlen, die je andere Seite in Schutz zu nehmen. Gibt es wirklich einen Standpunkt in der Mitte?

\* Moderatorentext auf der 16. Fachtagung Ethnomedizin: 30 Jahre Fachtagungen der AGEM. Eine Aktualisierung der Diskussion. Heidelberg, 12. - 14. Dezember 2003.

## **Bisherige Studiengänge Medizin und Ethnologie**

Medizin ist für sich schon interdisziplinär, indem sie naturwissenschaftliche und sozialpsychologische Erkenntnisse umfasst und vermittelt. Ethnologie ist für sich schon interdisziplinär, weil sie neben der Kulturanthropologie auch Geschichte, physische Anthropologie, Archäologie, Sprachwissenschaften und andere Disziplinen umfasst. Das Medizinstudium setzt seine Grundlagenwissenschaften im vorklinischen Studium zunächst nebeneinander, allerdings mit massivem Übergewicht der Bio-Seite, und befragt sie dann in der Klinik auf ihre Fruchtbarkeit für die Behandlung der Kranken. Das Ethnologiestudium setzt die Grundlagenwissenschaften ebenfalls nebeneinander, kennt dabei aber auch eine explizite Methodenreflexion. Im deutschen System kann man für Diplom oder Magister mehrere Hauptfächer oder auch ein Hauptfach und Nebenfächer studieren. Diese werden aber an unterschiedlichen Instituten, oft sogar an unterschiedlichen Fakultäten unterrichtet und nicht strukturell integriert. Diese Integration zu leisten ist Aufgabe der Studierenden selbst, man darf hoffen, im ethnologischen Sinne der wechselseitigen Erhellung.

## **Nur noch Hauptfach im Bachelor der Geistes- und Kulturwissenschaften**

Im angelsächsischen Modell studiert man in den Geisteswissenschaften in der Regel nur noch ein Hauptfach. So besteht die Gefahr, Interdisziplinarität zu verlieren.

## **Fächermix: Module im Buffetmodell**

In Bologna wurde für Europa ein Umstieg auf Bachelor- und Masterstudiengänge nach dem „Buffetmodell“ verbindlich beschlossen: Die Studierenden sollen sich aus einem breiten Angebot an Modulen ihr eigenes Studium in weitem Rahmen selbst zusammenstellen. Dies geschieht additiv, eine Zusammenschau ist nicht strukturell vorgesehen. Interdisziplinarität läuft Gefahr, gegen Fächeregoismen zu verlieren. Neue Definitionen der Module vom interdisziplinären Ansatz der „Kompetenzen“ her ergeben von Hochschule zu Hochschule ein so heterogenes Programm und so heterogene Terminologien,

dass am Ende keiner mehr weiß, was gemeint ist und eigentlich gelernt wird. Damit ist ein wichtiges Ziel der Modularisierung, nämlich die Transferierbarkeit von Studienleistungen im Rahmen des ECTS (European Credit Transfer System), verfehlt. Was damit auch strukturell ausgeschlossen wird, ist der systemisch-integrative Ansatz.

## **Das Studium der Sozialen Arbeit: Grundlagenwissenschaften und Praxis**

Viele Arbeitsplätze in der Sozialen Arbeit liegen in der Subkultur des medizinischen Systems, viele umfassen die Arbeit mit Menschen aus fremden Kulturen. Soziale Arbeit besteht meist aus zwei sehr unterschiedlichen Anteilen: einerseits der Vorbereitung auf und der Begleitung in der praktischen Tätigkeit, und andererseits den Grundlagenwissenschaften, manchmal auch Bezugswissenschaften genannt. Es wird kontrovers gesehen, wie das Verhältnis der beiden Anteile zu verstehen ist: Sind die Grundlagenwissenschaften die wissenschaftliche Basis, die dann sozusagen in der Praxis, so gut es geht, umzusetzen ist, oder sind sie Hilfswissenschaften, die nur in so weit interessant und relevant sind, als sie für sozialarbeiterische Praxis dienlich sind? Die Grundlagenwissenschaften bieten die Identifikation mit dem weltweiten Wissenschaftssystem und damit auch seine schwer erkämpfte und immer neu zu erkämpfende relative Freiheit. Die Wissenschaftlichkeit bietet die Chance, in die angesehene wissenschaftliche Subkultur eingeordnet zu werden, bringt Sozialprestige für Absolventen, Lehrende und Institution, auch Karrierechancen und Gehaltsansprüche. Die Praxisorientierung bietet das Rüstzeug, die Arbeit wirklich zu machen, nicht nur Wissen, sondern auch Fähigkeiten zu erwerben, und dabei sich selbst zu erfahren und menschlich so weit zu entwickeln, dass man anderen wirklich hilfreich gegenüber treten kann. Zwischen universitär gelehrter Hochschulmedizin und medizinischer Alltagspraxis gibt es ein ähnliches Problem.

## **Schlüsselqualifikationen, interkulturelle Kompetenz**

Künftig sollen „Schlüsselqualifikationen“ (engl. *soft skills*), neben den eigentlichen Studienfächern

wichtiger Anteil jedes Studiums sein. Darunter zählt die interkulturelle Kompetenz. Andere sind Rhetorik, Präsentation, Fremdsprachen, Computernutzung mit Datenbankrecherchen und Internet, Gesprächs- und Verhandlungsführung, Öffentlichkeitsarbeit, betriebswirtschaftliche Grundfähigkeiten, Zeitmanagement. Diese Schlüsselqualifikationen sind also Hilfsqualifikationen für die Praxis. Da sie vielfältig sind und auch Themen umfassen, für die hauptamtliche Lehrkräfte der Hauptfächer nicht wissenschaftlich oder praktisch qualifiziert sind, werden diese aus der Praxis geholt und mit Lehraufträgen versehen. Es gibt aber auch das Modell, diese Meta-Fähigkeiten nicht explizit, sondern sozusagen implizit, in anderen Lehrveranstaltungen eingeschlossen zu lehren und zu lernen. Aber können die Dozentinnen und Dozenten interkulturelle Kompetenz nebenher vermitteln? Können die Studierenden interkulturelle Kompetenz nebenher lernen? Zu fordern ist: In-Modellen-denken-können ist Schlüsselqualifikation!

### **Die Paradoxie zwischen Differenzierung und Integration geht unauflösbar weiter**

Unter dem Strich bleibt, dass die alte Paradoxie von Spezialisierung und Differenzierung einerseits und Interdisziplinarität, Integration und Ganzheitlichkeit oder auch Theorie und Praxis andererseits fortbestehen wird. Wie bisher, so wird auch in Zukunft jeder nach seinem eigenen enkulturierten Maß an Rigorismus das eine Wissen und Denken dem anderen unterordnen, das eine wegen dem anderen ausschließen oder bekämpfen, oder großherzig, tolerant, faul, feige oder pragmatisch neben einander stehen lassen. Wie bisher, so wird im gelingenden Fall auch in Zukunft die Ethnomedizin zwischen den Fächerpolen sich bewegen, oszillieren, und einmal in die Tiefe der verschiedenen Fächer auseinander streben, ein andermal zum Gemeinsamen zusammen führen und zusammen finden. Die Nahtstellen der Ethnomedizin werden die alten bleiben.



**Winfried Effelsberg**, Jg.1952, Dr. med. Dr. rer .nat., M.P.H. (Johns Hopkins Univ.), Psychiater, Ethnologe (rer. nat. in Freiburg). Ethnomedizinische Feldstudien in Indonesien (Kei-Inseln), seit Anfang der 1980er ethnomedizinische Lehraufträge, mit Uschi ZIER Organisator der 10. Fachkonferenz Ethnomedizin 1990 in Heidelberg mit dem Thema „Krankheitsbegriff und Krankheitserleben. Ethnomedizinische Ansätze als Grundlagen von öffentlichen Planungen und Entscheidungen im Gesundheitswesen“, vgl. Schwerpunktheft *curare* 14, 1+2(1991). Er ist heute Professor an der Fachhochschule für Sozialwesen in Freiburg.

Riedbergstraße 2, 79104 Freiburg  
e-mail: effelsberg@kfh-freiburg.de